

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 3/2004

Die erste Seite	Versorgungsstrukturen werden neu definiert	80
Berufspolitik	Von der Schwierigkeit einer Bewertung des gesundheitsökonomischen Nutzens von Arzneimitteln	81
	Arzneimittelinnovationen im Spannungsfeld zwischen Versorgung und Budgetierung	82
	Probleme der Kosten/Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln	85
	DIPOL® – eine moderne, zeitgerechte Mediziner Ausbildung in Dresden	90
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	93
Gesundheitspolitik	Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen im Jahr 2002	94
	Hygiene aktuell	96
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	97
Originalie	U. Scholz, A. Siegemund, S. Petros, L. Engelmann Thrombophile Veränderungen in der Schwangerschaft	98
	Impressum	100
Tagungsbericht	Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie	101
Verschiedenes	Forschungsstipendien Geriatrie	102
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise zum 75. Geburtstag	103
	Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad zum 65. Geburtstag	104
	Unsere Jubilare im April	105
	Nachruf für Dr. med. Erich Boye	106
	Nachruf für Prof. Dr. med. Dr. h.c. Fritz Meißner	107
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Joachim Dietzsch	108
Kultur und Kunst	Werner Juza – Linie und Farbe	109
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Mai 2004	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 „Gesundheitslotse Sachsen“: www.gesundheitslotse-sachsen.de

Versorgungsstrukturen werden neu definiert

Die Gesundheitsreform ist seit zwei Monaten in Kraft und schon gibt es erste Veränderungen auch in den Versorgungsstrukturen. Vor allem drei Leistungsbereiche sieht das Reformgesetz als die Zukunft für Deutschland an. Dazu gehört der Ausbau der integrierten Versorgung, die Medizinischen Versorgungszentren und die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Die verschiedenen Leistungserbringer haben notwendige Konzepte bereits in der Tasche. Das die Umsetzung trotzdem nicht so schnell geht, liegt an der Beschäftigung des Bundesgesundheitsministeriums mit den Problemen Praxisgebühr und Zuzahlungsregelungen. Kehrt dieses zur Sacharbeit zurück, dann kommen die neuen Versorgungsstrukturen recht schnell. Deutlich wurde dies auf einem Seminar der Bundesärztekammer am 10. Februar 2004 in Berlin. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe machte zu Beginn der Veranstaltung die Sachlage klar. Danach wird es durch die DRG an Krankenhäusern und die Einführung von DMP zu einer verstärkten Ausrichtung des Gesundheitswesens nach ökonomischen, also statistischen Größen kommen. Medizinische Notwendigkeiten werden in Zukunft verstärkt an finanzielle Ressourcen angepasst und Leistungen nicht nach Diagnose den Patienten verordnet. Nur was sich rechnet, ist machbar. Damit aber der Ärzteschaft nicht das Heft aus der Hand genommen wird, bleibt es ein zentrales Anliegen der Bundesärztekammer, der medizinischen Fachgesellschaften und der Körperschaften auch in Zukunft zu definieren, was gute Medizin ist. Jeder Patient muss die Möglichkeit haben, weiterhin am medizinischen Fortschritt teilhaben zu können. Dies wird aber mit der eingeschlagenen Richtung in Zukunft nicht ohne weiteres möglich sein. Auch die ambulante fachärztliche Versorgung wird stark durch neue Strukturen ausgedünnt.

Medizinische Versorgungszentren

Als Partner bei Einzelverträgen mit Krankenkassen nennt das Reformgesetz neben den Hausärzten auch die Medizinischen Versor-

gungszentren explizit (§ 95 SGB V). Damit ergibt sich für diese eine Sonderstellung und wahrscheinlich eine besondere Förderung durch die Bundespolitik. Zumal einige Berufsgruppen ohne weiteres und außerhalb des Sicherstellungsauftrages solche Zentren gründen können. Denn nach dem Gesetz richtet sich die Gründung nur an der Bedarfsplanung aus. Gleichzeitig ist es einem Gesellschafter mit Sitz in einer Region erlaubt, mehrere Versorgungszentren in Deutschland zu betreiben. In ein paar Jahren wird es dann wahrscheinlich Versorgungsketten ähnlich wie bei Lebensmitteln geben. Damit wird in Deutschland ein Parallelmodell zur bisherigen ambulanten Versorgung geschaffen. Dies betonte der Justitiar der Bundesärztekammer, Horst Dieter Schirmer, auf der Veranstaltung. Betreiber der Versorgungszentren können neben Vertragsärzten auch Apotheker, Physiotherapeuten und Sanitätshäuser sein. Ausgenommen sind Pharmaunternehmen. Die Bildung von mehreren Niederlassungen durch eine Betreibergesellschaft benachteiligt derzeit den niedergelassenen Arzt. Er hat nach dem Berufsrecht keine Möglichkeit, mehrere Praxen zu eröffnen. Hier ist heute schon eine notwendige Anpassung an die Gesetzeslage zu erkennen.

Einen positiven Anreiz bieten diese Versorgungszentren gerade für junge Ärzte. Denn

wer fünf Jahre und bis zu einem bestimmten Alter in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellt war, kann bevorzugt in die eigene Niederlassung wechseln, auch wenn eine Zulassungsbeschränkung vorliegt. Das sieht zumindest das Gesetz so vor. Ob das aber den Ärztemangel im ländlichen Bereich verhindert, ist zweifelhaft.

Aufgaben der Selbstverwaltung

Der eingeleitete Prozess lässt sich nicht rückgängig machen. Negativen Entwicklungen begegnet der Gesetzgeber wie bei der Praxisgebühr mehr oder weniger kurzfristig mit Aktionismus. Daraus ergeben sich für die Selbstverwaltung drei Aufgabenkomplexe, die in der politischen Diskussion durch die Ärzteschaft immer wieder hervorgehoben werden müssen. Prof. Dr. Hoppe hat sie in seinem Referat umschrieben mit

- der Sicherung einer von Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung,
- der Begleitung der integrierten Versorgung, der Medizinischen Versorgungszentren und
- dem Ausbau der Versorgungsforschung unter Leitung der Akademie der wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften.

Inwieweit sich die Qualität der medizinischen Versorgung mit den Reformen verbessert, ist nicht abzusehen. Doch nach den ersten Erfahrungen mit den Disease Management Programmen werden noch einige Probleme bei der Umsetzung auf die Ärzte zukommen. Frau Ulla Schmidt verkündete am Rande eines Gesprächs am 20. Februar 2004 mit rheinischer Frohnatur in Leipzig, dass sie eine Verbesserung des Qualitätsmanagements erwartet. Sie ließ aber aus schlichter Unkenntnis offen, welchen Anteil ihr Ministerium daran tragen wird.



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 20. 2. 2004 in Leipzig

Knut Köhler
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Von der Schwierigkeit einer Bewertung des gesundheitsökonomischen Nutzens von Arzneimitteln

Den einführenden Vortrag der Fortbildungsveranstaltung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung am 10. 12. 2003 hielt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Schon seit Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts kämpft der Gesetzgeber mit allen möglichen Mitteln gegen die steigenden Arzneimittelumsätze an. All diese Interventionen brachten jedoch nicht das gewünschte Ergebnis. Die Ausgaben stiegen vielmehr seit 1980 pro Jahr im Schnitt um sechs Prozent an. Die Gründe dieser Entwicklung liegen dabei nicht im zügellosen Ordnungsverhalten der Ärzteschaft, wie von manchen Seiten gerne behauptet wird. Vielmehr verlassen immer häufiger deutsche Patienten ohne ein Rezept die Arztpraxis.

Die aktuelle Ausgabenentwicklung lässt erkennen, dass die zum Jahresbeginn 2002 in Kraft getretenen Arzneimittelgesetze (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz, Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz) und die dort vorgesehenen Maßnahmen, beispielsweise Zielvereinbarungen, zu einer Verringerung des Ausgabenanstiegs geführt haben. Eine Ausgabenstabilisierung konnte bisher jedoch nicht erreicht werden.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig, liegen aber auf der Hand: Unverändert wird den Ärzten nahezu die gesamte Verantwortung der Versorgungssteuerung aufgebürdet. Dies betrifft auch Bereiche, die nicht in dem Entscheidungs- und Einflussbereich des einzelnen Arztes liegen.

Alleinige Verantwortung der Ärzte für:

- medizinischen Fortschritt,
- Zunahme der Morbidität,
- demografische Belastung,
- Nachholebedarf bei Versorgungsdefiziten,
- Versorgungsansprüche der Patienten,
- leitliniengerechte Versorgung,
- Leistungsgebaren der Krankenkassen,
- Nachfrage-Induktion durch Pharma-Werbung,
- Entlassungsverordnung des Krankenhausarztes,
- Abgabepaxis des Apothekers,
- Leistungsversprechen des Gesetzgebers,
- Zuzahlungsentlastung für chronisch Kranke.

Während die Ärzte die medizinische und ökonomische Verantwortung zu übernehmen haben, verstecken sich insbesondere die Krankenkassen, aber auch die Pharmaindustrie, Apotheker und nicht zuletzt das Bundesgesundheitsministerium. Übrig bleibt der Arzt mit einem oft extrem belasteten Vertrauensverhältnis zu seinen Patienten. Denn er muss ihnen darlegen, warum er nicht die Medikamente verschreiben kann, die eine optimale medizinische Versorgung gewährleisten oder die sie von ihm wünschen. Hinzu kommt die zunehmende Forderung von Krankenkassen und Politik nach leitliniengerechter Versorgung, die einen Versorgungsmehrbedarf induziert. Einige Maßnahmen zur Kostensteuerung (Ne-

gativliste, aut idem) wurden von der Politik in den vergangenen zwei Jahren auf den Weg gebracht. Abgesehen von den Regelungen des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes sind die Effekte jedoch gering. Weitaus größere Einsparungen sind mittelfristig durch die verbesserten Arzneimittelcontrolling- und -beratungsinstrumente der Selbstverwaltung zu erwarten, wie die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen. Nur mit gemeinsamer Anstrengung von Politik, Krankenkassen, Ärzten und Patienten kann die finanzielle Herausforderung einer ausreichenden medizinischen Versorgung bewältigt werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Arzneimittelinnovationen im Spannungsfeld zwischen Versorgung und Budgetierung

Jedes Jahr im Frühherbst wird die deutsche interessierte Öffentlichkeit mit Hilfe des Arzneiverordnungs-Reports darüber informiert, wie sich die Arzneimittelausgaben des zurückliegenden Jahres fortentwickelt haben. Die Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports stellen die nüchternen Zahlen und Fakten dar, äußern sich zu den Einsparpotentialen, die wieder nicht erreicht wurden, der Vertreter der Politik findet sich bestätigt in der Auffassung, dass die Ärzte zu viel und zu teuer verordnen. Und der Vertreter der Ärzteschaft weist auf die Hochpreispolitik der Pharmaindustrie hin und die damit verbundenen teuren Arzneimittelinnovationen, die man den Versicherten nicht vorenthalten könne. Dieses sich alljährlich wiederholende Ritual hatte im Jahr 2003 mit dem Auftreten der Ministerin höchstpersönlich einen besonderen Höhepunkt. Sah sie sich doch durch die Vorlage des Arzneiverordnungs-Reports in ihrer Politik, die der Pharmaindustrie, den Apothekern und den Ärzten viele Belastungen zumutet, voll bestätigt.

Weniger öffentlich, aber im Prinzip vollkommen gleichartig in den Positionen verlaufen die Verhandlungen mit den Krankenkassen in den Kassenärztlichen Vereinigungen Jahr für Jahr ab, wenn es darum geht, prospektiv ein Arzneimittelbudget und eine Arzneimittelausgabenobergrenze oder ein, wie man es jetzt nennt, Arzneimittelausgabenvolumen, am Verhandlungstisch festzulegen. Maßgeblich für die unterjährige Budgetsteuerung und Bildung der arzt- und fachgruppenbezogenen Richtgrößen ist eine solche Vereinbarung der Ausgangspunkt für die individuelle Ausgabensteuerung durch Beratung und zeitnahe praxisbezogene Informationen. Zugleich sind diese Arzneimittelbudgetverhandlungen auch der Ort, wo Zielvereinbarungen getroffen werden, die dann festlegen, in welchen Sektoren des Arzneimittelmarktes weitere Einsparungen realisiert werden sollen (Generika, kontrovers diskutierete Arzneimittel, Reimporte, Analogpräparate). Die Kassenseite rechnet sich in diesen Verhandlungen durch unerreichbare virtuelle Einsparvolumina gesund. Die Ärzteseite macht das gleiche, nur mit umgekehrten Vorzeichen versehen. Schiedsamtsvorsitzende, die in diesem Amt nicht zu beneiden sind, bei denen die zumeist festgefahrenen Verhandlungen landen, tun sich hart. Schaut man sich die Schiedsamtsresultate aus unterschiedlichen KV-Bereichen in den letzten Jahren an, dann sind äußerst kontroverse Ergebnisse das gemein-

same Kennzeichen. Nicht, dass ich an eine Wahrheitsannäherung mit dem Würfel glaube, aber die Ergebnisse hatten deutlich etwas Zufallsähnliches an sich.

Woran liegt das?

Die Arzneimittelausgaben steigen seit einigen Jahren in Deutschland, ganz egal, was der Gesetzgeber in Berlin beschließt und welche Aktivitäten zur Budgetsteuerung die Krankenkassen und die Kassenärzte an den Tag legen, durchschnittlich um 7 bis 8 %. Diese Steigerungsrate liegt weit über den sinkenden Einnahmen der GKV. Das Phänomen ist allerdings bei weitem kein deutsches Einzelschicksal. In allen vergleichbaren Industrienationen beobachten wir diese Steigerungsraten. Die meisten anderen Länder liegen noch höher als wir, angeführt von den USA, wo seit mehreren Jahren der Ausgabenanstieg Jahr für Jahr mit 12 bis 13 % zu Buche schlägt.

Die Vertreter der Krankenkassen in Deutschland und nahezu alle Gesundheitspolitiker sind jedoch der unerschütterlichen Überzeugung, dass wir keine beitragsatzrelevanten Ausgabenprobleme mit den Arzneimitteln hätten, wenn die Ärzte weniger und billiger verordnen würden. Dabei nimmt man einfach nicht zur Kenntnis, dass schon längst eine drastische zahlenmäßige Ordnungsreduktion eingesetzt hat, wie der AVR zweifelsfrei darstellt, und da, wo die Preisspielräume des generischen Marktes existieren, diese zu mehr als 75 % ausgenutzt werden. Nirgendwo auf der Welt gibt es einen so hohen Umstellungsgrad vom Original auf das Generikum. Schaut man sich den Markt der kontrovers und umstritten diskutierten Arzneimittel an, dann spielen diese Medikamente nur noch eine unbedeutende Rolle in den Gesamtausgaben. Sie werden übrigens ab 1. 1. 2004, da sie weitgehend rezeptfrei zu haben sind, vollends im Selbstmedikationsmarkt verschwinden.

Weil das alles so ist, fokussiert man seit einiger Zeit den Blick auf den Markt der Analogpräparate. Dort werden noch ein paar Milliarden Einsparvolumen vermutet und virtuell hochgerechnet.

Die Ärzteseite sieht in den Verhandlungen in diesem patentgeschützten Marktsegment zunächst einmal die Neuheiten, die Innovationen, die zur Lösung von Patientenproblemen zur Verfügung stehen, häufig sogar erstmalig.

Und der Streit beginnt. Es gibt nämlich keine verbindlich von allen akzeptierte Definition dessen, was man als Innovation bezeichnen könnte. Weder wird die Klassifikation nach Fricke und Klaus allgemein akzeptiert, noch hilft uns die VFA-Definition weiter. Aber selbst wenn man den Begriff der „new chemical entitis“ heranzieht und nur für diese den Innovationsbegriff verwenden möchte, bekommt man Probleme, weil eine neue chemische Erfindung sehr wohl innovativ sein kann, aber ob sie auch einen therapeutischen Nutzen für die Menschen hat, darf nachgefragt werden und muss sich erst in der Breitenanwendung bewähren.

In der Tat ist bei den Analogpräparaten eine Gemengelage entstanden, die sich im wesentlichen an vier beispielhaften Fallkonstellationen festmacht.

Die erste Fallkonstellation bezieht sich auf patentgeschützte Wirkstoffe mit der Wirkung bei einer maßgeblichen Hauptindikation.

Dies sind zum Beispiel die Triptane und Sartane. Sie weisen keine dramatischen Wirkungsunterschiede auf und befinden sich bereits im gegenseitigen, wenn auch vorsichtigen Preiswettbewerb, obwohl es noch keine generischen Konkurrenten gibt. Dies wird sich allerdings ab 2005 durch die Festbetragsbildung im patentgeschützten Bereich ändern. Bezogen auf die Migränebehandlung ist die Substanzgruppe der Triptane eine unstrittige Innovation. Aber welches von den sieben zugelassenen Triptanen einen so großen therapeutischen Zusatznutzen hat, dass man es zur Therapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zwingend auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit einsetzen müsste, ist derzeit keineswegs durch Studien gut belegt zu klassifizieren. Ganz pragmatisch entscheiden sich viele preisbewusste Vertragsärzte für den Triptan-Anbieter, der die niedrigsten Tagestherapiekosten aufweist, wobei allerdings die Unterschiede nicht rasant sind. Aber nicht alle Ärzte handeln so, weil einerseits die Patienten hier ein gehöriges Wörtchen mitreden, da sie, wenn sie einmal von einem bestimmten Präparat geholfen bekommen haben, besonders präparatetreu sind, und andererseits die behaupteten Vorteile des einen Triptans gegenüber dem anderen von den Herstellern als Verkaufsargument erfolgreich genutzt werden. Jeder lobt hier seine eigenen Kinder.

Nur eines sollte allen klar sein: Die Preisunterschiede dieser Analogpräparate untereinander sind nicht so groß, dass hier ein größeres Sparvolumen durch eine Nutzenbewertung im neuen Institut für die Qualität in der Medizin zu erzielen wäre.

Das interessantere Interventionsfeld im Analogpräparatemarkt ist zugleich auch die häufigere Fallkonstellation. Nämlich Wirkstoffe mit einem gleichen Wirkprinzip, bei denen schon ein oder mehrere Wirkstoffe patentfrei wurden (Protonenpumpeninhibitoren, CSE-Hemmer, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer, Cephalosporine, Fluorchinolone, Sulfonylharnstoffe etc.). Für die Kassen ist hier alles klar. Wird der erste Wirkstoff aus einer solchen Gruppe frei, ist die automatische Ausnutzung der generischen Preisspielräume die wirtschaftlichste Vorgehensweise. Zumindest aus Kassensicht. Schließlich haben alle einen gleichartigen Klasseffekt. Man unterstellt einfach gleiche Wirkungen zur Lösung des jeweiligen Patientenproblems, auch wenn die Studienlage noch lückenhaft ist und das Problem der äquivalenten Dosierung kontrovers diskutiert wird.

Interessanterweise – und das ist der Hauptgrund für die seit zwei bis drei Jahren anhaltende Analogpräparatediskussion – beurteilen viele Ärzte diese Fallkonstellation inhaltlich anders, und zwar von Wirkstoffgruppe zu Wirkstoffgruppe sehr unterschiedlich.

So sind zum Beispiel inzwischen die Originale der H₂-Blocker in der Apotheke Exoten geworden, das generische Ranitidin ein Renner. Seit Mai diesen Jahres bricht der Originalpräparatemarkt in der CSE-Hemmer-Gruppe zu Gunsten des generischen Simvastatin ein. Aber bei den Sulfonylharnstoffen und den Kalziumantagonisten der dritten Generation gibt es eine gegenläufige Entwicklung. Glimperid wird wertmäßig mehr verordnet als das deutlich preiswertere Glibenclamid, ohne dass die Beleglage für den Einsatz des sechsmal teureren Präparats einen so gewaltigen Zusatznutzen hätte. Sulfonylharnstoffe bleiben Sulfonylharnstoffe. Verminderte Hypoglykämierate und Einmalgabe scheinen bei den behandelnden Ärzten als Pro-Argument zu ziehen, auch wenn die wissenschaftliche Beleglage eher als schwach bezeichnet werden kann. Ähnlich sieht es mit dem Amlodipin versus Nitrendipin bei den Kalziumantagonisten aus. Die Pro-Argumente für den teureren Einsatz

des länger wirksamen und weniger Kopfweg induzierenden Amlodipins wirken neben anderen Argumenten stärker als die durch Studien gut belegte Hochdrucksenkung durch das 10 mal preiswertere Nitrendipin als Generikum.

Es wird sehr interessant werden, an was man im zukünftigen Qualitätsinstitut neben den pharmakologischen Eigenschaften und Wirkungen bei der Nutzenbewertung die Innovationsbeurteilung zusätzlich festmachen wird. Viele Verkaufsargumente in diesem stark konkurrierenden Markt zielen auf kleine Verbesserungen der menschlichen Lebensqualität. Einmalgabe statt Mehrfachgabe. Weniger, wenn auch ohnehin selten vorhandene Nebenwirkungen in der Wirkstoffgruppe, schnellerer Wirkungseintritt, zum Beispiel eine Verkürzung von einer Stunde auf 30 Minuten bei der Schmerzlinderung, Verminderung von wirkungstypischen Begleiterscheinungen bei gleicher Wirksamkeit (Flush, Sturzdiurese, Dyskinesien etc.). Die bisherige Diskussion zu diesem Thema wurde – siehe auch das DMP-Programm Diabetes II – vornehmlich von der Kassenseite her eher puristisch geführt. Und das Fehlen harter Endpunktstudien für einige neue, möglicherweise innovative orale Antidiabetika und Analoginsuline muss als glückliche Fügung für diesen puristischen Ansatz gesehen werden.

Die Kernfrage, ob bei einer neu zugelassenen innovativen Substanz zur Korrektur eines Surrogatparameters (zum Beispiel Hochdruck, Blutzucker, Serumcholesterin) als Beleg für einen maßgeblichen therapeutischen Nutzen, der den Einsatz in der GKV rechtfertigt, schon von Anbeginn einer Endpunktstudie vorliegen muss, wird noch lange kontrovers diskutiert werden. (Ganz abgesehen von der Unmöglichkeit bei manchen Fragestellungen wegen des Zeitfaktors).

Damit wären wir bei einer dritten Fallkonstellation: Neues Wirkprinzip als patentgeschützte Innovation zur Lösung von Problemen, die längst gelöst sind (zum Beispiel Glitazone oder Glinidine bei Diabetes oder NSAR in Form von Cox 2-Inhibitoren, oder neue Cholesterinresorptionshemmer, zum Beispiel Ezetimib). Dies sind streng genommen keine Analogpräparate, sondern sie haben einen analogen Wirkungseinsatz am Patienten zur Lösung von dessen Problemen. Auf diesem Feld

kann nur der mehr oder minder freie Markteinsatz und der Erkenntnisgewinn durch Studien über das Schicksal solcher Innovationen entscheiden. Ärzte im Spannungsfeld zwischen Individualbudget und innovativem Fortschritt suchen hier besonders häufig nach Hilfestellung, die nicht ausschließlich den Marketingabteilungen der Hersteller überlassen werden kann. Die Industrie wird sich daran gewöhnen, dass mehr und mehr neben der Zulassung auch der Nutzen kritisch hinterfragt wird.

Als viertes Beispiel auf diesem Feld der Analogpräparate gibt es eine weitere Variante, die bössartige Kritiker als Verwirrspiel betrachten. Ausbietung eines bekannten und bewährten Wirkstoffs am Ende der Patentlaufzeit durch eine galenische oder stereotaktische Variante (zum Beispiel Zok- oder Mups-Galenik, Esomeprazol, Des-Loratadin etc.). Man darf vermuten, dass diese Verzweiflungsversuche, die Patentlaufzeit zu verlängern, durch die neue Festbetragsregelung für patentgeschützte Präparate ein Ende haben wird.

Ohne Anspruch auf eine komplette Markttabildung bleibt festzuhalten, was aus den dargestellten vier Fallkonstellationen hervorgeht: Ärzte in Klinik und Praxis stehen einem komplizierten Marktgeschehen gegenüber, das nicht leicht zu durchschauen ist. Echte Innovationen von bloßen Nachahmern zu unterscheiden und deren Stellenwert unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten richtig einzuordnen, ist weder einfach, noch ohne wissenschaftlich fundierte Hilfestellung möglich. Die bisherige Informationsdominanz der Industrie wird durch die neuen Aufgaben des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen samt Qualitätsinstitut flankiert werden. Mit welchem Wirkungsgrad, bleibt abzuwarten. Aber dass eine Nutzenbewertung eines Medikaments durch eine unabhängige Institution Sinn macht, ist angesichts der Preiskomponente moderner Arzneimittel und des Preisauftriebs im Gesamtmarkt nicht abwegig. Dabei werden medizinisch, pharmakologische und gesundheitsökonomische Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Allerdings zeigt ein Blick in die Geschichte der Marktentwicklung von Arzneimitteln, dass man gut daran tut, jede Form der Überregulierung und Überintervention zu vermeiden. Manch ein Me-too-Präparat hat sich nämlich

später als ein Präparat herausgestellt, welches in der Wirkstoffgruppe den eigentlichen Fortschritt für alle Patienten gebracht hat (zum Beispiel Cimetidin versus Ranitidin oder Ampicillin versus Amoxicillin). Und erst in der breiten Anwendung stellten sich die besonderen antiarrhythmischen Eigenschaften des Sotalols als einer aus der Gruppe von vielen Betablockern heraus. Man sollte auch nicht vergessen, dass es kluge und fachkundige Menschen waren, die in der Food and Drug Administration vor ca. einem Vierteljahrhundert 13 Jahre lang verhindert haben, dass Glibenclamid zur Therapie amerikanischer Typ II-Diabetiker zugelassen wurde. Eine Therapie, auf die heutzutage niemand in den USA verzichten möchte.

Mit anderen Worten: Wir müssen bei solchen Nutzenbewertungen immer auch von einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit der agierenden Personen ausgehen. Dass positive Nutzenbewertungen durch ein Institut Umsatzexplosionen provoziert, zeigt übrigens die aufmerksame Marktbeobachtung im NICE-Land Großbritannien.

Die gesetzliche Krankenversicherung kann sich in Zukunft weder die Abkoppelung ihrer Versicherten vom echten wissenschaftlich-pharmakologischen Fortschritt erlauben, noch kann sie in Zukunft teure innovative und pseudoinnovative Präparate mitfinanzieren, für die es bereits preiswertere Problemlösungen gibt. Dies insbesondere dann, wenn die Neuheiten keinen robusten therapeutischen Zusatznutzen für die Versicherten aufweisen.

Schlussbemerkung

Unabhängig von diesem komplizierten, mühsamen und lang dauernden Bewertungsprozess, der nie den Gesamtmarkt, sondern immer nur einzelne Marktsegmente punktuell abbilden kann, brauchen die Kassen, die KVen und die Politik eine fachliche Zuarbeit in der Frage der Innovationskomponente als greifbare Größe bei der Festlegung von Arzneimittelerobergrenzen. Oder vereinfacht ausgedrückt: Wir müssen das Würfeln am Verhandlungs- und Schiedsamtsstisch durch ein objektives Verfahren ersetzen.

Dr. med. Jürgen Bausch
Ehrevorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt/Main

Probleme der Kosten/Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Neue Arzneimittel repräsentieren einen der bedeutsamsten Kostentreiber in nahezu allen internationalen Gesundheitssystemen. Nachdem das Attribut „neu“ alleine noch keinen Qualitätsnachweis darstellt, hat der Gesetzgeber mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG) erstmals eine über die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz hinausgehende Nutzenbewertung von pharmazeutischen Produkten eingeführt. Diese soll mittels eines dreistufigen Schemas ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten erfolgen und im Ergebnis Produkte ohne „bedeutsamen höheren Nutzen“ der Festbetragsregelung der Stufe 2 unterwerfen. Die gesetzlichen Maßnahmen, die einem sektoralen Budgetdenken entspringen und in der vorliegenden Form mit dem Patentschutz zahlreicher Produkte kollidieren, sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive nicht unproblematisch. Denn sie werden einerseits wegen ihrer groben Ausgestaltung nur sehr eingeschränkt zum Ziel einer differenzierten Arzneimitteltherapie beitragen, da sie das entsprechende Potential von Kosten-Nutzen-Analysen nicht annähernd ausschöpfen. Andererseits werden sich die Hoffnungen mancher Gesundheitspolitiker auf eine nachhaltige Lösung der Problematik steigender Arzneimittelausgaben als illusionär erweisen.

Keine Ausgabenexplosion in Deutschland

Die vermeintliche Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen hat sich längst als eine Krise der Finanzierung, also nicht primär der Ausgaben-, sondern vielmehr der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erwiesen. Berechnungen des Sachverständigenrates und des DIW zeigen übereinstimmend, dass sich der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt – anders als die Entwicklung der Beitragssätze und damit der Lohnnebenkosten – im Verlauf von zwanzig Jahren (zwischen 1980 und 2000) nicht entscheidend verändert hat [1]. Bereinigt um die Effekte der Wiedervereinigung wären infolgedessen die Beitragssätze der GKV in der analysierten Zeitspanne von 1980 bis 2000 nahezu unverändert geblieben, hätte die Einkommensentwicklung der GKV mit dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (BIP) Schritt gehalten (Abb. 1). Von der mit der konkreten Gestaltung des Gesundheitssystems festgelegten Finanzierung muss die Frage abgegrenzt werden, in welchem Umfang zukünftig zunehmende Gesundheitsausgaben volkswirtschaftlich finanzierbar sind.

Diese Problemstellung gewinnt an Bedeutung, sobald demographische Veränderungen und insbesondere der medizinische Fortschritt eine Wachstumsdynamik erzeugen, welche nicht mehr – wie in der Vergangenheit in Deutschland geschehen – mit Kostendämpfungsmaßnahmen kontrolliert werden kann und das gesamtwirtschaftliche Wachstum übertrifft [2]. Diesbezügliche Analysen zeigen, dass die Finanzierbarkeit eines schneller als das BIP wachsenden Gesundheitssektors in einem sehr hohen Maß vom realen gesamtwirtschaftlichen Wachstum abhängt [3].

GKV: Beitragssatzentwicklung 1980-2000

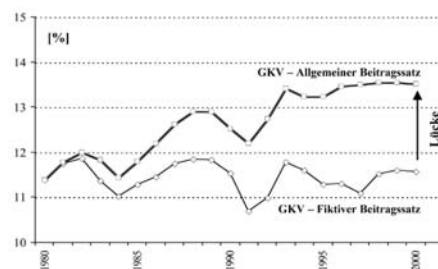


Abb. 1: Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen GKV-Beitragssatzes (alte Bundesländer) und fiktive Entwicklung, wenn die Einnahmementwicklung mit dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) Schritt gehalten hätte. Eigene Darstellung nach Berechnungen des Sachverständigenrates (2003) S. 174.

Seit 2000 überproportionales Wachstum der Arzneimittelausgaben

Weit mehr als die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben wird die Expansion des GKV-Arzneimittelmarktes in der jüngsten Vergangenheit verstärkt unter dem Stichwort einer „Ausgabenexplosion“ diskutiert [4]. Tatsächlich haben die Arzneimittelausgaben der GKV – besonders seit der Aufhebung der Budgetierung im Jahr 2001¹ – überproportional zugenommen; sie sind im Jahr 2002 mit einem Anteil von 17,4 Prozent als zweitgrößter Kostenfaktor – die Kosten für ärztliche Behandlungen um rund 1 Mrd. € übertreffend – der GKV hervorgetreten (Abb. 2). Als wichtigster Wachstumstreiber im deutschen Arzneimittelmarkt behauptet sich – ähnlich wie in den anderen europäischen Märkten – seit langem die sogenannte Strukturkomponente, welche hauptsächlich von einem Intermedikamenteneffekt, also der Veränderung der Nachfrage nach anderen Arzneimitteln bestimmt wird [5]. Dementsprechend wird mit zunehmender Intensität die Frage gestellt, ob den steigenden Kosten ein angemessener Ge-

genwert entspricht, und mit dem Anstieg des durchschnittlichen Werts einer Verordnung geraten speziell neue, häufig hochpreisige patentgeschützte Produkte in den Vordergrund der Betrachtung. Die gesundheitspolitische Diskussion konzentriert sich folgerichtig auf den therapeutischen Zusatznutzen dieser Produkte.

Entwicklung GKV-Arzneimittelausgaben und Gesamtausgaben

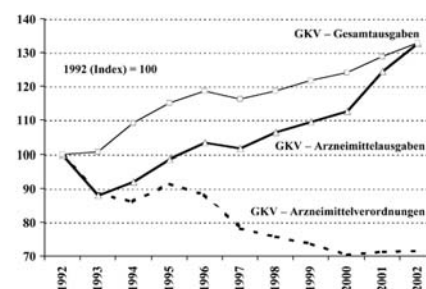


Abb. 2: Relative Entwicklung der Arzneimittelausgaben, der Arzneimittelverordnungen zulasten der GKV und der Gesamtausgaben der GKV seit 1992. Eigene Darstellung nach Schwabe und Paffrath, 1993-2003, und BMGS, Arbeits- und Sozialstatistik.

Einer Vielzahl von Eingriffen in das Marktgeschehen zum Trotz mislang die angestrebte Kontrolle der Marktdynamik – bereinigt um die rein fiskalischen Effekte der mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz vorgeschriebenen Rabatte (für 2003 geschätzt auf 1,8 Mrd. €) wird aktuell auch für das Jahr 2003 ein (fiktives) Umsatzwachstum zulasten der GKV um etwa sieben Prozent erwartet [6]. Daraus wird abgeleitet, dass die strukturellen Wachstumskräfte ungebrochen seien – einschließlich der Fehlsteuerungen, die vor allem im Marktsegment der Analogprodukte (Stichwort „Scheininnovationen“) vermutet werden.

Das „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG)

Vor diesem Hintergrund wird mit dem „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) [7] erstmals eine Nutzenbewertung „insbesondere von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen“ eingeführt (GMG, Art. 1, Ziff. 25; SGB V, § 35b) und dem beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten neuen „Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen“ übertragen (GMG, Art. 1, Ziff. 70 und 112; SGB V, §§ 91, 139a). Gemäß dem von SPD,

¹ mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)

CDU/CSU und Grünen vertretenen Konsens soll hierbei explizit gelten: „Eine Kosten-Nutzen-Bewertung findet nicht statt“ [8]; eine ebenso eindeutige Formulierung wurde in den Gesetzestext, in dem ausschließlich von Nutzenbewertungen die Rede ist, freilich nicht aufgenommen.

Während der Gesetzestext lediglich regelt: „Das Institut bestimmt einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Bewertungen...“ (GMG, Art. 1, Ziff. 25; SGB V, § 35b, 1), wird in der zugehörigen Begründung (GMG, S. 88f.) als Instrument der Nutzenbewertung eine Klassifikation in drei Stufen als „nach gegenwärtigem Erkenntnisstand sinnvoll“ vorgestellt:

Stufe A: Arzneimittel mit verbesserter Wirkung, deren Wirkstoffe einem neuen Wirkprinzip unterliegen;

Stufe B: Arzneimittel mit verbesserter Wirkung, die dem Wirkprinzip eines bereits zugelassenen Arzneimittel entsprechen;

Stufe C: Arzneimittel ohne verbesserte Wirkung [...];

Weiterhin wird in der Begründung ausgeführt, eine Zuordnung zu den Stufen A und B setze „einen für die Therapie bedeutsamen höheren Nutzen [...] für die überwiegende Zahl der Patienten“ gegenüber dem bisherigen Therapiestandard voraus. Nachdem die Abgrenzung zwischen den Stufen A/B und C im Ergebnis darüber entscheiden soll, ob ein neues Arzneimittel unmittelbar einer Festbetragsgruppe der Stufe 2 (s.u.) zugewiesen werden kann und damit sein Erstattungshöchstpreis reguliert wird oder nicht (GMG, Art. 1, Ziff. 25; SGB V, § 35, 1a), muss dringlich die Frage nach der Validität dieser ABC-Klassifikation gestellt werden [9].

Ein indirektes Indiz für sein Vertrauen in die Qualität dieser Regelung liefert der Gesetzgeber selbst, wenn er im neuen § 35b, 4 des SGB V gesonderte Klagen gegen diese Bewertungen für unzulässig erklärt. Tatsächlich rekurriert die Regelung auf ein vierstufiges Schema, das von den Kölner Pharmakologen Uwe Fricke und Wolfgang Klaus zu deskriptiven Zwecken entwickelt wurde [10] und das seine Schöpfer selbst als den „Versuch einer wertenden Stellungnahme“ bezeichnen, für den sie in Bezug auf neue Produkte ausdrücklich Subjektivität konzedieren: „Ausreichende therapeutische Erfahrungen auf breiter Basis fehlen dagegen. Die Bewertung der Arzneimittel kann daher prinzipiell nur vorläufig sein. [...] Letztlich stellt sie die [...] persönli-

che Meinung der Autoren dar.“ Eine Eignung dieses für deskriptive Zwecke durchaus nützlichen Schemas als normatives Instrument lässt sich aus diesen Ausführungen jedenfalls nicht herleiten.

Eine weitere Neuregelung des GMG von hoher Relevanz für neue Produkte besteht in der Einführung einer Festbetragsregelung der Stufe 2 für „Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen“; die Gruppenbildung erlaubt die Zusammenfassung patentgeschützter Produkte mit solchen mit abgelaufenem Patentschutz (SGB V § 35 neu). Hinzu treten die Auswirkungen des für das Jahr 2004 erhöhten Herstellerrabatts von nunmehr 16 Prozent auf alle Umsätze, die mit Medikamenten erzielt werden, die nicht einem Festbetrag unterworfen sind (GMG, Art. 1, Ziff. 95; SGB V, § 130a).

Andere regulatorische Eingriffe in den Arzneimittelmarkt haben eher indirekte Auswirkungen (auch) auf neue Medikamente. Dazu zählen die grundlegende Neugestaltung der Arzneimittelpreisverordnung (GMG, Art. 24), die veränderten Zuzahlungsregelungen für Patienten (GMG, Art. 1, Ziff. 39, 40; SGB V, §§ 61, 62; einschließlich Neuordnung des der GKV zu gewährenden Apothekenrabatts, GMG Art. 1, Ziff. 94; SGB V, § 130) und die vorgesehene Ausgrenzung der Mehrzahl der nicht verschreibungspflichtigen Präparate aus der Erstattungsfähigkeit durch die GKV (GMG Art. 1, Ziff. 22; SGB V, § 34) einschließlich der Deregulierung der Preisbildung (nur) für diese Produkte.

Sektoral verengte Perspektive und unzureichende Differenzierung

Bezogen auf neue Arzneimittel, besteht die „Modernisierung“ in ihrer Summe aus der Einführung zahlreicher Instrumente der Kostendämpfung, welche einerseits durch ihre wenig differenzierte Ausgestaltung, andererseits durch die Fortschreibung einer sektoral verengten Betrachtung der Arzneimittelausgaben auffallen.

Dabei ist seit langem unbestritten, dass ein Ausgabenanstieg in einem Sektor für sich genommen keinen Beweis einer ineffizienten Nutzung von Ressourcen darstellt [11]; gerade eine sektorale Budgetierung geht häufig mit kontraproduktiven Effekten einher, darunter Ausweichreaktionen wie vermehrte Krankenhausweisungen und dadurch induzierte Verlagerungen von Belastungen in andere Sektoren [12].

Zu den klassischen Beispielen für Produkte und Verfahren mit sektorübergreifenden Effekten gehört Cimetidin, dessen Einführung im Jahr 1976 zwar erhöhte Arzneimittelausgaben bewirkte, welche jedoch von Einsparungen im Krankenhaussektor überkompensiert wurden [13]. Die Eradikationstherapie von *Helicobacter pylori* bietet ein aktuelles Beispiel für ungewollte Wirkungen der periodenbezogenen Budgetierung, da langfristige Einsparungen mit einer initial intensiveren und damit teureren Therapie erzielt werden [14]. Diese Überlegungen gelten über den Bereich der GKV hinaus, wie schließlich das Beispiel moderner Alzheimer-Therapeutika verdeutlicht, welche zwar die Krankenkassen belasten, dafür aber Einsparungen im Bereich der Pflegeversicherung erhoffen lassen [15].

Die unzureichende Differenzierung der GMG-Regelungen tritt am offensichtlichsten hervor in der dirigistischen Erhöhung des Herstellerrabatts, welche – ohne jeden Unterschied – gleichermaßen Generika, Orphan Drugs, echte Innovationen und Scheininnovationen trifft. Ebenfalls von einem gering ausgeprägten Willen zur Differenzierung zeugt schon erwähnte dreistufige ABC-Klassifikation neuer Produkte.

Denn selbst im traditionell preisregulierten französischen Arzneimittelmarkt werden Erstattungspreise unter Zuhilfenahme einer immerhin sechsstufigen Klassifikation (der *Amélioration du Service Médical Rendu* [ASMR] der *Commission de la Transparence*) in einem Verhandlungsprozeß festgelegt. Allerdings werden in diesem Prozess in Frankreich zunehmend gesundheitsökonomische Evaluationen berücksichtigt, so dass dort eine eindeutige Entwicklung weg von der simplifizierenden kategorialen Nutzenbetrachtung zu verzeichnen ist.

Erheblich differenzierter verfährt das gerne als Beispiel für die deutschen Reformversuche angeführte National Institute of Clinical Excellence (NICE) mit Zuständigkeit für England und Wales. NICE setzt einerseits die Evaluation des Grenznutzens einer neuen Technologie in Beziehung zu deren Grenzkosten (wie anders ist eine aussagekräftige vergleichende Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen denkbar, ohne einen unabsehbaren Kostenschub zu induzieren? – vgl. unten; Abb. 5), vor allem aber versucht NICE eine Quantifizierung des zusätzlichen Nutzens. Nicht völlig überraschen kann daher die außergewöhnlich deutliche Reaktion eines britischen

Fachkollegen, der mit NICE seit dessen Gründung intensiv kooperiert, als er von den neuen Regelungen des GMG erfuhr: „I wasn't aware how primitive German bureaucrats can be.“ In der Tat muss die Frage erlaubt sein, inwieweit eine Klassifikation neuer Medikamente in drei Kategorien nicht eine schreckliche Vereinfachung darstellt, welche mehr Probleme schafft als sie zu lösen vorgibt. Ihre Begründung, sie sei „nach gegenwärtigem Erkenntnisstand sinnvoll“ (GMG, Begründung zu Art. 1, 25, S. 88), darf als zumindest mutig gelten angesichts des hochentwickelten wissenschaftlichen Niveaus der klinischen Pharmakologie.

Internationale Erfahrungen

In zahlreichen Ländern wurde die Einführung von Kosten-Nutzen-Evaluationen mit der Installation einer so genannten „Vierten Hürde“

für neue Arzneimittel, also mit einer direkten Preisregulierung zum Zeitpunkt des Markteintrittes, verbunden. In der politischen Diskussion in Deutschland wurde neben NICE häufig das australische Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) der nationalen Pharmaceutical Benefits Pricing Authority als Beispiel angeführt.

Voraussetzung für eine Aufnahme neuer Produkte (dies gilt in gleicher Weise für neue Darreichungsformen und für neue Indikationen bekannter Produkte) in das Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) der australischen Regierung sind Kosten-Nutzen-Bewertungen, welche seit 1992 in entsprechenden Guidelines vorgeschriebene methodische Standards erfüllen müssen [16]. Zu den direkten Effekten zählten von Beginn an Einschränkungen und/oder zum Teil Jahre dauernde Verzögerungen

des Zugangs zu neuen Medikamenten in Australien [17]. Eine aktuelle Analyse von vierzehn europäischen Ländern mit einer „Vierten Hürde“ [18] zeigt die internationale Relevanz dieser Beobachtung, denn sie weist – ausschließlich als Konsequenz der einschlägigen Preisregulierung – für immerhin sechs dieser Länder durchschnittliche Verzögerungen des Marktzugangs von mehr als einem Jahr nach (Abb. 3).

Anders als das PBAC in Australien arbeitet das 1999 gegründete NICE in einem System freier Preisbildung; es führt Kosten-Nutzen-Evaluationen medizinischer Technologien durch und wird für die beispielhafte Transparenz seines Vorgehens gerühmt. Daneben wird in England seit langem die Profitabilität der Arzneimittelhersteller mittels des Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) be-

**Verzögerungen durch „Vierte Hürde“
(Cambridge-Daten)**

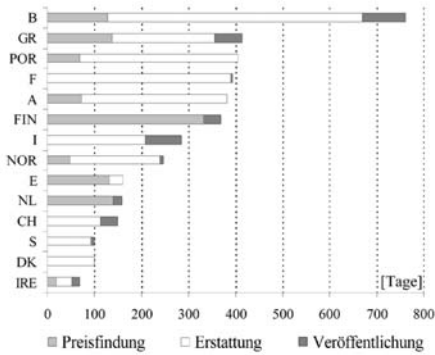


Abb. 3: Durchschnittliche Zeit zwischen Antrag auf Preisfindung und/der Erstattungsentscheidung und der effektiven Erstattung (in Tagen) für europäische Arzneimittelmärkte mit einer Preisregulierung. Eigene Darstellung nach Daten von Cambridge Pharma Consultancy (2002).

grenzt, welches wegen der darin enthaltenen Berücksichtigung nationaler Forschungs- und Entwicklungsausgaben zugleich eine industriepolitische Komponente enthält. Doch selbst die Transparenz von NICE ist nicht unbegrenzt: einerseits können von Arzneimittelherstellern eingereichte Daten und Evaluationsmodelle vertraulich behandelt werden (als sog. „commercial in confidence“-Daten), andererseits werden die zur Evaluation kommenden Technologien in einem nicht öffentlichen Prozess anhand nicht völlig transparenter Kriterien ausgewählt.

Während eine über Einzelfälle hinausgehende, abschließende Bewertung der ausgabensteuernden Wirkung der Tätigkeit von NICE noch nicht möglich ist, lässt sich für Australien die Feststellung treffen, dass die Installation einer „Vierten Hürde“ nicht zu der ange-

Internationaler Vergleich der Entwicklung der Arzneimittelausgaben (OECD 2003)

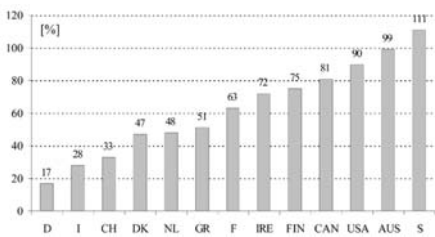


Abb. 4: Reales (inflationsbereinigtes) Wachstum der gesamten Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben (in Prozent) zwischen 1990 und 2001 (Australien und Schweiz: 1990-2000; Deutschland: 1992-2001). Berechnungen auf Basis der OECD Health Data 2003.

strebten Kontrolle der Arzneimittelausgaben geführt hat: die realen Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel haben sich in Australien zwischen 1990 und 2001 exakt verdoppelt [19], womit das Land nach Schweden und noch vor den Vereinigten Staaten die zweithöchste Steigerungsrate aller OECD-Länder aufweist (Abb. 4). Ähnliches gilt für Kanada, das neben Australien eine Vorreiterrolle bei der Einführung einer „Vierten Hürde“ spielte [17]: dort stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben im gleichen Zeitraum um real 81 Prozent.

Diese Daten weisen darauf hin, dass es auch in Ländern mit einer „Vierten Hürde“ nicht gelungen ist, den langfristigen Wachstumstrend der Arzneimittelausgaben zu stoppen. Die Daten zeigen allerdings zugleich, dass Deutschland eine im internationalen Vergleich außerordentlich niedrige Ausgabensteigerung für Arzneimittel aufweist – vermutlich (zumindest auch) eine Folge der zahlreichen Interventionen insbesondere seit 1993 mit dem Ziel der Kostendämpfung. An diese (angesichts der nationalen Diskussion über eine „Ausgabenexplosion“ manchen vielleicht überraschenden) Beobachtungen anknüpfend muss die Frage gestellt werden, inwieweit eine an Zahlen der Vergangenheit orientierte Budgetierung mit sektoral verengtem Blick unerwünschte innovationsfeindliche Wirkungen entfaltet – oder jedenfalls doch einen in anderen Ländern stattfindenden strukturellen Wandel behindert. Immerhin liegen Daten vor, die auf einen im internationalen Vergleich überproportional hohen Marktanteil von Altprodukten und damit korrespondierend eine unterdurchschnittliche Diffusion von neuen Produkten in Deutschland hindeuten [20].

Umsatzschwelle als Auslöser von Kosten/Nutzen-Bewertungen

Eine grundsätzliche Herausforderung besteht in der Bestimmung des optimalen Zeitpunktes der Durchführung von Nutzenbewertungen ebenso wie von Kosten-Nutzen-Bewertungen. Die medizinischen Konsequenzen bestimmter Produkteigenschaften entziehen sich prinzipiell der Erfassung in kontrollierten Studien der Phasen I bis III; exemplarisch stehen hierfür die Effekte einer verbesserten Compliance. Generell stellt sich das Problem der fehlenden „externen Validität“ klinischer Studien, welche zwar unter gleichsam experimentellen Bedingungen das Potential eines Arzneimittels aufzeigen können, nicht aber

dessen Eigenschaften in der einzig entscheidenden praktischen Anwendung.

Überdies kann kein Zweifel an der Tatsache bestehen, dass sich Kosten-Nutzen-Relationen im Laufe der Zeit dramatisch verändern können – und zwar nicht nur dann, wenn etwa durch Patentablauf Veränderungen der Preisstruktur eines Marktes auftreten oder neue, potentiell substituierende Produkte oder Verfahren verfügbar werden. Hierfür genügen vielmehr bereits praktische Erfahrungen aus der Anwendung, die zu einem gezielteren Einsatz und damit zu einer tatsächlichen Dosierung führen, die von der offiziell zugelassenen Dosis abweicht. Auch hierzu gibt es zahlreiche Beispiele wie die für Großbritannien für die Zeitspanne von 1988 bis 2000 schlüssig dokumentierte Verminderung der Kosten einer Erythropoietintherapie (der renalen Anämie bei chronisch dialysepflichtigen Patienten) auf ein Zehntel des Ausgangswertes je gewonnenes qualitätskorrigiertes Lebensjahr oder „QALY“ [21].

Gleichzeitig verdeutlicht dieses Beispiel einmal mehr, wie bedeutsam es ist, den zusätzlichen Nutzen einer Therapie zu den zusätzlich von ihr verursachten Kosten in Beziehung zu setzen. Eine ausschließliche Bewertung des Zusatznutzens entspräche in seinem Kern einer Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin und müsste zur kostentreibenden Befürwortung aller Maßnahmen führen, für die ein positiver Effekt belegbar ist [22]. Erst eine Evaluation auf der Basis des Vergleichs von Grenznutzen zu Grenzkosten hat das Potential, zu einer rationalen Allokation limitierter Ressourcen beizutragen (vgl. Abb. 5).

**Grenznutzen und Grenzkosten
(modifizierte Darstellung nach Fuchs)**

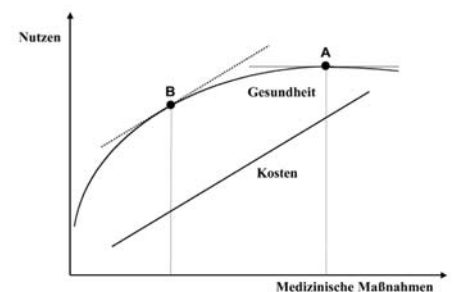


Abb. 5: Reine (Grenz-)Nutzenbewertungen ohne Berücksichtigung der (Grenz-)Kosten können zu einem erheblichen Kostenschub führen: Bis zu Punkt A führt höherer Aufwand zu höherem Nutzen, aber nur bis zu Punkt B übersteigt der zusätzliche Nutzen die zusätzlichen Kosten.

Akzeptiert man allerdings im Grundsatz, dass eine aussagekräftige Bewertung eines zusätzlichen Nutzens eine Kenntnis seiner Relation zu den damit einher gehenden zusätzlichen Kosten voraussetzt, so folgt daraus zwingend die Notwendigkeit eines fünften Bewertungskriteriums: denn der Quotient – die Relation von Grenzkosten zu Grenznutzen – erlaubt naturgemäß keine Aussage über die absolute Höhe der Opportunitätskosten (aus Sicht der GKV: der budgetären Auswirkungen), welche gleichwohl unter dem Gesichtspunkt der „Finanzierbarkeit“ respektive der impliziten „Trade-Offs“ eine entscheidungsrelevante Größe darstellen (können).

Hieraus lässt sich eine Empfehlung ableiten, welche die international gemachten Erfahrungen mit einer „Vierten Hürde“ berücksichtigt [23]: statt im Sinne einer „Fünften Hürde“ die zu erwartenden Opportunitätskosten zu prognostizieren – und damit zusätzlich zu der einer Evaluation ausschließlich aufgrund von Phase I- bis III-Daten inhärenten Irrtumsanfälligkeit eine weitere potentielle Fehlerquelle in die Bewertungen einzuführen –, könnte die Evaluation eines Arzneimittels an das Überschreiten einer kritischen Umsatzschwelle (entsprechend seiner Opportunitätskosten und damit seiner tatsächlichen ökonomischen Relevanz) gekoppelt werden. Dies wäre nicht nur gleichbedeutend mit der Einführung eines transparenten Kriteriums für die Auswahl zu evaluierender Produkte, sondern entspräche darüber hinaus einer pragmatischen Antwort auf das von Martin Buxton formulierte Gesetz der [gesundheits-]ökonomischen Evaluation: „It’s always too early [to evaluate] until, unfortunately, it’s suddenly too late“ [24].

Sachfremde Auswahlkriterien wie neue versus alte, Analog- oder Me-Too-Präparate oder verschreibungspflichtige versus -freie Arzneimittel wären damit überflüssig. Dagegen bedürfte es keiner aufwendigen ökonomischen Evaluation, um festzustellen, dass ohne einen gemäß allgemein akzeptierter Kriterien der wissenschaftlichen Evidenz belegten klinischen Nutzen eine positive Kosten-Nutzen-Relation nicht darstellbar sein wird, was wiederum pragmatische und transparente Entscheidungen ermöglichen würde.

Evaluationen als Instrument der Differenzierung

Eine sachgemäß durchgeführte und mit der gebotenen Vorsicht hinsichtlich ihrer norma-

tiven Reichweite [25] interpretierte Kosten-Nutzen-Bewertung kann einen deutlichen Informationsgewinn über die Konsequenzen alternativer medizinischer Strategien herbeiführen. Die vorliegenden Erfahrungen mit detaillierten Health Technology Assessments vor allem in England belegen denn auch, dass die daraus abgeleiteten Empfehlungen und Leitlinien keinesfalls automatisch zu einer unerwünschten Vereinheitlichung oder gar „Einheitsmedizin“ führen. Zwar ist allen Leitlinien grundsätzlich eine standardisierende Wirkung inhärent, was ihre flexible Umsetzung in der ärztlichen Praxis bedingt. Gleichwohl tragen geeignete ökonomische Bewertungen in mindestens zweifacher Hinsicht zu einer anzustrebenden Differenzierung der Therapie maßgeblich bei:

Erstens führen Kosten-Effektivitäts-Bewertungen zu einer transparenteren Unterscheidung innovativer und nicht-innovativer Produkte. Höhere Kosten ohne entsprechend höheren Nutzen können aufgedeckt werden. Umgekehrt können positive Evaluationsergebnisse zu einer deutlich schnelleren Durchsetzung am Markt beitragen. Damit ist – auch ohne direkten Eingriff in die Preisbildung und wirtschaftspolitisch problematisches Unterlaufen eines bestehenden Patentschutzes – die Erzielung erwünschter Steuerungseffekte möglich. Zweitens zeigen internationale Erfahrungen und hier insbesondere wieder die bisherige Arbeit von NICE, dass die pauschale Ablehnung von Arzneimitteln unter dem Gesichtspunkt der Kosten-Effektivität eine seltene Ausnahme darstellt. Sehr viel typischer sind Empfehlungen, die zum Beispiel nach Patientensubgruppen, Schweregraden und Risikofaktoren differenzieren und damit zu einer zielgenaueren Therapie beitragen.

Eines von wiederum zahlreichen instruktiven Beispielen liefert die Evaluation von Cyclooxygenase (Cox) II-Inhibitoren für die Behandlung von rheumatoider Arthritis und Osteoarthritis durch NICE im Juli 2001 [26]. Cox-II-Inhibitoren zeichnen sich gegenüber herkömmlichen NSAIDs durch eine bessere Magenverträglichkeit aus. NICE empfiehlt auf der Basis einer umfassenden Bewertung der vorliegenden wissenschaftlichen Daten die Anwendung der Cox-II-Inhibitoren bei Patienten mit klar umschriebenen Risiken, tatsächlich gastrointestinale Komplikationen zu erleiden – nicht jedoch unterschiedslos bei allen Patienten mit den genannten Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.

Schlussfolgerungen

Es gibt gute Gründe, bei steigenden Arzneimittelausgaben nach dem Gegenwert zu fragen. Zudem gibt es unbestreitbare Hinweise auf ein Phänomen des „Marktversagens“, da dieser vorrangig wegen der Trennung von Patient (im ökonomischen Sinne der Konsument), Verordner (im ökonomischen Sinne Leistungserbringer [und oft auch Leistungsnachfrager in einer Person]) und Zahler (Krankenversicherungen im ökonomischen Sinne von „Third-Party Payers“) Funktionsdefizite aufweist. Dies müsste Anlass geben zu einer differenzierten Evaluation des jeweils besten Einsatzes von Arzneimitteln unter Berücksichtigung ihrer Effektivität und ihrer Kosten im direkten Vergleich mit den vorhandenen Behandlungsalternativen.

Demgegenüber wird mit dem vorliegenden GMG nicht nur die Chance vertan, in Deutschland Erfahrungen zu sammeln und auf dieser Grundlage eine zielgerichtete (und notwendige) Weiterentwicklung der heute üblichen gesundheitsökonomischen Methodik [25] zu initiieren. Mehr noch: das gemessen an seinen beabsichtigten Konsequenzen undifferenzierte Instrument einer dreistufigen Nutzenklassifikation und die willkürlich anmutenden dirigistischen Markeingriffe – hier vor allem der um zehn Prozentpunkte erhöhte Herstellerrabatt, der unterschiedslos alle nicht einer Festbetragsregelung unterliegenden Medikamente trifft – sind geeignet, ein hohes Gut zu beschädigen: das Vertrauen in die Berechenbarkeit und die Rationalität einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik.

Gravierende Probleme bei der praktischen Umsetzung einer allzu grob anmutenden Nutzenbewertung ohne Berücksichtigung der relativen Kosten sind vorgezeichnet und dürften in naher Zukunft zu einer neuerlichen Revision der Vorgehensweise zwingen. Bis dahin bleibt nur zu hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss und das ihm zugeordnete neue Institut besonnen mit dem vom Gesetzgeber gewünschten Instrument der dreistufigen Nutzenbewertung umgehen werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:
Prof. Dr. Michael Schlander
Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen
Ernst-Boehe-Straße 4,
67059 Ludwigshafen am Rhein
E-Mail: ms@michaelschlander.com
Tel.: 06023 929589, Fax: 06023 929591

DIPOL® – eine moderne, zeitgerechte Mediziner- ausbildung in Dresden

Ein Vorzeigemodell in Deutschland

Zusammenfassung

Die Ärztaus- bildung in Deutschland ist seit langem reformbedürftig: zu viel und zu lange Theorie, zu wenig und zu spät Ausbildung am Patienten – das sind Hauptkritikpunkte. Im Oktober 2003 trat die neue Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO), die dieser Kritik entsprechend neue Inhalte und Akzente setzen will, in Kraft. In Dresden wurde schon mehrere Jahre vor der Verabschiedung dieser neuen ÄAppO mit einer Reform der Mediziner- ausbildung begonnen. Im Dresdner Reformcurriculum DIPOL® (Dresdner Integratives Problem/ Praxis/Patienten -Orientiertes Lernen) werden zukünftige Ärzte früher und intensiver auf ihre spätere praktische Tätigkeit vorbereitet. Das Reformcurriculum ist ein Hybridcurriculum, bestehend aus traditionellen und neuen (Problem-Orientiertes Lernen, POL) Elementen. Die Reform wird in enger Zusammenarbeit mit der Harvard Medical School (Boston/USA) durchgeführt und unterliegt einer ständigen externen Evaluation. Alle Lehrenden werden in speziellen Trainingskursen auf ihre neuen Aufgaben vorbereitet. Zentrale Elemente im Reformcurriculum sind Kleingruppenunter- richt, Fallbesprechungen, interdisziplinäre Lehrveranstaltungen, praxis- und Patienten- nahes Lehren und Lernen, sowie selbstständiges Arbeiten der Studierenden. Ein Hauptteil der Lehre findet in interdisziplinären Modulen und Blockkursen sowie Klinischen Block- praktika statt. Die Reform wurde 1998 mit Pilotprojekten gestartet – ab Wintersemester 2003/04 sind alle sechs Jahre des Curricu- lums in DIPOL® integriert und werden ge- mäß der neuen ÄAppO durchgeführt.

Die neue ÄAppO

Die Änderungen im **vorklinischen Studien- abschnitt** (Studienjahre 1 und 2) durch die neue ÄAppO (Güntert, A.; Wanner, E.; Brauer, H.P. et al., 2003) betreffen

1. Einführung eines Seminars in Medizini- sche Psychologie und Medizinische Soziologie,
2. Einführung eines verpflichtenden Wahl- faches mit „benotetem Schein“,
3. Vorgabe von interdisziplinären Seminaren,
4. Vorgabe von Seminaren mit klinischen Bezügen.

Die Staatsprüfung nach zwei Studienjahren, bisher „Ärztliche Vorprüfung“ – jetzt „Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“, bleibt im

schriftlichen Teil im Wesentlichen unverän- dert. Die mündliche Prüfung muss jetzt in den drei Fächern Anatomie, Biochemie/Mole- kularbiologie und Physiologie abgelegt wer- den (bisher wurde zusätzlich im Fach Medizi- nische Psychologie und Medizinische Sozi- ologie geprüft). Prüfungsinhalte sollen – neben den Fachinhalten dieser Fächer – auch klinisch orientiert sein.

Die im **klinischen Studienabschnitt** vorge- schriebenen Änderungen umfassen

1. eine Neustrukturierung des Fächerkanons in 22 Fächer,
2. Einführung eines verpflichtenden Wahl- faches,
3. Einführung von 12 verpflichtenden Quer- schnittsbereichen,
4. Einführung von 5 verpflichtenden Block- praktika,
5. die Notwendigkeit von benoteten fakul- tätsinternen Prüfungen in den 22 Fächern, 12 Querschnittsbereichen, 5 Blockprak- tika, Wahlfach,
6. Wegfall von 2 Staatsprüfungen (bisheriger Erster (nach 3 Studienjahren) und Zweiter (nach 5 Studienjahren) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung),
7. Veränderung der Gruppengröße beim Unterricht in Form der Patientendemons-

tration auf höchstens 6 (ehemals 8) – ge- plante Reduktion der Studienanfänger,

8. Aufnahme des Faches Allgemeinmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr,
9. verlängertes Pflegepraktikum auf 3 Mo- nate (ehemals 2 Monate).

Der jetzige Zweite (bisher Dritte) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (nach dem Praktischen Jahr), von vielen Studierenden als „Hammer- examen“ bezeichnet, soll mehr fallbezogen sein.

DIPOL®

(Nachstehend wird allgemein und zusammen- fassend das Reformprogramm DIPOL® be- schrieben. Die einzelnen Elemente werden in nachfolgenden Ausgaben des Ärzteblatt Sach- sen näher erläutert.)

Das Reformcurriculum DIPOL® ist ein Hy- bridcurriculum und besteht aus neuen und traditionellen Elementen (Abb. 1). Vorlesungen werden in einem reduzierten Umfang beibe- halten, Kurse, Praktika, Praktischer Unterricht am Patienten werden in erhöhtem Umfang integriert. Neue Elemente sind: Kleingruppen- unterricht in Tutorien (8-10 Studierende) un- ter Anleitung eines ausgebildeten Tutors, Fall- besprechungen, Selbststudiumszeit für Studie-

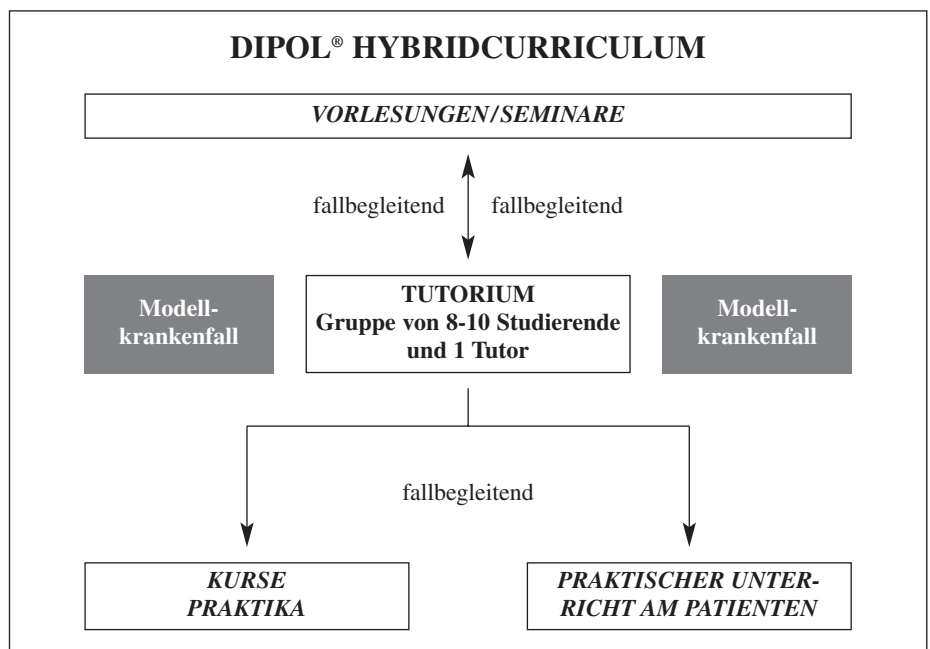


Abb. 1: Unterrichtselemente im Reformcurriculum DIPOL® (kursiv: traditionelle Unterrichtsformen)

rende, moderne Lehr- und Lernformen (Multimedia, etc.), interdisziplinärer Unterricht und neue Prüfungsformen. Alle von der neuen ÄAppO geforderten Elemente sind in DIPOL® integriert.

Tutorien und Fallbesprechung

Eine zentrale Komponente im Reformcurriculum (insbesondere im klinischen Abschnitt) ist das Tutorium, in dem eine Gruppe von 8 bis 10 Studierenden zusammen mit einem ausgebildeten Tutor einen „Papier-Patientenfalles“ bearbeiten. Die Aufgabe des Tutors ist dabei, den Studierenden bei der Wissensaneignung zu helfen und beratend zur Seite zu stehen, nicht aber, den Studierenden alle Fakten zur Verfügung zu stellen. Die Aufgabe der Studierenden ist es, selbstständig

und aktiv die entsprechenden Fakten und Lösungen zu suchen und zu finden. Der Patientenfall, der in dem Tutorium bearbeitet wird, ist fachlich an das entsprechende Semester ausgerichtet. Er wird von Experten geschrieben und soll interdisziplinär – am Beispiel der entsprechenden Krankheit – die Studierenden zur Erhebung der Anamnese, Diagnose und Therapie motivieren. Der Patientenfall muss von den Studierenden im Team erarbeitet werden und ist somit eine gute Vorbereitung für die spätere Arbeit im Kollegenteam. Das Tutorium dient – neben dem Erlernen von Fachwissen – insbesondere auch zum Vermitteln von Schlüsselqualifikationen, wie Gesprächsführung, Kommunikation, Team- und Führungsfähigkeit, sozialem Verhalten.

Vorlesungen, Seminare, Kurse, Praktika, Praktischer Unterricht am Patienten

Die Lehr- und Lernziele der Vorlesungen, Seminare, Kurse, Praktika und des Praktischen Unterrichtes am Patienten richten sich nach den Lehr- und Lernzielen der Patientenfälle, die in den Tutorien erarbeitet werden. Dabei wird, neben dem Vermitteln von Fakten, verstärkt das integrative, interdisziplinäre Verständniswissen betont. Im idealen Falle soll die Vorlesung und das Seminar auf das Tutorium fachlich vor- bzw. nachbereiten, beim Praktischen Unterricht am Krankenbett ein „echter“ Patient mit dem Krankheits-symptom aus dem „Papierfall“ des Tutoriums vorgestellt werden, und in den Kursen und Praktika entsprechende Experimente und Testverfahren (wie im Patientenfall besprochen) von

den Studierenden selbstständig im Labor durchgeführt werden.

Neue Lehrmodule: DIPOL®- Blockkurse

Im Gegensatz zu einem traditionellen Curriculum, in dem die einzelnen Fachgebiete meist unabhängig voneinander den Studierenden ihr Fachwissen gelehrt haben, findet ein großer Teil der Ausbildung in DIPOL® (Abb. 2) in interdisziplinären Modulen und Blockkursen statt. In diesen Lehreinheiten wird über einen längeren Zeitraum ein definiertes Thema interdisziplinär von mehreren Fachgebieten gelehrt. Bis zu 15 Fachgebiete sind an der Ausarbeitung solcher Lehrmodule beteiligt und bringen ihr Fachwissen interdisziplinär in die Ausarbeitung sowie in die Lehre eines solchen Kurses mit ein. Durch die Einführung dieser Blockkurse konnte die „Stundenbelastung“ (Semesterwochenstundenzahl, SWS) reduziert werden, von ehemals zum Teil über 40 SWS auf jetzt zum Beispiel 24 SWS.

Im klinischen Abschnitt finden parallel zu den Blockkursen die von der neuen ÄAppO geforderten Klinischen Blockpraktika statt, in denen Studierende in Kleingruppen verstärkt klinisch-praktische Aspekte erlernen. Weiterhin wurde das neue Programm „Ausbildung der Allgemeinmedizin in Lehrpraxen der All-

gemeinmedizin“ implementiert (Ärzteblatt Sachsen, Bergmann, A., 2003, 2004).

Fakultätsinterne Prüfungen

Am Ende der Lehreinheiten findet eine Leistungsprüfung für alle Studierende statt, die die von der neuen ÄAppO geforderten Kriterien (Notenvergabe) erfüllt. Zusätzlich zu bereits bestehenden Testformen (schriftliche „Multiple Choice Fragen“, mündliche und schriftliche Prüfung) werden neue Prüfungsformen, wie zum Beispiel „Triple Jump Exercise (TJE)“ und „Objective Structured Clinical Examination (OSCE)“ durchgeführt.

Medizin und Zahnmedizin

Die Reform wird parallel in den Studiengängen Medizin und Zahnmedizin durchgeführt. Im Unterschied zum traditionellen Curriculum (gemeinsame Ausbildung nur in den ersten zwei Studienjahren) findet im Reformcurriculum eine gemeinsame Ausbildung in den ersten drei Studienjahren statt.

Trainingskurse für alle Lehrende

Alle im Reformprogramm beteiligte Lehrende werden in den neuen Lehr-, Lern- und Prüfungsformen ausgebildet. Professoren, Ärzte und Wissenschaftler erlernen auf mehrtätigen

(von der Fakultät finanzierten) Trainingskursen unter Beteiligung von Experten der Harvard Medical School das Prinzip dieser neuen Lehr-, Lern- und Prüfungsmethoden. Schwerpunkte dieser Trainingskurse ist die Vermittlung von Schlüsselkompetenzen, wie zum Beispiel Kommunikationstechniken, Gruppen- und Teamanleitung, Prüfungsformen, Fallschreiben. Die erfolgreiche Teilnahme an einem Trainingskurs wird mit einem entsprechenden Harvard-Zertifikat belohnt. Zurzeit sind bereits nahezu 500 MitarbeiterINNEN ausgebildet. Mit einbezogen in diese Trainingskurse sind Mitarbeiter der Akademischen Lehrkrankenhäuser und Allgemeinärzte innerhalb unseres Lehrpraxenprogramms. Auch externe Interessenten können an einem solchen Kurs (gegen Gebühr) teilnehmen.

Evaluation

Das Reformprogramm DIPOL® unterliegt einer externen Evaluation (TU Dresden, Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie). Auf entsprechend ausgearbeiteten Fragebögen beurteilen Studierende, Tutoren und Dozenten die einzelnen Elemente des Programms. Nach Auswertung der Evaluation und Diskussion des Ergebnisses (erstmalig für das WS 2000/01 durchgeführt) sollen Stärken und Schwächen des Programms erkannt werden und die Schwachstellen entsprechend verbessert werden. Somit ist für die Zukunft eine ständige Angleichung des Reformprogramms an moderne Entwicklungen möglich. Die ersten Ergebnisse haben gezeigt, dass das Programm von Studierenden und Lehrenden angenommen wird (Nitsche, I., 2003).

Fördernde und unterstützende Begleitmaßnahmen

Eine umfassende Reform der Ärzteausbildung an einer Fakultät kann nur realisiert werden, wenn die Rahmenbedingungen für eine solche Reform entweder bereits vorhanden sind oder geschaffen werden. Eine wichtige Rahmenbedingung ist der Stellenwert der Lehre, insbesondere im Vergleich zur Forschung und Krankenversorgung. Dieser Stellenwert der Lehre ist weltweit und an vielen deutschen Universitäten sehr gering. Um dieses Ungleichgewicht zwischen z.B. Forschung und Lehre aufzuheben, wurde bereits 2001 ein Anreizsystem (analog zum bereits bestehenden Anreizsystem in der Forschung) geschaffen, in dem „Herausragende Leistungen in der Lehre“ finanziell und personell belohnt werden.

Jahr	DIPOL® Reformcurriculum
1 + 2	Interdisziplinäre Module Naturwissenschaftliche Grundlagen der Medizin, Patient und Arzt, Der menschliche Körper I, Der menschliche Körper II
	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
3 – 5	Interdisziplinäre Blockkurse Pathomechanismen, Grundlagen der Pharmakotherapie, Infektiologie, Akute Notfälle, Evidenzbasierte Medizin, Nervensystem & Psyche, Herz & Kreislauf & Lunge, Haut & Gelenke & Muskel, Ernährung & Stoffwechsel & Ausscheidung, Onkologie, Versorgung & Prävention, Kopf, Notfall & Verletzung & Intensivmedizin, Wachstum & Fortpflanzung & Entwicklung Klinische Blockpraktika Lehrpraxenprogramm Allgemeinmedizin Andere Lehrveranstaltungen
6	Praktisches Jahr
	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Abb. 2: Reformcurriculum DIPOL® an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Auszeichnungen für das DIPOL® Reformprogramm

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft hat die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden – als einzige Medizinische Fakultät in Deutschland – zur Reformfakultät ernannt.

Die Gesellschaft von Freunden und Förderern der TU Dresden e.V. hat 1999 den „Lehrpreis für Herausragende Leistungen auf dem Gebiet der Aus- und Weiterbildung“ dem Reformprojekt der Medizinischen Reformfakultät Carl Gustav Carus verliehen.

Beim ersten bundesweiten Ranking Medizinischer Fakultäten durch das Centrum für Hochschulenwicklung hat Dresden nur Spitzenplätze belegt (Stern „Campus und Karriere“, April 2003).

Internationalisierung

Den Studierenden an unserer Fakultät wird verstärkt die Möglichkeit gegeben, einen Teil ihres Studiums an Partneruniversitäten im Ausland zu absolvieren. Dazu wurden im Sokrates/Erasmus Programm entsprechende Verträge mit Universitäten (Fakultäten) anderer Länder in Europa abgeschlossen. Im Rahmen dieser Verträge können Studierende beider Universitäten einen Teil ihres Studiums an der jeweils anderen Universität ableisten. Zu

diesen Partneruniversitäten gehören zurzeit University of Leuven (Belgien), University of Amsterdam (Niederlande), University of Dundee (Schottland), University of Barcelona, Madrid, Santander und Valencia (Spanien). Weiterhin können Studierende unserer Fakultät im Rahmen von DAAD Programmen einen Teil ihrer Ausbildung an Lehrkrankenhäusern der University of Sydney (Australien) und der Harvard Medical School (Boston/USA) ableisten.

Ausblick

Mit der Reform des Medizinstudiums in Dresden soll die Ausbildung der Ärzte für die Zukunft den modernen Erkenntnissen der Didaktik und Pädagogik, sowie der modernen und schnellen Entwicklung medizinischer Aspekte gerecht werden. Die Reform kann deswegen nicht starr sein, sondern muss durch stetige Evaluation und Diskussion den jeweiligen Entwicklungen angepasst werden können. Durch den wechselseitigen Austausch von Studierenden und Lehrenden mit Universitäten anderer Länder soll ein Curriculum entwickelt werden, das international anerkannt ist und einen Austausch mit gegenseitiger Anerkennung der Lehrleistungen ermöglicht. Zusätzlich zu dem von der ÄAppO vorgeschriebenen „Pflichtprogramm“ für Studie-

rende werden in der Zukunft „Anreiz- und Wahlprogramme“ für zum Teil von der Fakultät ausgewählte Studierende in das Reformcurriculum integriert werden. In diesen Veranstaltungen sollen den Studierenden zusätzlich zu dem im Pflichtprogramm durchgeführten Lehrveranstaltungen insbesondere Schlüsselkompetenzen vermittelt werden, wie zum Beispiel im Bereich Klinisches Management, Ethik in der Medizin, Gesundheitspolitische Themen, Medizinforschung, „English in Science and Medicine“, Forschungsprojekte in ausgewählten Laboratorien. Den Studierenden und Lehrenden an der Fakultät wird damit die Möglichkeit gegeben, individuelle Schwerpunkte zu setzen und der Medizinischen Reformfakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden ein eigenes attraktives Profil zu geben.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Peter Dieter
Studiendekan Medizin
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
TU Dresden
Fetscherstraße 74, D-01307 Dresden
Tel.: 0351 458-6450, Fax: 0351 458-6307
Email: dieter@rcs.urz.tu-dresden.de

Weitere Artikel über die moderne, zeitgerechte
Medizinerbildung in Dresden werden im
„Ärztblatt Sachsen“, Heft 4 und 5/2004, publiziert.

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 4. April 2004,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Romantik im Lied
Lieder von

Robert Schumann, Franz Schubert,
Gustav Mahler, Johannes Brahms
und Hugo Wolf

Dorothea Jacob und Angelica Böttcher
(Gesang), Almut Weicht (Klavier)
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“

Programmänderungen
bleiben vorbehalten.

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Horst Weber (1932 – 1999)

**Malerei – Zeichnungen
Gedenkausstellung**
bis 14. März 2004

**3. und 4. Obergeschoss der
Sächsischen Landesärztekammer**

**Prof. em. Dr. med. habil.
Herbert Edel**
zum 90. Geburtstag des Arztes und Malers
bis 14. März 2004

Werner Juza

Linie und Farbe

17. März 2004 bis 9. Mai 2004

Vernissage:

Donnerstag, 18. März 2004, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch,
Dresden, Kulturjournalistin

Gerda Lepke

Dresdner Skizzen

12. Mai 2004 bis 11. Juli 2004

Vernissage:

Donnerstag, 13. Mai 2004, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Ilona Schellenberg,
Dresden, Kunstpublizistin

Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen im Jahr 2002

Qualitätssicherung in der Kardiologie

Koronarangiographie

Die Gesamtzahl der abgelieferten Datensätze für die Koronarangiographie lag im Jahr 2002 bei 26.866 (2001: 15.308). Diese dramatische Zunahme ist wahrscheinlich nur in geringem Maße durch eine echte Fallzahlsteigerung zu erklären, sondern vielmehr durch eine vermehrte Dokumentation und Abgabe von Datensätzen vor dem Hintergrund einer drohenden Sanktionierung.

Verteilung der Indikationen für die Koronarangiographie

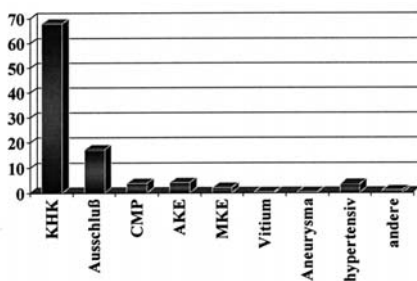


Abbildung 1:
KHK: koronare Herzerkrankung.
Ausschluss: Ausschluss koronare Herzerkrankung.
CMP: Kardiomyopathie.
AKE: Aortenklappenerkrankung.
MKE: Mitralklappenerkrankung.
Vitium: anderes Vitium.
Hypertensiv: Hypertensive Herzerkrankung.
Andere: Andere Herzerkrankung.

Bundesweit hat die Zahl der durchgeführten Koronarangiographien um 5,7 % zugenommen. Abbildung 1 zeigt die Frequenz der Indikationen zur Koronarangiographie in Sachsen; die koronare Herzerkrankung lag mit nahezu 70 % an erster Stelle, die Häufigkeit eines unauffälligen Koronarbefundes befand sich mit einem Durchschnitt von 17,23 % in dem angestrebten Korridor zwischen 5 und 20 %. Die Vitiendiagnostik und die Kardiomyopathien liegen unter 5 %. Die postoperative Komplikationsrate der Koronarangiographie betrug 0,13 %.

Koronarintervention (PTCA, Stentimplantation)

Die Zunahme der PTCA lag im Bundesdurchschnitt bei 6,2 %. In Sachsen wurden 2.443 Interventionen pro Mio Einwohner durchgeführt, und lag damit in der unteren Hälfte des Bundesdurchschnittes (2.519).

Frequenz der PTCA/Stentimplantation nach Bundesländern

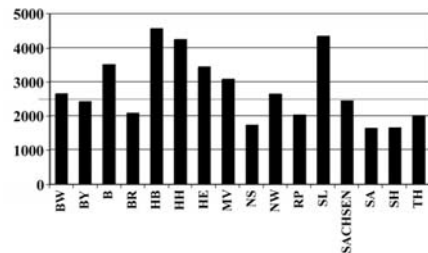


Abbildung 2: Sachsen liegt mit einer Frequenz von 2.443 pro Mio Einwohner in der unteren Hälfte des Bundesdurchschnittes.

Komplikationen nach PTCA/Stent.

Die Komplikationsrate in Sachsen lag deutlich unter dem Bundesdurchschnitt; die intraoperativen Komplikationen bestanden im Verschluss des dilatierten Gefäßes, Myokardnekrose und Exitus. Vaskuläre Komplikationen, wie Hämatom, Aneurysma spurium und Embolie, die eine chirurgischen Revision erforderlich machten, traten in 0,76 % der Interventionen auf und lagen damit deutlich unter der 1 %-Schwelle.

Postoperative Komplikationen bei Hochrisikopatienten mit Diabetes mellitus, Schlaganfall, eingeschränkter LV-Funktion und terminaler Niereninsuffizienz waren deutlich häufiger. Die Mortalität bei diesen Patienten lag in Sachsen bei insgesamt 3,74 %.

Komplikationen nach PTCA/Stent

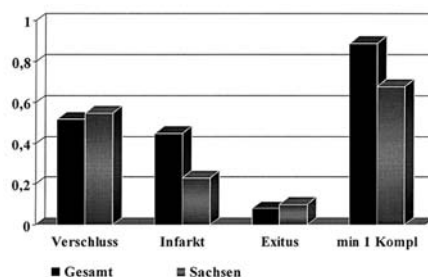


Abbildung 3: Die Komplikationsrate lag in Sachsen mit 0,68% deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die häufigste Komplikation bestand im Verschluss des dilatierten Gefäßes.

Schrittmacher

Die Daten für die Schrittmacherimplantation und Revision wurden 2002 zum ersten Mal nicht mehr nur auf freiwilliger Basis erfaßt. Dennoch war die Vollständigkeit der Daten nicht befriedigend, da je nach dem zugrunde

liegenden Ausgangswert nur zwischen 40% und 60% der Implantationen und Revisionen erfasst wurden. Die Aussagekraft der Auswertung ist deshalb eingeschränkt. Abgesehen von Sondenfehlfunktion in Höhe von 5% nach Implantation waren keine Auffälligkeiten erkennbar.

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Kardiologie

Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie

Die externe vergleichende Qualitätsdarstellung ist heute ein etabliertes Verfahren. Bereits 1997 wurden in Hessen das Projekt „Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“ eingeführt.

In Sachsen fand 1999 erstmalig eine freiwillige Erfassung von definierten Fallpauschalen und Sonderentgelten im Leistungsbereich operative Gynäkologie statt. Seit 2001 ist diese Maßnahme für alle zugelassenen Krankenhäuser bundesweit verpflichtend und gerade bei gynäkologischen Erkrankungen von großer Bedeutung. Die operative Behandlung des Uterus myomatosus ist eine sehr häufige Diagnose in der Frauenheilkunde und innerhalb der Kliniken die 16. häufigste vollstationäre Entlassungsdiagnose für Frauen in Deutschland.

Ende des Jahres 2002 lag die Auswertung der operativen Gynäkologie für das Jahr 2001 vor. Teilnehmende Einrichtungen in Sachsen waren 62 Krankenhäuser. Die Zahl der dokumentierten Eingriffe belief sich auf 12.788 gynäkologische Operationen. Mit der Bundesauswertung 2002 existiert erstmalig eine Auswertung nach einer einheitlichen Erhebung und der bundesweite Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen ist möglich. Der Auswertung zugrunde liegen 17 Qualitätsmerkmale. Im Wesentlichen erfolgte die Qualitätsauswertung nach wie vor bei Eingriffen am Organ Uterus.

Die Fallpauschalen und Sonderentgelte der Mamma wurde von den Gynäkologen mit dem Modul 15/1 und von den Chirurgen mit dem Modul 18/1 erfasst. Da dies doch mit sehr unterschiedlich strukturierten Datensätzen erfolgte, ist eine statistisch relevante Aussage über die Gesamterfassung der Eingriffe an der Mamma für das Jahr 2002 nicht möglich.

Dies wird sich erst in der Auswertung des Jahres 2003 ergeben, bei der ein verbesserter Datensatz zugrunde liegt und ab 2004, wenn von allen Einrichtungen einheitlich mit dem Datensatz des Modul 18/1 erfasst wurde. Bei den Uteruseingriffen war die Erfassung der Organverletzungen unter allen Patientinnen mit Uteruseingriffen ein auffälliger Qualitätsindikator. Als Qualitätsziel wurde angestrebt, möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen zu haben. In Sachsen wurden 108 Fälle von insgesamt 9726 Operationen dokumentiert, das ergibt einen Landesdurchschnitt von 1,11 %. 58 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Bundesdurchschnittlich liegt die Organverletzungsrate bei 1,14 %, das heißt, der Landesdurchschnitt in Sachsen liegt geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt.

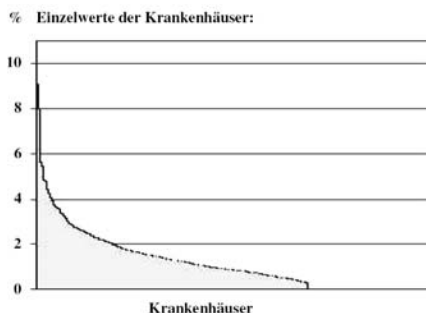


Abbildung 1: Anteil Organverletzungen unter allen Patientinnen mit Uteruseingriffen
Aus: Gynäkologische Operationen
– Bundesauswertung 2002 –

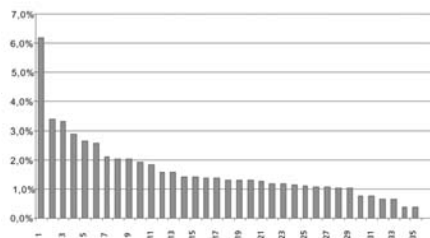


Abbildung 2: Anteil Organverletzungen unter allen Patientinnen mit Uteruseingriffen
Gynäkologische Operationen
– Jahresauswertung 2002 – Sachsen

Bei Organverletzungen sind in der Regel betroffen die Harnblase, der Harnleiter, der Darm und die Blutgefäße des Beckens. Die Folge können Revisionseingriffe sein, Verlängerungen der Operationszeit, erhöhte Morbidität, gelegentlich Invaliddität.

Es erfolgt eine Erfassung getrennt nach betroffenen Organen.

Statistische Probleme bei der Bewertung des Qualitätsmerkmals Organverletzungen können kleine Fallzahlen und seltene Organverletzungen sein. Die Arbeitsgruppe Gynäkologische Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer hat beschlossen, einen strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern zu führen, die für dieses Qualitätsmerkmal statistisch relevant hohe Anteile dokumentiert haben. Es wurden bereits 10 dokumentierte Fälle mit einer betroffenen Klinik diskutiert, übrig blieben bei diesem Dialog lediglich 2 Organverletzungen von ca. 350 durchgeführten Hysterektomien, die aber zu keiner der oben angeführten schweren Komplikationen führten. Die Organverletzungen dieser Einrichtungen belaufen sich, bereinigt man die Daten um die fehldokumentierten Fälle, auf 0,7 %, deutlich unter dem sächsischen Durchschnitt und dem Bundesdurchschnitt.

In dieser Form werden weitere Einzelfallanalysen von den betroffenen Chefärzten schriftlich erbeten.

Bei der Bundesauswertung fällt auf, dass sowohl bei den Hysterektomien als auch bei den laparoskopischen Eingriffen Krankenhäuser

Patientinnen unter 35 Jahren mit Hysterektomie (benigne Erkr.)

Anzahl Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie (benigne Erkr.)	Anzahl Kliniken, die diese Häufigkeit angegeben haben
8 Fälle	2 Kliniken
7 Fälle	3 Kliniken
6 Fälle	1 Klinik
5 Fälle	3 Kliniken
4 Fälle	6 Kliniken
3 Fälle	11 Kliniken
2 Fälle	15 Kliniken
1 Fall	8 Kliniken

keinen einzigen Fall einer Organverletzung dokumentiert haben. Das heißt dreiviertel aller Einrichtungen haben zum Beispiel bei laparoskopischen Eingriffen keine einzige Organverletzung dokumentiert. Dies ist ebenso auffällig wie eine hohe Anzahl von dokumentierten Organverletzungen. Es handelt sich möglicherweise um ein „underreporting“, so dass auch bei diesen Krankenhäusern um eine Erklärung gebeten werden müsste. Auch das junge Alter von Patientinnen unter 35 Jahren mit Hysterektomie sollte als Qualitätsindikator herangezogen werden.

Auch in diesem Falle sollte mit Krankenhäusern, die mehrere Fälle dokumentiert haben, ein strukturierter Dialog geführt werden.

Der Ausschuss ist sich durchaus bewusst, dass auch bei einer Frau unter 35 Jahren eine Indikation zur Hysterektomie bestehen kann, zum Beispiel: Atonie, großer Uterus myomatosus, Carcinoma in situ oder schwere Dysplasien der Portio bei abgeschlossener Familienplanung.

In den Auswertungen findet man weiterhin Ergebnisse bezüglich Wundinfektion sowie Blutübertragungen, die keine signifikanten Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr zeigen.

Probleme der Datenerfassung bieten die Auswertungsinstrumente für Krankenhäuser mit unvollständiger und möglicherweise nicht valider Dokumentation. Diese müssten weiter entwickelt werden. Softwareprobleme, Probleme der Daten- und der Plausibilitätsprüfung und des Datentransfers zur auswertenden Firma

sollten verbessert werden. Voraussetzungen für die Wirksamkeit des strukturierten Dialoges aufgrund vorliegender auffälliger Ergebnisse wäre ein früheres Vorliegen der Ergebnisse als bisher. So wäre wünschenswert, dass die Auswertung von 2003 uns schon sehr bald zur Verfügung steht.

PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Vorsitzender der AG Gynäkologie

Hygiene aktuell

Bioterrorismus und Pocken – fachspezifische Kommentierung der in Deutschland getroffenen Vorbereitungen für den Ernstfall

Der Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer hat auf seiner Sitzung am 2. Februar 2004 nachstehende Stellungnahme zum derzeitigen Stand der Vorbereitungen zum Thema Bioterrorismus und Pocken für den Ernstfall verabschiedet:

Die Jahre 2002 und 2003 waren unter anderem politisch gekennzeichnet durch eine echte oder vermeindliche Gefahr von bioterroristischen Anschlägen, was besonders im Fall der Pocken zu erheblicher Verunsicherung bis Angst in breiten Kreisen der Bevölkerung geführt hat. Eine sachliche Aufklärung und Beschreibung der Risiko-Nutzen-Konstellation einer Pockenimpfung, die seit 1979/80 in Deutschland und weltweit zurecht abgeschafft wurde, durch Fachexperten zum Beispiel des Robert-Koch-Institutes (siehe Artikel „Eine Wiedereinführung der Pockenimpfung ist derzeit nicht notwendig“ Deutsches Ärzteblatt Jg. 100/4/C 145/146 vom 24. 1. 2003) hat daran nur marginal etwas geändert. Die unangemessenen praxisfernen Maßnahmeregelungen der Regierungsverantwortlichen in Bund und Ländern legen davon beredes Zeugnis ab.

Die gesamtgesellschaftlichen Folgen waren Kosten von mehreren 100 Millionen € für viele Millionen Dosen Pockenimpfstoff von zumindest teilweise verminderter Qualität und nicht geprüfter Effektivität, für Tonnen von Impfnadeln wegen übereilter Einführung einer in Deutschland nicht evidenzbasierten

Impfmethode und der sachgerechten Verteilung und Lagerung von beiden. Hinzu kam ein immenser Arbeitsaufwand des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Erarbeitung eines Seuchenplanes inklusive einer Logistik zur Impfung der gesamten Bevölkerung binnen weniger Tage.

Der Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin hat sich mit allen Fragen eingehend beschäftigt und rät nochmals allen Ärzten eindringlich:

1. Beachten der Nutzen-Risiko-Konstellation: Bei der Pockenimpfung der gesamten Bevölkerung ist mit schwerwiegenden Erkrankungen, Dauerschäden und Todesfällen zu rechnen. Konkret ereigneten sich in der DDR von 1952 bis 1972 bei einer Anzahl von 11.656 Mill. Pockenimpfungen 1148 atypische Impfverläufe (= 98,5/1 Mill.); davon 113 Todesfälle (= 9,7/1 Mill.) und 522 (96/1 Mill.) postvakzinale Enzephalitiden.

2. Eine Impfung sollte nur vorgenommen werden beim Vorliegen einer amtlichen Impfempfehlung mit einem von der nationalen (PEI) oder europäischen (EMEA) Behörde zugelassenen Impfstoff. Beides ist gegenwärtig nicht der Fall.

3. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Haftung bei den zu erwartenden Impfschäden sind zurzeit juristisch nicht eindeutig als Staatshaftung ausgewiesen. Nach den Ausführungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, 10/2003, S.448 bis 450) besteht derzeit immer die Möglichkeit, im Einzelfall das Haftungsrisiko auf den Impfarzt abzuwälzen.

Daraus geht hervor, dass die Bundesregierung und die Länderregierungen ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für das Wohl der Bevölkerung im Falle eines bioterroristischen Anschlages mit Pockenerregern, nämlich der Gewährleistung einer praxisrelevanten Infektionsprophylaxe und Herdbekämpfung, nicht wirklich nachgekommen sind. Nach dem Urteil des Ausschusses muss in der Pockenbekämpfungsstrategie an erster Stelle zwingend ein Herdbekämpfungsprogramm stehen, in das selbstverständlich Pockenimpfungen integriert werden. Zur praktischen Umsetzung muss dazu die Einsatzzuständigkeit der allgemeinen Inneren Verwaltung und des Katastrophenschutzes gewährleistet sein. Dies kann nicht allein auf das Gesundheitswesen abgewälzt werden.

Erst an zweiter Stelle – bei gegebener epidemiologischer Indikation wie zum Beispiel gehäuftes Auftreten von Pockenerkrankungen an verschiedenen Orten – ist eine Impfung der gesamten Bevölkerung in Erwägung zu ziehen. Diese aber ist nur in kurzer Zeit durchsetzbar als Pflichtimpfung im Katastrophenfall, wie dies im § 20 (6 und 7) IfSG auch vorgesehen ist. Dabei sollten sich unsere Politiker bei allen diesbezüglichen Regelungen einer klaren eindeutigen Sprache bedienen. Ein unübertroffenes Vorbild haben sie von unseren Altvorderen im Impfgesetz vom 8. April 1874 im Reichsgesetzblatt Nr. 11 zur Verfügung.

Anschrift des Vorsitzenden des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstr. 21
09114 Chemnitz



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet 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 Registrier-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.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C011

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C012

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C013

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/C014

Zwickau-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 04/C015

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 4. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C016

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Chirurgie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 04/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 3. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/D010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 3. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D011

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D012

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 04/D013

Bautzen

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
Reg.-Nr. 04/D014

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D015

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/D016

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 04/L007

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/L008

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 04/L009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16,

04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: 1. 4. 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403

■ Bezirksstelle Dresden

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (in Freital)
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (0351) 8828330.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Juli 2004

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Juli 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

U. Scholz¹, A. Siegemund², S. Petros¹, L. Engelmann¹

Thrombophile Veränderungen in der Schwangerschaft

¹ Universitätsklinikum Leipzig AöR, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Hämostaseologische Ambulanz/Hämophiliezentrum

² Laborärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Reising-Ackermann und Partner, Leipzig

Zusammenfassung

Die Veränderungen im Gerinnungssystem sind in der Schwangerschaft und Wochenbett von großer Bedeutung. Es entsteht durch die physiologische Aktivierung der Hämostase zur Vorbereitung auf eine blutungsarme Entbindung eine thrombophile Situation, gekennzeichnet unter anderem durch eine Erhöhung des D-Dimers und von Einzel Faktoren. Durch genetisch veränderte Disposition oder erworbene Störungen können diese Anpassungen eine erhöhte Morbidität und Mortalität für Mutter und Kind bedeuten. In den letzten Jahren haben

sich durch den Einsatz von niedermolekularen Heparinen zur Therapie unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Der Einsatz dieser Substanzen sollte individuell von Risikosituation und zugrundeliegender Hämostasestörung erwogen werden. Deshalb ist die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen wünschenswert.

Schlüsselwörter:
Schwangerschaft, Thrombophilie, Heparin

Einleitung mit Epidemiologie

In der Schwangerschaft und im Wochenbett besteht durch die Kombination lokaler anatomischer Besonderheiten und gleichzeitig auftretenden Veränderungen des Gerinnungssystems ein erhöhtes Risiko für tiefe Venenthrombosen und Lungenembolien (Heinrich, F., 2000). Dabei sind die Veränderungen der Gerinnung und Fibrinolyse im Verlauf der Schwangerschaft wichtig für einen physiologischen Ablauf der Geburt und des Wochenbettes. Diese Anpassungen können allerdings aufgrund zusätzlicher Risikofaktoren oder einer hereditären Thrombophilie zu einem erhöhten Risiko mit Ausbilden thrombembolischer Ereignisse beitragen. Im Vergleich mit nichtgraviden Frauen besteht eine Steigerung um den Faktor 5, das heißt eine Thromboseinzidenz von 1:1000 – 2000 Schwangerschaften. Dabei ist eine deutliche Bevorzugung des dritten Trimesters und der postpartalen Phase zu verzeichnen (Brenner, BR.; Nowak-Göttl, U.; Kosch, A. 2002; Heilmann, L. 2000; Kupfermanc, MJ.; Many, A.; Bar-Am, A. et al. 2002). Im Nachfolgenden sollen die hämostaseologischen Risikofaktoren hinsichtlich der Diagnostik sowie der therapeutischen Möglichkeiten dargestellt werden.

Physiologische Veränderungen der Gerinnung

Die Virchowsche Trias stellt drei Hauptmerkmale in den Mittelpunkt der Veränderungen.

Einerseits ist die verlangsamte Strömungsgeschwindigkeit durch die lokalen venösen Abflussverhältnisse mit zunehmender Vergrößerung des Uterus und dessen Verdrängung auf Nachbargefäße gegeben. Der Anstieg des mittleren venösen Drucks beträgt ca. 10 mmHg. Durch eine fibröse Einengung der linken Vena iliaca communis, welche durch die mechani-

sche Alteration der arteriellen Überkreuzung entsteht und eine stenosierende Wirkung entfaltet, dem sogenannten „Venensporn“, kann es zu einer zusätzlichen Belastung des venösen Systems kommen.

Gleichzeitig tragen Endothelveränderungen mit Freisetzung von Mediatoren und hormonelle Einflüsse zur Gefäßerweiterung bei. Gefäßalterationen durch die Entbindung stellen ebenfalls einen wesentlichen Faktor dar.

Durch die Aktivierung des Gerinnungssystems wird drittens eine thrombophile Situation erzeugt. Es wurden erhöhte Aktivitäten der Faktoren VII, VIII, IX, X und XII sowie eine Verminderung der Faktoren XI, XIII und des Protein S nachgewiesen. Auch Beeinträchtigungen der Fibrinolyse mit erhöhtem α 2-Antiplasmin, Plasminogenaktivatorinhibitor-1 und -2 bei vermindertem Plasminogenaktivator (t-PA) ergänzen das Bild (Koh, SCL.; Anandakumar, C.; Biswas, A. et al. 2002). Ursächlich sollen für diese prokoagulatorische Situation hormonelle Veränderungen und Aktivierungen im uteroplazentaren Kreislauf eine Rolle spielen. Phylogenetisch sinnvoll bedingt, wird bei hohem Blutfluß zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft die Voraussetzung für eine rasche Blutstillung post partum durch diese thrombophile Situation erreicht. Damit trägt aber gleichzeitig die Phase des Wochenbettes das höchste Risiko für das Auftreten von thrombembolischen Komplikationen. In der Laboranalyse sind erhöhte Werte von Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT), Prothrombinfragment F1+2, Fibrinopeptiden als Ausdruck der prokoagulatorischen und D-Dimer für die fibrinolytische Komponente nachweisbar. Die Aussage dieser Parameter ist deshalb in der Schwangerschaft und dem Wochenbett nur eingeschränkt zu bewerten.

Pathophysiologische Veränderungen

Allgemeine Risikofaktoren für das Ausbilden thrombembolischer Komplikationen in der Gravidität sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Allgemeine Risikofaktoren für Thrombembolie

- Alter > 35 Jahre
- Adipositas (> 80 kg)
- Multipara
- Immobilisation
- Infektion
- Operativer Eingriff
- Arterielle Hypertonie
- Präeklampsie
- Hyperemesis, Dehydratation
- Verlangsamte Wehentätigkeit, instrumentelle Entbindung
- Sectio caesarea
- Thrombophlebitis/Varikosis
- Hormonbehandlung

Zu den oben dargestellten Risikofaktoren sind spezielle pathophysiologische hämostaseologische Veränderungen für das Ausbilden einer thrombembolischen Komplikation von Bedeutung (Martinelli, I.; De Stefano, V.; Taioli, E. et al., 2002).

Liegen bei der Patientin eigenanamnestisch bereits Hinweise auf ein abgelaufenes Ereignis vor, dann besteht ein ca. 12 bis 15%iges Risiko eines Rezidivs in der Schwangerschaft (Martinelli, I.; Legnani, C.; Bucciarelli, P. et al., 2001). Hinweisend kann ebenfalls die Erhebung der Familienanamnese sein.

Neben diesen Vorerkrankungen sind die speziellen hämostaseologischen Risikofaktoren von Bedeutung. In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Marker zusammengefasst,

welche anschließend im Einzelnen dargestellt werden.

Tabelle 2: Thrombophilie marker

- APC-Resistenz
- Protein S-Mangel
- Protein C-Mangel
- Antithrombin III-Mangel
- Antiphospholipid-Syndrom
- Hyperhomocysteinämie
- Prothrombinmutation

1. APC-Resistenz

Die Resistenz gegenüber aktiviertem Protein C (APC-Resistenz) ist in Deutschland mit einer Prävalenz bei tiefen Beinvenenthrombosen in der Schwangerschaft von ca. 20 – 40% vorhanden. Neben dieser Komplikation besteht zusätzlich eine Assoziation mit dem intrauterinen Fruchttod und schwerer Präeklampsie (Brenner, B. 2003). Durch aktiviertes Protein C wird Faktor V inaktiviert. Besteht eine erworbene oder hereditäre Resistenz des Faktors gegenüber Protein C, ist eine überschießende prokoagulatorische Situation entstanden.

Ursächlich liegt der APC-Resistenz meist eine Mutation im Bereich des Faktor V zugrunde (Faktor V-Leiden-Mutation). Heterozygote Träger haben ein ca. 8faches, homocytote ein ca. 80faches Risiko für thrombembolische Komplikationen. Mit zunehmendem Gestationsalter steigt das Risiko deutlich an (Benedetto, C.; Marozio, L.; Tavella, AM. et al., 2002; Benedetto, C.; Marozio, L.; Salton, L. et al., 2002).

2. Protein C- und S-Mangel

Der Protein C-Mangel steigert das Risiko eines thrombembolischen Ereignisses um ca. 10 %, der Protein S-Mangel um ca. 7 %. Dabei ist allerdings anzumerken, dass Protein S in der Schwangerschaft physiologisch vermindert ist, eine „echte“ pathophysiologische Bedeutung nur ein vorbestehender Mangel hat.

3. Antithrombin III-Mangel

Insbesondere Patientinnen mit Antithrombin III-Mangel (AT III) neigen zu thrombembolischen Ereignissen. Dabei wird eine Inzidenz von 18 bis 50 % angegeben. Allerdings sind AT III-Verminderungen meist durch anamnestische Daten belegt und es besteht aus diesem Grund bereits vor der Graviddität eine dauerhafte Antikoagulation zur Primär- oder Sekundärprophylaxe.

4. Antiphospholipid-Syndrom

Die Erkrankung ist assoziiert mit Gefäßthrombosen, intrauterinem Fruchttod zwischen der 10. und der 34. Schwangerschaftswoche aufgrund Präeklampsie, Eklampsie und schwerer Plazentainsuffizienz. Ebenso zeigen sich eine erhöhte Anzahl von Spontanaborten vor der 10. Gestationswoche. Für das Auftreten von venösen Thrombosen stellt das Antiphospholipid-Syndrom in der Schwangerschaft einen geringen Anteil (ca. 1 %). Die Bedeutung liegt in dem Auftreten oben genannter Schwangerschaftskomplikationen, welche unbehandelt bei 85 % liegen.

Laborchemisch ist der Nachweis von Anticardiolipin-Antikörpern und/oder eines Lupusantikoagulans zu führen. Es kommt durch diese Faktoren zu einer Hemmung des aktivierten Protein C-Komplex und nachfolgend einer prokoagulatorischen Wirkung aufgrund der fehlenden Regulation der Faktoren VIII und V. Möglicherweise spielt auch eine immunologisch vermittelte Aktivierung von Thrombozyten eine wesentliche Rolle in der Pathogenese der Erkrankung (Lockshin, MD.; Sammaritano, LR., 2001).

5. Hyperhomocysteinämie

Erhöhte Spiegel von Homocystein wurden insbesondere bei Patientinnen mit placentaren Komplikationen in der Schwangerschaft gefunden. Ursächlich kann nach Ausschluss renaler Ursachen eine Mutation der Methylentetrahydrofolsäurereductase (MTHFR) vorliegen, welche zu einem erhöhten Risiko für venöse und arterielle Thrombosen disponiert. (Khong TY 1999)

6. Prothrombinmutation

Die Prothrombinmutation (G20210A) mit einer Inzidenz von 1 – 4% (heterozygote Merkmalsträger) in der europäischen Bevölkerung zeigt ein relatives Risiko von 3 – 4 für das Ausbilden einer Thrombembolie an. Genaue Häufigkeitsangaben in der Schwangerschaft fehlen. Es wird eine 2 bis 3fache Erhöhung des Risikos zum Ausbilden thrombembolischer Komplikationen angenommen (Benedetto, C.; Marozio, L.; Salton, L. et al., 2002).

Diagnostik

Ein allgemeines Thrombophilie-Screening wird derzeit nur für Patientinnen mit bereits anamnestischen thrombembolischen Ereignissen empfohlen. Bei bekanntem erworbenen oder

hereditären Risiko mit abgelaufener Thrombembolie sollte eine Mitbetreuung der Schwangeren in einer hämostaseologischen Spezialambulanz erfolgen. Ziel dieser Konsultation ist eine Abklärung potentieller Risikofaktoren in diagnostischer Hinsicht und die Festlegung abgestimmter therapeutischer Maßnahmen für die Dauer der Schwangerschaft und der postpartalen Phase. Eine enge Zusammenarbeit mit Angiologen und Gynäkologen ist deshalb unbedingt erforderlich.

Therapie

Eine Antikoagulation in der Schwangerschaft sollte vom individuellem Risiko und den vorliegenden Ereignissen abhängig gemacht werden (Ebina, Y.; Yamada, H.; Kato, EH. et al., 2002; Greer, IA. 2002; Schinzel, H.; Bahlmann, F.; Peetz, D. et al., 2002; Ginsberg, JS.; Greer, I.; Hirsh, J. 2001; Brill-Edwards, P.; Ginsberg, JS.; Gent, M. et al., 2000). Neben einer alleinigen Überwachung der Risikomarker besteht die Möglichkeit der prophylaktischen und therapeutischen medikamentösen Therapie (Lindhoff-Last, E.; Sohn, C.; Ehrly, AM. et al., 2000; Ellison, J.; Thomson, AJ.; Conkie, JA. et al., 2001). In der nachfolgenden Übersicht werden die einzelnen Empfehlungen dargestellt.

Spezielle therapeutische Konsequenzen bestehen beim Antiphospholipid-Syndrom. Treten massiv erhöhte Titer von IgG, IgM oder Lupusantikoagulantien auf sollten zusätzlich zur Heparin-Gabe 100mg Acetylsalicylsäure (ASS) verabreicht werden. Die prophylaktische Gabe von Heparin erfolgt bei z.n. intrauterinem Tod nach der 10. Schwangerschaftswoche, früher Präeklampsie oder fetaler Retardierung. Bei niedrigem IgM-Spiegel reicht die alleinige Gabe von ASS bei Multipara und vorrausgegangener komplizierter Schwangerschaft aus (Pauzner, R.; Dulitzki, M.; Langevitz, P. et al., 2001). Allerdings sollten Kontrolluntersuchungen keine massiven Titerbewegungen nachweisen.

Bedeutsam für den Einsatz der Heparine in der Schwangerschaft ist die fehlende Placentagängigkeit und keine Hinweise auf Fehlbildungen des Kindes (Forestier, F.; Daffos, F.; Capella-Pavlovsky, M., 1984; Haas, S.; Halberstadt, E.; Schneider, KTM. et al., 1994; Lagrange, F.; Vergnes, C.; Brun, JL. et al., 2002). Allerdings ist auf ein erhöhtes Blutungs- (bis 2 %) und Osteoporoserisiko hinzuweisen. Bei

Tabelle 3: Risikogruppen und Therapie

Risikostufe	Maßnahmen
I. Überwachung ohne anamnestische Thrombembolie und: <ul style="list-style-type: none"> laborchemisch Thrombophilie (außer ATIII-Mangel) positive Familienanamnese 	<ul style="list-style-type: none"> Aufklärung Kompressionstherapie Heparinprophylaxe bei zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Adipositas, etc.) postpartal 2 Wochen Heparinprophylaxe
II. Prophylaxe <ul style="list-style-type: none"> positive Eigenanamnese inkurrente Risikosituation AT III-Mangel/Lupusantikoagulantien ohne abgelaufene Thrombembolie Lupusantikoagulantien und rezidivierende Aborte 	<ul style="list-style-type: none"> unmittelbarer Beginn einer Heparinprophylaxe (NMH 2500 – 10000 antiXa IE/d, UFH 2 x 7500 – 10000 IE/d) postpartal 6 Wochen fortsetzen Lupusantikoagulantien: ggf. 100mg ASS bis zur 36.SSW (s. Hinweise unten)
III. Therapeutische Antikoagulation <ul style="list-style-type: none"> akutes thrombembolisches Ereignis in der Schwangerschaft anamnestisch rezidivierende Ereignisse Langzeitantikoagulation vor der Schwangerschaft Lupusantikoagulantien/AT III-Mangel und rezidivierende Thrombembolien 	<ul style="list-style-type: none"> NMH 150 – 200 antiXa IE/kg KG/d (unter Kontrolle des antiXa-Spiegels mind. aller 4 Wochen) UFH 20 000 – 40 000 IE/d mit Verlängerung der aPTT auf ca. 1,5faches postpartal mind. 6 Wochen fortsetzen

(NMH: niedermolekulare Heparine, UFH: unfractioniertes Heparin)

der Entscheidung zur therapeutischen Antikoagulation sollten die niedermolekularen den unfractionierten Heparinen aufgrund der verminderten Blutungskomplikationen, des geringeren Osteoporoserisikos (Pettilä, V.; Leinonen, P.; Markkola, A. et al., 2002), der verringerten Kontrolle (1x/Monat) und der vorteilhaften Applikationsart bevorzugt werden (Heilmann, L.; Rath, W.; von Tempelhoff, FG. et al., 2002; Schambeck, CM.; Eberl, E.; Geisen, U. et al., 2001; Rey, E.; Rivard, GE. 2000).

Cumarinderivaten wurden in der Vergangenheit ebenfalls häufig nach dem ersten Trimester eingesetzt. Aufgrund der nachgewiesenen Embryopathien sowie der Blutungskomplikationen wird zunehmend auf diese Art der Therapie verzichtet. Weitere Substanzen (Hirudin, Danaparoid, etc.) wurden als Einzelfälle ebenfalls bereits in der Schwangerschaft angewandt, es liegen hierzu aber keine endgültigen Ergebnisse vor.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass bei thrombophiler Risikosituation in der Schwangerschaft eine individuelle Beratung der Patientinnen und Therapieentscheidung zum weiteren Vorgehen erforderlich ist. Unter Berücksichtigung der dargestellten Risikofaktoren sollte die Entscheidung zu Art und Umfang einer Antikoagulation getroffen werden. Die optimierte Betreuung in Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Angiologen und Hämostaseologen ist für den Verlauf der Schwangerschaft und des Wochenbettes von entscheidender Bedeutung.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
 Dr. med. Ute Scholz
 Universitätsklinikum Leipzig AöR
 Medizinische Klinik und Poliklinik I
 Hämostaseologische Ambulanz/
 Hämophiliezentrum
 Johannisallee 32, 04103 Leipzig
 Tel.: 0341 9712835, Fax: 0341 9712849
 E-Mail: leonu@medizin.uni-leipzig.de

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
 Telefon 0351 8267-0
 Telefax 0351 8267-412
 Internet: <http://www.slaek.de>
 E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
 Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
 Dr. Günter Bartsch
 Prof. Dr. Siegwart Bigl
 Prof. Dr. Heinz Diettrich
 Dr. Hans-Joachim Gräfe
 Dr. Rudolf Marx
 Prof. Dr. Peter Matzen
 Dr. jur. Verena Diefenbach
 Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
 Telefon 0351 8267-351
 Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
 Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
 Telefon: 0341 710039-94
 Telefax: 0341 710039-99
 Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
 E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
 Anzeigenleitung: Kristin Böttger
 Anzeigendisposition: Silke El Gendy
 Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.
 Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
 Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. 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 oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
 Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
 Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie

16. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch
14./15.11.2003

Das diesjährige Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch stand unter dem Thema „Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie“ und beleuchtete dieses Thema aus verschiedenen Perspektiven. Nach der Begrüßung durch G. Ehninger als Klinikdirektor richtete F. Bendas als Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales ein Grußwort an die Teilnehmer.

Aus diagnostisch-radiologischer Sicht stellten J. von Ruthendorf und M. Laniado (Dresden) anhand anschaulicher Beispiele die Fragen in den Mittelpunkt, die sich aus einer technisch immer besseren Bildauflösung ergeben.

Welche Bedeutung etwa kommt kleinsten pulmonalen Rundherden, einer Lymphknotengröße von über 10 mm oder einer MR-tomographischen Signalalteration nach Tumoroperation zu? Die Einordnung zunehmend erkennbarer, von der Norm abweichender Strukturen in einen sinnvollen diagnostisch-therapeutischen Kontext wird damit oftmals zur schwierigen Aufgabe, ist aber zugleich Voraussetzung für eine sinnvolle und schließlich für den Patienten nützliche Planung des weiteren Behandlungsplanes.

R. Konopke u. Mitarb. (Dresden) stellten die verbesserten Möglichkeiten der sonographischen Detektion von Raumforderungen in der Leber unter Einsatz von Echokontrastmittel dar; der therapeutische Nutzen besteht insbesondere in der verbesserten prädiktiven Beurteilung der Operabilität und in der Vermeidung nunmehr absehbar explorativer Laparotomien. Unter dem Thema „High tech versus high risk – Präzisionsstrahlentherapie“ stellte H. Alheit (Dresden) die faszinierenden Möglichkeiten einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie bis hin zum dose-painting und der Stereotaxie dar. Die Abwägung der Vorteile dieser technisch anspruchsvollen Bestrahlungstechniken gegen ihre Grenzen, die sich aus der Biologie des Tumors, aus der nur begrenzt reproduzierbaren exakten Lagerung und aus den entstehenden Kosten ergeben, wurde erläutert. Aus internistisch-onkologischer Sicht ging G. Folprecht (Dresden) auf die Möglichkeiten und Grenzen systemischer Therapie am Beispiel kolorektaler Karzinome ein.

G. Ehninger sprach über das Thema „Transplantation von Blutstammzellen – historische Entwicklung und neue Transplantationsmethoden“ zur faszinierenden Entwicklung, die die Therapie von Leukämien, hochmalignen Lymphomen und anderen durch intensivier-

Zytostase und das allogene Therapieprinzip behandelbaren Entitäten in den letzten Jahren genommen hat.

Im folgenden Vortragsblock stand die Subjektivität des Kranken im Vordergrund.

W. Böker (Heidelberg) stellte die Grundsätze des ärztlichen Handelns unter dem Thema: „Das Subjekt des Kranken: Terra incognita der modernen Medizin?“ dar. Es wurde deutlich, dass aufgrund des naturwissenschaftlichen Paradigmas die Erhebung immer detaillierterer Befunde im Mittelpunkt ärztlichen Handelns steht, so dass oftmals der Eindruck eines „fragmentierten Patienten“ entsteht. Hingegen sind die Erläuterung dieser Befunde und die Kommunikation mit dem Patienten über deren Bedeutung für die weitere Behandlung der Krankheit und sein Leben ungerechtfertigt weit in den Hintergrund getreten. In der Diskussion wurden diese Positionen besonders unter den Aspekten des ärztlichen Zeitfonds und der universitären Ausbildung hinterfragt; die Bedeutung einer patientengerechten Kommunikation über Befunde für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung blieb dabei unwidersprochen.

D. Wieghardt (Dresden) schilderte den Verlauf einer allogenen Knochenmarktransplantation vor nunmehr neun Jahren aus eigenem Erleben. Daraus ableitend stellte er eindrucksvoll dar, wie wichtig für den Patienten die Entwicklung einer langfristig tragfähigen Motivation und ebenso das aktiv-partnerschaftliche Verhältnis zu seinen Behandlern im therapeutischen Konzept ist. Kritische Anmerkungen aus Patientensicht betrafen insbesondere formalisierte Abläufe im Rehabilitationspro-

zeß sowie bei Gutachten und Verunsicherungen des Patienten im Falle mangelhaft geklärter Verantwortlichkeiten im klinischen Alltag.

F. Schönhöfer (Dresden) demonstrierte Daten einer Fragebogenerhebung zum Befinden von Patienten vor und nach Stammzelltransplantation.

V. Köllner und C. Haag (Blieskastel/Dresden) sprachen zum Thema „Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie – Bericht über ein Ausbildungsprojekt“ und stellten dabei die Dresdner Erfahrungen mit studentischen Gesprächsgruppen dar als eine wichtige Methode, die kommunikative Kompetenz angehender Ärzte wesentlich zu verbessern.

Zum Thema: „Das Gesundheitssystem – ein marktwirtschaftliches System? Der Patient als Kunde!“ hielt H. P. Marr (Dresden) einen klaren und konstruktiv-kritischen Vortrag. Er mahnte die dringende Reformierung der Strukturen des Gesundheitssystems an, die durch die überwiegend auf Kostendämpfung zielende GKV-Reformgesetzgebung allenfalls in Ansätzen ermöglicht wird. Weil Krankheitsbegriff und Leistungsbedarf offen sind, ist Gesundheit kein marktfähiges Gut. Zudem fehlen dem Patienten charakteristische Merkmale eines Kunden wie z.B. Souveränität im Kaufvorgang; daher kann eine vordergründige „Kundenorientierung“ im Gesundheitssystem zur Verdrängung der Hauptprobleme beitragen. Hingegen ist die integrative Versorgung eine angemessene strukturelle Neuerung und sollte konstruktiv angegangen werden.

Aus klinischer Sicht stellte H. A. Neumann (Bochum) in seinem Vortrag: „Ärztliches Handeln unter den Bedingungen der DRGs“ ein-

drucksvoll dar, dass die DRG-Methode zwar eine exakte und perfekte Leistungserfassung suggeriert und zu sinkender Sterblichkeit im Krankenhaus sowie kürzerer Verweilzeit im Krankenhaus führt. Dem steht allerdings gegenüber, dass bereits erwiesen ist, dass die Zahl der Wiedereinweisungen zunimmt und die Mortalität nach Klinikentlassung ebenfalls. Kritisch beleuchtete er auch den enormen Dokumentationsaufwand und die Tatsache, dass die zwendungsorientierte Medizin im DRG-System stark unterrepräsentiert ist.

In seinem Vortrag: „Patientenautonomie zwischen ärztlichem und juristischem Paternalismus“ konzentrierte sich D. Sternberg-Lieben (Dresden) auf die Folgen des Urteils des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes vom 17.03.2003; insbesondere wurde kritisch angemerkt, dass die Rechtssicherheit durch die divergenten Entscheidungen von Straf- und Zivilrechtskammer des BGH eher gemindert wurde. Auch aus verfassungsmäßiger Sicht wertete der Vortragende das Urteil kritisch. Es schloss sich eine ausführliche Diskussion an, die sich der in diesem Urteil einerseits gestiegenen Bewertung der ärztlichen Indikation, andererseits aber auch der geringeren Bewertung des Patientenwillens in Patientenverfügungen und in Vorsorgevollmachten widmete.

Am zweiten Tag des Symposiums leitete W. Schweidtmann (Lippstadt) ein und beschäftigte sich mit der Frage, ob es einen ethisch begründeten Therapieverzicht bei onkologischen Patienten gibt.

F. Oehmichen (Dresden) stellte in einem klaren und umfassenden Referat die unterschiedlichen Perspektiven und Bewertungen dar, die derzeit zum Thema „Künstliche Ernährung – Möglichkeiten und Grenzen“ vertreten werden. Er erläuterte seine Position, dass bei onkologischen Patienten künstliche Ernährung nicht per se indiziert sei oder nicht, sondern sich die Indikation in einer palliativen Therapiesituation individuell dann ergibt, wenn künstliche Ernährung ein Mittel zur Erreichung der vom Patienten vorgegebenen Therapieziele darstellt. Insgesamt bedarf dieses Thema dringend größerer Aufmerksamkeit, da zum Beispiel 120000 PEGs derzeit in Deutschland im Einsatz sind.

„Schmerztherapie bei Tumorpatienten“ wurde ausführlich von S. Michel (Dresden) dargestellt.

B. Hirche (Dresden) stellte ihren persönlichen Weg des Trauerns um Ehemann und Tochter eindrucksvoll dar bis hin zur aktiven Neuorientierung, für die sie ihre Kraft auch als grüne Dame aus persönlichen Begegnungen mit dankbaren hilfsbedürftigen Menschen in Krankenhäusern gewinnt.

Krankenhausseelsorger N. Krause (Dresden) reflektierte an Hand ganz persönlicher Lebenswege bei schwerer Erkrankung die individuell unterschiedlichen Handlungsansätze und Lebensplanungen, die rational von außen manchmal kaum verständlich sind. Dennoch besteht eine zentrale und wichtige Aufgabe für die

Helfer darin, den Weg von Patienten zu akzeptieren und sie auf diesem zu begleiten. Abschließend berichtete B. Schubert (Dresden) über ein bevorstehendes Modellprojekt eines Palliativ-care-Brückenteams am Krankenhaus St. Joseph-Stift, das ambulanten schwerkranken Tumorpatienten kontinuierliche Sicherheit bieten und damit eine häusliche letzte Lebenszeit ermöglichen wird.

Das Symposium klang aus mit einem Kammerkonzert und einer Buchlesung im Seelsorgezentrum des Universitätsklinikums. Das war zugleich ein Symbol für den ganzheitlichen Charakter der Veranstaltung, in der wiederum naturwissenschaftliche und psychosoziale, theologische, juristische und patienteneigene Gesichtspunkte dargelegt und damit der Komplexität der Onkologie Rechnung getragen wurde.

Wir danken wiederum besonders den Referenten für ihr Engagement und der pharmazeutischen Industrie, die durch ihre Unterstützung das Symposium ermöglichte.

Das 17. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch findet am 19./20.11.2004 statt.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Heinrich Günther und
Prof. Dr. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74, 01309 Dresden
Tel. 0351 4584186, Fax. 0351 4585362
heinrich.guenther@uniklinikum-dresden.de

Forschungstipendien Geriatrie

Zur Förderung des akademischen Nachwuchses in der Geriatrie hat die Robert Bosch Stiftung 2003 das **Forschungskolleg Geriatrie** ins Leben gerufen. Für 2005 und 2006 werden bis zu zehn Kollegstipendien vergeben. Im Mittelpunkt des Kollegs steht die selbständige wissenschaftliche Arbeit an einem Forschungsprojekt der geriatrischen Medizin und Versorgungsforschung. Ein umfassendes Ausbildungsprogramm, das alle wesentlichen As-

pekte der modernen Geriatrie abdeckt, ergänzt dieses Angebot. Darüber hinaus ist eine zeitlich begrenzte klinische Mitarbeit an einem der beteiligten Krankenhäuser vorgesehen. Das Forschungs- und Ausbildungsprogramm erstreckt sich über zwei Jahre. Das Angebot richtet sich in erster Linie an promovierte, wissenschaftlich interessierte Ärzte in Weiterbildung, die ihre Berufsperspektive in der Geriatrie sehen. Die Vergütung innerhalb des

Forschungskollegs lehnt sich an BAT IIa an. Die Kollegiaten werden für die Dauer des Stipendiums an einem der beteiligten Krankenhäuser angestellt. Für einen verkürzten Förderzeitraum können sich auch Fachärzte bewerben.

Bewerbungsschluss ist der 30. April 2004.
Weitere Informationen finden Sie unter www.forschungskolleg-geriatrie.de

Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise zum 75. Geburtstag

Klaus Weise, geboren am 1. März 1929, hat als einer der praxisverbundensten Hochschullehrer für Psychiatrie, wie kein anderer, in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Leipziger Psychiatrielandschaft bis heute geprägt. In Freiburg/Breisgau geboren wuchs er seit seinem 2. Lebensjahr in Leipzig auf.

Nach dem Medizinstudium war er ab 1953 Pflichtassistent und später Assistenzarzt an der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig. Im Jahre 1957/58 arbeitete er als Oberarzt im Fachkrankenhaus Rodewisch/Vogtl. und dann nach seinem Facharztabschluss für Psychiatrie und Neurologie ab 1959 wieder an der Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik. Der Habilitation 1961 zu „Grenzen und Möglichkeiten der Psychopathologie“ folgten 1971 die Dozentur, die Funktion des 1. Oberarztes und ab 1973 schließlich die des Direktors der Universitätsklinik für Psychiatrie Leipzig. Das Direktorat hatte er ebenso wie ab 1974 den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie bis zu seiner Emeritierung 1995 inne.

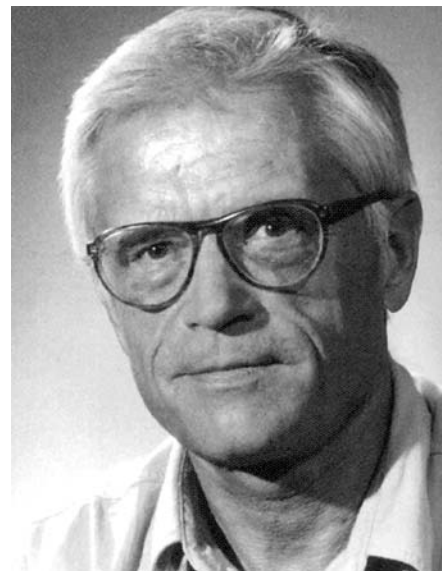
Bereits in den 60iger Jahren gehörte er in der deutschen Psychiatrie zu den Ersten, die die institutionelle Öffnung, die multiprofessionelle Teamarbeit, Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft und die Überwindung der institutionellen Geschlechtertrennung auf den Weg brachten. Er erkannte frühzeitig, dass die Öffnung der Psychiatrie wesentlich von ihrer kommunalen Einbindung und ambulant-stationärer Zusammenarbeit im Lebensraum der Hilfebedürftigen abhängt. So realisierte er an der Leipziger Universitätsklinik für Psychiatrie ab 1975 eine stationäre und ambulante Pflichtversorgung in Kooperation mit der neuropsychiatrischen Abteilung der Poliklinik Leipzig-Süd für ca. 110.000 Einwohner im Falle ihrer psychiatrischen Hilfsbedürftigkeit. Mit Einzug der Klinik 1984 in Räume des neu erbauten Bettenhauses gelang nach Klinikzerstörung 1943, der Rückzug ins Universitätsklinikum und

damit die weitere Integration der Psychiatrie. Noch heute ist bewundernswert, wie es ihm in einer eher staats-sozialistischen Herrschaftsbürokratie der DDR gelang, emanzipatorische Entwicklungen in der Patient-Arzt-Begegnung zu befördern.

Er war es auch, der frühzeitig die therapeutisch bewegende Kraft von Kommunikation erkannte und seit Mitte der 70iger Jahre Leipzig zu einem Zentrum der Gesprächspsychotherapie entwickelte, wobei diese ihre endgültige wissenschaftliche Anerkennung erst heute fand. Seine frühen Bemühungen, Psychotherapie zum integralen Bestandteil psychiatrischen Wirkens werden zu lassen, mündeten 1980 in der Anerkennung als Facharzt für Psychotherapie.

In dem 1971 gemeinsam mit Schwarz und Thom herausgegebenen Buch „Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft“ hat er zusammen mit dem Medizinhistoriker Achim Thom (geb. 1936) eine marxistisch fundierte Theorie der Sozialpsychiatrie vorgelegt, die über die Landesgrenzen hinaus auch in der damaligen Bundesrepublik Deutschland Bedeutung erlangte.

Als historisch denkender Mensch, war er sich schon früh des Schuldiggewordenseins von Psychiatrievertretern in den Jahren eines biologisch und ökonomistisch beeinflussten Zeitgeistes, der letztlich in vom Krieg bestimmten Problemlösungsstrategien mündete, bewusst. In seinem Ringen um friedliche Lösungen von Menschheitsproblemen wurde er zum Verfechter des Sozialen und der Humanisierung im Miteinander im psychiatrischen Wirkungsfeld. Als Inspirator eines Dialogs zwischen Patient, dessen Angehörigen und seinen professionellen Helfern belebt er bis heute die Arbeit von Betroffenen- und Selbsthilfvereinen mit seinen Lebens- und professionellen Erfahrungen, wobei er immer wieder betont, dass er im Laufe der Jahre mehr über



psychisches Kranksein und Leid von Betroffenen als aus der akademischen Psychiatrie lernte.

Als allgemein eher schweigsamer und nachdenklicher Mann veröffentlichte er mehr als 200 Publikationen und war Redaktionsmitglied verschiedener wissenschaftlicher Fachzeitschriften.

Anlässlich seines Geburtsjubiläums wünsche ich Herrn Professor Dr. Weise, sicher auch im Namen all derer, die von seinem großen Wissens- und Erfahrungsschatz bei der Entwicklung einer menschenwürdigeren Betreuungskultur für psychisch Kranke und Hilfebedürftige lernen konnten, beste Gesundheit, viel Lebensfreude und, dass er noch lange Anteil nehmen kann, wie sich – seinen sozialen Visionen entsprechend – weitere Keimzellen für ein von den Menschen selbst getragenes Gemeinwesen entwickeln, in dem auch die psychisch Sensibleren und Störrareren ihren menschenwürdigen Platz finden.

Dr. med. Matthias Uhle

Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad zum 65. Geburtstag



Am 23. Januar 2004 beging Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad seinen 65. Geburtstag. In Leipzig geboren und aufgewachsen war es natürlich naheliegend, das Studium der Humanmedizin im Jahre 1957 an der Leipziger Universität mit einer der ältesten medizinischen Fakultäten Deutschlands zu beginnen. Nach Abschluss des Studiums absolvierte er die Pflichtassistentenzeit im Stadt Krankenhaus des thüringischen Zella-Mehlis; daran schloss sich ein klinisches Ausbildungsjahr in Espenhain an.

Im Jahre 1966 promovierte Friedrich Kamprad bei Professor Dr. Rothe am Städtischen Klinikum „St. Georg“ in Leipzig zum Dr. med. mit dem Thema „Die Radikaloperationen des Mammakarzinoms nach ROTTER-HALSTED und nach HANDLEY und THACKREY“. In dieser Zeit begann er auch die Facharztausbildung im Fach Radiologie an der damaligen Radiologischen Klinik der Leipziger Universität unter seinem akademischen Lehrer, Professor Dr. Wilhelm Oelßner, der fortan seinen beruflichen und wissenschaftlichen Weg nicht unwesentlich mit geprägt hat.

Der Facharztanerkennung im Jahre 1970 folgte die Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent in der Strahlentherapie. Dabei standen experimentelle strahlenbiologische Untersuchungen im Mittelpunkt, die in enger wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit Onkologischen Forschungsinstituten der Akademie der Wissenschaften der UdSSR bearbeitet wurden. Die während mehrerer längerer Auslandsaufenthalte geknüpften Beziehungen zu wissenschaftlichen Einrichtungen in Osteuropa – neben Moskauer Instituten auch zu Zentren

in Ungarn – haben bis in die Gegenwart Bestand. So erhalten junge Ärzte aus diesen Ländern an den sächsischen Universitätskliniken im Rahmen von Studienaufenthalten die Möglichkeit, ihr radioonkologisches Fachwissen zu erweitern.

Seiner Ernennung zum Oberarzt der Abteilung für Strahlentherapie im Jahre 1978 folgten die Promotion B zum Thema „Die Modifikation der Strahlenwirkung auf normale Gewebe durch gleichzeitige Verabreichung hypoxischer Gasmischungen bei Lokal- und Ganzkörperbestrahlungen von Schweinen und Hunden“ und die *Facultas docendi*. Folgerichtig wurde er 1989 zum Dozenten für das Fach Strahlentherapie und im Jahre 1992 auf eine entsprechende C3-Professur berufen.

Seit 1995 leitet er als C4-Professor die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Leipziger Universität. Während dieser Zeit hat er an der jahrelangen baulichen Neugestaltung, Renovierung und Umstrukturierung der Einrichtung zu einer modernen und technisch exzellent ausgestatteten Klinik für Radioonkologie, die im vergangenen Jahr ihren Abschluss fand, entscheidend mitgewirkt.

Der berufliche Werdegang von Professor Dr. Friedrich Kamprad ist eng mit der Entwicklung der Strahlentherapie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig über einen Zeitraum von nahezu vier Jahrzehnten verbunden. Neben seinem großen Engagement für die interdisziplinäre onkologische Betreuung von Tumorpatienten hat er sich insbesondere große Verdienste bei der Entwicklung moderner Bestrahlungsplanungs- und Simulationsmethoden, der Ganzkörperbestrahlung und der Bearbeitung experimenteller strahlenbiologischer Fragestellungen erworben, die in zahlreichen Publikationen und wissenschaftlichen Vorträgen ihren Ausdruck fanden. Über Jahrzehnte hinweg war er der kompetente Ansprechpartner bei vielen onkologischen Fragestellungen für zahlreiche Kollegen aus den benachbarten Fachdisziplinen des Universitätsklinikums, der Krankenhäuser der Region und im niedergelassenen Bereich.

Die Ehrenmitgliedschaften in der Ungarischen Gesellschaft für Radioonkologie (1995) und der Ungarischen Krebsgesellschaft (1996), die Verleihung des Krompecher Preises der Ungarischen Krebsgesellschaft (1995), die Kongresspräsidentschaft des 3. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie in Leipzig (1997) und die Aufnahme als Mitglied der Gesellschaft der Naturwissen-

schaftler und Ärzte, Leopoldina (2000) sind weitere Meilensteine im wissenschaftlichen Leben von Professor Dr. Kamprad.

Durch seine aktive Mitarbeit in der Deutschen Krebsgesellschaft als Leiter des Arbeitskreises „Klinische Krebsforschung“ der Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie (ARO), Vorstandsmitgliedschaften in der ARO, der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft (SRG), Redaktionsmitgliedschaften in onkologischen Fachzeitschriften, als Mitglied der Zertifizierungskommission Hochdosisstrahlentherapie (Knochenmarktransplantation) sowie als Leitungsmitglied der German-Japanese-Radiological-Affiliation war er stets um das klinische, wissenschaftliche und berufspolitische Vorankommen seines Fachgebietes bemüht.

Als Mitglied der Arbeitsgruppe „Neufassung der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin“ im Bundesministerium für Umwelt und Reaktorsicherheit hat er an der Novellierung der Strahlenschutzverordnung bis zu deren Inkrafttreten aktiv mitgewirkt und dabei unermüdlich und beharrlich die Interessen der Radioonkologie fachkundig und angemessen zu vertreten gesucht. Seit Anfang des Jahres 2004 übernahm Professor Kamprad in diesem Zusammenhang die Leitung der neu einzurichtenden Ärztlichen Stelle nach Strahlenschutzverordnung (§ 83) für den Freistaat Sachsen und wird diese Funktion auch in Zukunft wahrnehmen. Dank seiner pädagogischen Fähigkeiten konnte er das Fachgebiet Radioonkologie einer großen Zahl von Medizinstudenten nahe bringen und vielen jungen Kollegen während der Facharztweiterbildung entscheidende Impulse für ihre weitere berufliche Entwicklung vermitteln. Seit 1995 ist Herr Professor Dr. Kamprad Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer. Mit dem Beginn des Sommersemesters 2004 wird Professor Dr. Kamprad seine klinische, organisatorische und wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Leipzig beenden.

Wir, die Mitarbeiter seiner Klinik, wünschen ihm viel Freude auf allen neuen Betätigungsfeldern, Glück in der Familie, Zufriedenheit und bleibende Gesundheit in den kommenden Lebensjahren und möchten uns noch einmal persönlich für sein engagiertes Wirken, die weitergegebenen Kenntnisse und Erfahrungen sowie die langjährige freundschaftliche Zusammenarbeit herzlich bedanken.

Guido Hildebrandt, Ulrich Wolf

Unsere Jubilare im April

Wir gratulieren

- | | | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|--|---|--|---|
| 60 Jahre | | | | | | |
| 01. 04. | Dr. med. Schneider, Walter
09125 Chemnitz | 09. 04. | Franz, Irmgard
04886 Beilrode | 25. 04. | Hinze, Fritz
04435 Schkeuditz | |
| 02. 04. | Dr. med. Ostwaldt, Roswitha
01217 Dresden | 09. 04. | Dr. med. Lehmann, Lothar
02826 Görlitz | 27. 04. | Prof. Dr. med. habil. Klug, Winfried
01458 Ottendorf-Okrilla/Grünberg | |
| 02. 04. | Schulze, Iris-Sylvia
01309 Dresden | 10. 04. | Dr. med. Matthes, Erika
01900 Brettnig-Hauswalde | 29. 04. | Hantschel, Ingeborg
02708 Löbau | |
| 06. 04. | Dr. med. Kiesslich, Bernd
01731 Kautzsch | 10. 04. | Dr. med. Schulze, Peter
01587 Riesa | 29. 04. | Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick | |
| 06. 04. | Dr. med. Weise, Hartmut
04356 Leipzig | 12. 04. | Dr. med. Teichmann, Irma
01157 Dresden | 75 Jahre | | |
| 09. 04. | Dr. med. Eulerich, Stefan
08228 Rodewisch | 13. 04. | Dr. med. Hunger, Jürgen
01454 Radeberg | 01. 04. | Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha | |
| 10. 04. | Dr. med. Hensel, Barbara
01462 Niederwartha | 13. 04. | Dr. med. Schröder, Klaus
09380 Thalheim | 09. 04. | PD Dr. med. habil. Richter, Joachim
02826 Görlitz | |
| 12. 04. | Dr. med. Richter, Christine
09125 Chemnitz | 17. 04. | Prof. Dr. med. habil. Vogtmann, Christoph
04425 Taucha | 19. 04. | Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden | |
| 14. 04. | Dr. med. Hegedüsch, Attila-Istvan
04838 Eilenburg | 18. 04. | Dr. med. Peschel, Hellmut
02953 Kromlau | 30. 04. | Echtermeyer, Helga
04299 Leipzig | |
| 15. 04. | Fröhner, Ingrid
09465 Cranzahl | 19. 04. | Dr. med. Simonis, Brigitte
02997 Wittichenau | 80 Jahre | | |
| 16. 04. | Ebert, Hans-Jochen
04158 Leipzig | 20. 04. | Dr. med. Ackermann, Gerhild
08058 Zwickau | 02. 04. | Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla | |
| 17. 04. | Dr. med. Grahl, Rainer
04132 Leipzig | 20. 04. | Dr. med. Röding, Hannelore
09125 Chemnitz | 81 Jahre | | |
| 17. 04. | Dr. med. Sommer, Renate
01257 Dresden | 22. 04. | Dr. med. Götz, Siegfried
09481 Scheibenberg | 09. 04. | Dr. med. Liebert, Otto
04451 Panitzsch | |
| 18. 04. | Dipl.-Med. Müller, Barbara
01309 Dresden | 23. 04. | Dr. med. Vieweg, Karin
09518 Großrückerswalde | 82 Jahre | | |
| 19. 04. | PD Dr. med. habil. Degen, Karl-Werner
01259 Dresden | 24. 04. | Dr. med. Knösel, Bernd
08626 Adorf | 18. 04. | Koitschew, Koitscho
01309 Dresden | |
| 19. 04. | Dr. med. Eckhof, Armin
01259 Dresden | 25. 04. | Prof. Dr. med. habil. Schauer, Joachim
04509 Delitzsch | 83 Jahre | | |
| 19. 04. | Dipl.-Med. Schreiter, Jürgen
02694 Jetscheba | 25. 04. | Priv.-Doz. Dr. med. habil. Schauer, Klaus
04668 Grimma | 03. 04. | Dr. med. Weiser, Hans-Guido
04425 Taucha | |
| 20. 04. | Dr. med. Kupfernagel, Wolfgang
09130 Chemnitz | 25. 04. | Dr. med. Schurk, Johann
01920 Räckelwitz | 04. 04. | Büchs, Johannes
09127 Chemnitz | |
| 21. 04. | Dr. med. Klemm, Frohmut
09481 Scheibenberg | 26. 04. | Dr. med. Kaeding, Eva-Maria
01307 Dresden | 06. 04. | Prof. Dr.sc.med. Otto, Werner
04299 Leipzig | |
| 21. 04. | Dr. med. Richter, Helga
04509 Delitzsch | 26. 04. | Dr. med. Petzold, Manfred
01067 Dresden | 20. 04. | Dr. med. Huss, Joachim
02953 Bad Muskau | |
| 21. 04. | Dr. med. Tietze, Heiner
08058 Zwickau | 28. 04. | Dr. med. Böttcher, Hartmut
04229 Leipzig | 84 Jahre | | |
| 22. 04. | Dr. med.habil. Grundmann, Gero
04808 Wurzen | 29. 04. | Dr. med. Frank, Dieter
01587 Riesa | 15. 04. | Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha | |
| 22. 04. | Dr. med. Höhne, Heidrun
08412 Werdau | 30. 04. | Dr. med. Degenkolb, Renate
08523 Plauen | 28. 04. | Dr. med. Kolbe, Christel
01326 Dresden | |
| 24. 04. | Dr. med. Seidel, Hartmut
08523 Plauen | 30. 04. | Krieger, Waldemar
08359 Breitenbrunn | 29. 04. | Dr. med. Schubardt, Ingeborg
08645 Bad Elster | |
| 28. 04. | Dr. sc. med. Pflücke, Frank
01844 Berthelsdorf | 30. 04. | Dr. med. Tempel, Volker
01723 Grumbach | 85 Jahre | | |
| 29. 04. | Dr. med. Reinhardt, Frank
04425 Taucha | 70 Jahre | | | 05. 04. | Dr. med. Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida |
| 30. 04. | Dr. med. Grosche, Norbert
01187 Dresden | 01. 04. | Dr. med. Werner, Ingeborg
02763 Zittau | 28. 04. | Dr. med. Ludwig, Ilse
01844 Neustadt | |
| 65 Jahre | | | 02. 04. | Dr. med. Greuel, Rosemarie
09648 Mittweida | 86 Jahre | |
| 01. 04. | Dr. med. Langer, Jürgen
08056 Zwickau | 03. 04. | Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz | 23. 04. | Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau | |
| 01. 04. | Dr. med. Wittig, Dieter
09337 Hohenstein-Ernstthal | 06. 04. | MU/Dr./Palack_ Universität Olomouc
Westphäliger, Alena
01259 Dresden | 27. 04. | Dr. med. Pültz, Karl
01558 Großenhain | |
| 02. 04. | Dr. med. Lohse, Peter
01683 Nossen | 07. 04. | Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf | 87 Jahre | | |
| 03. 04. | Dr. med. Füssel, Helga
09128 Chemnitz | 07. 04. | Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringsswalde | 18. 04. | Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden | |
| 04. 04. | Dr. med. Hildebrandt, Alexandra
01217 Dresden | 13. 04. | Prof. Dr. med. habil. Beyreiß, Klaus
04416 Markkleeberg | 90 Jahre | | |
| 05. 04. | Dr. med. Kretzschmar, Helga
01640 Coswig | 13. 04. | Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig | 07. 04. | Dr. Schumann, Hellmut
04808 Wurzen | |
| 05. 04. | Dr. med. Kupfer, Ingrid
01468 Volkersdorf | 14. 04. | Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg | 94 Jahre | | |
| 05. 04. | Dr. med. Radelhof, Imme
09557 Flöha | 15. 04. | Dr. med. Vieweg, Gerhard
09577 Niederwiesa | 05. 04. | Dr. med. Ermisch, Klaus
04680 Colditz | |
| 07. 04. | Dr. med. Beier, Eberhard
02826 Görlitz | 16. 04. | Dr. sc. med. Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04758 Cavertitz | | | |
| 08. 04. | Feister, Horst
02625 Bautzen | 17. 04. | Dr. med. Morawietz, Ingeborg
04107 Leipzig | | | |

Nachruf für Dr. med. Erich Boye

* 7.4.1923

† 14.6.2003



Am 14. Juni 2003 ist der beliebte und stets einsatzbereite Dermato-Venerologe, Träger zahlreicher Ehrungen, sowie langjährige Leiter des Bezirkskabinetts für Gesundheits-erziehung Dresdens, in seinem 81. Lebensjahr von uns gegangen. Bis zuletzt stets schaffend, erlag er in aller Stille und Geborgenheit seinem ertragenen schweren, unheilbaren Leiden.

Ihn hochschätzende Kollegen, ehemalige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, viele dankbare Patienten, sowie vor allem seine Tochter verneigen sich tief vor einem einzigartigen und beispielhaften Arzt. Danke für alles!

An wesentliche Daten und Situationen seines Lebens sei hier noch einmal erinnert:

1941 absolvierte er an dem Dresdner Vizthum Gymnasium sein Abitur. Er erkrankte jedoch kurze Zeit darauf an einer doppelseitigen Lungentuberkulose. Den Zweiten Weltkrieg überlebend, begann er an der Leipziger Universität sein Studium der Humanmedizin.

Von Mai 1945 bis Februar 1946 machte er in der Praxis seines Vaters, Wulf Boye in Coswig, als Hilfsarzt seine ersten medizinischen Erfahrungen.

Wenn auch von harter Arbeit geprägt, erinnerte sich Erich Boye an seine Assistentenjahre im Krankenhaus Dresden Friedrichstadt von 1947 bis 1952 besonders gern.

Wer ihn kannte weiß, dass diese Lebensphase sein Leben prägte.

Seine Approbation erhielt er am 9. Mai 1947 mit „sehr gut“ an der Leipziger Universität. Der erste Entwurf seiner Doktorarbeit „Reform des Gesundheitswesens in Deutschland – vom kapitalistischen zum sozialistischen Gesundheitswesen“ unter Prof. Dr. med. Linsler wurde 1950 abgelehnt.

Am 1. August 1952 erhielt er seine Anerkennung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Vom 1. Oktober 1952 bis 30. September 1953 war Erich Boye als Stationsarzt an der Hautklinik der Universität Rostock tätig. Ebenso war er zur gleichen Zeit Bezirkslupusarzt in Neubrandenburg und durfte zeitweilig auch seinen damaligen „Chef“ Prof. Dr. med. Schulze, vertreten. In dieser Zeit erwarb er unter Prof. Dr. med. E. Schlesinger (†) seinen ersehnten Doktor der Medizin.

Auch privat wandte sich für ihn alles zum Besten. Am 23. Juni 1953 schloss er mit seiner Eva den Bund fürs Leben. Auf eigenen Wunsch wechselte er zum 1. Oktober 1953 zur Hautabteilung der Poliklinik Neustrelitz. Am 1. Februar 1954 wurde er in Meißen leitender Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sowie Kreisdermatovenerologe und Kreisbeauftragter der Lupuskämpfung im Kreis Meißen.

Neben seiner umfangreichen Arbeit als Hautarzt verfasste er eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten. Mit seiner Abhandlung „Aufgaben und Arbeitsorganisation einer modernen ambulanten Hautabteilung“ (Deutsches Gesundheitswesen, Jahrgang 20, Heft 5, S. 220-226) machte Erich Boye auf sich aufmerksam.

Sein größtes Ziel, welches sich wie ein roter Faden durch sein Leben zog, war die Befähigung und Mitwirkung der Bürger an einem breit angelegten Gesundheitsschutz, den Erich

Boye als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ansah. Noch heute sind seine damaligen Modellprojekte in Schulen und Betrieben, zum Beispiel vor allem in und um Meißen, faszinierend. Er realisierte sie unter aktiver Einbeziehung seiner Ehefrau und Tochter.

Ein großer Schritt für sein Lebensziel war 1973 die Ernennung zum leitenden Arzt für Gesundheitserziehung des Bezirkskabinetts in Dresden. Hier arbeitete er eng mit dem Deutschen Hygiene Museum zusammen und entfaltete eine breite prophylaktische Tätigkeit. Nach vielen beruflich erfüllten Jahren beendete Dr. Erich Boye 1988 im 65. Lebensjahr seine offiziellen Tätigkeiten.

Er scheute keine Mühen, an seine wissenschaftlichen Aktivitäten weiterhin anzuknüpfen und pflegte stets einen regen Kontakt zu seinen ehemaligen Kollegen und besonders zum Deutschen Hygiene Museum in Dresden, um sein Lebenswerk bis zum letzten Atemzug immer weiter zu verfeinern und zu fixieren. In diesen Jahren bekannte er sich zunehmend zu seinem christlichen Glauben.

1991 wurde er zum ehrenamtlichen Mitglied der sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung ernannt, für deren Gründung er sich aktiv eingesetzt hat.

Erich Boye war ein Mann, der von unermüdlicher Energie im Kampf für Prophylaxe geprägt war.

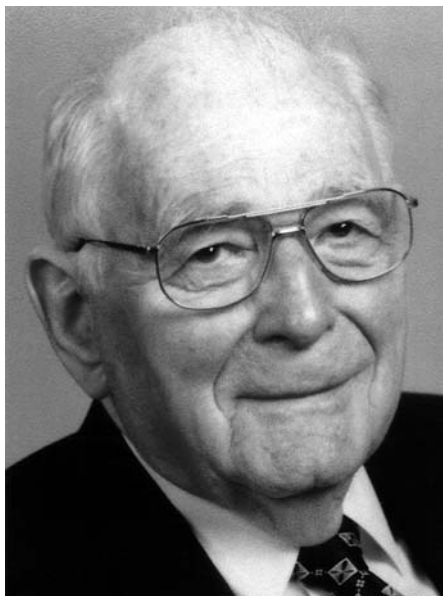
Er lebte mit einem eisernen Arbeitswillen bis zur letzten Stunde. Vor allem kennzeichnete ihn seine große persönliche Bescheidenheit und Genügsamkeit.

All dies kann man in heutigen Zeiten als beispielhaft für unsere gesamte Ärzteschaft sehen. Alle die ihn kannten, werden ihn in fester Erinnerung behalten und erkennen, dass der Tod seinen Sinn entfaltet, indem er uns an das Leben erinnert.

Dipl.-Med. Rita Boye,
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
(Tochter)

Nachruf für Prof. Dr. med. Dr. h.c. Fritz Meißner

* 31.10.1920
† 16.01.2004



Nestor der Kinderchirurgie, Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, Ehrenszenator der Universität Leipzig, Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher LEOPOLDINA, Mitglied der „British Association of Paediatric Surgeons“, Ehrenmitglied zahlreicher Europäischer Gesellschaften für Kinderchirurgie, Ehrenmitglied der Sächsischen Chirurgenvereinigung.

In der Weihnachtszeit habe ich Fritz Meißner auf seinen Wunsch hin besucht, und wir führten ein letztes persönliches Gespräch. Seine Worte „Jeder Tag ist in meinem Alter ein Geschenk“ bleiben für mich unvergessen. Vielleicht ahnte er sein Lebensende. Auch die herzlich geschriebenen Weihnachts- und Neujahrsgrüße deuten das an. „Wir hoffen auf eine noch kleine gemeinsame Wegstrecke. Die Kongressbesuche in München und Bonn mussten ausfallen, das Herz hält mich an kurzer Leine“. Der traditionelle Stammtisch der ältesten Schüler mit Fritz Meißner und seiner lieben Frau Elfriede am Silvestervortrag sollte der letzte sein. Für alle kam sein Tod überraschend. Noch zu seinem 80. Geburtstag sang die Mezzosopranistin Alexandra Röseler „Willst du dein Herz mir schenken“. Fritz Meißner bat sie damals, wenn er zur letzten Ruhe geht, wieder ein Lied zu singen. „Wanderers Nachtlied“ hat uns alle in tiefer Trauer ergriffen.

Das Lebenswerk von Fritz Meißner habe ich zu seinem 80. Geburtstag im Heft 10/2000 des „Ärzteblatt Sachsen“ gewürdigt. Dennoch

einiges muss gesagt werden, auch wenn es frühere Würdigungen beinhaltet.

In Naunhof bei Leipzig aufgewachsen, studierte Fritz Meißner unter den Bedingungen des 2. Weltkrieges Medizin in Leipzig. Seine Ausbildung erhielt er bei den Chirurgen Ernst Heller und Herbert Uebermuth sowie dem Internisten Max Bürger. 1945 promovierte er – übrigens unter dem Rektorat des berühmten Philosophen Hans-Georg Gadamer. 1956 habilitierte er, 1958 wurde er zum Oberarzt ernannt, 1959 begründete Fritz Meißner die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig. 1961 schließlich erfolgte die Ernennung zum Professor mit Lehrauftrag für das Fachgebiet Kinderchirurgie.

Fritz Meißner hat die moderne Kinderchirurgie als eine spezielle Alterschirurgie verstanden. Seine Einstellung, den wachsenden und reifenden Organismus des Kindes in seiner Komplexität zu betrachten und spezielle Methoden der Diagnostik, Operationstechnik sowie der Vor- und Nachbehandlung dem Alter anzupassen, hat die berufliche Entwicklung seiner Schüler geprägt. Mit Nachdruck setzte er dieses Prinzip immer wieder durch, und dafür sind alle seine Schüler ihm besonders dankbar. Seine Beharrlichkeit und Durchsetzungskraft beim Umsetzen neuer Ideen waren unübertroffen. Hier denken seine Schüler insbesondere an die Einführung des Prinzips der Dringlichkeit mit aufgeschobener Operation, das heute zum Standard kinderchirurgischen Handelns gehört. Sein souveränes operatives Können hat alle, die ihn erlebt haben, begeistert. Fritz Meißner war ein beliebter Hochschullehrer. Sprichwörtlich berühmt waren seine Vorlesungen, die sich durch hohe Originalität und didaktisches Geschick auszeichneten. Auch er liebte die Studenten.

Wissenschaftliche Kongresse lebten mit ihm. Sein Auftreten war bestechend durch unerreichbare Rhetorik, scharfe und treffende Formulierungen, humorvolle Verknüpfungen und klare zukunftsweisende Gedanken. Seine herausragenden wissenschaftlichen Leistungen sind vielfältig gewürdigt worden. Die junge Kinderchirurgengeneration ahnt kaum, an wie viel Themen Fritz Meißner gearbeitet hat und welche Fundamente ihm zu verdanken sind. Ich möchte nur einige anführen:

– 1964: Einführung der intramedullären Stabilisierung durch Rush-Pinnung bei Frakturen langer Röhrenknochen.

– 1965: Einführung der hydrostatischen Desinvagination, Etablierung der Shuntchirurgie bei Hydrozephalus und Myelomeningozele, Einführung der ventillosen ventrikulo- und subduro-peritonealen Ableitung.

– nach 1970: Einführung einer modifizierten Operationstechnik bei Hiatushernie, Durchsetzung des Prinzips der Organerhaltung bei Milzverletzungen, Modifikation der Thorakoplastik nach Ravitch bei Trichterbrust.

Seine Bücher, Buchbeiträge und über 300 Originalarbeiten zählen zu den Standardwerken der Kinderchirurgie.

Immer galt seine Vorliebe der Neugeborenen- und Säuglingschirurgie sowie der Thoraxchirurgie und Traumatologie. Er beeinflusste maßgebend die Entwicklung der ambulanten Kinderchirurgie und der kinderchirurgischen Intensivtherapie. Sein Prinzip, Verantwortung setzt Qualifizierung voraus, wirkte sich nicht nur auf die Weiter- und Fortbildung der Kinderchirurgen, sondern auch auf die Säuglings- und Kinderkrankenschwestern sowie Operationsschwestern aus. Auf seine Initiative hin wurde die Ausbildung Fachschwester für Intensivmedizin im Kindesalter profiliert.

Die von ihm vorangetriebene Spezialisierung der Kinderchirurgie sah er nie als Selbstzweck an, sondern er hatte immer das kranke Kind als Ganzes im Auge. Beharrlich setzte er sich deshalb in Leipzig für ein Zentrum für Kindermedizin ein, dessen Leiter er von seiner Gründung im Jahre 1981 bis zu seiner Emeritierung 1986 war.

Fritz Meißner bemühte sich, die Kinderchirurgen der ehemaligen DDR organisatorisch zunächst in der Gesellschaft für Chirurgie zu vereinigen. Auf sein Bestreben wurde 1964 die Sektion Kinderchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gegründet, die er bis 1972 leitete. Mit der Gründung der Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR 1985 wurde Fritz Meißner zu deren 1. Vorsitzenden gewählt. Seit 1990 war er Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Er hat wesentlich zur Vereinigung der Kinderchirurgen in Deutschland beigetragen. Als Klinikchef war Fritz Meißner gefürchtet und geliebt. Seine intellektuelle Ehrlichkeit, Toleranz, Geradlinigkeit, seine Strenge und Gutmütigkeit hielten die emotionelle Waage und waren Lehrbeispiel für seine Schüler. So war Fritz Meißner stets Vorbild für seine Mitarbeiter und die junge Kinderchirurgengeneration überhaupt. Bildung bedeutete für ihn intellektuelle Bescheidenheit und humane Existenz, seine größte politische Sorge war die Erosion der Grundwerte. Musik war sein

Schlüssel für das andere, entspannte Ich. Aber er pflegte auch den persönlichen Kontakt und den geselligen Umgang. Fröhliche Runden bleiben in Erinnerung und mancher Rat an solchen Abenden hat den eigenen Weg bestimmt.

Der Alma mater Lipsiensis war Prof. Meißner 60 Jahre lang verbunden. Als Ehrensena- tor nahm er aktiv am Universitätsleben teil.

1995 verlieh die Leipziger Universität Fritz Meißner den Titel eines Dr. honoris causa für besondere Verdienste. Selbst als 83-jähriger, inzwischen leicht nach vorn geneigter großer Mann, beeindruckte er durch seine Ausstrahlung und sein Interesse an allen Angelegenheiten seiner Universität.

Wir verneigen uns mit Dankbarkeit und Respekt vor der Lebensleistung des Verstorbenen.

Die Liebe zum kranken Kind entsprang seiner persönlichen Erfahrung und Lebenseinstellung. Fritz Meißner hat sich um die deutsche Kinderchirurgie verdient gemacht und wird in der Geschichte seines Faches und in der Erinnerung aller, die ihn kannten, weiterleben.

Prof. Dr. med. Joachim Bennek em. Ordinarius für Kinderchirurgie der Universität Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Joachim Dietzsch

* 18. 1. 1920

† 25. 1. 2004



Eine Woche nach seinem 84. Geburtstag verstarb in Dresden der weit über die Grenzen seiner sächsischen Heimat hinaus bekannte Kinderarzt. Plötzlich war dieses Leben zu Ende gegangen, völlig unerwartet für alle diejenigen, die noch an der familiär-kollegialen Gratulationscour teilgenommen und ihm für weitere Zeit alles Gute gewünscht hatten.

Um ihn trauern nunmehr viele ehemalige Patienten, Studenten, Mitarbeiter und Kollegen. Sie erinnern sich mit Dankbarkeit seines Wirkens. Immer stand das kranke Kind im Mittelpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit.

Seine wissenschaftlichen Leistungen waren im In- und Ausland bekannt und wurden wiederholt auch auf internationaler Ebene gewürdigt. Prof. Dr. Dietzsch war Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leo-

poldina in Halle, Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie der polnischen, tschechischen und ungarischen pädiatrischen Gesellschaften und korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Einen Einblick in seine gesamte berufliche Entwicklung gab er mit zwei Beiträgen in dem kürzlich erschienenen Band „Erlebnisse. Sächsische Ärzte in der Zeit 1939 bis 1949“ (erschieden bei der Sächsischen Landesärztekammer). Darin beschrieb er sein Medizinstudium während des 2. Weltkrieges und die erste ärztliche Tätigkeit im Kreiskrankenhaus Merseburg, wo er die fachärztliche Ausbildung für die Innere Medizin absolvierte und als Oberarzt eingesetzt war.

Im Jahre 1952 zog es ihn wieder in seine Heimatstadt Dresden, gleichzeitig mit seinem Wunsche nach einer kinderärztlichen Tätigkeit. Diese begann er an der von Frau Dr. Marianne Zwingenberger (1896 bis 1967) geleiteten Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt, aus dem 1954 die Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ wurde. Er arbeitete weiter unter Professor Dr. Dr. Georg-Oskar Harnapp (1903 bis 1980) und war der erste, der sich an seiner Klinik habilitierte (1961). Seit 1963 leitete er die Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt. 1968 wurde er auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde und zum Direktor der Kinderklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ berufen. Er wirkte hier bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1985.

Prof. Dietzsch war ein sehr erfahrener Kliniker, der noch das Gesamtgebiet der Kinderheilkunde beherrschte. Mit seiner diagnostischen Genauigkeit und seinen differential-diagnos-

tischen Fähigkeiten war er allen ärztlichen Mitarbeitern ein kaum erreichbares Vorbild. Als Klinikchef, als Hochschullehrer und Forscher setzte er Maßstäbe. Seine besonderen wissenschaftlichen Interessen galten den Erkrankungen der Atemorgane bei Kindern, zunächst beginnend mit der damals noch weitverbreiteten Tuberkulose bis hin zu der Mukoviszidose, für deren Problematik seine Klinik später ein anerkanntes Zentrum geworden ist. Als Klinikdirektor war ihm die wöchentliche „Chefvisite“ selbstverständlich, um die Patienten zu sehen, sich Problemfällen annehmen zu können und um fortlaufend auch die Klinikstruktur im Auge zu behalten.

Neben materiellen Schwierigkeiten im Klinikbetrieb, die in seiner Amtszeit nicht selten waren, gab es in den Zeiten der DDR bekanntlich ideologische Probleme, mit denen die Klinikleitung fertig werden musste. Durch Geschick im Verhandeln und Entscheiden hat Prof. Dr. Dietzsch meist Wege gefunden, die für alle Beteiligten gangbar waren. Als Rarität ist es wohl zu bezeichnen, dass er ohne jegliche Parteizugehörigkeit als Leiter einer Hochschulklinik wirken konnte und mit einem Stellvertreter, für den das Gleiche zutraf. Auch im Ruhestand hielt er Verbindung zur Klinik. Zuletzt konnte er Ende 2003 an der Einweihung des Neubaus der gemeinsamen Frauen- und Kinderklinik der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden teilnehmen.

Wir alle trauern um einen liebenswerten Menschen, einen hoch verdienten, guten Arzt, einen alten Freund und einen verehrten Lehrer.

Prof. Dr. med. habil. Kurt Lorenz
Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich, Dresden

Werner Juza – Linie und Farbe

Ausstellung

„Werner Juza gehört weder zu den Maler-Philosophen noch zu den Weltall-Erde-Mensch-Malern. Aber das Leben in Wachau im alten, von den Eltern ererbten Bauernhaus bietet ihm Möglichkeit für Reflexion über Nähe und Welt, über Nachbarschaftliches und Lebensweites in Fülle“, schrieb die Dresdner Publizistin Ingrid Wenzkat über den Künstler. Werner Juza (Jahrgang 1924), der in den 40er Jahren zunächst ein Architekturstudium begann und ab 1947 in einem Architekturbüro arbeitete, entschied sich 1951 endgültig für eine künstlerische Tätigkeit als Maler und Grafiker.

Bekannt geworden ist er mit im Format meist kleinen, den Alltag seiner Mitmenschen mit liebenswertem, nicht unkritischem Realismus schildernden Bildern. Vom Akt oder Porträt über ein „Radeberger Liebespaar“ bis zum „Traurigen Ereignis“ einer Beerdigung spannt sich sein malerischer (Bilder)Bogen, in dem der feine Pinselstrich dominiert. Besonders in jüngerer Zeit entstanden außerdem zahlreiche Landschaften – große farblich sehr ausgewogene, in feinen Strichlagen ausgeführte Zeichnungen und Aquarelle, die mehr als reine

Naturschilderung sind. Über die Jahre immer wieder kommentierte Juza mit Zeichnungen und Grafiken kritisch, ja sarkastisch viele Zeitereignisse. Bekannt geworden ist der Künstler aber auch durch zahlreiche Arbeiten für den kirchlichen Raum sowie für öffentliche Gebäude wie großformatige Glas- und Wandbilder. Zu nennen ist unter anderem das Wandbild in der Dresdner Dreikönigskirche.

Dr. Ingrid Koch

Ausstellung:

Foyer und 4. Etage der
Sächsischen Landesärztekammer
17. März bis 9. Mai 2004

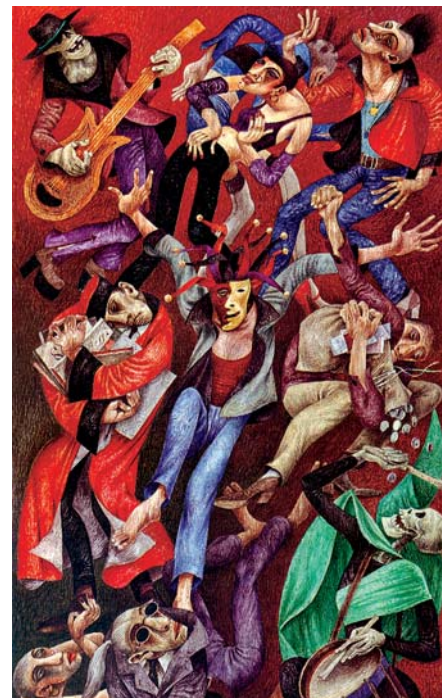
Geöffnet:

Montag bis Donnerstag
von 9.00 bis 18.00 Uhr

Vernissage:

**Donnerstag, 18. März 2004,
19.30 Uhr**

Eröffnung: Dr. Ingrid Koch,
Kulturjournalistin, Dresden



Linker Altarflügel, Totentanz (Ausschnitt)
Ostern/Leck, Nordfriesland, 1997