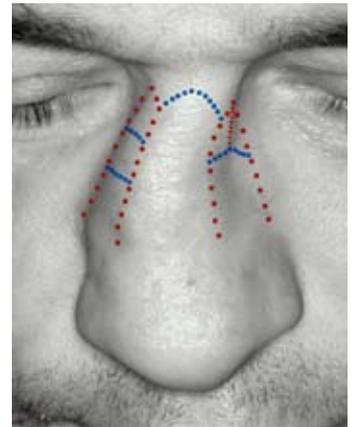


Editorial	GKV-Versorgungsgesetz Ein Schritt in die richtige Richtung?	200
Berufspolitik	Kammer trifft Politik Online-Arztnavigator startet in Sachsen	201 209
Gesundheitspolitik	Pioglitazon	226
Amtliche Bekanntmachungen	Ergebnisse der Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2011 /2015	202
Buchbesprechung	Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke	208
Mitteilungen der Geschäftsstelle	21. Sächsischer Ärztetag/44. (konstituierende) Kammerversammlung 210 Studienbeihilfe in Sachsen 211 Aut idem-Regelung 212 Vortrag Arzthaftungsrecht 212 Tanz in den Frühling 213 18. Dresdner Ärzteball der KÄK Dresden (Stadt) 213 Evaluation der Weiterbildung 214 Einladung zum Seniorentreffen 214 Konzerte und Ausstellungen 233	
Originalien	Placebo: Mehr als nur Einbildung 215 Früherkennung beim Prostatakarzinom: Pro und Contra 221 Die Sekundärkorrektur der dislozierten Nasengerüstfraktur 230	
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen 220	
Tagungsbericht	Symposium „Insektengiftallergie“ 223	
Personalia	Unsere Jubilare im Juni 2011 227 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christoph Rink zum 65. Geburtstag 229 Neuer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Notärzte 229	
Kunst und Kultur	Günther Hornig – Malerei und Zeichnung 233	
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juli 2011	



Kammer trifft Politik
Seite 201



Dislozierte Nasengerüstfraktur
Seite 230



Ausstellung: Günther Hornig
Seite 233

Titelseite: Placebo, Originalie: Prof. Dr. phil. Robert Jütte
„Placebo: Mehr als nur Einbildung“, Seite 215 bis 219 in diesem Heft

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
Redaktion: redaktion@slaek.de,
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

GKV – Versorgungsgesetz Ein Schritt in die richtige Richtung?



Mit der Vorlage der Eckpunkte des zum Jahreswechsel 2011/2012 geplanten GKV-Versorgungsgesetzes am 8. April 2011 hat der Gesetzgeber erstmals seine konkreten Überlegungen zur Lösung der seit langem anstehenden Fragen zur ärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Sektor dargelegt. Direkt zu Beginn des Eckpunktepapiers bekennt sich der Gesetzgeber eindeutig zur Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Er muss aber zugleich einräumen, dass es trotz nach wie vor steigender Arztzahlen, bereits heute vielerorts Defizite gibt, wenn es um die Besetzung von freien Arztsitzen und um die Anstellung qualifizierter Ärzte im stationären Sektor geht. Der Bedarf an Ärzten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist aus vielerlei Gründen in den letzten Jahren weiter angestiegen. Beispielhaft sind hier zu nennen: Die demografische Entwicklung der Bevölkerung, verbunden mit einer größeren Behandlungsbedürftigkeit, insbesondere im Bereich der älteren Bevölkerung, die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinischen Fortschrittes sowie der

sich aufgrund der demografischen Struktur der jetzt tätigen Kolleginnen und Kollegen ergebende Nachbesetzungsbedarf.

Die Grundgedanken des Gesetzgebers setzen dabei an der Schaffung einer größeren Anzahl von Studienplätzen an. Darüber hinaus gibt es Überlegungen, das derzeitige Auswahlverfahren neu zu gestalten. Besonderes Augenmerk gilt hierbei der Abschaffung des numerus clausus der Abiturnote als alleinigen Parameter. Es ist mittlerweile hinlänglich bewiesen, dass gerade die Abiturnote nicht ausschließlich ein Gradmesser für die Zulassung oder Qualifikation zum Medizinstudium sein sollte. Die Bundesländer sollen im Rahmen des Gesetzes die Möglichkeit erhalten, weitere Kriterien, wie zum Beispiel ein bereits absolviertes Freiwilliges Soziales Jahr oder auch einschlägige Berufsausbildung im medizinischen Bereich, zu formulieren.

Weitergehende Vorstellungen des Gesetzgebers beziehen sich auf die Möglichkeit, zusätzliche Krankenhäuser und Lehrpraxen in die Weiterbildung einzubeziehen, sei es im Bereich der Allgemeinmedizin, aber auch im Bereich anderer fachärztlicher Weiterbildungsgänge. Hier wird es aber im Wesentlichen davon abhängen, ob die Krankenhäuser auch die Weiterbildungsplätze schaffen, damit die größere Zahl von Studienabgängern entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten vorfinden. Es bleibt in diesem Zusammenhang nur zu hoffen, dass die finanziellen Rahmenbedingungen für den Krankenhausbereich mit geschaffen werden, um die Zielsetzung des Gesetzes dann auch sachgerecht umsetzen zu können. Aber nicht nur das. Vonseiten der Krankenhäuser aber auch der Landesbehörden, die den Krankenhäusern die entsprechenden Möglichkeiten eröffnen müssen, wird ein Umdenken zu fordern sein, da nicht nur Weiterbildungsplätze zur Abdeckung des Bedarfs an jungen Kolleginnen und Kollegen für den stationären Sektor benötigt werden, sondern vor

dem Hintergrund der demografischen Struktur der niedergelassenen Ärzteschaft wird es auch großer Anstrengungen bedürfen, für die dort tätigen Ärzte Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden. Die Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Tätigkeit kann aus meiner Sicht nur der zweitbeste Weg sein. Die Bevölkerung erwartet und verlangt letztlich auch eine wohnortnahe ambulante Versorgung in niedergelassenen Praxen.

Mit anderen Worten: Es wird großer Anstrengungen bedürfen, den zukünftigen Bedarf an jungen Kolleginnen und Kollegen für die ausscheidende Generation an Ärztinnen und Ärzten auszubilden und nachfolgend entsprechend weiterzubilden. Die Anwerbung von Kolleginnen und Kollegen aus anderen EU-Ländern kann nur eine Möglichkeit sein, da letztlich die aus diesen Ländern abwandernden Ärzte dort wiederum fehlen. Damit wir dieses Ziel erreichen, müssen aber auch die Rahmenbedingungen für die weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor zukünftig sicherlich besser werden, nicht nur, was die finanzielle Seite, sondern ganz allgemein, was den Abbau der Bürokratie betrifft.

Wir stehen vor einer großen Herausforderung, genau genommen vor einer nationalen Aufgabe, bei der alle Beteiligten zur Lösung der Probleme gegebenenfalls auch ihre Partikularinteressen der Gesamtzielsetzung einer ausreichenden flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung unterordnen sollten, da letztlich die insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind.

Dem neu zu wählenden Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer wünsche ich deshalb für diese Aufgabe Kraft, Ausdauer und Durchsetzungsvermögen.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Kammer trifft Politik

Frühjahrsempfang der Heilberufekammern

Einmal außerhalb des Protokolls und in gelöster Atmosphäre berufs- und gesundheitspolitische Entwicklungen zu besprechen, das ist das Anliegen des Frühjahrsempfangs der sächsischen Heilberufekammern. Dieser fand im April nun zum dritten Mal im Restaurant Luisenhof mit rund 90 Gästen statt. Darunter Staatsministerin Christine Clauß, der FDP-Landesparteivorsitzende Holger Zastrow, die Bundestagsabgeordnete Maria Michalk und Dr. Holger Feist, der SPD-Fraktionsvorsitzende Martin Dulig sowie zahlreiche weitere Abgeordnete und Vertreter anderer Kammern. Diese Veranstaltung hat sich einmal mehr bewährt, um aktuelle gesundheitspolitische Positionen auszutauschen und zu diskutieren. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, ging in seiner Begrüßung insbesondere auf das anstehende Versorgungsgesetz und den Fachkräftemangel in Sachsen ein. Die Weichenstellung für das Gesundheitssystem von Morgen muss aus seiner Sicht heute erfolgen. Und „...es muss gelingen, teuer ausgebildetes Fachpersonal auch hier zu halten. Dies kann durch flexible Arbeitszeitmodelle und die Gewährleistung einer Kinderbetreuung gelingen“. Nur auf diesem Weg könne das Fachkräftepotenzial bei Frauen stärker ausgeschöpft werden.

Der Präsident der Landeszahnärztekammer Sachsen, Dr. Mathias Wunsch, ging in seinem Statement auf die anstehende Novellierung der Gebührenordnung privatärztlicher Leistungen ein. Der Referentenentwurf dazu sei nach über 20 Jahren Stillstand nicht zukunftstauglich, denn er orientiere sich viel zu wenig am wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde. Er forderte zudem von den anwesenden Politikern eine nachhaltige Gesundheitsreform und weitere Erleichterungen bei der Einführung der Kostenerstattung im ambulanten zahnärztlichen Bereich.



Dr. Hans-Georg Möckel, Sächsische Landestierärztekammer, Frau Staatsministerin Christine Clauß, Dr. Matthias Wunsch, Landeszahnärztekammer Sachsen, Prof. Dr. Jan Schulze, Sächsische Landesärztekammer, Friedemann Schmidt, Sächsische Landesapothekerkammer (v.r.)

Frau Andrea Mrazek, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, lag besonders die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen am Herzen. Die derzeitige Lage in der ambulanten Versorgung sei schwierig. Der Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen steige seit Jahren an, immer häufiger würden Deutschlands Arbeitnehmer wegen psychischer Erkrankungen krankgeschrieben. Die Psychotherapeutendichte sei dagegen regional sehr unterschiedlich. Durchschnittlich gibt es in Sachsen eine Wartezeit von ca. 13,5 Wochen für ein Erstgespräch.

Der Präsident der Sächsischen Landestierärztekammer, Dr. Hans-Georg Möckel, legte den Schwerpunkt seines Statements darauf, dass den Staat die Selbstverwaltung fast nichts koste – lediglich die Maßnahmen der Rechtsaufsicht als niedrigste Form der staatlichen Aufsicht. Dabei sollte der Staat immer nur die Rechtmäßigkeit überwachen. Bezüglich der Haushaltspläne der Kammern lehnte er eine Genehmigungspflicht ab.

Der Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, Herr Friedemann Schmidt, benannte die neuen Regelungen im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Denn nicht nur das Sonderopfer von fast 200 Millionen Euro, sondern auch der für

den Pharmagroßhandel vorgesehene „Einsparbeitrag“ wurde weitgehend auf Apotheken umgelegt. Hinzu komme eine explosionsartige Vermehrung der Bürokratie durch die zu kurzfristige Einführung einer neuen Packungsgrößenregelung für Arzneimittel und eine keineswegs gut gemachte Lösung zu mehr Wahlmöglichkeiten bei Fertigarzneimitteln für Patienten. „Kurz gesagt: Die Apotheker sind stinksauer.“, so Schmidt in seinem Statement. Durch die massiven politischen Eingriffe in die Honorarordnung sei die Vergütung einer Apotheke für die Versorgung von Kassenpatienten inzwischen auf dem Tiefpunkt angelangt. Immer mehr Apotheker suchten deshalb eine Anstellung mit geregelter Arbeitszeit, sechs Wochen Urlaub und einer vergleichbaren Vergütung.

Staatsministerin Christine Clauß ging in ihrem Grußwort nicht auf die angesprochenen Probleme ein, sondern verwies auf die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit der Heilberufekammern mit ihrem Ministerium. Die aufgeworfenen Fragestellungen gaben aber genügend Stoff für die teilweise lebhaft geführten Gespräche im Anschluss.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ergebnisse der Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2011 / 2015

Vom 25. März bis 12. April 2011 fand gemäß §§ 9 und 10 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143), sowie der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 22. September 1990 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 30. November 2009) die Neuwahl der Mitglieder der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2011/2015 statt.

Insgesamt stellten sich 133 Kandidaten zur Wahl, von denen 101 als Mandatsträger in die Kammerversammlung gewählt wurden.

Der Landeswahlausschuss hat in seiner Sitzung am 27. April 2011 anhand der von den Kreiswahlausschüssen übersandten Wahlakten die Einhaltung der Vorschriften des Wahlverfahrens geprüft und die ordnungsgemäße Durchführung der Wahl bestätigt.

Wahlberechtigt waren insgesamt 20.901 Ärztinnen und Ärzte. Von diesen gaben 9.293 fristgemäß ihre Stimme ab. Dies entspricht einer Wahlbeteiligung von 44,46 %.

Bei der Stimmenauszählung wurden 263 ungültige Stimmabgaben festgestellt. Dies entspricht 2,83 % der fristgemäß abgegebenen Stimmen.

Gemäß § 23 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden die Namen der gewählten und der nachrückenden Mitglieder nachfolgend bekanntgemacht:

Wahlkreise im Direktionsbezirk Chemnitz

Chemnitz (Stadt) 7 Sitze 11 Kandidaten	1.504 Wahl- berechtigte	667 fristgemäß eingegangene Stimmen	44,35 % Wahlbe- teiligung	3 ungültige Stimmabgaben
---	-------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Claudia Kühnert Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Chemnitz	488	Dr. med. Christine Seyfert Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztin für Orthopädie, Angestellte Ärztin, Zeisigwaldkliniken Bethanien, Chemnitz	309
Dr. med. Andreas Bartusch Facharzt für Kinderchirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	401	Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel Facharzt für Radiologie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	294
Dipl.-Med. Manuela Graetz Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Niedergelassene Ärztin, Chemnitz	374	Dr. med. Britta Fordran Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Niedergelassene Ärztin, Chemnitz	283
Dr. med. Klaus Kleinertz Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, MVZ am Küchwald, Chemnitz	350	Dr. med. Ludwig Schütz Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	201
Dr. med. Jens-Uwe Straßburger Facharzt für Kinderchirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	349		
Dr. med. Rüdiger Telle Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Chemnitz	338		
Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken Facharzt für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	311		

Erzgebirgskreis 6 Sitze 10 Kandidaten	1.323 Wahl- berechtigte	671 fristgemäß eingegangene Stimmbriefe	50,72 % Wahlbe- teiligung	11 ungültige Stimmabgaben
--	-------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Steffen Liebscher Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Aue	441	Jan Gebhardt Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, Angestellter Arzt, Kliniken Erlabrunn gGmbH, Breitenbrunn	231
Dr. med. Lars Schirmer Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Aue	395	Dr. med. Hubert Eßbach Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH	220
Dr. med. Andreas Schuster Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Annaberg-Buchholz	375	Dr. med. Sven Kühler Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH, Olbernhau	189
Dr. med. Andreas Fiedler Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Burkhardtsdorf	346	Dr. med. Christoph Stelzl Facharzt für Innere Medizin Facharzt für Laboratoriumsmedizin Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Angestellter Arzt, HELIOS Klinikum Aue	164
Dr. med. Franziska Barbara Werner Fachärztin für Allgemeinmedizin Angestellte Ärztin, Kliniken Erlabrunn gGmbH, Breitenbrunn	303		
Dr. med. Manfred Mory Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH, Zschopau	241		

Mittelsachsen	1.070	502	fristgemäß	46,92 %	15
5 Sitze	Wahl-	eingegangene		Wahlbe-	ungültige
6 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe		teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dr. med. Brigitte Knüpfer Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Frankenberg	346	Stefan Link Facharzt für Urologie Angestellter Arzt, KKH Freiberg gGmbH	263
Dr. med. Einar Köhler Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Klinikum Döbeln	300		
Dr. med. Siegfried Schnee Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, LK Mittweida Krankenhaus gGmbH, Rochlitz	287		
Dr. med. Andreas Prokop Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Facharzt für Rechtsmedizin Angestellter Arzt, Gesundheitsamt, Döbeln	273		
Dr. med. Hella Wunderlich Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Großhartmannsdorf	266		

Vogtlandkreis	1.124	532	fristgemäß	47,33 %	26
5 Sitze	Wahl-	eingegangene		Wahlbe-	ungültige
6 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe		teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dr. med. Dietrich Steiniger Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Facharzt für Chirurgie, Angestellter Arzt, Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	384	Dr. med. Dorothee Riescher Fachärztin für Orthopädie Angestellte Ärztin, Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	268
Dr. med. Dietrich Heckel Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	369		
Dr. med. Ralf-Achim Scheffel Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Bad Elster	318		
Dipl.-Med. Axel Scurt Facharzt für Radiologische Diagnostik, Niedergelassener Arzt, MVZ Reichenbach I	311		
Dr. med. Johann Neuser Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, HELIOS Vogtland-Klinikum, Plauen	304		

Zwickau	1.354	664	fristgemäß	49,04 %	19
7 Sitze	Wahl-	eingegangene		Wahlbe-	ungültige
8 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe		teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dipl.-Med. Thomas Dürr Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Zwickau	503	Jörg-Quintus Matz Facharzt für Allgemeinmedizin Angestellter Arzt bei Niederlassung, Werdau	332
Thomas Günnel Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH	458		
Dr. med. Rainer Kobes Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Pleißental-Klinik GmbH, Werdau	453		
Dr. med. Martin Braun Facharzt für Augenheilkunde Niedergelassener Arzt, Zwickau	434		
Dr. med. Roy Melzer Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH	382		
Dr. med. Torben Ostendorf Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH	348		
Dr. med. Bernhard Ackermann Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Chirurgie Arzt im Ruhestand, Zwickau	347		

Wahlkreis im Direktionsbezirk Dresden

Dresden (Stadt)	3.987	1.624	fristgemäß	40,73 %	35
19 Sitze	Wahl-	eingegangene		Wahlbe-	ungültige
30 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe		teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Facharzt für Innere Medizin Arzt im Ruhestand, Dresden	1.031	Dr. med. Steffen Schön Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Herzzentrum Dresden GmbH	500
Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	909	PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska Fachärztin für Pathologie Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Dresden	483
Dr. med. Kristina Weiss Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	829	Susanne Liebe Fachärztin für Arbeitsmedizin Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Dresden	477
Dr. med. Bettina Hauswald Fachärztin für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Dresden	818	Prof. Dr. med. habil. Thomas Demant Facharzt für Laboratoriumsmedizin Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt	471

Dr. med. Matthias Weise Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden (Losentscheid)	725	Rainer Arnhold Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt bei Niederlassung, Dresden	457
Uta Katharina Schmidt-Göhrich Fachärztin für Innere Medizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	725	Dr. med. Klaus Lampert Facharzt für Allgemeinmedizin Angestellter Arzt, MVZ am Universitätsklinikum Dresden	456
Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann Facharzt für Radiologie Angestellter Arzt bei Niederlassung, Dresden	722	Dr. med. Dr. med. univ. Mathias Antonioli Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Niedergelassener Arzt, Langebrück	405
Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Arzt im Ruhestand, Dresden	708	Frank Schmidt Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt bei Niederlassung, Dresden	401
Prof. Dr. med. habil. Gunter Haroske Facharzt für Pathologie Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt	702	Prof. Dr. med. habil. Burkhard Jabs Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden	388
Prof. Dr. med. habil. Alfred Bunk Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden	682	Markus Beer Facharzt für Anästhesiologie Dresden	387
Dr. med. Axel Arnhold Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	670	Rainer Götz Facharzt für Anästhesiologie Niedergelassener Arzt, Dresden	377
Prof. Dr. med. habil. Thomas Kittner Facharzt für Diagnostische Radiologie Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt	666		
Dr. med. Eckhard Meisel Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	625		
PD Dr. med. Ulrich Schuler Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden	599		
Sebastian Denzin Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	587		
Dr. med. Stephan Schmidt Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Dresden	584		
Dr. med. Gudrun Böhm Fachärztin für Innere Medizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	563		
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	551		
Dr. med. Rolf Dörr Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	538		

Bautzen 6 Sitze 7 Kandidaten	1.236 Wahl- berechtigte	584 fristgemäß eingegangene Stimmbriefe	47,25 % Wahlbe- teiligung	26 ungültige Stimmabgaben
Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen	
Dr. med. Norbert Krujatz Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Bautzen	419	Steffen Seiler Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Oberlausitz-Kliniken gGmbH, Bautzen	272	
Dipl.-Med. Ingolf Schmidt Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Oßling	378			
Dr. med. Angela Schramm Fachärztin für Innere Medizin Niedergelassene Ärztin, Hoyerswerda	374			
Dr. med. Olaf Altmann Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Lausitzer Seenland Klinikum GmbH, Hoyerswerda	325			
Dr. med. Sören Funck Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Angestellter Arzt, MVZ für Operative Gynäkologie, Hoyerswerda	309			
Dr. med. Matthias Czech Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Asklepios-ASB Klinik Radeberg	292			
Görlitz 6 Sitze 6 Kandidaten	1.137 Wahl- berechtigte	486 fristgemäß eingegangene Stimmbriefe	42,74 % Wahlbe- teiligung	22 ungültige Stimmabgaben
Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen	
Dipl.-Med. Uwe Schmidt Facharzt für Urologie Niedergelassener Arzt, Görlitz	355	keine		
Ute Taube Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf	323			
Dr. med. Eberhard Huschke Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Arzt im Ruhestand, Löbau	315			
Dr. med. Stefan Zeller Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH	313			
Hagen Gano Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Niesky	301			
Dr. med. Mato Nagel Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Weißwasser	298			

Meißen	1.041	460 fristgemäß	44,19 %	11
5 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
5 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dipl.-Med. Petra Albrecht Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin Angestellte Ärztin, Gesundheitsamt, Meißen	378	keine	
Dipl.-Med. Kerstin Friedrich Fachärztin für Radiologische Diagnostik Niedergelassene Ärztin, Radebeul	376		
Dr. med. Lutz Schauerhammer Facharzt für Diagnostische Radiologie Niedergelassener Arzt, Radebeul	365		
Dipl.-Med. Michaela Stöckel Fachärztin für Innere Medizin Angestellte Ärztin, Elblandklinikum Riesa	354		
Alexandra Misselwitz Ärztin in Weiterbildung Angestellte Ärztin, Elblandklinikum Meißen	353		

Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	1.157	478 fristgemäß	41,31 %	14
6 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
6 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dr. med. Katrin Pollack Ärztin in Weiterbildung Angestellte Ärztin, Klinikum Pirna GmbH	355	keine	
Dr. med. Hartmut Paetzold Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital	327		
Dr. med. Beate Zahnert Fachärztin für Augenheilkunde Niedergelassene Ärztin, Freital	312		
Dipl.-Med. Christine Kosch Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Pirna	311		
Dr. med. Rudolf Nowak Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Klinik Bavaria, Kreischa (Losentscheid)	305		
Dr. med. Jörg Wienold Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Angestellter Arzt, Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital	305		

Wahlkreise im Direktionsbezirk Leipzig

Leipzig (Stadt)	4.080	1.751 fristgemäß	42,92 %	72
20 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
26 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dr. med. Michael Burgkhardt Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Urologie Niedergelassener Arzt, Leipzig	935	Prof. Dr. med. habil. Andreas Hartmann Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig	656
Dr. med. Mathias Cebulla Facharzt für Innere Medizin Arzt im Ruhestand, Leipzig	929	Dr. med. Torsten Wolf Facharzt für Anästhesiologie Niedergelassener Arzt, Leipzig	653
Dr. med. Thomas Lipp Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	928	PD Dr. med. habil. Jens Thiele Facharzt für Diagnostische Radiologie, Angestellter Arzt, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig	645
Dr. med. Stefan Windau Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	925	Dr. med. Jörg Raumanns Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, St. Elisabeth-Krankenhaus gGmbH, Leipzig	604
Dr. med. Claus Vogel Facharzt für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Niedergelassener Arzt, Leipzig	877	Dr. med. Ivonne Hammer Fachärztin für Arbeitsmedizin Niedergelassene Ärztin, Leipzig	520
Dr. med. Susanne Schenk Fachärztin für Nuklearmedizin Niedergelassene Ärztin, Leipzig	844	Prof. Dr. med. Udo Kaisers Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	483
Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Angestellter Arzt, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig	834		
Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	824		
Dr. med. Jörg Hammer Facharzt für Chirurgie Niedergelassener Arzt, Thonbergklinik MVZ – Notfallzentrum –, Leipzig	821		
PD Dr. med. habil. Eberhard Meister Facharzt für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde, Angestellter Arzt, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig	791		
Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Innere Medizin, Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	784		
Dr. med. Wolf-Ulrich Mättig Facharzt für Augenheilkunde Niedergelassener Arzt, Leipzig	780		

Dipl.-Med. Ulrike Jung Fachärztin für Orthopädie Niedergelassene Ärztin, Leipzig	765
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Arzt im Ruhestand, Leipzig	753
Dr. med. Ulrike Bennemann Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Niedergelassene Ärztin, Leipzig	737
Dipl.-Med. Angelika Gabriel-Müller Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Leipzig	723
Jens Lucas Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Ev. Diakonissenkrankenhaus gGmbH Leipzig	709
Dr. med. Thilo Schwalenberg Facharzt für Urologie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	670
Dr. med. Jens Krautheim Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Arbeitsmedizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	664
Dr. med. Bernd Pittner Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Niedergelassener Arzt, Leipzig (Losentscheid)	656

Leipzig (Land)	1.052	499 fristgemäß	47,43 %	4
5 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
7 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Simone Bettin Fachärztin für Nuklearmedizin Niedergelassene Ärztin, Grimma	374	Toralf Schwarz Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Zwenkau	214
Erik Bodendieck Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Wurzen	333	Dr. med. Stephan Schickel Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Muldentalkliniken GmbH, Wurzen	212
Dr. med. Jens Taggeselle Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Markkleeberg	299		
Dr. med. Constanze Schmidt Fachärztin für Allgemeinmedizin Fachärztin für Anästhesiologie Niedergelassene Ärztin, Borna	287		
Dipl.-Med. Christiane Wolf Fachärztin für Innere Medizin Niedergelassene Ärztin, Borna	269		

Nordsachsen	836	375 fristgemäß	44,86 %	5
4 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
5 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dipl.-Med. Andreas Koch Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Delitzsch	280	Dr. med. Joachim Zerbst Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, HELIOS Klinik Schkeuditz	171
Dr. med. Thomas Fischer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Niedergelassener Arzt, Oschatz	254		
Dipl.-Med. Sabine Ermer Fachärztin für Innere Medizin Angestellte Ärztin, Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH – Klinik Eilenburg	251		
Dr. med. Klaus Landschreiber Facharzt für Allgemeinmedizin Arzt im Ruhestand, Beilrode	203		

Das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahl wird hiermit bekannt gemacht. Die Gewählten wurden schriftlich von ihrer Wahl in Kenntnis gesetzt.

Gemäß § 8 Abs. 2 Sächsisches Heilberufekammergesetz gehört der Kammerversammlung außerdem je ein der Sächsischen Landesärztekammer angehörendes Mitglied des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultäten der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden an.

Hält ein Wahlberechtigter die Wahl für ungültig, kann er gemäß § 24 Abs. 1 der Wahlordnung binnen einer Woche nach Bekanntmachung des Wahlergebnisses den Landeswahlausschuss anrufen.

Die neugewählte Kammerversammlung tritt am 17./18. Juni 2011 zu ihrer konstituierenden Tagung zusammen. Sie wählt aus ihrer Mitte den Präsidenten, den Vizepräsidenten, den Schriftführer und die übrigen Vorstandsmitglieder.

Zu dieser Kammerversammlung haben neben Mandatsträgern auch Kammermitglieder mit Arztausweis als Zuhörer Zutritt.

Dresden, 27. April 2011

Landeswahlausschuss der Sächsischen Landesärztekammer

gez. Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2011/2015

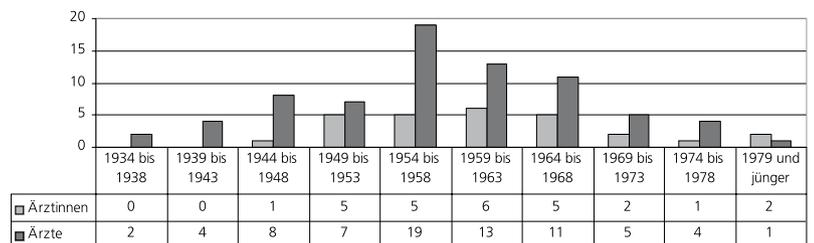
Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer besteht aus 101 gewählten Mitgliedern.

101 Mandate:	53 Ärztinnen und Ärzte in Niederlassung (52 %)
	41 angestellte Ärztinnen und Ärzte (41 %)
	7 Ärzte im Ruhestand (7 %)
	27 Ärztinnen (27 %)
	74 Ärzte (73 %)
zzgl. 2 Mandate	2 Vertreter der Universitäten Dresden und Leipzig
103 Sitze	in der Kammerversammlung insgesamt

Altersstruktur der Kammerversammlung

Altersklasse	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
1934 bis 1938	0	2	2
1939 bis 1943	0	4	4
1944 bis 1948	1	8	9
1949 bis 1953	5	7	12
1954 bis 1958	5	19	24
1959 bis 1963	6	13	19
1964 bis 1968	5	11	16
1969 bis 1973	2	5	7
1974 bis 1978	1	4	5
1979 und jünger	2	1	3

Grafische Darstellung



Gebiet	Gesamt	Ärzte	Ärztinnen	Niederlassung	Angestellte	Ruhestand
Allgemeinmedizin	26	16	10	23	1	2
Anästhesiologie	4	4	0	0	4	0
Augenheilkunde	3	2	1	3	0	0
Chirurgie	5	5	0	1	4	0
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	6	5	1	2	3	1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	3	1	1	3	0
Innere Medizin	28	22	6	14	12	2
Kinderchirurgie	2	2	0	0	2	0
Neurologie und Psychiatrie	3	3	0	0	1	2
Nuklearmedizin	2	0	2	2	0	0
Öffentl. Gesundheitswesen	2	1	1	0	2	0
Orthopädie	1	0	1	1	0	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	3	3	0	1	2	0
Pathologie	1	1	0	0	1	0
Psychiatrie und Psychotherapie	1	0	1	1	0	0
Radiologie	5	4	1	3	2	0
Urologie	2	2	0	1	1	0
in Weiterbildung	3	1	2	0	3	0
Gesamt	101	74	27	53	41	7

„Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke“

Leonhardt, H. J., Mühler, K.:
Verlag Lambertus, Freiburg/Breisgau
2010 ISBN 978-3-7841-2012-6

Die Autoren wenden sich einer Gruppe von Kranken zu, die in hohem Maße psychisch, körperlich und in ihren sozialen Kompetenzen geschädigt sind, oftmals über kein natürlich gewachsenes soziales Netz verfügen. Abhängigkeitskranke sollen – so das therapeutische Ideal – zur Abstinenz geführt werden; dieses Ziel ist bei dieser Population eher problematisch. Diesem Themenkreis: Rückfallforschung, Langzeittherapie, professionelle Entwicklung sozialer Netzstrukturen (zum Beispiel Wohngruppen) und spezielle Forschungen zur Wirkung von Langzeittherapien und zum Zeitbewusstsein widmet sich diese Schrift. Die Fragen, die sich die Autoren stellen, lauten unter anderem: Lässt sich bei diesem Typ Patient dauernde Abstinenz sichern, wie ist mit Rückfällen umzugehen und welche Möglichkeiten gibt es, Abstinenz fördernde Betreuungstrukturen zu gestalten.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen beziehen dabei als Studienfeld betreute Wohnformen in der Leipziger Region ein, die von einem Verein zur sozialen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (VRA) getragen werden. Zunächst setzen sich die Autoren mit dem Phänomen Rückfall als zum Krankheits- und Therapieprozess gehören-

des Alltagsphänomen auseinander. Rückfall fördernde und Rückfall vermeidende Faktoren werden diskutiert, wobei Persönlichkeitsmerkmale (Empowerment), Netzwerkmerkmale (Arbeit, Familie) diskutiert werden. Sicher muss dabei auch an toxische Folgen bezüglich des Zentralen Nervensystems, zum Beispiel bei jahrzehntelanger Alkoholexposition, gedacht werden. Ausführlich werden die Entstehung und der Verlauf von Abhängigkeit abgehandelt und die Multifaktorialität der Geschehnisabläufe bestätigt, wobei Lernmechanismen und Fixierungen in neuronalen Korrelaten eine wichtige Rolle spielen (Suchtgedächtnis).

Ein Abschnitt befasst sich ausführlich mit den Regeln und Abläufen in den Außenwohngruppen des Vereins (zum Beispiel Heimverträge).

In im engeren Sinne wissenschaftlich-empirischen Kapitel des Buches wurden Einstellungsuntersuchungen zum Attributionsstil und Kohärenzsinn (ein Konstrukt, das „erworbene Widerstandskraft gegenüber Stressoren“ beschreibt) vorgenommen. Entsprechende psychologische Testverfahren werden beschrieben. Der Kohärenzsinn als Ausdruck von Bewältigungsressourcen zeigte erwartungsgemäß natürlich wesentlich niedrigere Werte als eine Vergleichsgruppe, in die unter anderem Mitarbeiter einbezogen waren, die eine sehr hohe Aufgabenidentifikation aufwiesen. Eine zweite Studie wendet sich dem Zeitsinn, dem subjektiven Zeitverständnis zu. Dabei gehen die Autoren vom „Zeitwohlstand“ in mitteleuropäischen Gesellschaften aus, einerseits dass eine Ausweitung von interessengelenkten Freizeitbeschäftigungen zulässt, andererseits führen Beschleunigungstenden-

denzen gesellschaftlicher Prozesse zu zunehmender Unsicherheit (chronisch-mehrfachgeschädigte Alkoholiker sind aus den beschriebenen Zeitabläufen „herausgeworfen“), ein Kompetenzverlust in der Zeitplanung tritt ein, dem unter anderem durch soziotherapeutische Maßnahmen entgegenge-wirkt werden soll. Die Untersuchung wendet sich dem „Zeitbewusstsein“ der Population zu.

Die entsprechenden Instrumente werden detailliert beschrieben und unterschiedliche Items miteinander korreliert. Was die Ergebnisse angeht, bleiben aus Sicht der Autoren methodologisch viele Fragen offen und die Langzeittherapie hat offenbar nur wenig Einfluss auf das Konstrukt Zeitbewusstsein.

Resümierend stellen die Autoren fest, dass Rückfall-Prävention am besten funktioniert, wenn die Patienten in einem abstinenten Netzwerk leben und die Kleingruppen die eigene Motivation zur Abstinenz stimulieren. Für den psychiatrischen Kliniker dürfte ein „Sozialportrait“ einer Außenwohngruppe besonders interessant sein.

Die Schrift ist insgesamt von hohem Interesse für Kliniker und Betreuer von CMA, aber auch für die Methodologie und Methodik der Forschung in Lebens- und Erlebnisbereichen, einer Patientengruppe, die zunächst kaum im Mittelpunkt von Forschungen steht. Kasuistische Beispiele illustrieren einzelne Aussagen des Buches. Interessenten an der Schrift, neben den schon Genannten, könnten auch Sozialarbeiter, Psychologen und fachorientiertes Pflegepersonal sein.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig

Online-Arztnavigator startet in Sachsen

Die „Weiße Liste“ hat gemeinsam mit der AOK und der BARMER GEK ein Online-Portal entwickelt, in dem Patienten nach einem niedergelassenen Arzt suchen können. Grundlage des Portals sind die Erfahrungen von Patienten – erhoben in einer wissenschaftlich fundierten Befragung. Sächsische Ärzte erhalten dazu in diesen Tagen ein Informationsschreiben der Projektpartner.

Seit dem 3. Mai 2011 können sich bundesweit alle Versicherten der AOK und der BARMER GEK an der Befragung beteiligen. Die Ergebnisse werden zusammengeführt und zu jedem Arzt in der Online-Arztsuche dargestellt. Anspruch des Arztnavigators im Vergleich zu anderen zahlreichen Arztportalen ist es, eine Arztsuche neuer Qualität bereitzustellen, die die von der Ärzteschaft geforderten Qualitätskriterien für Arztbewertungsportale erfüllt. Das Portal soll sich durch folgende Punkte auszeichnen:

- **Methodische Güte:** Der Fragebogen ist nach höchsten wissenschaftlichen Standards entwickelt worden – auch Ärztevertreter waren einbezogen. Er besteht aus rund 30 Fragen zu den Themenbereichen „Praxis und Personal“, „Arztkommunikation“ und „Behandlung“.
- **Mindestanzahl von Beurteilungen:** Zur Meidung von verzerrenden Darstellungen sind für die Darstellung der Befragungsergebnisse in der Arztsuche zehn Beurteilungen je Arzt notwendig.
- **Keine Freitexte:** Auf Freitexte wird bewusst verzichtet. So sollen unsachgemäße Kritik und Diffamierungen von Ärzten ausgeschlossen werden.
- **Kommentarfunktion:** Ärzte haben die Möglichkeit, ihre Befragungsergebnisse auf der Seite sichtbar zu kommentieren oder sperren zu lassen. Über neu eingehende Bewertungen können sie sich regelmäßig informieren.
- **Nutzen für die Praxis:** Ärzte erhalten systematisches Patienten-Feedback auf Basis einer methodisch hochwertigen Befragung. Ergebnisse können mit denen anderer Ärzte verglichen werden.
- **Schutz vor Manipulationen:** An der Online-Befragung können nur registrierte Versicherte teilnehmen. Jeder Versicherte kann einen Arzt nur einmal beurteilen, ältere Beurteilungen werden überschrieben. Mehrfachbeurteilungen werden vermieden.

Betreiber des Portals ist die Bertelsmann Stiftung, die das Projekt „Weiße Liste“ gemeinsam mit den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen trägt. Alle niedergelassenen Ärzte sind in dem Portal verzeichnet. Quelle der Stammdaten zur Praxis (zum Beispiel Adresse, Kontakt, Fachgebiet, Sprechzeiten) ist das Adressverzeichnis der Stiftung Gesundheit. In die Befragung eingeschlossen sind die Ärzte, die in regelmäßigem Kontakt zu ihren Patienten stehen. Nicht berücksichtigt werden etwa Pharmakologen und Pathologen. Weitere Projektinformationen unter www.weisse-liste.de/information-arzt.

Im Rahmen einer vorläufigen Bewertung des Projekts in dessen Entwicklungsphase kam das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im April 2010 zu dem Ergebnis, dass der Arztnavigator einen hohen Abdeckungsgrad mit den Anforderungen des ÄZQ zu Qualitätskriterien für Arztbewertungsportale erreicht (www.arztbewertungsportale.de).

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Neuberufungen

Herr Prof. Dr. med. habil. Martin Siepmann wurde zum Chefarzt der Evangelischen Fachklinik Heidehof Weinböhla berufen.

21. Sächsischer Ärztetag 44. (konstituierende) Kammerversammlung am 17./18. Juni 2011

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen im Kammergebäude mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagsordnung

21. Sächsischer Ärztetag

Freitag, 17. Juni 2011, 14.00 Uhr

1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
Prof. Dr. med. habil.
Jan Schulze, Präsident
2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik
Bericht: Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
 - dem Bericht des Präsidenten
 - dem Tätigkeitsbericht 2010
3. Finanzen
 - 3.1. Jahresabschlussbilanz 2010
Bericht: Dr. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dipl.-Kfm. Wulf Frank,
Wirtschaftsprüfer,
Dipl.-Oec. Cornelia Auxel,
Wirtschaftsprüferin, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach,
Schübel, Brösztel & Partner
 - 3.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2010
 - 3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2011

4. Konstituierende Kammerversammlung
 - 4.1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
Bericht zum Abschluss der Wahl der Kammerversammlung
Feststellung des Alterspräsidenten der Kammerversammlung
Dr. jur. Verena Diefenbach,
Landeswahlleiterin
 - 4.2. Bildung der Wahlkommission
Alterspräsident
 - 4.3. Wahl des Präsidenten, des Vizepräsidenten, des Schriftführers in Einzelwahlgängen und der übrigen Vorstandsmitglieder in einem Wahlgang gemäß Hauptsatzung
Leitung: Alterspräsident
Der neugewählte Präsident übernimmt die weitere Leitung der Kammerversammlung.

Abendveranstaltung

Freitag, 17. Juni 2011, 19.30 Uhr

- Begrüßung: Präsident
Totenehrung
Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2011 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft
Festvortrag: Rechte, Pflichten und Tugenden von Arzt und Patient
Referent: Prof. em. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität zu Lübeck
Musikalischer Ausklang

Fortsetzung der

44. (konstituierenden) Tagung der Kammerversammlung Sonnabend, 18. Juni 2011, 9.00 Uhr

5. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit:
Präsident
6. Bildung von Ausschüssen und Wahl der Ausschussmitglieder gemäß § 12 Hauptsatzung für die Wahlperiode 2011/2015
 - 6.1. Berufsrecht
 - 6.2. Ambulante Versorgung
 - 6.3. Krankenhaus
 - 6.4. Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie (Qualitätsmanagement)
 - 6.5. Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
 - 6.6. Hygiene und Umweltmedizin
 - 6.7. Arbeitsmedizin
 - 6.8. Notfall- und Katastrophenmedizin
 - 6.9. Ärztliche Ausbildung
 - 6.10. Weiterbildung
 - 6.11. Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
 - 6.12. Senioren
 - 6.13. Finanzen
7. Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen für die Wahlperiode 2011/2015
Wahlleitung: Präsident
8. Bekanntgabe von Terminen
9. Verschiedenes

24. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung

Sonnabend, 18. Juni 2011, 14.00 Uhr

(Organ der Sächsischen Ärzteversorgung; um 10 Mandatsträger der Sächsischen Landestierärztekammer erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)

1. Eröffnung der 24. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
Präsident
2. Tätigkeitsbericht 2010 der Sächsischen Ärzteversorgung
 - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
Bericht: Dr. Steffen Liebscher
 - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
Bericht: Dr. med. vet. Jens Achterberg
- 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2010 und Diskussion
Bericht: Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer,
Frank Neumann, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs WP Partner AG
- 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2012
Bericht: Dr. Andreas Jurk, Mathematischer Sachverständiger
- 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2010
3. Bekanntgabe von Terminen
4. Verschiedenes

Studienbeihilfe in Sachsen

Im Jahr 2009 wurde das Programm „Studienbeihilfe“ ins Leben gerufen. Wie die sächsischen Medizinstudierenden über diese Förderung informiert sind und welche Faktoren die Akzeptanz des Programms beeinflussen, wurde von der Technischen Universität in einer Befragung untersucht. Dabei zeigten sich erhebliche Informationsdefizite. Nur knapp die Hälfte der Studierenden kennt das Programm. 69 Prozent geben an, dass sie die Förderung nicht in Anspruch nehmen werden. Interesse am Förderprogramm haben vor allem diejenigen Studierenden, die sich in den ersten zwei Studienjahren befinden, in ländlichen Gegenden aufgewachsen sind, das Studium selbst finanzieren und gut über das Programm informiert sind. Der Hauptgrund für die Ablehnung des Förderprogramms ist der Wunsch, sich

nicht langfristig binden zu wollen. 54 Prozent der Studenten haben zudem vor, eine andere Facharzt-ausbildung zu absolvieren. Auch die Absicht, später im Krankenhaus, einem anderen Bundesland oder im Ausland zu arbeiten, sprechen gegen die Studienbeihilfe. Die Autoren der Studie ziehen folgende Schlussfolgerungen: Es sollten gezielt Medizinstudierenden angesprochen werden, die ihr Studium aus eigenen Mitteln finanzieren und auf dem Land aufgewachsen sind. Für ein stärkeres Interesse ist zudem eine gezieltere Kommunikation des Förderprogramms nötig. Um Medizinstudierende und Ärzte besser über die vielfältigen sächsischen Fördermöglichkeiten in Sachsen zu informieren, hat das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ kürzlich eine eigene Präsenz bei Facebook eingerichtet.

Patricia Grünberg M. A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Informationen zur Studienbeihilfe

Die Studienbeihilfe richtet sich an Medizinstudierende, die an einer deutschen Universität eingeschrieben sind und das Physikum bestanden haben. Die monatliche Förderung kann bis zu vier Jahre gewährt werden und umfasst im ersten und zweiten Beihilfejahr 300 Euro, im dritten Jahr 400 Euro und im vierten Jahr 600 Euro. Bedingung ist eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder eine vergleichbare Weiterbildung zu absolvieren und anschließend eine hausärztliche Tätigkeit in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens aufzunehmen. Die Studienbeihilfe kann noch bis September 2011 beantragt werden. Mehr Informationen unter www.kvs-sachsen.de unter „Förderungen“.

Aut idem-Regelung

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zur Aut idem-Regelung am 29. Juni 2011

Zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern setzen beide sächsischen Heilberufekammern ihre gemeinsame Veranstaltungsreihe zu allgemeinen Fragen der Pharmakotherapie fort. Die Sächsische Landesärztekammer und die Sächsische Landesapothekerkammer bieten zum Thema „Aut idem-Regelung. Substitution im Praxis- und Apothekenalltag – Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker“ für alle Ärzte und Apotheker im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer eine Fortbildung an.

Steigende Arzneimittelkosten und damit verbundene neue gesetzliche

Regelungen haben zu einer Diskussion über mögliche Risiken eines unkritischen Wechsels zwischen Originalarzneimitteln und Generika geführt. Dabei stehen Fragen von Qualitätsunterschieden oder auch Änderungen, zum Beispiel in der Bioverfügbarkeit, bei einem Präparatwechsel im Mittelpunkt. Die Veranstaltung wird von Dr. Matthias Wegener, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesapothekerkammer und Mitglied des Ausschusses Arzt/Apotheker der Sächsischen Landesapothekerkammer, moderiert.

Ein ärztlicher Referent (Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landeärztekammer und niedergelassener Arzt, Praxis für Allgemeinmedizin in Wurzen) und ein pharmazeutischer Referent (Dr. Klaus Gerlach, Inhaber der Bergmann-Apotheke in

Oelsnitz) beleuchten das Thema aus ihrer jeweiligen Sicht und erläutern praktisch relevante Gesichtspunkte für die tägliche Arbeit des Arztes und Apothekers. Ziel ist es, eine realistische Risikoabschätzung vorzunehmen und damit zu mehr Sicherheit bei den Entscheidungen im Praxisalltag beitragen.

Alle Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen.

Termin und Ort:

Mittwoch, 29. Juni 2011, 19.00 Uhr
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
3 Fortbildungspunkte, Teilnahme kostenfrei, Anmeldung erwünscht:
Silke Schmidt, Tel. 0351 8267 321,
E-Mail: fortbildung@slaek.de

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

Vortrag Arzthaftungsrecht

Die Kreisärztekammer Leipzig (Land) lädt ihre Mitglieder für den 18. Mai 2011, um 19.00 Uhr, in das Kloster Nimbschen, zum Vortrag „Grundlagen des Arzthaftungsrechtes – Umgang mit Behandlungsfehlervorfällen“ ein. Referiert wird das Thema von Dr. med. Rainer Kluge, Facharzt für Gynäkologie am Krankenhaus Kamenz und Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer.

Um Anmeldung bis zum 13. Mai 2011 unter Telefon 03437 919370 oder E-Mail: leipzig-land@slaek.de wird gebeten.

Die Veranstaltung ist mit 2 Punkten zertifiziert.

Veranstaltungsort:

Kloster Nimbschen
Nimbschener Landstraße 1
04668 Grimma

Simone Bettin
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Leipzig (Land)

Tanz in den Frühling

Kreisärztekammer Leipzig (Land)

„Frühling läßt sein blaues Band wieder flattern durch die Lüfte“, so beschrieb bereits 1828 Eduard Mörike diese Jahreszeit. Am Abend des 9. April 2011 trug allerdings kein blaues Band zum Gelingen der Tanzveranstaltung der Kreisärztekammer Leipzig (Land) bei, sondern ein Tanzensemble in kräftigem Orange, welches in einer orientalischen Tanzshow zu fortgeschrittener Stunde dargeboten wurde. Für die Kreisärztekammer Leipzig (Land) war diese Tanzveranstaltung eine Premiere. Der gelungene Abend wurde von Musik- und Showeinlagen aus der Region begleitet. In der Kulturscheune des Hotels „Kloster Nimbschen“ erstrahlte die Einrichtung in einem cremefarbenen „Kleid“ und lud zum Sektempfang und zum Verweilen der Gäste ein. Die Blumenarrangements für die Tische zeigten sich in zarten Frühlingsfarben durch rosa Tulpen, Teerosen, grüne Clematiszweigen und violette Freesien. Ein genussvolles Buffet verwöhnte die Gäste. Die Gruppe „Eismann & Freunde“ begeisterte mit Livemusik zum Tanzen. Eingestimmt wurde die Veranstaltung von der Gruppe „Jukuleli“ mit einem Ukulelen-Konzert. Etwas später erfrischte der Sermuther „Caddy-Club“ mit seinem 30-minütigen Programm im Rock'n Roll-Stil. Schnell begannen Beine und Arme im Takt der Musik zu wippen und die Hände waren nach der Show warm vom Klatschen. Mit der Livemusik wurde dann auch das Tanzbein ausgiebig geschwungen. Die musikalischen Darbietungen waren insgesamt erstklassig. Fantastisch anzusehen war die orientalische Tanzshow „Cleopatra“ mit drei Riesenschlangen und einer Giftnatter sowie die Feuershow. Die überaus positive Resonanz der Gäste zu der „Fortbildung“ im ganz besonderen Stil ermunterte die Veranstalter zu einem weiteren „Tanz in den Frühling“ im nächsten Jahr.

Simone Bettin
Vorsitzende Kreisärztekammer Leipzig (Land)



18. Dresdner Ärzteball & Party
BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM

**Samstag,
3. September 2011
Empfang ab 18 Uhr**

**Parkhotel & Kakadu-Bar
Weißer Hirsch
Bautzner Landstraße 7
01324 Dresden**

Ballkarte im Großen Ballsaal (mit Tischreservierung)	65 €	Kreisärztekammer Dresden (Stadt) Sekretariat: Frau Riedel Schützenhöhe 16, 01099 Dresden Tel. 0351 8267-134 · Fax 0351 8267-132 Telefonische Bestellung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr info@kreisaerztekammer-dresden.de
Ballkarte in der Kakadu-Bar (mit Tischreservierung oder freier Platzwahl)	45 €	
Gästekarte für Nichtmitglieder der Kreisärztekammer Dresden jeweils	+ 15 €	<small>Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.</small>

Präsentiert von www.kreisaerztekammer-dresden.de



Beginn der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung im Juni 2011

Die Evaluation der Weiterbildung in Deutschland beginnt nun am **1. Juni 2011** in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ). Es werden Weiterbildungsbefugte (WBB) und weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte (WBA) online zu Ihrer Situation in der Weiterbildung zum Facharzt befragt.

Wie kann ich an der Befragung teilnehmen?

Die **Weiterbildungsbefugten** (WBB) erhalten die Zugangsdaten für die Teilnahme an der Befragung von der Sächsischen Landesärztekammer persönlich zugesandt.

Nach Anmeldung im Webportal – www.evaluation-weiterbildung.de – wird der WBB gebeten, den bzw. die bei ihm tätigen WBA namentlich oder durch Eingabe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) anzugeben. Anschließend kann der WBB seinen Fragebogen für sich als Weiterbildungsbefugter ausfüllen.

Die **weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte** (WBA) erhalten die Zugangsdaten zur Befragung unmittelbar von ihrer Landesärztekammer persönlich zugesandt. Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Weiterbildungsbefugte bereits registriert hat. Für Weiterzubildende ist es auch möglich, sich unabhängig von der Registrierung des WBB ab 1. August

2011 an der Befragung zu beteiligen. Dazu können die WBA über die für die Evaluation der Weiterbildung geschaltete Telefon-Hotline ihrer Landesärztekammer ihren Zugangscode anfordern, wenn bis Ende Juli 2011 kein Zugangscode automatisch durch die Landesärztekammer zugestellt wurde. Nach Anmeldung im Webportal kann der WBA den Fragebogen für die weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte ausfüllen.

Alle Weiterbildungsbefugten und weiterzubildenden Ärzte werden gebeten, an der Befragung teilzunehmen.

Die anonymisierte Darstellung der Weiterbildungssituation sowohl aus Sicht der Weiterzubildenden als auch der Weiterbildungsbefugten soll Probleme und damit Verbesserungspotenziale aufzeigen, um gemeinsam mit allen Beteiligten gegebenenfalls gezielte Maßnahmen einleiten zu können. In diesem Zusammenhang werden auch die facharztbezogenen Vergleichswerte auf Bundes- und Länderebene interessant.



Quelle: Bundesärztekammer (Stand: 29. März 2011)

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Hotline: 0351 8267335 (Peggy Thomas), E-Mail: evaluation@slaek.de
Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de>
→ Weiterbildung → Evaluation

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

Einladung zum Seniorentreffen

am Dienstag, dem 7. Juni 2011, 15.00 Uhr,

im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

Das genaue Thema wird auf der Homepage der Kreisärztekammer Dresden unter www.kreisaerztekammer-dresden.de bekannt gegeben.

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

Placebo: Mehr als nur Einbildung

R. Jütte

Zusammenfassung

Kaum ein medizinischer Terminus wird so häufig, auch im übertragenen Sinne, verwendet wie „Placebo“. Fast jeder glaubt zu wissen, was man darunter versteht, ohne aber meist wirklich erklären zu können, was genau damit gemeint ist und – vor allem – wie Placebo funktioniert. Zudem denken die meisten Ärztinnen und Ärzte bei diesem Begriff gleich an Klinische Studien, nicht aber an ihre eigene therapeutische Tätigkeit (Stichwort „Droge Arzt“). Vieles wird (auch in klinischen Studien) dem Placebo-Effekt zugeschrieben, was im strengen wissenschaftlichen Wortgebrauch gar nicht darunter fällt (zum Beispiel statistische Effekte, natürlicher Krankheitsverlauf). Lange Zeit hatte es den Anschein, dass die experimentelle Placebo-Forschung, die in den letzten zwanzig Jahren zum Teil bahnbrechende Erkenntnisse über Wirkungsmechanismen und andere Faktoren, die den Placebo-Effekt konstituieren, an den Tag gebracht hat, kaum zur Kenntnis genommen würde. Und schon gar nicht wurden aus diesen Forschungsergebnissen Konsequenzen für die eigene therapeutische Praxis gezogen. Hier sollen die wichtigsten Ergebnisse des Arbeitskreises Placebo, der kürzlich im Auftrag des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer eine umfangreiche Stellungnahme vorgelegt hat, skizziert werden.

Geschichtlicher Rückblick

Der Terminus „Placebo“ lässt sich im medizinischen Sprachgebrauch erst seit etwas über 200 Jahren nachweisen. Dabei war das, was wir heute unter Placeboeffekt verstehen, nicht nur Ärzten, sondern auch Laien durchaus, wenngleich nicht als Begriff, so doch als Phänomen bereits seit der Renaissance bekannt. Erst im zweiten Drittel des 18. Jahrhunderts wurde diese Erscheinung, oder wenigstens ein Teilaspekt davon, mit dem Wort „Placebo“ umschrieben.

Das Wort „Placebo“ (wörtlich: ich werde gefallen) stammt aus der lateinischen Bibelübersetzung (Psalm 116), entspricht aber nicht dem hebräischen Urtext. Über das Totenbrauchtum des späten Mittelalters kam der Ausdruck schließlich mit der (negativen) Bedeutung „jemandem einen Gefallen tun“ in den medizinischen Sprachgebrauch. (Abb. 1)

Die ersten kontrollierten klinischen Versuche mit „inerten“ Substanzen wurden im frühen 19. Jahrhundert von Ärzten entwickelt, die entweder einen Wirkungsnachweis für die Homöopathie erbringen wollten oder die Absicht hatten, diese neue Heilweise als „Humbug“ zu entlarven. Erst mit Paul Martini (1932) entdeckte die medizinische Methodik das Placebo als Kontrolle in Arzneimittelstudien. 1955 wurde in einem Aufsatz von Henry Knowles Beecher der Placeboeffekt erstmals quantifiziert und auf relativ breiter Basis wissenschaftlich dokumentiert.



Abbildung 1: Pieter Bruegel d. Ä., Stichwortrundbilder (1558)

„The Powerful Placebo“ gilt heute als eine der meistzitierten Arbeiten zum Thema „Placebo“. Die Veröffentlichung in einem stark beachteten Fachorgan trug dazu bei, dass seit den 1950er Jahren die placebo-kontrollierten Doppelblindstudien in der Pharmaforschung allmählich zum Standard wurden.

Terminologie

In der neueren Literatur wird, wie auch in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu „Placebo in der Medizin“ (2011), meist ein weitgefasster Placebobegriff verwendet. Danach versteht man unter Placebo sowohl die Gabe eines Placebomedikaments oder den Einsatz einer Placeboprozedur als auch den Einfluss des Behandlungsumfeldes, die Erwartungen des Patienten und des Arztes und die unterschiedlich gelungene Arzt-Patient-Interaktion.

Als echte oder reine Placebos werden Scheinmedikamente bezeichnet, die nur eine pharmakologisch unwirksame Substanz und gegebenenfalls auch Hilfsstoffe wie Geschmackskorrigentien oder Farbstoffe enthalten. Bei Pseudo-Placebos, auch „unreine Placebos“ genannt, handelt es sich um pharmakodynamisch aktive Substanzen, die allerdings bei der Erkrankung keine spezifische Wirksamkeit entfalten, entweder weil die Dosis zu niedrig ist oder die behandelte Erkrankung nach herrschender Lehrmeinung nicht darauf anspricht. In der Forschung spielt diese Placebo-Variante eher selten eine Rolle, während sie in der täglichen Praxis von großer Relevanz ist, da reine Placebos eher nur im Ausnahmefall eingesetzt werden können. Im Gegensatz zu reinen Placebos können Pseudo-Placebos durch die Pharmakodyna-

mik der verwendeten Substanz bedingte spezifische unerwünschte Therapiewirkungen hervorrufen. Die Abwägung zwischen reinem Placebo und Pseudo-Placebo sollte in der täglichen Praxis also neben anderen ethischen und rechtlichen Aspekten das Nebenwirkungsprofil des Pseudo-Placebos berücksichtigen.

Einen Überblick über die Begriffe im Wortfeld Placebo bietet Tabelle 1.

Wirkungsmechanismen

Eine der wichtigsten Erkenntnisse experimenteller Forschung ist, dass Placebo- und Verumeffekt hirnpfysiologisch und -anatomisch lokalisierbar sind. Der Placeboeffekt ist damit nicht auf ein bloßes Epiphänomen reduzierbar. Da der Placeboeffekt nachgewiesenermaßen eine somatische bzw. (neuro-)biologische Basis hat, rückt somit die Frage seiner therapeutischen Relevanz mehr und mehr in den Mittelpunkt. Zahlreiche Metaanalysen zeigen, dass der Placeboeffekt für viele klinische Bilder therapeutisch relevant ist, für den einzelnen Patienten vorhersagbar ist er aber (noch) nicht.

Es existiert bislang kein umfassendes Modell der Wirkungsmechanismen, das den Placeboeffekt hinreichend erklärt. Derzeit werden im Wesentlichen zwei – sich keineswegs ausschließende – Erklärungsansätze diskutiert: der assoziative (lerntheoreti-

sche) und der mentalistische (kognitivistische). Beide Ansätze decken sich mit den derzeit akzeptierten Definitionen des Placeboeffekts als Bedeutungseffekt.

Gemäß dem assoziativen Ansatz sind Placeboeffekte das Resultat einer meist unbewussten Lernerfahrung. Diese Lernerfahrung besteht in der Konditionierung auf eine bestimmte psychische oder physische Reaktion, die mit der Gabe eines Placebos assoziiert ist. Placeboeffekte sind demnach operant oder klassisch konditioniert. Vor allem die klassische Konditionierung dient für zahlreiche Placeboeffekte (zum Beispiel bei Schmerz, Depression, Parkinson, Immunsystem) als valides und zuverlässiges Erklärungsmodell. Wenngleich der durch Lernen bedingte Placeboeffekt unbewusst (das heißt ohne Wissen des Patienten) zustande kommt, ist er doch an die Wahrnehmung oder Interpretation durch den Patienten gebunden.

Nach dem mentalistischen Ansatz ist der Placeboeffekt ein Erwartungseffekt. Allgemein geht man dabei von einem positiven linearen Zusammenhang der Höhe der Erwartung und des Effekts aus. Erwartungen an die Wirkung einer Intervention haben bisweilen keinen prädiktiven Wert für das Auftreten des Effekts, was sich in entsprechenden Nullkorrelationen zeigt. Es müssen daher auch andere Kognitionen als Verursachungsgrößen in Betracht gezogen werden. Eine solche Größe scheint die Befindlichkeit des Patienten zu sein. Der Grund dafür ist, dass die Befindlichkeit einen viel unmittelbaren Einfluss auf die Wahrnehmung des Kontexts ausübt als zum Beispiel eine Erwartung.

Trotz intensiver Forschungsbemühungen und bedeutender Fortschritte sind die Mechanismen des Placeboeffekts nur teilweise geklärt. Folgende Kernfragen sind bislang nicht vollständig aufgeklärt: seine Auftretenswahrscheinlichkeit, seine Größe, das heißt seine klinische Bedeutsamkeit, seine zeitliche Dauer, sein physiologisches/biochemisches Korrelat. Weitere Grundlagenforschung ist daher dringend erforderlich.

Tab. 1: Überblick über die Begriffe im Wortfeld Placebo

Bezeichnung	Wirksamkeit der medizinischen Intervention
Reines Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch unwirksame Substanz • keine spezifischen Effekte hinsichtlich einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs
Unreines/Pseudo-Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch aktive Substanz • Keine spezifischen Effekte (fehlende Evidenz) für die betreffende Indikation
Aktives Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch aktive Substanz • Keine spezifischen Effekte für die betreffende Indikation • Hervorrufung typischer Nebenwirkungen (Anwendung meist in klinischen Studien)
Placeboreaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Bruttoeffekt nach Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (Placeboeffekt + vermengte Effekte)
Placeboeffekt	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoeffekt nach Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (Placeboreaktion abzüglich vermengter Effekte)
Nocebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch unwirksame Substanz • es werden beim Patienten Befürchtungen aufgebaut, durch die therapeutische Maßnahme krank gemacht zu werden
Noceboeffekt	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt bei Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (negativer Placeboeffekt)

Unterschiedliche Formen des Placebos

Neben pharmazeutischen Darreichungsformen des Placebos existieren auch andere Formen. Dazu gehören beispielsweise interventionell-operative Methoden (zum Beispiel Scheinakupunktur, Scheinoperation) und psychosoziale Interventionen. Bei den medikamentösen Formen sind zum Beispiel Unterschiede zwischen oraler und parenteraler Applikation zu beobachten. Bei Scheinoperationen, bei der es reine und unreine Formen zu unterscheiden gilt, sind insbesondere der ethische und der rechtliche Aspekt zu beachten. Bei der Scheinakupunktur gibt es penetrierende und nicht-penetrierende Verfahren. Bei der manuellen Medizin ist es vielfach schwierig oder unmöglich eine Scheinintervention zu realisieren. Für Psychotherapiestudien existieren Studiendesigns, die mit spezifischen Kontrollgruppen arbeiten.

Die Rolle des Placebos in der Evidenz-basierten Medizin

Randomisierte, placebokontrollierte Studien sind auch 50 Jahre nach ihrer Einführung Goldstandard beim Wirksamkeitsnachweis in der klinischen Prüfpraxis. Placebo wird dabei als methodisches Instrument benutzt, meist ohne den beobachteten Placeboeffekt näher zu analysieren. Der Wirksamkeitsnachweis bedeutet also im engeren Sinne nur, dass nach Verumgabe größere Veränderungen in den Zielgrößen auftreten als unter Placebo. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, bedeutet das nicht, dass kein positiver Effekt unter der Behandlung in den entsprechenden Studien beobachtet werden konnte. Vielmehr muss gerade dann, wenn im Verum- und Placeboarm deutlich Effekte beobachtet wurden, darüber nachgedacht werden, wie die Behandlung entsprechender Patienten gestaltet werden soll, zum Beispiel mit dem Einsatz von Pseudo-Placebos.

Ethische Aspekte

Da es bislang noch keine einheitlichen internationalen Richtlinien hinsichtlich der Placebogabe in klini-

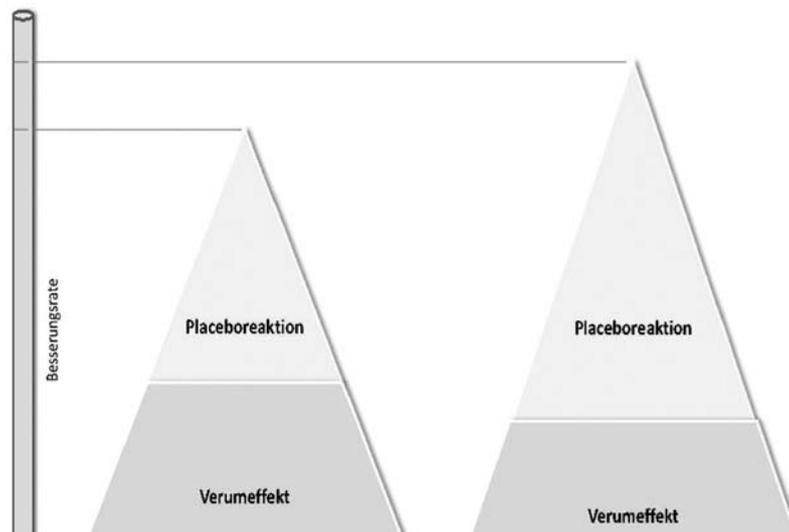


Abbildung 2: Vergleich zweier Behandlungsformen X und Y.

schen Studien gibt, die allgemein verbindlich sind, hat jüngst der Arbeitskreis Placebo des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer eine Vereinheitlichung, die dringend geboten ist, angemahnt. Ein Konsensus wird, wie ein Blick in die Literatur zeigt, nur schwer zu erzielen sein. Am ehesten konsensfähig scheint inzwischen die aktuelle Fassung der Deklaration von Helsinki aus dem Jahre 2008 zu sein. Danach ist Placeboanwendung bei einwilligungsfähigen Patienten ethisch gerechtfertigt, wenn es keine andere wirksame Behandlung („no current proven intervention“) gibt. Ausnahmen sind möglich, wenn zwingende („compelling“) und wissenschaftlich schlüssige („scientifically sound“) methodologische Gründe vorliegen, um die Wirksamkeit und/oder Sicherheit einer Intervention zu bestimmen. Dazu kann auch die erforderliche Stichprobengröße bei seltenen Erkrankungen zählen. Zudem dürfen Patienten in der Placebogruppe nicht dem Risiko einer schweren oder irreversiblen Schädigung („any risk of serious or irreversible harm“) ausgesetzt sein. Außerdem kann Placebo zusätzlich zur Standardtherapie (add-on) gegeben werden.

Eine besondere Situation stellt die Erforschung des Placeboeffekts dar. Hierbei geht es darum, die einzelnen Faktoren der Placebo-Reaktion zu untersuchen. Auch hier ist aus ethischer Sicht die Einwilligung in eine Placeboanwendung bei einwilligungsfähigen Probanden oder Pati-

enten unabdingbar. Das damit verbundene ethische Dilemma der Probanden- oder Patiententäuschung kann umgangen werden, indem man den Studienteilnehmer darüber aufklärt, dass die verabreichte Substanz (Placebo) dazu führen kann, dass körpereigene Mechanismen angestoßen werden, die einen biologischen Effekt haben. Diese Aufklärung ist wissenschaftlich korrekt und bezieht sich zum Beispiel auf die endogene Opiatausschüttung bei der Placeboanalgesie.

Unabhängig von den vorstehenden Erwägungen müssen die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass sie bei einer Zuteilung zur Placebogruppe gegebenenfalls keinen Nutzen aus der Studienteilnahme ziehen können.

Noch größere ethische Probleme ergeben sich bei Placebogaben in der therapeutischen Praxis. Auch hier hat die Stellungnahme der Bundesärztekammer eine mögliche Lösung aufgezeigt: Da die experimentelle Placeboforschung eindrücklich belegt, welchen Nutzen der Patient aus einer Placebogabe ziehen kann (zum Beispiel Verringerung von Nebenwirkungen) ist die bewusste Anwendung von reinem Placebo oder so genanntem „Pseudo-Placebo“ in der therapeutischen Praxis (außerhalb klinischer Studien) durchaus vertretbar. Dabei sind aber neben der geltenden Rechtslage, von der noch die Rede sein wird, folgende Voraussetzungen zu beachten:

- Es ist keine geprüfte wirksame (Pharmako-)Therapie vorhanden.
- Es handelt sich um relativ geringe Beschwerden und es liegt der ausdrückliche Wunsch des Patienten nach einer Behandlung vor.
- Es besteht Aussicht auf Erfolg einer Placebobehandlung.

Dazu bedarf es eines soliden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Bei der erforderlichen Aufklärung sollte der Patient über erwarteten Nutzen und Risiken in Kenntnis gesetzt werden. Gegebenenfalls kann der Patient darüber informiert werden, dass die verabreichte Substanz (Placebo) dazu führen kann, dass körpereigene Mechanismen angestoßen werden, die einen biologischen Effekt haben. Wie eine neuere Studie zeigt, muss der Patient nicht unbedingt „getäuscht“ werden, um einen Placeboeffekt zu erzielen (Kaptchuk, T.; Friedlander, E., Kelley, J.M. et al., 2010). Auch die offene Gabe von Placebo kann unter bestimmten Bedingungen zum gewünschten Heilerfolg führen.

Meist wird bei der ethischen Diskussion über den Einsatz von Placebos in der therapeutischen Praxis übersehen, dass der Placeboeffekt auch bei der Standardtherapie auftritt. Daher gilt es, die Erkenntnisse der experimentellen Placeboforschung in die Praxis umzusetzen, um den Patienten optimal zu behandeln, Arzneimittelwirkungen zu maximieren, unerwünschte Wirkungen von Medikamenten zu verringern und Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Diese Kenntnisse müssen Ärztinnen und Ärzten bereits in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.

Ein schmaler Grat: rechtliche Aspekte der Placebogabe

Nach der lex artis, also dem ärztlichen Handeln entsprechend den anerkannten Regeln und unter Anwendung aller Erkenntnisse und technischen wie personellen Fähigkeiten und Kenntnisse, besteht grundsätzlich die Pflicht, eine wirksame Therapie anzuwenden und dadurch gesundheitlichen Schaden vom Pati-

enten abzuwenden oder Schaden zu begrenzen. Stehen mehrere, praktisch gleichwertige Methoden zur Verfügung, so zum Beispiel der Einsatz von Verum oder Placebo, darf der Arzt das nach seinem Ermessen am besten geeignete Mittel oder Verfahren wählen. Eine Placebothherapie ist aber unzulässig, wenn sie unter Außerachtlassen grundlegender Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erfolgt. Sie entspricht nicht dem einzuhaltenden Qualitätsstandard, wenn es Interventionen gibt, die für den Patienten erfolgsversprechender und in der Wissenschaft unbestritten sind. Stehen mehrere gleich geeignete Vorgehensweisen mit unterschiedlicher Risikoquote zur Verfügung, ist diejenige zu wählen, welche den Heilerfolg am besten gewährleistet und in den damit verbundenen Nebenwirkungen am wenigsten schädigend ist. Dies gilt auch für den Einsatz von Placebo. Die Anforderungen an die therapeutische Abwägung steigen mit der Gefährlichkeit der Erkrankung oder des vorzunehmenden Eingriffs. Bezüglich des individuellen Heilversuches mit Placebogabe gilt, dass er per se nicht unzulässig ist, sondern dass dieser rechtlich nach den allgemeinen Grundsätzen zu beurteilen ist.

Im Rahmen der lex artis obliegt dem Arzt die therapeutische Pflicht, mit dem Patienten das aus ärztlicher Sicht Notwendige zu besprechen. Dies bedeutet, dass der Arzt bei Placeboeinsatz über Nutzen und Risiken informieren muss, wenn mehrere Behandlungsarten mit jeweils unterschiedlichen Belastungen bzw. Chancen zur Verfügung stehen. Das Ziel der ärztlichen Aufklärung muss sein, dem Patienten zu ermöglichen, das Für und Wider der Placebothherapie abzuwägen und so eine frei bestimmte Einwilligung zu ermöglichen. Die Aufklärungspflicht kann nur in eng begrenzten Fällen eingeschränkt werden. Unter der Bezeichnung „therapeutisches Privileg“ wird in der juristischen Literatur kontrovers diskutiert, ob die Aufklärungspflicht des Arztes ihre Grenze findet, wenn der psychische Zustand des Patienten zu einer Gefährdung der Heilungsaus-

sichten führen könnte. Eine vergleichbare Argumentation kann erwogen werden, wenn der Arzt ein Placebo einsetzen möchte, dessen Wirksamkeit gerade darauf beruht, dass der Patient nicht weiß, ein Placebo zu erhalten, und andere erfolgsversprechende Auf die Grundaufklärung kann der Patient nicht wirksam verzichten – selbst wenn es um einen Placeboeinsatz geht. Etwas anderes gilt nur bei Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch infolge Aussichtslosigkeit bei infauster Prognose oder wenn selbst die Grundaufklärung zu schwerwiegenden Schäden auf Patientenseite führen würde.

Weitgehend juristisch geregelt ist dagegen der Einsatz von Placebos in der klinischen Forschung. Nach herrschender Rechtsauffassung ist bei vergleichenden Therapiestudien die Placebovergabe an die Kontrollgruppe nur zulässig, wenn eine Standardtherapie nicht existiert oder bei bloßen Befindlichkeitsstörungen, sonst ist die Standardtherapie für die Kontrollgruppe unerlässlich. Es ist allgemein anerkannt und kommt sowohl im Arzneimittelgesetz wie im Medizinproduktegesetz klar zum Ausdruck, dass die bloße Einwilligung nicht ausreichend ist, sondern eine vorherige Aufklärung des Probanden, insbesondere über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken des Eingriffs erforderlich ist. Der Umfang der Aufklärung steht in der Regel in einem umgekehrten Verhältnis zum Nutzen des Eingriffs: Je geringer der Nutzen für den Probanden ist, desto umfassender muss aufgeklärt werden. Je größer die Risiken sind, je mehr Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, desto ausführlicher muss die Aufklärung sein. Besonders ausführlich hat die Aufklärung bei rein wissenschaftlichen Versuchen zu sein. Regelmäßig geht sie über die Information bei einer Behandlung hinaus. Für klinische Studien gilt weiterhin, dass die Probanden zwar über das Prinzip der Zufallszuweisung, nicht aber darüber aufgeklärt werden müssen, welcher der verschiedenen Gruppen sie angehören. Die Aufklärung über die Randomisierung kann nicht deshalb entfallen, weil die Placebo- und die Ver-

umgabe gleichwertige Verfahren wären. Denn dies ist bei der Placebogabe gerade auszuschließen.

Die Placebogabe bei nicht-einwilligungsfähigen Minderjährigen und Erwachsenen ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich und wird in klinischen Studien wie auch der alltäglichen Praxis mitunter angewandt. Hierzu finden sich in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu „Placebo in der Medizin“ folgende Hinweise und Einschränkungen:

1. Nicht-einwilligungsfähige Minderjährige wie Erwachsene stellen eine Personengruppe dar, die aufgrund ihrer Partizipationseinschränkungen einer besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge bedürfen.
2. Sie dürfen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt weder benachteiligt noch von diesem ausgeschlossen werden, sondern haben, wie Einwilligungsfähige, ein Recht auf Teilhabe an zeitgemäßen, wissenschaftlich begründeten Behandlungsmaßnahmen.
3. Nach derzeitiger Rechtslage dürfen erwachsene Nicht-Einwilligungsfähige in klinische Studien nur einbezogen werden, wenn dadurch für sie ein individueller Nutzen erwartet werden kann. Hingegen ist die Einbeziehung Minderjähriger in derartige Studien unter den engen Voraussetzungen der §§ 40 Abs. 4, 41 Abs. 2 AMG gestattet.
4. Es wird empfohlen, die nicht-einwilligungsfähigen Erwachsenen mit nicht-einwilligungsfähigen Minderjährigen im Hinblick auf Placebos in Studien grundsätzlich gleichzustellen. Dies bezieht sich sowohl auf den Einschluss in Placebo-kontrollierte Studien als auch auf die Anwendung von Placebos in der Alltagspraxis. Gleiches gilt für die Gruppe der kurzfristig nicht-einwilligungsfähig gewordenen Personen.

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion für den Placeboeffekt

Jeder therapeutischer Erfolg setzt sich aus spezifischen, auf die in einer

bestimmten Intervention begründeten, das heißt funktional nachweisbar, sowie aus unspezifischen Wirkfaktoren zusammen (vgl. Abb. 2). Deren zugrunde liegende Mechanismen sind zwar noch nicht hinreichend untersucht, müssen jedoch als therapeutisch relevant angesehen werden. Da unspezifische Wirkfaktoren im therapeutischen Kontext von erheblicher Bedeutung sein können, lässt sich der Behandlungserfolg nur maximieren, wenn diese auch genutzt werden. Die Voraussetzungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sind jedoch derzeit nicht optimal.

In der medizinischen Praxis stellt sich die Frage, welche Faktoren dazu verhelfen, unspezifische Effekte zu fördern. Der Placeboeffekt, der ein wesentlicher Bestandteil unspezifischer Effekte ist, wirkt im psychosozialen Kontext. Dieser ist im medizinischen Alltag maßgeblich durch die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion geprägt. Daher dürfte klar sein, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung letztlich auch den Placeboeffekt fördert. Diesen Schluss legen zahlreiche Befunde aus der Placeboforschung nahe, wenn auch nur indirekt, weil bislang dazu nicht systematisch geforscht wurde.

Die Arzt-Patient-Beziehung vollzieht sich als ein dynamischer Prozess, der durch Interaktion gekennzeichnet ist. In der medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Forschung besteht weitgehend Konsens darüber, dass die Wirksamkeit und der Erfolg medizinischer Maßnahmen unter anderem von der Qualität des Kontakts zwischen Arzt und Patient abhängen. Unter den Faktoren, die den Placeboeffekt ausmachen, spielt die Interaktion zwischen Arzt und Patient eine zentrale Rolle.

Schon die alleinige Anwesenheit des Arztes kann demnach einen Einfluss haben. Entsprechend war in einer anderen Studie eine „Placebospritze“, die vom Arzt im Weißen Kittel verabreicht wurde, genauso wirksam wie eine verdeckte (automatisch) Injektion von Morphin (Aman-

zio, M.; Pollo, A.; Maggi, G.; Benedetti, F., 2001). Dass die Arzt-Patient-Beziehung einen wesentlichen Anteil am Placeboeffekt hat, zeigte eine neuere Studie (Kaptchuk T.; Kelley, J.M.; Conboy, L.A; et al., 2008), in der 262 Patienten mit Reizdarmsyndrom drei Gruppen zugeteilt wurden. Eine Gruppe bekam keine Therapie (Wartegruppe), die zweite Gruppe erhielt Scheinakupunktur ohne Zuwendung des Arztes und die dritte Gruppe Scheinakupunktur mit Zuwendung des Arztes. In der Scheinakupunkturgruppe ohne Zuwendung besserten sich 44 Prozent, der größte Effekt zeigte sich in der Gruppe mit Zuwendung (62 Prozent).

Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ist also wichtig für den Therapieerfolg und damit auch ganz wesentlich für den Placeboeffekt. Es bleibt festzustellen, dass es kaum zusammenführende Forschung zu diesem Thema gibt. Doch eines steht fest: In der medizinischen Praxis gibt es keine therapeutische Maßnahme ohne einen potenziellen Placeboeffekt. Im Übrigen müssen auch Noceboeffekte, die ebenfalls auftreten können, beachtet werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. phil. Robert Jütte
Institut für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung
Straußweg 17
70184 Stuttgart

Die durch den Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. phil. Robert Jütte erarbeitete Stellungnahme „Placebo in der Medizin“ ist in Buchform erschienen.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Stellungnahme auf der Homepage der Bundesärztekammer herunterzuladen (www.baek.de und dann unter „Medizin und Ethik – Gremien – Wissenschaftlicher Beirat – Veröffentlichungen – Projektbezogene Themen“).

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

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

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 11/C024

Aue-Schwarzenberg

Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 11/C025

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 11/C026

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Mittweida

Psychologische Psychotherapie / Tiefenpsychologie
Reg.-Nr. 11/C027

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 11/C028

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.06.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D025

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.Nr. 11/D026

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D027

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Facharzt für Anästhesiologie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/D028

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Ärztlicher Psychotherapeut

Reg.-Nr. 11/D029

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Psychologischer Psychotherapeut

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D030

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/D031

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Facharzt für Chirurgie

(Zugelassener Arzt in einem MVZ)

Reg.-Nr. 11/D032

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/D033

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/D034

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/D035

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/D036

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.06.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig Stadt

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 11/L024

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L021

Leipziger Land

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reg.-Nr. 11/L022

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.06.2011 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 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.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich

Görlitz-Stadt

Praxisabgabe: bald oder nach Vereinbarung

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Weißwasser

Praxisübernahme ab sofort

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

Früherkennung beim Prostatakarzinom: Pro und Contra

M. Wirth und M. Fröhner

Zusammenfassung

Die Früherkennung des Prostatakarzinoms durch die Bestimmung des PSA-Wertes wird weiterhin kontrovers diskutiert, obwohl mittlerweile Daten aus randomisierten Studien vorliegen, die zeigen, dass auf diesem Wege die Sterblichkeit am Prostatakarzinom vermindert werden kann. Der Artikel gibt einen Überblick über den aktuellen Kenntnisstand, Argumente für und gegen eine Früherkennung und die Empfehlungen der S3-Leitlinien zu diesem Thema.

Schlüsselwörter: Prostatakarzinom, Früherkennung, Screening, PSA-Test, Überdiagnostik, Übertherapie, S3-Leitlinien

Wie in vielen Ländern der westlichen Welt ist das Prostatakarzinom auch in Deutschland der häufigste bösartige Tumor beim Mann. Im Jahre 2004 lag die Zahl der Neuerkrankungen bei 58.570, die Zahl der Todesfälle bei 11.135. Damit ist das Prostatakarzinom nach dem Bronchialkarzinom und dem kolorektalen Karzinom die dritthäufigste Krebstodesursache beim Mann. Es ist für 10 Prozent aller Krebstodesfälle bei Männern verantwortlich. Der Tumor ist eine ausgesprochene Alterserkrankung. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren, vor dem 50. Lebensjahr ist das Prostatakarzinom selten [1]. Im Frühstadium ist das Prostatakarzinom zu einem sehr hohen Prozentsatz durch eine operative Entfernung der Prostata oder eine Strahlentherapie heilbar. Die Heilungschancen sinken, wenn der Tumor die Prostata kapsel überschreitet und sind gering, wenn ein Befall der regionären Lymphknoten vorliegt. Das fernmetastasierte Prostatakarzinom ist nicht heilbar. Durch die Neigung des Prostatakarzinoms zum Befall des Skelettsystems kann eine progrediente Erkrankung mit langem und schwerem Leiden verbunden sein.

Durch eine Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA) im Serum ist eine Früherkennung des Prostatakarzinoms möglich, wodurch überwiegend heilbare Tumorstadien diagnostiziert werden. Beim PSA handelt es sich um ein in der Prostata gebildetes Protein, welches physiologischerweise Teil des Spermas ist. Beim Prostatakarzinom sowie bei gutartigen Erkrankungen der Prostata (Entzündung, Traumatisierung, gutartiger Hyperplasie) tritt das PSA vermehrt in das Serum über und kann hier laborchemisch gemessen werden. Es ist prostata-spezifisch, aber nicht tumorspezifisch. Ein erhöhter PSA-Wert – ein Wert von 4 ng/ml wurde dabei per Expertenmeinung als Grenze festgelegt, niedrigere Werte schließen ein Karzinom jedoch nicht sicher aus – kann einen Hinweis auf ein Prostatakarzinom geben. Dieser Verdacht muss jedoch immer mittels Prostatabiopsie und histologischer Untersuchung bestätigt werden.

Ob die durch ein PSA-basiertes Screening (das heißt Untersuchung beschwerdefreier gesunder Männer) erreichbaren Vorteile (Verminderung von Leiden und möglicherweise Verlängerung des Lebens) die möglichen Nachteile einer Überdiagnostik und Übertherapie aufwiegen, ist bisher nicht abschließend geklärt [2]. Daher entzündeten sich an dem Prostatakarzinomscreening immer wieder Kontroversen, die bei betroffenen Männern Verunsicherung auslösen können. Im Folgenden werden zentrale Aspekte dieser Problematik diskutiert und die Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien [2] kommentiert.

Früherkennung versus Screening beim Prostatakarzinom

Während unter einem Screening eine Massenuntersuchung gesunder Probanden verstanden wird, die zu dieser Untersuchung eingeladen werden, versteht man unter einer reinen Früherkennungsuntersuchung beim Prostatakarzinom eine Untersuchung von asymptomatischen Männern, die mit dem Wunsch nach einer solchen Diagnostik ihren Arzt aufsuchen. Eine frühzeitige Erkennung im asymptomatischen Stadium ist Vorausset-

Prostatakarzinom-Screening 2010

- um 1 PCa-Todesfall zu verhindern: NNS=293
- NNT=12

Vergleich: Mamma-Karzinom

- NNS=377 (6069 Jahre), 1339 (5059 Jahre)
- NNT=10

Vergleich: kolorektales Karzinom

- NNS=1173 (okkultes Blut), 489Koloskopie)
- NNT=nicht bekannt (verminderte Inzidenz)

Abbildung 1: "Number needed to screen" (NNS) und "Number needed to treat" (NNT) zur Vermeidung eines tumorassoziierten Todesfalls beim Prostatakarzinomscreening im Vergleich zu ähnlichen Programmen bei Mamma- und beim kolorektalen Karzinom.

zung für eine Heilung des Prostatakarzinoms. Ein Problem ist, dass auch unspezifische Miktionsprobleme im Alter von über 60 Jahren häufig sind. Eine ausgeprägte Tumorsymptomatik (wie Harnverhalt, Harnstauung, Makrohämaturie) kann Zeichen einer fortgeschrittenen und nicht mehr heilbaren Erkrankung sein. Somit kommt einer frühzeitigen Erkennung eine sehr große Bedeutung zu.

Randomisierte Studien zum Prostatakarzinomscreening

Das Prostatakarzinomscreening wird gegenwärtig in einer europäischen (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, ERSPC, mit 182.000 Teilnehmern [3]) und einer amerikanischen Studie (Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial mit 76.693 Teilnehmern [4]) untersucht. Während anlässlich der letzten Auswertung der europäischen Studie eine signifikante Verminderung der Sterblichkeit am Prostatakarzinom um 20 Prozent festgestellt wurde [3], konnte die amerikanische Studie keinen derartigen Effekt zeigen [4]. Als Ursache für diese diskrepanten Ergebnisse wird unter anderem eine höhere Kontamination der amerikanischen Studie durch sogenanntes opportunistisches Screening (im Kontrollarm hatten 44 Prozent [4] einen nicht im Studienprotokoll vorgesehenen PSA-Test, in der europäischen Studie lag dieser Wert bei 20 Prozent [3]) vermutet [5]. Eine mit lediglich 3 Prozent besonders niedrige Rate an opportunistischem Screening war in

einer aktuellen schwedischen Studie zu verzeichnen [6]. In dieser Studie mit einem medianen Follow-up von 14 Jahren konnte die Sterblichkeit am Prostatakarzinom durch PSA-Screening um über die Hälfte gesenkt werden [6]. Die Zahl der zur Verhinderung eines Prostatakarzinom-Todesfalls einem Screening zuzuführenden Männer lag in dieser Studie [6] bei 293 und die Zahl der zu behandelnden Erkrankungsfälle bei 12 (Abbildung 1). Beachtet werden sollte, dass durch das Prostatakarzinomscreening nur die Sterblichkeit am Prostatakarzinom, nicht jedoch die Gesamtsterblichkeit beeinflusst wird. So starben in der schwedischen Studie im Screeningarm bisher insgesamt 1.982 Männer, im Kontrollarm mit 1.981 praktisch genauso viele. Die bisherigen Daten weisen darum lediglich auf eine Verminderung der Sterblichkeit am Prostatakarzinom (und damit verbunden möglicherweise auf eine Reduktion des Leidens an dieser potenziell langwierigen und schmerzhaften Tumorerkrankung) hin, eine in Zeiträumen messbare Verlängerung des Lebens ist bisher nicht bewiesen.

Problem der Überdiagnose und Übertherapie

Der Verminderung der Sterblichkeit am Prostatakarzinom steht eine beträchtliche Rate an Überdiagnostik (unerwünschte Entdeckung von zu Lebzeiten asymptomatischen frühen Tumoren) gegenüber. Die Rate an überdiagnostizierten Prostatakarzinomen wird auf 27 bis 56 Prozent geschätzt [7]. Das Problem der Überdiagnose ist beim Prostatakarzinomscreening ausgeprägter als bei ähnlichen Bemühungen bei anderen Tumoren [3]. Die Behandlung des Prostatakarzinoms kann auch mit potenziell die Lebensqualität beeinträchtigenden Risiken verbunden sein. So können nach einer radikalen Prostatektomie oder externer Strahlentherapie Potenzstörungen oder eine Harninkontinenz auftreten. Zwar bedürfen keineswegs alle durch ein PSA-Screening diagnostizierten Tumoren einer sofortigen definitiven Therapie. In der zitierten schwedischen Studie wurden tatsächlich

lediglich etwa die Hälfte der Patienten nach Diagnose durch radikale Prostatektomie oder Strahlentherapie behandelt. Als Alternative kommt somit bei nahezu jedem zweiten durch eine PSA-Bestimmung frühzeitig diagnostizierten Tumor (günstige tumorbezogene Risikofaktoren vorausgesetzt) eine aktive Überwachung mit verzögerter kurativer Therapie im Falle eines Tumorprogresses in Frage. In diesem Falle können die Betroffenen jedoch durch wiederholte diagnostische Maßnahmen und damit verbundene Ängste langfristig beeinträchtigt werden. Ein Teil der Betroffenen entscheidet sich aus diesem Grund auch ohne Nachweis einer Progression der Erkrankung schließlich für eine definitive Therapie.

Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie

Die aktuelle deutsche S3-Leitlinie empfiehlt, Männern mit Wunsch nach Früherkennung die Bestimmung des PSA und eine rektale Tastuntersuchung der Prostata nahezu legen. Kandidaten hierfür sind Männer ab dem 40. Lebensjahr und mit einer mutmaßlichen Lebenserwartung von 10 Jahren [2]. Vor der Früherkennungsuntersuchung muss sowohl über die Aussagekraft der verwendeten Tests, gegebenenfalls notwendig werdende weitere Maßnahmen (wiederholte Kontrollen, Prostatabiopsien), als auch über Behandlungsoptionen und Therapie Nebenwirkungen im Falle einer Tumordiagnose aufgeklärt werden [2]. Die Bestimmung des PSA-Wertes als Früherkennungsuntersuchung bei asymptomatischen Männern wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen und fällt unter die sogenannten „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGEL), die von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen. Die von den gesetzlichen Kassen als Vorsorgeuntersuchung angebotene rektale Tastuntersuchung der Prostata wird von der S3-Leitlinie als nicht ausreichend angesehen [2]. Auch wenn die aktuellen S3-Leitlinien die Empfehlung eines PSA-Testes auf Männer „mit dem Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung“ beschränken [2], kann auf eine ange-

messene Aufklärung über die Problematik nicht verzichtet werden, da nur informierte Betroffene sich tatsächlich eine Meinung bilden können.

Für eine aktive Überwachung kommen entsprechend der S3-Leitlinie Patienten mit folgenden Tumorparametern in Betracht: einem PSA-Wert von maximal 10 ng/ml, einem Tumorstadium T1c oder T2a, maximal 2 tumorbehafteten Biopsiezylindern mit jeweils maximal 50 Prozent Tumorenteil. Eine aktive Überwachung muss beendet werden (Indikation zu definitiver kurativer Therapie), wenn sich die PSA-Verdopplungszeit auf unter 3 Jahre verkürzt oder im Rahmen einer Kontrollbiopsie ein höherer Malignitätsgrad (Gleason-Score 7 oder mehr) festgestellt wurde [2].

Fazit

Durch ein PSA-Screening kann die Sterblichkeit am Prostatakarzinom gesenkt werden. Ob dieser Gewinn durch negative Auswirkungen des Tests wie Überdiagnose und Übertherapie aufgewogen wird, kann gegenwärtig noch nicht abschließend beurteilt werden. Bei der Prostatakarzinom-Früherkennung geht die Initiative im Gegensatz zum eigentlichen Screening (welches allen Betroffenen, teilweise im Rahmen von Studien, angeboten wird) vom Patienten selbst aus. Für eine Früherkennungsuntersuchung in Frage kommende Männer (ab dem 40. Lebensjahr und mit einer mutmaßlichen Lebenserwartung von 10 Jahren) mit dem Wunsch nach einer derartigen Untersuchung müssen über den Nutzen und mögliche negative Folgen der Untersuchung aufgeklärt werden. Eine sorgfältige und ausgewogene Information über die Möglichkeit und Grenzen des Tests und damit verbundener Risiken sowie über in Frage kommende Therapieoptionen im Falle einer Karzinomdiagnose ist dabei von großer Bedeutung.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Verfasser:
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wirth
Universitätsklinik „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden.
Tel: 0351 4582447, Fax: 0351 4584333
E-Mail: Manfred.Wirth@uniklinikum-dresden.de

Symposium „Insektengiftallergie“

Zusammenfassung

Das im Sommer 2010 gegründete Universitäts AllergieCentrum(UAC) Dresden, ein Zusammenschluss der allergologischen Bereiche der Kliniken für Dermatologie, HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendkrankheiten und Abteilung Pneumologie am Universitätsklinikum Dresden, veranstaltete am Samstag den 23. Oktober 2010 unter der Leitung von Professor Michael Meurer, dem Direktor des UAC, ein interdisziplinäres Symposium über Insektengiftallergien.

Die Moderation des Symposiums lag in den Händen von PD Dr. Jochen Schmitt, Oberarzt im UAC-Bereich Dermatologie.

Stichrisiko durch soziale Hautflügler

Dipl.-Biol. Volker Mauss, Zentrum für Wespenkunde in Michelfeld-Gnandental (1)

Als potenzielle Auslöser von Hymenopterengiftallergien kommen in Mitteleuropa etwa 40 Bienen- und Faltenwespenarten infrage, die aufgrund ihrer Körpergröße und ihres Stachels in der Lage sind, die Haut des Menschen zu durchdringen. Von herausragender Bedeutung sind die Honigbiene (*Apis mellifera*) und die Faltenwespen (*Vespa germanica* oder *V. vulgaris*). Selten führen Stiche von Hummeln, Hornissen, Ameisen in Einzelfällen auch von Mücken oder Bremsen zu systemischen Reaktionen.

Für Bienengiftallergiker besteht während der gesamten Vegetationsperiode ein erhöhtes Stichrisiko. Wespengiftallergiker sind vor allem im Hochsommer bis in den Herbst gefährdet. In den höheren Lagen der Mittelgebirge und der Alpen ist das Stichrisiko für diese Patienten deutlich geringer.

Zu den äußeren Reizen, die zu einem Stichereignis führen können, gehören – meist unbeabsichtigte – mechanische Abwehrreaktionen gegen die Insekten, Erschütterungen der Wespenester oder Bienenstöcke und schnell bewegte Objekte in Nest-

nähe. Bei schwülem und heißem Wetter sind die Tiere unruhiger und stechlustiger. Der Bienenstachel verbleibt meist, der Wespenstachel nur selten, in der Haut.

Spezifische Immuntherapie gegen Insektengift: Indikation und Durchführung

Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller, UAC-Bereich Dermatologie

Die Prävalenz systemischer anaphylaktischer Reaktionen gegen Hymenopterengift liegt bei 0,8 bis 5 Prozent der Bevölkerung; bei 19 Prozent kommt es zu verstärkten Lokalreaktionen (> als 10 cm im Durchmesser, Persistenz bis zu 24 Stunden und mehr) und bei 25 Prozent der Erwachsenen (bis zu 50 Prozent der Kinder) ist eine Sensibilisierung nachweisbar – häufig ohne klinische Relevanz.

Klinisch hinweisend auf eine Insektengiftallergie sind typische Hautmanifestationen wie Urtikaria oder Quincke-Ödem, die nach Insektenstichen auftreten, aber auch fehlen können.

Die Hauttestung wird als Prick- und/oder Intrakutantest mit standardisierten Extrakten von Bienen- und Wespengift, mit schrittweise ansteigenden Giftkonzentrationen durchgeführt. Die Diagnostik wird ergänzt durch in-vitro Tests zum Nachweis spezifischer IgE-Antikörper im Serum mittels des Radio-Allergo-Sorbent-Tests (RAST); in unklaren Fällen oder bei negativem RAST kommen zusätzliche Verfahren wie der Basophilen-Degranulationstests oder der Immunoblot in Frage. Immer sollte die basale Mastzelltryptase-Serumkonzentration als Risikomarker für schwere Stichreaktionen bestimmt werden.

Die Indikation zur Hyposensibilisierung (spezifische Immuntherapie, SIT) gegen Insektengifte besteht bei Vorliegen einer systemischen anaphylaktischen Reaktion und Nachweis einer IgE-vermittelten Sensibilisierung. Dagegen besteht keine Indikation zur SIT bei gesteigerten örtlichen oder „ungewöhnlichen“ Stichreaktionen. Bei leichten, ausschließlich auf die Haut beschränkten, systemischen Reaktionen (Schweregrad I) ist – insbesondere bei Kindern

– nicht in jedem Fall eine SIT erforderlich; indiziert ist sie hier jedoch bei erhöhtem Anaphylaxie-Risiko, bei häufiger Insektenexposition (beruflich oder Hobby) und bei erhöhter basaler Mastzelltryptase.

Die SIT mit Insektengift kann ambulant mit zwei bis drei Monate dauernder Steigerungsphase bis zur Erreichung der Erhaltungsdosis durchgeführt werden. In der Regel wird für die Einleitung und Dosissteigerung jedoch eine stationäre SIT gemäß Rush- beziehungsweise Ultra-Rush-Protokollen (3) empfohlen, durch welche die Erhaltungsdosis in wenigen Tagen erreicht wird, das Nebenwirkungsrisiko allerdings etwas höher ist (4). Die Erhaltungsdosis liegt für Bienen- und Wespengift bei 100 µg alle vier Wochen (ab zweitem Behandlungsjahr gegebenenfalls alle sechs Wochen) und entspricht etwa ein bis zwei Bienen- oder mindestens 30 Wespenstichen. In besonderen Situationen, zum Beispiel bei Bienengiftallergikern mit erhöhter Insektenexposition, bei Mastozytose und bei anaphylaktischer Reaktion nach Stichprovokation oder Feldstich ist eine höhere Erhaltungsdosis von 200 µg oder mehr sinnvoll.

Unter der SIT kommt es in der Regel parallel zum Abfall der spezifischen IgE-Antikörper zu einem Anstieg der Serumkonzentration von IgG-Antikörper gegen Insektengift sowie zu einer verminderten Hauttestreaktivität. Bis der RAST negativ wird, dauert es jedoch meist deutlich länger als die empfohlene Mindestdauer der Immuntherapie von drei bis fünf Jahren. Eine längere Therapiedauer wird bei besonderem Expositionsrisiko (Imker!) oder erhöhtem Risiko schwerer Anaphylaxie empfohlen: Bei Patienten mit anaphylaktischen Herz-Kreislaufstillstand nach Insektenstich, mit Mastozytose oder deutlich erhöhter Serumtryptasekonzentration ist die lebenslange SIT zu erwägen.

Die Frage der Therapiedauer und Wirksamkeit ist jedoch bisher nicht eindeutig geklärt, da keine einheitliche Studienlage existiert. Die kumulative Inzidenz systemischer anaphylaktischer Reaktionen zehn Jahre nach Beendigung der SIT beträgt 16,7 Prozent (5).

Indikation und Durchführung der Stichprovokation unter laufender spezifischer Immuntherapie mit Insektengift

Dr. med. Dirk Koschel, UAC-Bereich Pneumologie, Fachkrankenhaus Coswig

Unter Stichprovokation, welche im Fachkrankenhaus Coswig circa 100 mal jährlich durchgeführt wird, versteht der Referent den unter ärztlicher Kontrolle durchgeführten Stich einer Wespe oder einer Biene.

Die diagnostische Stichprovokation vor Durchführung einer SIT wird nicht empfohlen, da einerseits schwere anaphylaktische Reaktionen auftreten können, andererseits das Ausbleiben systemischer Symptome eine spätere Anaphylaxie nicht ausschließt. Die Stichprovokation nach Beendigung der SIT wird ebenfalls nicht empfohlen, da eine Neusensibilisierung nicht ausgeschlossen werden kann. Indiziert ist die Stichprovokation somit nur während einer laufenden SIT zur Überprüfung der Therapieeffektivität. Ein Therapieversagen (weiterhin systemische Reaktion trotz laufender SIT) kann in Abhängigkeit des Insektengiftes (Wespe oder Biene) in 5 bis 20 Prozent vorliegen. Andere Kontrolluntersuchungen wie Hauttests oder Bestimmung spezifischer IgE- oder IgG-Antikörper sind zur Überprüfung des Therapieerfolges nicht geeignet. Die Stichprovokation sollte bereits möglichst früh nach Erreichen der Erhaltungsdosis erfolgen und wird zwischen zwei geplanten Applikationen der Erhaltungsdosis durchgeführt. In der klinischen Praxis hat sich ein Zeitpunkt zwischen drei bis zwölf Monaten nach Beginn der SIT etabliert.



Die Stichprovokation (Abb.) wird unter stationären Bedingungen und unter intensivmedizinischer Überwachung durch einen erfahrenen Arzt

durchgeführt. Wird durch die Stichprovokation eine anaphylaktische Reaktion ausgelöst, wird als Konsequenz die Steigerung der Erhaltungsdosis von 100 µg auf 200 µg empfohlen. Der Therapieeffekt der gesteigerten Erhaltungsdosis sollte erneut mittels Stichprovokation überprüft werden, da in Einzelfällen weitere Dosissteigerungen notwendig sein können.

Kontraindikationen der spezifischen Immuntherapie mit Insektengiften

Priv.-Doz. Dr. med. Andrea Bauer, UAC-Bereich Dermatologie

Zu den Kontraindikationen gegen eine SIT gehören schwere Herz-Kreislaufkrankungen, eine Therapie mit β -Blockern (auch Augentropfen!) oder ACE-Hemmern, ein unzureichend behandeltes Asthma bronchiale oder irreversible Schäden der Atemwege (Emphysem, Bronchiektasen). Weitere Kontraindikationen sind Autoimmunerkrankungen wie multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematoses, rheumatoide Arthritis oder Autoimmunthyreoiditis. Immundefekte, Immunsuppression und schwere Infektionskrankheiten (akut, chronisch) sowie maligne Tumorerkrankungen und unzureichende Compliance müssen ebenfalls beachtet werden (6 – 8).

Temporäre Kontraindikationen wie zum Beispiel fieberhafte Infekte müssen vor Applikation der Hyposensibilisierung ausgeheilt sein. Die spezifische Immuntherapie muss jeweils eine Woche vor und nach einer Schutzimpfung pausiert werden. Bei Asthma bronchiale wird die spezifische Immuntherapie erst nach Einleitung einer suffizienten Behandlung begonnen. In der Schwangerschaft sollte die SIT nicht eingeleitet werden. Bei guter Verträglichkeit ist jedoch eine Weiterführung in der Schwangerschaft möglich. Bei dauerhaften Kontraindikationen, zum Beispiel schweren kardiovaskulären Erkrankungen, ist abzuwägen, ob eine anaphylaktische Stichreaktion ohne Schutz durch SIT mit einem größeren Risiko als die SIT verbunden ist. Bei Patienten, die unter medikamentöser Therapie mit β -Blockern

oder ACE-Hemmern stehen, sollte versucht werden auf andere Wirkstoffe auszuweichen. Ist dies nicht möglich, kann in vielen Fällen die SIT unter engmaschigem Monitoring dennoch durchgeführt werden (9, 10). Bei Autoimmunerkrankungen sowie angeborenen oder erworbenen Immundefekten ist die Entscheidung zur SIT nur bei schwerer Anaphylaxie gegen Insektengift zu rechtfertigen; Studien und kasuistische Erfahrungsberichte liegen hier nicht vor.

Nachuntersuchung von insekten-giftallergischen Patienten nach spezifischer Immuntherapie

Dr. med. Bettina Hauswald, UAC-Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
In der Einleitung gab die Referentin an, dass jährlich 10 bis 40 Todesfälle aufgrund Insektenstichreaktion gemeldet würden, wobei die Dunkelziffer möglicherweise wesentlich höher sei.

Von 1993 bis 2004 führte Dr. Hauswald bei 205 Patienten mit Wespengiftallergie, 35 bienengiftallergischen Patienten und 19 Patienten sowohl mit Bienen- und Wespengiftallergie eine SIT durch.

Bei 83 Prozent der auswertbaren Fälle traten während der 7tägigen stationären SIT-Einleitung und Dosissteigerungsphase entweder keine oder lediglich lokale Nebenwirkungen auf: Bei 17 Prozent kam es zu geringen systemischen Nebenwirkungen (vom Schweregrad I und II nach (2)), die in keinem Fall einen Therapieabbruch erforderten. Die Auswertung ergab weiterhin, dass 61 Patienten nach der SIT erneut gestochen worden waren: Von diesen entwickelten 55 Patienten keine systemische Stichreaktion, was einer 90-prozentigen Heilungsquote entspricht. Nur sechs Patienten reagierten systemisch, was in vier Fällen durch die mitgeführte Notfallmedikation beherrscht werden konnte; zwei Patienten mussten notärztlich behandelt werden.

Die Kontrolltestung nach erfolgter SIT ergab, dass sowohl die Hauttestreagibilität als auch der spezifische IgE-Antikörper-Spiegel und das Gesamt-IgE abgenommen hatten. Zusammenfassend betonte Dr. Haus-

wald, dass die SIT geeignet sei, die Sicherheit von Patienten mit schwerer Insektengiftallergie im alltäglichen sowie im beruflichen Leben und damit die Lebensqualität dieser Patienten zu erhöhen.

Mastozytose und Serumtryptasekonzentration

Prof. Dr. Bernhard Przybilla, AllergieZentrum der LMU München, Bereich Allergologie der Dermatologischen Klinik

Dem Vortrag liegt die Beobachtung zugrunde, dass a) Patienten mit Mastozytosen häufig eine besonders schwerere Insektengiftanaphylaxie entwickeln, b) diese Patienten meist eine erhöhte basale Serumtryptasekonzentration aufweisen und c) eine schwere Insektengiftanaphylaxie generell mit hohen Serumtryptasespiegeln assoziiert sein kann.

Zu den Mastozytosen gehören neben den umschriebenen oder generalisierten kutanen Formen wie Mastozytom, Urtikaria pigmentosa oder diffuse Mastozytose auch systemische Mastozytosen und die Mastzell-Leukämie beziehungsweise das Mastzell-Sarkom. Nach WHO stellt eine über 20 µg/l erhöhte basale Serumtryptasekonzentration einen wichtigen Hinweis auf das Vorliegen einer systemischen Mastozytose dar. Während kutane Mastozytosen durch typische Hautveränderungen und Symptome wie Pruritus und Flush leicht erkennbar sind, können systemische Mastozytosen neben gastrointestinalen Beschwerden wie Nausea, Flatulenz und Diarrhoe eine ungewöhnlich vielgestaltige Symptomatik zeigen, zu denen auch anaphylaktische Reaktionen und Osteoporose gehören. Für die Erkennung dieser okkulten Mastozytosen ist die Messung der Tryptasekonzentration im Serum mittels eines kommerziellen Fluoroenzymmunoassays besonders wichtig. Der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Insektenstichreaktion und der basalen Serumtryptasekonzentration ist durch viele klinische Untersuchungen belegt: Bei 10 bis 26 Prozent der Patienten mit anaphylaktischen Insektenstichreaktionen bestehen basale erhöhte Serumtryptasekonzentrationen, bei etwa drei Prozent dieser Patienten kann durch Zusatzuntersuchungen eine Mastozytose aufgedeckt werden. Bei derart gefährdeten Patienten ist die Einleitung und Durchführung einer SIT zum Schutz vor weiteren generalisierten oder anaphylaktischen Reaktionen nach Insektenstichen besonders indiziert. Da die spezifische Immuntherapie mit Bienengift weniger wirksam als die Behandlung mit Wespengift ist, sollte die SIT bei bienengiftallergischen Patienten mit bekannter Mastozytose oder erhöhter Serumtryptasekonzentration von vornherein mit einer höheren Erhaltungsdosis (meist sind 200 µg alle vier Wochen ausreichend) lebenslang durchgeführt werden. Bei besonders hohen Risiken kann eine erhöhte Erhaltungsdosis auch bei Wespengiftallergie angezeigt sein. Eine Therapiekontrolle durch Stichprovokation wird ebenso empfohlen wie die begleitende leitliniengerechte Versorgung einer bestehenden Mastozytose.

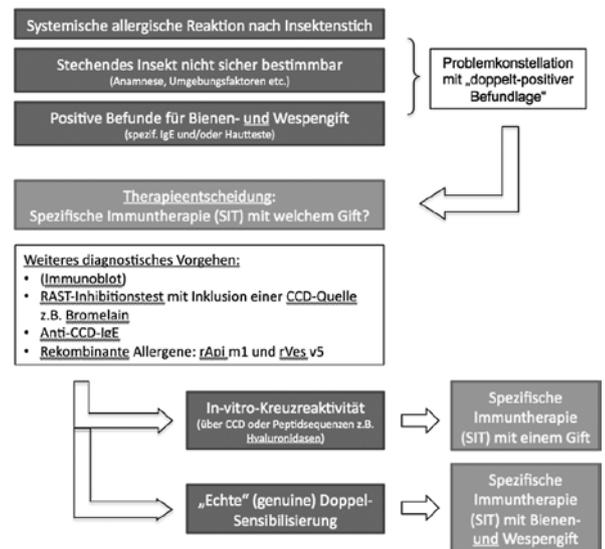
Relevanz von Kreuzreaktionen

Dr. med. Katja Nemat, UAC-Bereich Pädiatrie

Zwei Referate des Dresdner Insektengiftsymposiums beschäftigten sich mit dem Problem von Kreuzreaktionen in der in-vitro Diagnostik von Insektengiftallergien. Zunächst ging Dr. Nemat auf die Problematik ein. Vor allem nach systemischen Insektenstichreaktionen ist es eine Hauptaufgabe in der Diagnostik, das auslösende stechende Insekt zu identifizieren. In der Praxis ist dies häufig nicht möglich, da die Angaben der Patienten unsicher sind und bei nicht wenigen Patienten Sensibilisierungen sowohl gegen Bienen- als auch Wespengift nachgewiesen werden können. Besteht in einem solchen Fall mit „doppelt positiver“ Befundlage in Hauttest und RAST die Indikation zur SIT, muss eine „echte“ Doppelsensibilisierung für beide Insektengifte vom Vorliegen einer Kreuzreaktivität abgegrenzt werden, denn nur bei Doppelsensibilisierungen müsste ein Patient mit Bienen- und Wespengift hyposensibilisiert werden. In einer Analyse des Dresdner Uni-

versitäts AllergieCentrums zeigten 34 Prozent von 183 Patienten einen erhöhten spezifischen IgE-Titer sowohl gegen Bienen- als auch Wespengift, was mit Literaturangaben übereinstimmt. Mögliche Kreuzreaktionen können durch Hyaluronidasen bedingt sein, die als 40 bis 45 kD große Glykoproteine im Bienen- und Wespengift vorkommen und eine Sequenzhomologie von circa 50 Prozent aufweisen können.

Eine wahrscheinlich größere Bedeutung für Kreuzreaktionen haben Kohlenhydratseitenketten und sogenannte „cross-reactive carbohydrate determinants“ (CCD). CCDs sind Panallergene, die im gesamten Pflanzenreich weit verbreitet sind und eine IgE-Bildung induzieren können. So sind bei 10 bis 30 Prozent aller Pollenallergiker, in der nicht-atopischen Allgemeinbevölkerung nur bei 5 Prozent, IgE-Antikörper gegen CCDs nachweisbar. Im Bienengift enthalten mehrere Allergenfraktionen, im Wespengift nur die Hyaluronidasen CCDs. CCD-IgE-Antikörper haben keine klinische Bedeutung, können aber die Spezifität des IgE-Nachweises für Hymenoptergifte nachteilig beeinflussen. Bei der Mehrheit der doppel-positiven Insektengiftallergiker lassen sich CCD-IgE nachweisen. Zur Unterscheidung zwischen einer echten Doppelsensibilisierung gegen Bienen- und Wespengift und in-vitro-Kreuzreaktionen, ist seit Frühjahr 2010 der Nachweis von spezifischen



Grafik: Diagnostisches Vorgehen bei Doppelsensibilisierung und Unklarheit über das die Indexreaktion auslösende Insekt

IgE-Antikörpern gegen zwei rekombinante Allergene, die spezifisch für Bienen- oder Wespengift sind, in der Routinediagnostik möglich (ImmunoCAP Allergenkomponenten von der Firma Phadia, Freiburg).

Insektengiftallergie – Eine diagnostische Lücke wird geschlossen

Dr. med. Johannes Huss-Marp, Phadia GmbH

Der Referent bestätigt anschließend in seinem Beitrag, dass die Allergenkomponente rApi m1 (Phospholipase A2) für Bienengift und die Allergenkomponente rVes v5 (Antigen 5) wespengiftspezifisch ist; der Nachweis von IgE-Antikörpern gegen das eine und/oder das andere rekombinante Allergen spricht daher für eine genuine Mono- oder Doppel-Insektengiftsensibilisierung. Die beiden Allergenkomponenten werden ohne Glykosylierungsschritte produziert und enthalten damit keine Kohlenhydratseitenketten, was im Hinblick auf die CCD-Problematik die Spezifität der in-vitro-Diagnostik bei Insektengiftallergien entscheidend verbessert.

Anaphylaxiemanagement bei Kindern

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Vogelberg, UAC-Bereich Kinder- und Jugendmedizin

Vor Beginn therapeutischer Maßnahmen ist die rasche Erfassung der Ausprägung einer Anaphylaxie wichtig (Untersuchung der Atemwege, der

Kreislaufsituation sowie der Haut), um die weitere medikamentöse Behandlung zu planen (1). Zu den allgemeinen Maßnahmen zählt, sofern möglich, die sofortige Beendigung der Allergenzufuhr, die richtige Lagerung des Patienten, Platzierung eines großlumigen i.v.-Zuganges sowie Zufuhr von Sauerstoff. Die wichtigste medikamentöse Substanz ist das Adrenalin, welches außer im Krankenhaus, immer i.m. appliziert werden sollte und beim Auftreten jeglicher respiratorischer oder kardialer sowie abdominaler Symptome indiziert ist, ferner bei begleitendem Asthma bronchiale sowie bei Risikokonstellationen wie vorausgegangener anaphylaktischer Reaktion auf Nahrungsmittel. Die empfohlene Dosis beträgt 0,01 mg/kg Körpergewicht (entspricht 0,01 ml/kg einer 1:1000 Verdünnung) verabreicht in den anterolateralen Oberschenkel (maximale Einzeldosis 0,5 mg). Zur Unterstützung der Adrenalinwirkung erfolgt die Volumensubstitution (10 bis 20 ml/kg KG über 20 Minuten). Weitere therapeutische Maßnahmen sind Antihistaminika und Glukokortikoide. An Antihistaminika sind für eine i.v.-Applikation nur Dimetinden (0,05 bis 0,1 mg/kg KG) und Clemastin (0,03 mg/kg KG) zugelassen. Glukokortikoide, die auf Grund verzögerten Wirkeintritts (frühestens nach 30 Minuten) nicht zu den Akut-Maßnahmen gehören, werden nicht in allen internationalen Leitlinien zur Behandlung der Anaphylaxie aufgeführt. Die Dosierungs-

empfehlungen liegen bei 1 bis 2 (-10) mg Prednisolonäquivalent/kg Körpergewicht. Beim Auftreten einer Bronchokonstriktion sollte zusätzlich mit einem inhalativen β_2 -Sympathomimetikum behandelt werden.

Zur Selbsttherapie muss für jeden gefährdeten Patienten eine Notfallmedikation zum ständigen Mitführen (Notfallset) zusammengestellt werden. Das Notfallset enthält Adrenalin, Glukokortikoid, H1-Antihistaminikum sowie inhalierbares β_2 -Sympathomimetikum. Indiziert ist die Verordnung der Notfallmedikation, wenn das auslösende Allergen (zum Beispiel Bienen- oder Wespengift!) nicht sicher vermeidbar ist oder aber bereits eine schwere systemische Reaktion (respiratorisch oder kardiovaskulär) vorangegangen ist. Zum Notfallmanagement gehört auch die Schulung von Patient beziehungsweise Eltern in der korrekten Handhabung und Applikation der Medikamente, insbesondere des Adrenalins, von denen derzeit zwei Präparate zur intramuskulären Applikation mit 0,15 (ab 15 kg) und 0,3 mg (ab 30 kg) zur Verfügung stehen. Zum Notfallset gehört ergänzend ein Anaphylaxieausweis mit Hinweisen auf die auslösenden Allergene und die empfohlenen medikamentösen Sofortmaßnahmen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Michael Meurer
Direktor Universitäts AllergieCentrum (UAC)
am Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstraße 74, Haus 11 EG, 01307 Dresden

Pioglitazon

Mit Wirkung vom 1. 4. 2011 tritt der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Verordnungsausschluss von Glitazonen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Kraft.

In § 16 Abs. 1 und 2 der Arzneimittelrichtlinie (AMR) sind die Bedingungen für Verordnungseinschränkun-

gen und -ausschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V definiert. Absatz 5 eröffnet die Möglichkeit der Verordnung ausgeschlossener Arzneimittel in medizinisch begründeten Einzelfällen.

Die AOK PLUS sieht in der Stellungnahme des Vorstandes der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechsellkrankheiten und Endokrinopathien

e.V. eine sinnvolle Handlungsempfehlung für die patientenindividuelle – und auch patientenindividuell zu begründende – Entscheidungsfindung bei zukünftigen Verordnungen von Pioglitazon zu Lasten der Ärzte. Hinweise zum weiteren Ordnungsverhalten erhalten Sie unter www.sgs.de/download/SGSE_Verordnverhalten-Pioglitazon.pdf

Unsere Jubilare im Juni 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.06. Dr. med. Lautenbach, Werner
01737 Kurort Hartha
- 04.06. MUDr. Lukes, Michal
09648 Mittweida
- 05.06. Dr. med. Leistner, Regina
08209 Auerbach
- 05.06. Dr. med. Schmidt, Bettina
04416 Markkleeberg
- 06.06. Dr. med. Gläser, Ilona
09661 Hainichen
- 06.06. Dipl.-Med. Petschat, Juliane
04155 Leipzig
- 07.06. Dipl.-Med. Oehmig, Hansjörg
04703 Leisnig
- 08.06. Dipl.-Med. Nowak, Beate
04158 Leipzig
- 09.06. Dr. med. Geppert, Volker
09350 Lichtenstein
- 10.06. Dipl.-Med. Döring, Elvira
09126 Chemnitz
- 10.06. Dr. med. Sorgenfrei, Sabine
01309 Dresden
- 10.06. Dr. med. Strasser, Evald
04347 Leipzig
- 12.06. Dr. med. Gerner, Ulrike
09212 Limbach-Oberfrohna
- 12.06. Dr. med. Göhlert, Matthias
09669 Frankenberg
- 13.06. Dr. med. Kuss, Wolfgang
01309 Dresden
- 15.06. Dr. med. Härtwig, Renate
09405 Zschopau
- 16.06. Dr. med. Leidner, Irene
08645 Bad Elster
- 16.06. Dipl.-Med. Wendler, Marina
02828 Görlitz
- 16.06. Dr. med. Wenzel, Solveig
04157 Leipzig
- 17.06. Dr. med. Kayser, Angela
04668 Großsteinberg
- 17.06. Dr. med. Naumann, Steffi
01640 Coswig
- 17.06. Dr. med. Schwalbe, Karin
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 19.06. Dr. med. Lemke, Manfred
02953 Bad Muskau
- 21.06. Dipl.-Med. Frank, Michael
09123 Chemnitz
- 22.06. Dr. med. Eilitz, Bernd
08359 Erlabrunn
- 24.06. Dipl.-Med. Seidel, Erika
01609 Gröditz
- 25.06. Gubnitskiy, Arkady
01307 Dresden
- 25.06. Dr. med. Otto, Dietmar
02827 Görlitz
- 25.06. Dipl.-Med. Zürn, Barbara
01796 Pirna
- 26.06. Dipl.-Med. Fraß, Isolde
08209 Auerbach
- 27.06. Dipl.-Med. Bormann, Lona
08115 Lichtentanne
- 27.06. Dr. med. Schwarz, Barbara
01259 Dresden
- 28.06. Dipl.-Med. Ryll, Marion
04435 Schkeuditz
- 30.06. Dr. med. Bernhardt, Renate
04316 Leipzig
- 30.06. Dipl.-Med. Hähnel, Gisela
09380 Thalheim

65 Jahre

- 02.06. Dr. med. Ettelt, Rolf
04720 Döbeln
- 02.06. Prof. Dr. sc. med.
Matthes, Gert
10117 Berlin
- 02.06. Dr. med. Walther, Manfred
04668 Dürrweitzschen
- 04.06. Dipl.-Med. Schädlich, Margot
08228 Rodewisch
- 06.06. Dr. med. Dickopf, Bernd
01445 Radebeul
- 08.06. Dipl.-Med. Laban, Brunhild
01465 Langebrück
- 09.06. Dr. med. Siegel, Margarete
08645 Bad Elster
- 11.06. Dr. med.
Götze-Möbius, Brigitte
08056 Zwickau
- 11.06. Dr. med. Schaufuß, Christine
08645 Bad Elster
- 18.06. Prof. Dr. med. habil.
Mager, Peter
04828 Bennewitz/
OT Neuweißenborn
- 25.06. Prof. Dr. med. habil.
von Kummer, Rüdiger
01309 Dresden
- 29.06. Dr. med. Hofmann, Brigitte
04158 Leipzig

70 Jahre

- 01.06. Erbgen, Hans-Peter
01594 Stauchitz
- 01.06. Dr. med. habil. Fischer, Herbert
04155 Leipzig
- 01.06. Dr. med. Hoffmann, Dietmar
02692 Großpostwitz
- 01.06. Lenke, Ute
04155 Leipzig
- 01.06. Weber, Sabine
01619 Röderau
- 02.06. Dr. med. Lorenz, Lieselotte
01558 Großenhain
- 04.06. Dr. med. Dietze, Hanswolf
01877 Bischofswerda
- 04.06. Dr. med. Teubner, Michael
09217 Burgstädt
- 04.06. Dr. med. Windisch, Wolf-Rüdiger
08060 Zwickau
- 05.06. Dipl.-Med. Hoffmann, Brigitte
02977 Hoyerswerda
- 06.06. Dr. med. Starke, Maria
01774 Pretzschendorf
- 06.06. Dr. med. Steffens, Rosemarie
08525 Plauen
- 07.06. Rauschenbach, Rainer
04779 Wermsdorf
- 07.06. Dr. med. Trumpold, Hermann
01665 Schieritz
- 08.06. Dr. med. Heilmann, Bärbel
01219 Dresden
- 08.06. Dr. med. Schulz, Manfred
04357 Leipzig
- 09.06. Dr. med. Gerchel, Barbara
04209 Leipzig
- 09.06. Dr. med. Hähnel, Hans-Jürgen
09116 Chemnitz
- 10.06. Dr. med.
Zechlin, Hans-Henning
01689 Weinböhla
- 11.06. Dr. med. Leibiger, Rainer
09456 Annaberg
- 11.06. Dr. med. Wagner, Martin
04316 Leipzig
- 12.06. Dr. med. Frobart, Willi
02977 Hoyerswerda
- 12.06. Dr. med. Rumler, Hilmar
08541 Jöbnitz
- 13.06. Dr. med. Steinigen, Günter
01458 Ottendorf-Okrilla
- 14.06. Lorenz, Christa
09618 Brand-Erbisdorf
- 14.06. Dr. med. Steinberg,
Christa-Maria
09212 Limbach-Oberfrohna
- 15.06. Dr. med. Baekler, Friedbert
01900 Kleinröhrsdorf
- 15.06. Dr. med. Hoppe, Karin
04509 Delitzsch
- 15.06. Dr. med. Küchler, Peter
01561 Großenhain
- 15.06. Dr. med. Petzold, Hella
08141 Reinsdorf
- 15.06. Dr. med. Sippach, Joachim
08289 Schneeberg
- 17.06. Dr. med. Jäsch, Kristin
01324 Dresden
- 17.06. Dr. med. Otto, Monika
08060 Zwickau
- 17.06. Dr. med.
Schönfelder, Berndt
09496 Marienberg
- 18.06. Doz. Dr. med. habil.
Fritsche, Frithjof
01326 Dresden
- 18.06. Dr. med. Knöll, Hans-Jürgen
01877 Schmölln
- 18.06. Seelmann, Uta
01612 Nünchritz
- 18.06. Dr. med. habil.
Verlohren, Hans-Joachim
04420 Markranstädt
- 19.06. Lippold, Gunter
04849 Bad Düben
- 20.06. Dr. med. Böttner, Gudrun
04416 Markkleeberg

- 20.06. Dr. med. Grunert, Christa
02681 Kirschau
- 20.06. Dr. med. Sommer, Wolf-Peter
02943 Weißwasser
- 20.06. Dr. med. Winterstein, Rainer
01824 Königstein
- 21.06. Doz. Dr. med. habil.
Eulitz, Jürgen
01108 Dresden
- 22.06. Dr. med. Baekler, Barbara
01900 Kleinröhrsdorf
- 25.06. Dr. med. Rebner, Hans-Joachim
08523 Plauen
- 26.06. Kirchner, Wilfried
01609 Wülknitz
- 26.06. Schirge, Jutta
02708 Löbau
- 27.06. Dr. med. Adomeit, Günter
09350 Lichtenstein
- 27.06. Dr. med. Schicketanz, Brigitte
04277 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Tränkner, Margot
09376 Oelsnitz
- 27.06. Dr. med. Weigel, Harald
04157 Leipzig
- 28.06. Dr. med. Mauler, Birgit
01326 Dresden
- 28.06. Dr. med. Wolfersdorf, Brunhilde
04808 Wurzen
- 29.06. Dr. med. Rytter, Manfred
04347 Leipzig
- 75 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Pour, Georg
04289 Leipzig
- 03.06. Dr. med. Luge, Rolf
01454 Radeberg
OT Liegau-Augustusbad
- 05.06. Stammwitz, Hanna
01445 Radebeul
- 05.06. Stavenow, Rudolf
04758 Cavertitz
- 06.06. Dr. med.
Mehlhose, Johannes
09127 Chemnitz
- 06.06. Dr. med. Trnka, Helga
04416 Markkleeberg
- 07.06. Dr. med. Scholtz, Helga
01589 Riesa
- 08.06. Miesch, Gudrun
01326 Dresden
- 09.06. Prof. Dr. med. habil.
Richter, Gerhard
01326 Dresden
- 10.06. Dr. med. Liensdorf, Irmgard
09232 Hartmannsdorf
- 11.06. Dr. med. Neuber, Claus-Dieter
09128 Chemnitz
- 13.06. Dr. med. Siegel, Gisela
04319 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Lattermann, Karin
04178 Leipzig
- 21.06. Dr. med.
Bergmann, Eva-Maria
01324 Dresden
- 21.06. Dr. sc. med.
Wenzel, Klaus-Peter
04317 Leipzig
- 24.06. Dr. med. Drechsel, Günther
08144 Ebersbrunn
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.
Rother, Paul
04157 Leipzig
- 25.06. Dr. med. Scheller, Rudolf
08393 Oberschindmaas
- 26.06. Dr. med.
Buschner, Hans-Christian
04758 Oschatz
- 26.06. Dr. med. Siegmund, Armin
01773 Altenberg
- 29.06. Doz. Dr. sc. med. Lange, Armin
01159 Dresden
- 29.06. Dr. med. Wehner, Johannes
04703 Leisnig
- 30.06. Dr. med. Herold, Klaus
09113 Chemnitz
- 30.06. Dr. med. Mrosk, Margot
01609 Röderaue
- 80 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Hendel, Georg
08289 Schneeberg
- 02.06. Jendryke, Erika
02977 Hoyerswerda
- 07.06. Prof. Dr. med. habil.
Hunger, Horst
04299 Leipzig
- 08.06. Dr. med. Barth, Teo
04463 Großpösna
- 11.06. Dr. med.
Bormann, Christiane
08371 Glauchau
- 15.06. Irmischer, Irmgard
09456 Annaberg-Buchholz
- 18.06. Dr. med. Dr. med. dent.
Mahn, Siegmар
01734 Rabenau
- 18.06. Dr. med. Wegner, Dieter
01900 Großröhrsdorf
- 28.06. Dr. med. Haas, Ruth
01097 Dresden
- 30.06. Dr. med. Richter, Elisabeth
09569 Oederan
- 81 Jahre**
- 13.06. Dr. med. Schäfer, Eva
04109 Leipzig
- 18.06. Dr. med. Krämer, Christa
04229 Leipzig
- 21.06. Antonow, Emanuil
09618 Langenau
- 22.06. Dr. med. Rausch, Brigitte
01157 Dresden
- 25.06. Dr. med. Güttler, Manfred
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.06. Dr. med. Rehnig, Rosemarie
04275 Leipzig
- 28.06. Prof. Dr. sc. med.
Schmidt, Paul-Karl-Heinz
01187 Dresden
- 07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst
01309 Dresden
- 22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes
09127 Chemnitz
- 83 Jahre**
- 24.06. Dr. med. Donath, Alexander
04509 Delitzsch
- 84 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Plath, Ingeborg
04107 Leipzig
- 05.06. Dr. med. Naumann, Renate
09131 Chemnitz
- 08.06. Dr. med. Spindler, Eva-Maria
01762 Hartmannsdorf
- 23.06. Dr. med. Töppich, Eckart
01454 Ullersdorf
- 25.06. Dr. med. habil. Wilde, Johannes
04357 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Lotze, Horst
01217 Dresden
- 28.06. Dr. med. Preibisch-Effenberger,
Rosemarie
01309 Dresden
- 85 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Schmieden, Karl-Heinz
08525 Plauen
- 10.06. Dr. med. Behn, Peter
04275 Leipzig
- 86 Jahre**
- 14.06. Dr. med. Drogula, Karl-Heinz
04720 Döbeln
- 17.06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01129 Dresden
- 87 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Geyer, Eva
09244 Lichtenau b. Chemnitz
- 08.06. Dr. med.
Mederacke, Frank-Dietmar
01662 Meißen
- 25.06. Dr. med. Kirsch, Marija
09526 Olbernhau
- 25.06. Dr. med.
Meyer-Nitschke, Rosemarie
04552 Borna
- 89 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Berge, Helga
04105 Leipzig
- 92 Jahre**
- 24.06. Dr. med. Ochernal, Annaliese
01309 Dresden
- 93 Jahre**
- 03.06. Dr. med.
Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna
- 29.06. Dr. med. Sobotzick, Ernst
08060 Zwickau

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christoph Rink zum 65. Geburtstag



Privatdozent Dr. med. habil. Christoph Rink feierte am 5. Mai 2011 seinen 65. Geburtstag. Es ist uns ein Bedürfnis und eine große Freude, ihm im Namen aller seiner Mitarbeiter zu diesem Ehrentag zu gratulieren.

Dr. Rink wurde 1946 in Chemnitz geboren. Er studierte Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin, wo er 1972 das Staatsexamen „mit Auszeichnung“ ablegte. Seine Ausbildung zum Internisten erhielt er an den I. Medizinischen Kliniken der

Charité Berlin bei Professor F. H. Schulz und in Halle unter Professor R. Nilius. 1977 erfolgte die Promotion an der Humboldt-Universität zu Berlin mit „summa cum laude“. Im gleichen Jahr wurde er Facharzt für Innere Medizin. Die Anerkennung als Gastroenterologe folgte 1981. Zum Oberarzt der Klinik für Innere Medizin der Halleschen Universität wurde er 1986 ernannt. Er habilitierte sich dort 1989 und erhielt 1993 den Titel eines Privatdozenten.

Am 1. November 1994 übernahm er als Chefarzt die Klinik für Innere Medizin II mit den Schwerpunkten Gastroenterologie, Hepatologie, Pulmologie und Infektiologie am Klinikum Aue/Sachsen, die sich unter seiner Leitung zu einem überregional bedeutenden Zentrum auf diesen Teilgebieten entwickelt hat. Er betreute 16 Diplom- oder Promotionsarbeiten und führte 20 Ärzte zur Facharzt- bzw. Teilgebietsanerkennung. Herr Rink ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler medizinischer Fachgesellschaften, im Jahre 2002 wurde er zum Mitglied der Heilmeyer-Gesellschaft berufen. In der Sächsischen Landesärztekammer engagiert er sich unter anderem als Mitglied der Ethik-Kommission.

Seine wissenschaftliche Tätigkeit spiegelt sich in 90 Publikationen, darunter 20 Buchbeiträge, eine Monographie, ein Lehrbuch und die deutsche Ausgabe des Buchs „Klinische Epidemiologie“, und in mehr als 220 wissenschaftlichen Vorträgen auf internationalen und nationalen Kongressen und Symposien wider. Er leitete zahlreiche wissenschaftliche Tagungen und Kongresse, so auch 2010 in Aue den 19. Kongress der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, deren Präsident er war.

Für seine ärztliche und wissenschaftliche Arbeit erhielt er zahlreiche Ehrungen, zu nennen sind besonders die Géza-Hetényi-Gedenkmedaille und die Ehrenmitgliedschaft der Ungarischen Gastroenterologischen Gesellschaft und die Auszeichnung mit der Brücken-Ehrennadel der Stadt Aue 2011.

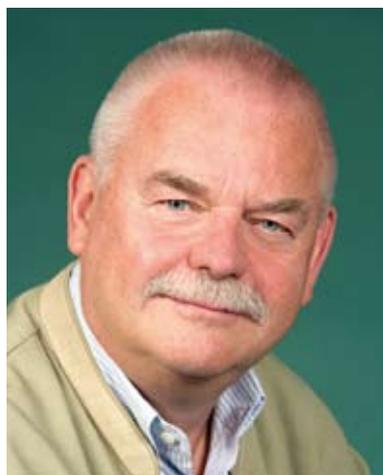
Wir wünschen ihm für seinen neuen Lebensabschnitt alles Gute, vor allem beste Gesundheit, Zeit für die Familie und für seine vielfältigen Interessen, vor allem für das Klavierspiel und sein Engagement für die Musik.

Dr. med. Holm Hönicke
Dr. med. Steffen Liebscher

Neuer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Notärzte

Dr. med. Michael Burgkhardt aus Leipzig ist neuer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Notärzte

Die „Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e. V.“ hat auf ihrer Mitgliederversammlung am 18. März 2011 in Berlin einen neuen Vorstand gewählt. Die Länderarbeitsgemeinschaften, welche die insgesamt 10.000 organisierten Notärztinnen und Notärzte vertreten, wählten den Leipziger Allgemeinmediziner Dr. med. Michael Burgkhardt einstimmig zum neuen Vorsitzenden. Dr. Burgkhardt



gründete die Sächsische Arbeitsgemeinschaft (AGSN) im Jahre 1990 und vertritt seitdem diese Organisation in der Mitgliederversammlung. Er ist insbesondere durch seine be-

rufspolitischen Aktivitäten und die Leitung zahlreicher Fortbildungskurse bekannt.

Die BAND engagiert sich nicht nur für die Belange der deutschen Notärztinnen und Notärzte, sondern beteiligt sich unter anderem auch an der Überarbeitung des Rettungsassistentengesetzes. Der neue Vorstand setzt sich als wesentliches Ziel für seine Wahlperiode, die Zusammenarbeit der Länderarbeitsgemeinschaften zu optimieren und die Folgegeneration eines neuen Vorstandes für die künftigen Jahre aufzubauen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Sekundärkorrektur der dislozierten Nasengerüstfraktur

N. Ch. Pausch, A. Hemprich, Th. Hierl

Zusammenfassung

Nasengerüstfrakturen sind häufige Verletzungen im Gesichtsbereich, deren Primärversorgung von einfachen manuellen Repositionen bis hin zu komplexen rhinoplastischen Rekonstruktionen reichen kann. Die Qualität der Erstversorgung entscheidet nicht allein über das Langzeitergebnis: Bleibende Deformierungen der Nase (Achsenabweichungen, Höckerbildung, Sattelnasendeformität, sichtbare Unebenheiten des Nasenrückens, Nasenatmungsbehinderungen) sind auch nach kunstgerechter Versorgung möglich und können dann einer sekundären Rhinoplastik, zum Beispiel ein Jahr nach dem Unfallereignis, zugeführt werden.

Hintergrund

Die Nase ist aufgrund ihrer vergleichsweise exponierten Lage im Gesicht anfällig für Verletzungen. Bei der Einleitung von vektoriellen Kräften in das zentrale Mittelgesicht wird das Nasengerüst dementsprechend häufig imprimiert oder nach lateral ausgelenkt. Die möglichen Verletzungsfolgen sind vielfältig. Neben knöchernen Verletzungen im Sinne von Frakturen des Os nasale oder des Processus frontalis maxillae können auch knorpelige Strukturen der Nasenpyramide verletzt werden. Auch kann das Bindegewebe der Knorpel-Knochen-Grenze einreißen. Regelmäßig finden sich begleitende Frakturen des Nasenseptums, sodass die Bezeichnung Nasenbeinfraktur das Ausmaß der Verletzungen oft nur ungenügend wiedergibt. Weichteilverletzungen im Rahmen von Nasengerüstfrakturen sind ebenfalls häufig vorzufindende Befunde. Hierzu gehören Hämatome der Haut und des Nasenseptums sowie Platzwunden über dem Nasenrücken im Sinne einer offenen Fraktur.



Abbildung 1: Computertomografische Diagnostik eines Patienten mit zentrolateralem Mittelgesichtstrauma

Nasengerüstfrakturen wurden bereits im Altertum beschrieben. Sowohl in der altägyptischen Heilkunde als auch im antiken Griechenland waren Maßnahmen zur Reposition, Schienung und Tamponade bekannt, ebenso die negativen Folgen von Entstellungen der Nase (Kassel K., 1914).

An diesem Grundprinzip der Versorgung hat sich bis heute nur wenig geändert. Jenseits von Kriegshandlungen sind allerdings die heutigen Ursachen für Nasengerüstfrakturen eher in Stürzen (insbesondere bei älteren Patienten infolge von Synkopen oder Altersschwäche), tätlichen Auseinandersetzungen, Verkehrsunfällen und Sportverletzungen zu sehen (Bremke M. et al., 2009).

Vor dem Hintergrund schwerwiegender Unfallfolgen bei Polytraumen werden Nasengerüstfrakturen mitunter als harmlose Begleitverletzungen angesehen. Dies kann aber nicht verallgemeinert werden (Atighechi S., Karimi G. 2009). Natürlich stellt die nicht dislozierte Nasenbeinfraktur eine vergleichsweise unproblematische Verletzung dar. Mitunter verbergen sich aber hinter einer solchen Fraktur teleskopartige Einstauchungen des Mittelgesichtes, Verletzungen im Bereich der Nasennebenhöhlen, der Rhinobasis oder eine Liquorrhoe. Je nach individuellem Unfallhergang ist daher in Zusammenschau mit der klinischen Untersuchung zu



Abbildung 2: Konventionelle Röntgenaufnahme (lateral) des frakturierten Nasenbeins (gleicher Patient)

entscheiden, inwieweit eine weiterführende bildgebende Diagnostik, zum Beispiel eine CT-Untersuchung, erfolgen sollte (Abb. 1). Die häufig durchgeführte einfache Röntgenuntersuchung der Nase von lateral (Abb. 2) hat nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft. Insbesondere therapeutische Optionen sind hier von allein nicht ableitbar.

Die heute übliche Therapie besteht in der anatomischen Reposition und Schienung des frakturierten Nasengerüsts in örtlicher Betäubung oder in Intubationsnarkose. Bei geschlossenen seitlichen Deviationen der Nasenachse ohne sichtbare intranasale Dislokation ist meist schon eine einfache manuelle Reposition ausreichend. Schwieriger sind Impressionen des Nasengerüsts zu behandeln, da das genaue Ausmaß der Konturverschiebung durch das meist vorhandene Begleitödem nicht immer visuell auszumachen ist. Offene Septumfrakturen mit Exposition und Verlagerung von Knochen und Knorpel in der Nasenhaupthöhle erfordern meist ein operatives Vorgehen im Sinne einer Septorhinoplastik in Intubationsnarkose. Bei schweren zentrolateralen Mittelgesichtstrümmerfrakturen findet sich mitunter kein anatomischer Bezug zur Apertura piriformis mehr. Hier kann es erforderlich sein, auch das Nasengerüst in die Osteosynthese durch Mini- oder Mikroplatten mit einzubeziehen.



Abbildung 3: Klinische Situation am Unfalltag (gleicher Patient wie Abbildung 1 und 2). Untypisch ist das Abweichen der Nase nach rechts bei Trauma einwirkung auf das rechte Mittelgesicht

zur Dekompensation einer vorbestehenden, eventuell jahrelang gerade noch kompensierten Belüftungsstörung der Nase, die dann symptomatisch wird. In diesen Fällen ist eine Sekundärkorrektur im Rahmen einer Septumplastik bzw. Septorhinoplastik angezeigt. Zum Auffüllen von Substanzdefiziten sind Knorpeltransplantate aus Septum, Concha- oder Rippenknorpel geeignet.

Patienten und Methode

Im Zeitraum 01.01.2000 bis 30.08.2010 wurden in unserer Klinik 438 Patienten mit der Diagnose Nasengerüstfraktur versorgt. Nur 21 Patienten davon (4,8 Prozent) bedurften einer Wiedereinweisung

trie, endoskopische Rhinoskopie und auf Wunsch die präoperative Computersimulation. Eine präoperative NNH-Übersichtsaufnahme wurde zur Aufdeckung eventueller Belüftungsstörungen der NNH bei allen Patienten durchgeführt. Diese Diagnostik wurde auch genutzt, um eventuell an der Apertura piriformis vorhandenes Osteosynthesematerial zu detektieren. Letzteres muss vor einer geplanten lateralen Osteotomie entfernt werden. Bei allen gesetzlich versicherten Patienten erfolgte nach schriftlichem Antrag und Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse, bei allen privat versicherten



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Abbildungen 4, 5, 6: Situation 1 Jahr nach Versorgung der Orbitabodenfraktur mit unveränderter Fehlstellung der Nase (frontal und seitlich)

Unterbleibt die sachgemäße Versorgung einer dislozierten Fraktur, so heilt das Nasengerüst in Fehlstellung aus. Mögliche Folge sind dann sichtbare kosmetische Entstellungen bzw. Nasenatmungsbehinderungen (Atighechi S., Karimi G., 2009; Bremke M. et al., 2009). Die Betroffenen können auch über Riechstörungen klagen (Hornung D.E., Leopold D.A. 1999); ebenso sind Probleme beim Tragen von Brillen oder Atemschutzgeräten möglich (Eng H., Chiu R.S., 2002). Geringe Abweichungen der Anatomie der inneren Nase, wie sie auch nach regelrechter Reposition resultieren können, führen mitunter

zur operativen Korrektur postoperativer Folgezustände bezüglich der Nasenform oder -funktion. Die Ursachen für das kosmetisch oder funktionell ungenügende Ergebnis waren sehr unterschiedlich. Bei einigen polytraumatisierten Patienten war durch extreme Weichteilschwellung die Reposition und Schienung nur arbiträr möglich. Andere hatten eine operative Versorgung zum Unfallzeitpunkt abgelehnt oder beklagten trotz regelrecht durchgeführter Reposition eine Schiefnase, Sattelnasen- oder Höckerdeformitäten oder Nasenatmungsbehinderungen. Die entsprechende Vordiagnostik umfasste die Fotodokumentation, Rhinomanome-

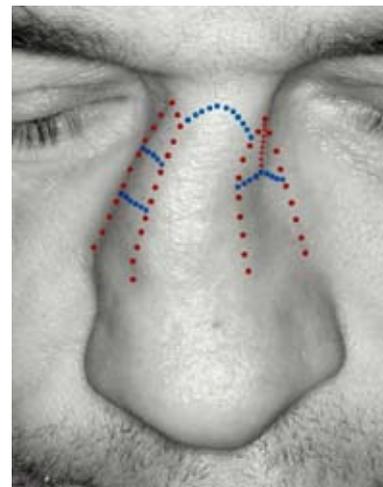
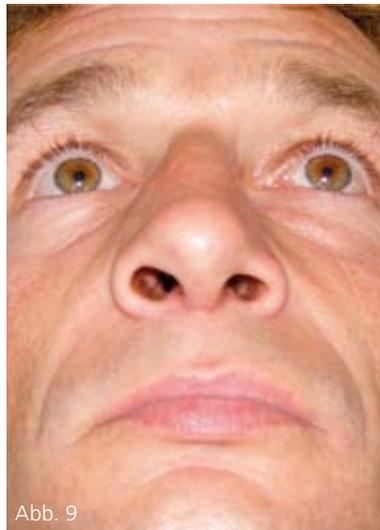


Abbildung 7: Schematische Osteotomielinien, rot: paramediane und laterale, blau: horizontale Osteotomien



Abbildungen 8, 9, 10: Postoperative Situation (frontal und seitlich) 3 Monate nach Sekundärkorrektur durch Septorhinoplastik, Fotos: 3-10, Tilman Riemer

cherten Patienten übernahm ebenfalls die Krankenkasse auf Antrag die Kosten für die Operation einschließlich der Krankenhausbehandlung. Bei den genannten Patienten erfolgte eine Septorhinoplastik mit Korrektur von störenden Nasenhöckern, Schiefnasen- und Sattelnasendeformitäten oder von deviierten Septumanteilen. Bei zwei Patienten wurde eine posttraumatische Septumperforation verschlossen. Zur Rekonstruktion des Nasenrückens wurden Septum-, Concha- oder Rippenknorpelspane verwendet. Bei einem dieser Patienten erforderte ein eingebrachter Rippenknorpelspan infolge Resorption und Dislokation noch zwei weitere Revisionen.

Beispielhaft wird ein männlicher Patient (Alter 46 Jahre) mit einem frischen Mittelgesichts trauma infolge einer tätlichen Auseinandersetzung dargestellt. Anamnestisch bestand bereits ein Jahre zurückliegendes Nasentrauma. Die bildgebende Diagnostik (Abb. 1 und 2) ergab eine Orbitabodenfraktur sowie eine Nasengerüststrümmerfraktur. Das Nasengerüst war zum Zeitpunkt der Vorstellung bei uns jedoch bereits federnd fixiert; auch die Rechtsabweichung

der Nasenachse bei Zustand nach Schlag auf das rechte Auge (Abb. 3) sprach für ein vorbestehendes, veraltetes Nasentrauma. Daher wurde diesbezüglich von einer Reposition abgesehen und nur die Orbitabodenrevision durchgeführt. Zur sekundären Korrektur stellte sich der Patient wie vereinbart ein Jahr nach dem Unfallereignis wieder vor. Zu diesem Zeitpunkt bestand dementsprechend eine rechtskonvexe Schief-Sattelnase mit stark behinderter Nasenatmung (Abb. 4, 5 und 6). Die operative Korrektur erfolgte in Intubationsnarkose. Als Orientierungshilfe nutzten wir Fotos des Patienten aus der Zeit vor den Unfallereignissen. Es wurden nach entsprechender Begründung des in Fehlstellung verheilten Nasenseptums und Entnahme einiger Septumspäne multiple, teilweise perkutan ausgeführte Osteotomien der konvex bzw. konkav deformierten Ossa nasalia vorgenommen. Hierbei erfolgte die Anwendung der bei Schiefnasenkorrekturen üblichen rhinoplastischen Bausteine (Joseph J. 1931; Huizing E.H., de Groot J.A., 2003). Ergänzend zu den einfachen vertikalen Osteotomien der Basisrhinoplastik mussten hier zusätzliche Trennungen erfolgen, um die seitli-

che konkave oder konvexe Verkrümmung des Nasenbeins beseitigen zu können (Abb. 7).

Nach leichter Reduktion der Höhe des knöchernen Nasenrückens wurde die im Profil eingesunken wirkende knorpelige Nasenrückenkontur durch ein Septumtransplantat augmentiert. Zusätzliche Domnähte akzentuierten die unfallbedingt abgeflachte, verbreiterte Nasenspitze. Ein Nasengips stabilisierte für zwei Wochen das erzielte Ergebnis. Mit diesen Maßnahmen konnte nach Abklingen der Schwellung ein gutes postoperatives Ergebnis mit ästhetisch ansprechender Form und einer unbehinderten Nasenatmung erreicht werden (Abb. 8, 9 und 10).

Abbildungen 1 und 2
mit freundlicher Genehmigung
der Klinik für Diagnostische Radiologie
Universität Leipzig

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Christian Pausch
Universitätsklinikum Leipzig
Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Nürnbergger Straße 57
04103 Leipzig

Günther Hornig – Malerei und Zeichnung

Der künstlerische Weg Günther Hornigs (Jg. 1937) vollzog sich eher abseits der Dresdner „Peinture“. Nach Tätigkeiten als Theatermaler und Bühnenbildassistent sowie dem Studium an der Hochschule für Bildende Kunst Dresden (1957 bis 1962) arbeitete er seit 1968 in der Abteilung Bühnenbild der Hochschule, wo er 1988 schließlich zum Leiter des Grundlagenstudiums berufen wurde.

In diesem Umfeld entstanden seit Beginn der 1970er-Jahre erste abstrakte bildnerische Arbeiten, die sich zu amorphen, in die dritte Dimension wachsenden, in naturhafter Farbigkeit gehaltenen Bildkörpern aus unterschiedlichen Materialien entwickelten. Ab Beginn der 1980er-Jahre erweiterte sich seine Farbpalette, leuchteten Rot- oder Blaugrün aus den gestaffelten Bildstrukturen. Besonders seit den 1990er-Jahren trat die Malerei in den Vordergrund. Sie stützt sich auf „Farbformen“, die an geometrische Figurationen erinnern, aber eher dem Zufall als einem Kalkül entspringen. Darüber hinaus schuf der Künstler farbige, teils zerlegbare Skulpturen, die den gemalten Formen verwandt sind, sowie labyrinthische Zeichnungen und Collagen.

Diese gewissermaßen in der Stille erkämpfte künstlerische Position wurde begleitet von einer bei Studenten sehr geschätzten Lehrtätigkeit. In seinem Bereich machten heute international angesehene Künstler wie Twin Gabriel, die Lewandowskys,



LAS-lo, 100 x 75 cm, Acryl auf Leinwand, 2010

Micha Brendel oder Yana Milev ihre ersten Schritte, traten noch vor 1989 mit ungewöhnlichen Aktionen und Performances hervor, mit denen sie der Wendestimmung Ausdruck gaben.

Von 1993 bis 2002 hatte Hornig eine Professur im Grundlagenstudium Freie Kunst der Hochschule für Bildende Künste Dresden inne. Nicht zuletzt bedeuteten auch für ihn die

Veränderungen nach 1989 die Erweiterung der Wirkungsmöglichkeiten seiner Kunst.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer 18. Mai bis 17. Juli 2011, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr,
Vernissage: 19. Mai, 19.30 Uhr.**

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 5. Juni 2011
11.00 Uhr – Junge Matinee

Romantische Werke für Violoncello und Klavier
Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden
Klasse Prof. Emil Rovner

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Günther Hornig
Malerei und Zeichnung

vom 18. Mai bis 17. Juli 2011
Vernissage: Donnerstag, 19. Mai 2011, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Kulturjournalistin, Dresden

Keine Ausstellung vom 18. Juli bis 13. September 2011.