

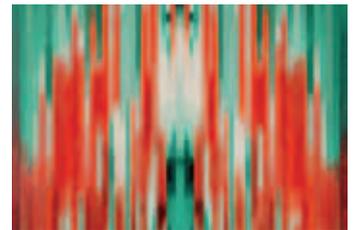
Berufspolitik	Medizin trifft Politik	180
	Medizin und Ethos	181
	„Operation Karriere“ in Leipzig	184
Gesundheitspolitik	Sächsische Schwangerenberatungsstellen	186
	„116 117“ – Bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst	190
Buchbesprechung	Wurst und Wahn. Ein Geständnis.	190
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Unkollegiales Verhalten gegenüber Weiterzubildenden	191
	22. Sächsischer Ärztetag	192
	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	193
	Einladung zum Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	193
	Gleichwertigkeit ausländischer ärztlicher Tätigkeit	194
	Hilfe für Opfer	194
	Konzerte und Ausstellungen	194
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	195
Originalien	HIV und Komorbidität	196
	Die Preisregulierung neuer Arzneimittel	201
Verschiedenes	Internetportal „Was hab’ ich?“	203
Personalia	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Braun	204
	Abgeschlossene Habilitationen I. Quartal 2012	205
	Jubilare im Juni 2012	206
	Dr. med. Klaus Jahr zum 90. Geburtstag	208
Kunst und Kultur	Abstrakt? Nicht immer.	209
Medizingeschichte	Tutanchamun: Ein Spaltpatient?	210
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – August 2012	



Frühjahrsempfang: Medizin trifft Politik
Seite 180



„Operation Karriere“ in Leipzig
Seite 184



Ausstellung: Abstrakt? Nicht immer.
Seite 209



Tutanchamun: ein Spaltpatient?
Seite 210

Titelbild: HI-Viren befallen gezielt T-Helferzellen der Immunabwehr. Quelle: BZGA

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

Medizin trifft Politik

Die sächsischen Heilberufekammern hatten die Vertreter der Bundes- und Landespolitik am 2. April 2012 zu ihrem 4. Frühjahrsempfang geladen. Rund 80 Gäste waren dieser Einladung gefolgt. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, betonte in seiner Begrüßung, dass diese Veranstaltung eine gute Gelegenheit sei, um sich über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen auszutauschen. Schwerpunktthemen für den gegenseitigen Austausch sah er in den aktuellen Gesetzesvorhaben zu Patientenrechten, zur Pflege, zur Hygiene sowie zur Organspende. Von grundsätzlicher Bedeutung gerade für die Politik sei jedoch auch, dass die ärztliche Versorgung zukünftig gesichert bleibe. Neueste Zahlen belegen zwar, dass die Zahl der Ärzte in Sachsen 2011 erfreulicherweise weiter gestiegen ist. Unerfreulich ist dagegen die stetig sinkende Anzahl niedergelassener Ärzte. „Immer weniger Mediziner sind heute bereit, eine eigene Praxis zu übernehmen. Denn hohe finanzielle Risiken und ein ausufernder bürokratischer Aufwand, aber auch Unsicherheiten durch die ständigen Veränderungen im Gesundheitswesen machen diese Option unattraktiv,“ so der Präsident. Das Versorgungsstrukturgesetz sähe aber die Aufhebung der Residenzpflicht und Zuschläge für unterversorgte Gebiete sowie die einfachere Eröffnung von Zweigpraxen vor, womit eine gesicherte Versorgung erreicht werden könnte, meinte Prof. Schulze.

Unterstützung bekommt Sachsen auch durch ausländische Ärzte. Deren Zahl ist 2011 weiter gestiegen. Sie machten derzeit 9,2 Prozent der Ärzte in Sachsen aus. Prof. Schulze: „Es ist zu hoffen, dass Sachsen durch das erst kürzlich verabschiedete Zuwanderungs- und Integrationskonzept für ausländische Kollegen mittels einer schnelleren Anerkennung ihrer Qualifikationen und einer von der sächsischen Bevölkerung gelebten Willkommenskultur zukünftig noch attraktiver wird.“ Aus dem Anstieg der absoluten Arztzahlen



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer (l.), begrüßte die Gäste © K. Köhler

könnte man aber nicht schlussfolgern, dass es keinen Bedarf an Ärzten mehr gibt. Durch den demografischen Wandel und die weitere Spezialisierung der modernen Medizin nehme der Bedarf an Ärzten auch bei abnehmenden Bevölkerungszahlen weiter zu. So erkrankten nach Analysen des Robert-Koch-Instituts heute jährlich 80.000 Menschen mehr an Krebs als noch vor zehn Jahren. Auch die Krankenhausbehandlungsfälle werden nach Prognosen des Statistischen Landesamtes Sachsen trotz sinkender Bevölkerungszahlen bis 2025 durch die mit dem Altersanstieg in der Bevölkerung einhergehende Multimorbidität um 2,5 Prozent ansteigen. Der vom Kabinett im Januar beschlossene Maßnahmenkatalog zur Bekämpfung des Ärztemangels sei ein Schritt in die richtige Richtung. Es gelte daher Entwicklungen, die den Arztberuf und dessen Ausübung hier in Sachsen attraktiver machen, weiter voranzutreiben, unterstrich der Präsident seine Ausführungen. Gerade auch Frauen, deren Anteil an den sächsischen Medizinerinnen 53,3 Prozent beträgt, sollten durch familienfreundliche Maßnahmen weiter gefördert werden, um ihnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern. 2011 betrug der Frauenanteil unter den leitenden Ärzten nur 15 Prozent.

Die Staatssekretärin des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Andrea Fischer, sagte in ihrem Grußwort zum Frühjahrsempfang: „Die Sächsischen Heilberufekammern sind als öffentli-

che Berufsvertretungen ein wichtiges Instrument für ein leistungsfähiges Gesundheits- und Veterinärwesen im Freistaat Sachsen.“ Die Kammern seien eine wesentliche Voraussetzung für die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen und hochwertigen Berufsausübung ihrer Mitglieder.

Ein schlanker Staat sei ein weiterer wichtiger Effekt der Arbeit der Heilberufekammern, indem sie sich eigenverantwortlich um die Angelegenheiten des jeweiligen Berufes, wie zum Beispiel um die Qualitätssicherung und die Weiterbildung, kümmern. „Das entlastet die Staatsverwaltung und führt dazu, dass Entscheidungen auch tatsächlich dort getroffen werden, wo im Detail die erforderliche Sachkenntnis und das praktische Wissen vorliegen“, so die Staatssekretärin. „Im Bereich der akademischen Heilberufe ist die Verkammerung kein ‚alter Zopf‘, sondern ein zeitgemäßes Instrument!“ Ein wichtiges Thema, das im letzten Jahr gemeinsam durch das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und die sächsischen Heilberufekammern begleitet wurde, war die Erarbeitung und Umsetzung des sogenannten Anerkennungsgesetzes. Ziel war dabei, die Zuwanderung von Heilberuflern (vor allem von Ärzten) in den Freistaat Sachsen zu fördern, ohne dabei die erforderliche Gleichwertigkeit von ausländischen Studienabschlüssen zu vernachlässigen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Medizin und Ethos

Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, allen älteren Ärzten wohl in bester Erinnerung als Internist, heilkundiger Arzt, Lehrer und Forscher an der Medizinischen Akademie Dresden, hat am 17.12.2010 sein 90. Lebensjahr erreicht und erlebte seine Würdigung im „Ärzteblatt Sachsen“ 2011. Seine Rede anlässlich seiner Emeritierung 1987 drucken wir auf Anregung von Dr. med. Manfred Zschornack ab. Diese Rede, seine Gedanken zum Wesen des Arztseins und der Wege dahin, sollten als Zeugnis seiner herausragenden Persönlichkeit bewahrt bleiben und auch der heutigen Generation, soweit möglich, eingeschrieben werden. Es ist gleichsam eine Reise nicht nur durch die Historie des ärztlichen Berufes, sondern auch durch die Geistes- und Literaturgeschichte:

„Wenn ein Hochschullehrer nach einem 40-jährigen Berufsleben als Arzt in seiner Heimatstadt und nach 28-jähriger Tätigkeit an der Medizinischen Akademie, an der er gelehrt und gelernt hat und von der er gefördert und gefordert wurde, seine Arbeit niederlegt, so ist es nicht leicht, die richtigen Worte zu finden.

Nachdem in einer Laudatio solemnis die biographischen Daten und beruflichen Funktionen sowie die unumgänglichen Epitheta ornantia Erwähnung fanden, sei es mir gestattet, einige Gedanken zu äußern.

Wenn man den Zeitpunkt der Emeritierung erreicht hat, steuert man in eine kontemplative Phase seines Lebens hinein. Von kompetenter Seite wurde es einmal treffend formuliert und dargestellt als eine Phase, in der das Herz sich zunehmend materialisiert und vom Gegenstand der Lyrik zunehmend zu einem Organ wird, eine Phase, in der man im Bücherschrank zu Goethe und Shakespeare greift, die Marienbader Elegien liest und die Verse von Ovid und Homer rekapituliert. Es kommt einem plötzlich zum Bewusstsein, welche lobenswerten Eigenschaften



Prof. Dr. med. habil. Hans Haller

von einem gefragt sind, wie Weisheit, Humor, Güte, Verständnis usw. Wenn auch in diesem Alter das Spannungsfeld der Individualisation sich ausgleicht und der Mensch sich selbst immer ähnlicher wird, so wollen doch manche Eigenschaften, die von der Umwelt gleichsam erwartet werden, erst erlernt sein. Das heitere „Darüberstehen“ im Sinne Fontanes fällt manchem, der in seinem Leben versucht hat, die Geschehnisse in seinem Rahmen aktiv mitzubestimmen, nicht immer ganz leicht. Sicher ist nun eine Zeit des Nachdenkens, Ordnen und Überprüfens angebrochen. Fragen, „was war wichtig“, welche Erfahrungen waren von Nutzen, welche Erkenntnisse lassen sich auch in Zukunft verwerten, harren einer Überprüfung.

Überdenke ich mein Leben und meinen Beruf, so kann ich mit innerer

Freude feststellen, dass ich – hätte ich noch einmal die Wahl – wieder Arzt werden wollte. Ob ich das Fachgebiet der Inneren Medizin erneut wählen würde, wage ich nicht zu entscheiden. Zu der Zeit, als ich Internist wurde, war die Innere Medizin noch einigermaßen überschaubar. Welche Wandlung hat sich vollzogen! Auch mir kamen Gedanken, wie sie Carus in seinen Lebenserinnerungen und Denkwürdigkeiten schon so treffend ausdrückte, als er schrieb: *„Sehr bald fand ich, daß dem Geist Endziele vorschweben, welche nur einigermaßen zu erreichen, ich oft verzweifelte. Ich fand die Wissenschaft von einem Umfang, zu welchem meine Kräfte mir unzulänglich erschienen, und so kam es, daß mich oft ein Gefühl von verfehlter Lebensrichtung anwehen konnte.“* Aber dieses Gefühl mag wohl manchen verantwortungsvollen Arzt schon beschlichen haben.

Es tut sich sowohl in der naturwissenschaftlichen wie klinischen Forschung ein unübersehbar weites Feld auf, und jedes gelöste Problem wirft eine Kette neuer Fragen auf. Wir haben in den letzten Jahren hauptsächlich analysiert und seziiert.

Unserem Verstand ist es gelungen, zwischen ähnlichem weitere Unterschiede zu finden und gleichsam mit dem Mikrotom immer dünnere Schnitte herzustellen, um die Feinheiten differenzieren zu können.

Man könnte mit Mephistos Worten teuflisch sagen:

„Wer will was Lebendiges erkennen und beschreiben sucht erst den Geist herauszutreiben dann hat er die Teile in seiner Hand fehlt leider nur das geistige Band.“

Will man die Übersicht über die vielen, auch noch so bedeutenden Teilergebnisse behalten, so muss man wie ein Maler von dem Bild von Zeit zu Zeit Abstand nehmen, das heißt, ich meine, wir müssen wieder mehr Zeit für kontemplative Phasen in unserer Arbeit gewinnen, auch zum Vorteil der eigenen Arbeit. Nicht nur medizinisches Wissen, sondern auch Bildung müssen den gebührenden Platz einnehmen, damit sich ein Wort Nietzsches nicht erfüllt. „Die Bildung wird täglich geringer, weil die Hast größer wird“. Dieser Circulus vitiosus muss durchbrochen werden. Dabei helfen uns zwar die Fortschritte der modernen Informatik sowie die Computer. Aber sie besitzen weder Phantasie noch können sie träumen. An diese Feststellung ist einmal die Frage geknüpft worden, ob der Traum die Rückzugslinie des Menschen sei. Ähnlich wie der Magen braucht aber auch das Hirn Zeit zur Verdauung der Brocken, die man ihm dargeboten hat. Es braucht schöpferische Muße, in der die Phantasie spielen, in der es träumen kann. Hölderlin hat es formuliert: „Ein Gott ist der Mensch, wenn er träumt, ein Bettler, wenn er nachdenkt.“

Die in den letzten Jahrhunderten vollzogene Metamorphose vom homo sapiens über den homo obscurus zum homo faber, den technischen Menschen, und schließlich zum homo calculans, dem rechnenden Menschen, hat auch den medicus calculans erkennen lassen müssen, dass die Probleme der Medizin trotz aller Fortschritte keine geringeren geworden sind. Ich glaube, es ist für uns alle von entscheidender Bedeutung, wieder zu Phasen der Besinnung und der Kreation zurückzufinden, sonst wird das zunehmende Wissen auf das Handeln des einzelnen immer weniger wirksam. Wenn aber immer geringere Teile des Gesamtzuwachses an Wissen in den Wissensschatz des einzelnen einfließen, dann wird die rationale Anlei-

tung zum Handeln immer spärlicher. Das Problem für uns alle am Krankenbett oder im Labor ist, dass wir zwar nicht alles wissen müssen, das wir aber alles Wichtige wissen müssen. Die Selektion aus der Flut der Informationen ist eine der wichtigsten Aufgaben unserer wissenschaftlichen Arbeit, sonst laufen wir Gefahr, eines Tages unendlich viel von unendlich wenig zu wissen oder, wie Bernhard Shaw sagte, alles über nichts zu wissen.

Wissenschaftliche Forschung kann sich nicht auf die reflektierende Wirkung ihrer Ergebnisse und auf reine Empirie beschränken. Wir brauchen, und das hat die Innere Medizin als erstes Spezialgebiet im vorigen Jahrhundert getan, eine theoretische Basis für das klinische Denken, die als Richtlinie für die praktische Krankenbehandlung dienen kann. Mit Hilfe der Theorie werfen wir nach Popper das Netz aus, um die Welt einzufangen, zu erklären und zu beherrschen. In der deutschen Romantik hat dies Heimroth einmal so ausgedrückt: „Die Theorie hat freilich weder Hand noch Fuß, aber sie ist das Auge, das der Hand manchen Fehlgriff und dem Fuß manchen Umweg und Fehltritt zu ersparen in der Lage ist.“

Wie immer man Medizin auch definieren mag, ihr Feld liegt zwischen Theorie und Praxis und impliziert den therapeutischen Imperativ. Ohne diesen ist Medizin nur ein Teil der biologischen, soziologischen, psychologischen usw. Wissenschaften. Die Therapie als Eingriff in das menschliche Lebensgefüge, um eine Störung an einem Punkte zu beheben, führt zur Veränderung anderer Funktionen auf verschiedenen Ebenen. Jeder Eingriff ist ein partieller Akt, der immer auch Nebenwirkungen setzt, der andere Gleichgewichtsbedingungen mit verändert.

Dafür lassen sich vielfältige Beispiele anführen.

Auch in der modernen Medizin bleibt der Arzt nur ein „Kybernetes“, ein Steuermann, der mit behutsamer Hand das Steuer des Lebensschiffes hält. Steuern heißt ja immer nur, das Gleichgewicht halten, das in einem bestimmten Spielraum um die Mitte

schwankt. Stößt er dabei an Grenzen, wenn es schlimm steht, kann er versuchen mitzuhelfen, letztlich die Not zu wenden. Ein Planen „in toto“ gibt es für ihn bisher nicht. Ob sich hier eines Tages echte Ansätze in einem Vorgriff auf pränatale Zustände auftun, bleibt abzuwarten.

Die moderne Heilkunde verdankt ihre großen Erfolge der Spezialisierung in immer kleinere umgrenzte Gebiete. Man mag diesen unvermeidlichen Prozess, hervorgerufen durch das ständig sich mehrende Wissen bedauern, man wird aber nicht bestreiten können, dass die Medizin dadurch Erfolge erzielt hat, die wir für unerreichbar hielten. Arbeitsteilung, also Spezialisierung, ist letztlich Folge der Evolution des menschlichen Geistes. Das Spezialistentum ist Notwendigkeit und Schicksal der modernen Naturwissenschaft ganz allgemein. Es kann aber leicht zur Einbahnstraße werden. Gewiss muss der Spezialist wie ein Ballonfahrer Ballast abwerfen, wenn er aufsteigen will, das heißt Spitzenleistungen erreichen will. Die Röhre des Spezialisten, durch die er sieht, kann aber nicht dem klinischen Horizont gerecht werden und überspitztes Spezialistentum auch einmal Ausdruck der Bequemlichkeit sein. Da die Summe der Teile nicht das Ganze ergibt, muss deshalb das Grundmassiv unseres Fachgebietes konsequent zusammengehalten werden, ohne das Wachsen schmalbasiger Gipfel zu verhindern. Der Spezialist handelt in seiner Arbeit nur dann sinnvoll, wenn er die Bedeutung seiner Ergebnisse in seinem Fach und diese im Rahmen des Ganzen klar erkennt.

Die Differenzierung, die Aufspaltung in Subspezialgebiete muss andererseits notwendigerweise wiederum gefolgt sein von einer Reintegration auf ein neues höheres Niveau. Diese zu vollziehen, ist eine der vordringlichsten Aufgaben der Medizin. Die Zweigleisigkeit des Wissenschaftlers im Labor einerseits und des Arztes am Krankenbett andererseits wird bestehen bleiben, da der eine ohne Zeitdruck die sich wandelnden Probleme mit seinen Möglichkeiten zu lösen versucht, der

andere aber auf Grund einer jeweils das derzeitige Wissen zusammenfassenden Leitvorstellung praktisch oft unverzüglich handeln muss. Es ist daher weder gerechtfertigt, auf den Spezialisten noch auf den am Krankenbett tätigen Arzt herabzusehen. Denn einerseits kann eine Forschung von Rang nur auf eng umschriebenem Gebiet geleistet werden, und jeder Kliniker hat seine wissenschaftliche Bedeutung – soweit er eine solche besitzt – einer Forschung auf oft nur begrenztem Gebiet zu verdanken, und andererseits hat Schiller pointiert in den Verhältnissen seiner Zeit in einem Distychon einmal die Einstellung des reinen Wissenschaftlers zum Arzt so ausgedrückt: „Vornehm schaut ihr im Glück auf den blinden Empiriker nieder, aber seid ihr in Not, ist er der rettende Gott!“ Der Arzt muss jedoch mehr sein als reiner Naturwissenschaftler. Es bleibt besonders auch in der Inneren Medizin noch ein gutes Stück ärztliche Kunst, eine unwägbare Komponente, die oft über Erfolg oder Fehlschlag einer Behandlung entscheidet. Pflichterfüllung allein ohne Begeisterungsfähigkeit lässt die notwendige Wärme gegenüber den Mitmenschen ermangeln und bietet nur selten Boden für den letzten Sprung, auf den es ankommt. Der Arzt behandelt kranke Menschen, die oft während ihres Krankseins in mannigfacher Weise auf die zwischenmenschlichen Beziehungen Arzt-Patient reagieren. Hier droht der modernen Medizin eine gewisse Gefahr durch Entwicklung zu immer enger werdenden Spezialisierungen. So sehr uns die rasanten, durch die Spezialisierung erreichten Fortschritte der Medizin begeistern, darf uns das nicht zu einer Hybris verleiten, vielmehr zur Bescheidenheit, wissend, dass wir nur auf den Schultern unserer Vorgänger stehen und allein auf diesem festen Grund ein kleines Stück weiter über den Horizont sehen können.

Der Arzt, der mit der Geschichte seines Berufes vertraut ist, weiß wie viel geleistet worden ist und wie viel noch zu tun übrig bleibt. Goethe hat das so ausgedrückt:

*„Weite Welt und breites Leben,
Langer Jahre redlich Streben,
Stets geforscht und stets gegründet,
Nie geschlossen, oft geründet,
Ältestes bewahrt mit Treue,
Freundlich aufgefasstes Neue,
Heitern Sinn und reine Zwecke:
Nun! man kommt wohl eine Strecke.“*

Ich glaube, dass diese Haltung der Bescheidenheit wahrer ärztlicher Gesinnung entspricht. So möchte ich an dieser Stelle allen meinen Lehrern, Kollegen, Mitarbeitern und Freunden, die mit mir ein Stück des Weges gegangen sind, für ihre Förderung Dank sagen, besonders aber auch jenen Helfern, die es mir erst ermöglichen, die Arbeit zum Wohle des Patienten zu vollbringen.

Wenn ich mich zu Beginn meiner Worte dazu bekannt habe, trotz oder gerade wegen des technischen Fortschrittes und der besseren Möglichkeiten des Heilens oder Helfens, den Beruf eines Arztes im Falle der Wahl wieder zu ergreifen, so unter anderem auch deshalb, weil die ärztlichen Ursituationen wohl ewig die gleichen sein werden.

In der erdrückenden Fülle unserer täglichen Pflichten als Kliniker, Hochschullehrer, Wissenschaftler und nicht zuletzt als staatlicher Leiter sollte das Primat des Patienten stets vor Augen sein. Er ist es, der Naturwissenschaft und Medizin so eng verbindet. Der Mensch als Voraussetzung des Fragens und Forschens, der Mensch als Ziel in der Beherrschung der Naturkräfte und der Mensch als Patient in Freud und Leid. Es gibt noch vertrauensvolle Stunden zwischen Arzt und Patient, Stunden der Stille, der Angst oder der Genesung, um derentwillen es sich auch lohnt, Arzt zu sein.

Der Arzt-Dichter Carossa hat es formuliert und damit möchte ich schließen: „Man kann nicht genug Mensch sein, um Arzt zu sein!“

„Operation Karriere“

Auf dem ersten sächsischen Regionalkongress „Operation Karriere“ des Deutschen Ärzteverbandes und des Deutschen Ärzteblattes am 19. April 2012 in Leipzig präsentierte sich auch das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ mit einem Imagefilm und vielfältigen Informationen. Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, begrüßte die Teilnehmer zu Beginn des Kongresses im Namen des Vorstandes und des Präsidenten. Er betonte, dass die Sächsische Landesärztekammer, die Berufs- und Standesorganisation der Ärzte, ein hohes Interesse an den Grundlagen und Qualitäten einer umfassenden ärztlichen Bildung hat. Denn der harmonische Dreiklang, von Aus-, Weiter- und Fortbildung bestimmt Leistungsstand und Qualität der gesamten Ärzteschaft.

Der Kongress gab den Medizinstudenten und jungen Ärzten die Möglichkeit, sich über die Perspektiven der ärztlichen Berufsausübung zu informieren, ganz gleich ob als Arzt in der Klinik, der eigenen Praxis oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Referenten zeigten die breit gefächerten Möglichkeiten und Chancen innerhalb des ärztlichen Tätigkeitsspektrums auf. So standen neben Seminaren zur Studien- und Karriereplanung auch Präsentationen



Erik Bodendieck, Vizepräsident, eröffnete den Kongress im Namen der Sächsischen Landesärztekammer

© K. Köhler

einzelner Facharzttrichtungen wie die der Anästhesisten, Chirurgen oder Arbeitsmediziner auf dem Programm. Frau Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann von der Carus-Hausarztpraxis am Uniklinikum Dresden beschrieb den Arbeitsalltag eines niedergelassenen Allgemeinmediziners.

Neben der ärztlichen Qualifizierung sind aber auch die beruflichen Rahmenbedingungen wichtig, betonte der Vizepräsident in seinem Vortrag „Netzwerk Ärzte für Sachsen“. Diese sind in Sachsen vielerorts so gestaltet, dass die Berufsziele und die Lebensplanung junger Ärzte, wie zum Beispiel die Familiengründung, gut zusammenpassen. „Die notwen-

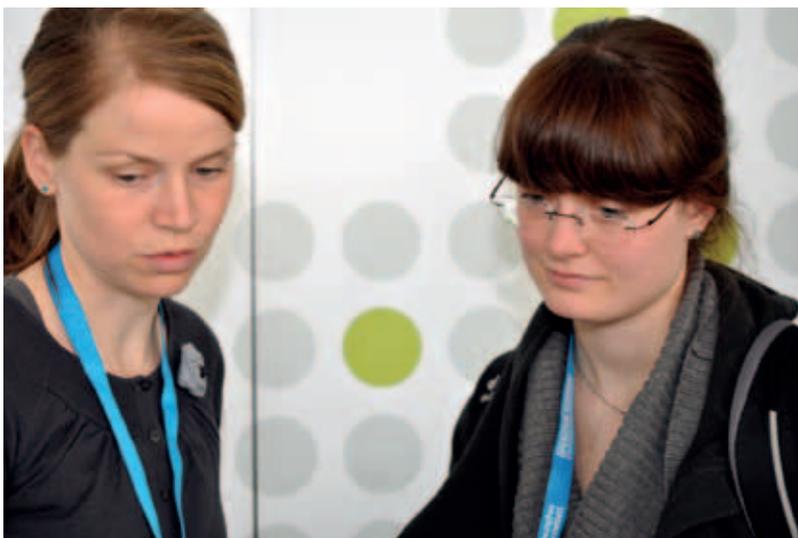
dige Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben wurde hier von den Arbeitgebern frühzeitig erkannt. Denn sie wollen, dass sich der ärztliche Nachwuchs auch dauerhaft für eine kurative ärztliche Tätigkeit in Sachsen entscheidet“.

Zum 1. Januar 2012 wurden in einem neuen Versorgungsgesetz die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte verbessert. Dazu gehören die Abschaffung der Residenzpflicht sowie die Möglichkeit der Teilzeit-Ableistung des Praktischen Jahres.

Zukünftig sollen auch die Wahlmöglichkeiten Studierender unter den akademischen Lehrkrankenhäusern erheblich gestärkt werden.

Die Sächsische Landesärztekammer begleitet Weiterbildungsverbände, die ihnen unter anderem den Einstieg in die Allgemeinmedizin vereinfachen sollen. Hierbei kann die komplette 5-jährige Weiterbildungszeit in stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten in einer Region geleistet werden. Dies seien wichtige Weichenstellungen, die es den Studenten erleichtern sollte, sich für eine ambulante Tätigkeit zu entscheiden, so der Vizepräsident. Unterstützt werden diese Weichenstellungen durch finanzielle Fördermaßnahmen für das Praktische Jahr, die Weiterbildung oder die Niederlassung im Freistaat Sachsen.

Die Studierenden und jungen Ärzte, die den Infostand von „Ärzte für Sachsen“ besuchten, waren einer weiteren Tätigkeit im Freistaat meist nicht abgeneigt. Hindernisse dabei sind aber unter anderem die begrenzte Anzahl von Weiterbildungsbefugten in einzelnen Facharzttrichtungen, wie zum Beispiel der Kinderchirurgie. Außerdem verbindet sich die Vorstellung von einer Tätigkeit in Sachsen trotz allem eher mit urbaneren Regionen. Für eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum muss daher auch weiterhin Überzeugungsarbeit geleistet werden. Konkrete Tatsachen wie die Aufhebung der Residenzpflicht im Rahmen der Neuerung des Versorgungsstrukturgesetzes sind dafür wichtige Grundlagen.



Maxie Moder (l.) erläutert einer Besucherin am Stand „Ärzte für Sachsen“ die Fördermaßnahmen für junge Ärzte.

© K. Köhler

Trotz des umfangreichen Angebotes des Kongresses „Operation Karriere“ nahmen bedauerlicherweise nur wenige Studenten und Ärzte diese Möglichkeiten wahr. Ob dies an den zahlreichen anderen Angeboten für den ärztlichen Nachwuchs liegt oder sich die Teilnehmerzahlen erst mit der weiteren Etablierung der Veranstaltung in Sachsen steigern, werden die nächsten Jahre zeigen. Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und alle Fördermaßnahmen finden Sie im Internet unter www.aerzte-fuer-sachsen.de sowie auf Facebook.

Maxie Moder M.A.
Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Studentinnen verfolgen die Referate zum Berufseinstieg

© K. Köhler

Entschädigungsfonds für Patienten

Die CDU will den im Januar dieses Jahres vorgelegten Gesetzentwurf zum Patientenrechtegesetz des Gesundheits- und des Justizministeriums erweitern. Insbesondere soll die Einrichtung einer Stiftung geprüft werden, die Betroffenen in Härtefällen schnell und unbürokratisch Hilfe zukommen lässt, so die AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. In dem Gesetzentwurf war die Einrichtung eines Entschädigungsfonds ausdrücklich nicht aufgenommen worden.

Betroffene sollen laut der AG Gesundheit auch dann einen Zu-

schuss bei der Stiftung beantragen können, wenn wahrscheinlich ein ärztlicher Fehler vorliegt, dieser jedoch letztendlich nicht gerichtsfest nachweisbar ist. Diese Hilfe würde damit nicht auf einem Rechtsanspruch beruhen. Patienten sollen ebenfalls eine Entschädigung erhalten, wenn ärztliche Fehler nachgewiesen würden, die Verursacherfrage jedoch nicht eindeutig geklärt werden könne.

Die AG Gesundheit der Union fordert auch, Versicherungen dazu zu verpflichten, jede Kündigung oder Änderung der Berufshaftpflichtversicherung eines Arztes der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Dies sei notwendig, weil Ärzte ihre Berufshaftpflicht derzeit nur mit der Anmeldung gegenüber der Ärz-

kammer nachweisen müssten. Bei einer nicht ausreichenden Haftpflichtversicherung sollen die Kammern das Recht erhalten, berufsrechtliche Konsequenzen zu ziehen.

Zudem fordern die Gesundheitspolitiker der Union ein Verbot von kosmetischer Chirurgie an Minderjährigen ohne medizinische Grundlage. Und sie wollen den Begriff „Kosmetische Chirurgie“ schützen, um Verbraucher vor nicht qualifizierter Behandlung durch nicht entsprechend weitergebildete Ärzte zu bewahren.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Sächsische Schwangerenberatungsstellen

Zwei Jahre nach den Gesetzesnovellen bei Pränataler Diagnostik

Zwei Jahre sind vergangen seit den Gesetzesnovellen im Schwangerschaftskonfliktgesetz und der Einführung des Gendiagnostikgesetzes. Die Regelungen sollen für eine bessere Beratung von Schwangeren sorgen, die ein möglicherweise behindertes Kind erwarten. Neben der verpflichtenden ärztlichen Beratung zu den psychosozialen und medizinischen Aspekten aus einem Befund, sieht das Gesetz auch vor, dass die behandelnden Mediziner im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden herstellen.

Im November 2009 haben wir, die Schwangerenberaterinnen der Fachberatungsstellen für pränatale Diagnostik in Sachsen, im „Arzteblatt Sachsen“ über unsere Tätigkeit informiert. Nach zwei Jahren Arbeit möchten wir nun dazu ermutigen, die positiven Erfahrungen zu nutzen, die wir in der Beratung und Betreuung bei schwierigen Schwangerschaften gemacht haben.

Vermittlungspraxis bei pränataler Diagnostik aus der Perspektive der Schwangerenberatung

Die Versorgungssituation und die frauenärztlichen Verweisungsstrukturen in Fällen pränataler Diagnostik stellen sich, aus der Perspektive einer Schwangerenberatung, wie folgt dar: Es ist üblich geworden, dass sich Schwangere neben der Vorsorge im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien für IGGEL-Leistungen bei Frauenärzten mit pränataldiagnostischer Zusatzqualifikation entscheiden (Ersttrimester-Screening, Ultraschall DEGUM II 20. Schwangerschaftswoche). Hierfür werden auch Wege zwischen 30 und 80 km in Kauf genommen. Ein großer Teil der Schwangeren und ihrer Partner erfährt erleichtert: „So weit man sagen kann, entwickelt sich das Kind gut.“

Geben Befunde beim betreuenden Frauenarzt Anlass zum Verdacht auf

eine Behinderung oder Erkrankung des Feten, dann erfolgt eine Überweisung zum pränataldiagnostischen Spezialisten. Bestätigt sich ein Verdacht, folgen in kurzen Abständen Termine bei weiteren Fachärzten: zur Zweitmeinung bei einem Pränataldiagnostiker-Kollegen, beim Humangenetiker, beim spezialisierten Pädiater. So sieht es das SCHKG auch vor. Die weitere Betreuung verbleibt dann meist in den Kliniken oder Praxen der Großstädte. Bis zur Geburt eines Kindes mit Behinderung und für die sofortige medizinische Versorgung nach der Geburt leisten dies die entsprechenden Fach-Kliniken. Spätaborte in höheren Wochen werden in den großstädtischen klinischen Zentren durchgeführt.

Wer auf dem Land wohnt oder auch aus der Stadt in ein größeres Zentrum vermittelt wird, hat mehrfach in kurzer Zeit Fahrten nach Dresden, Leipzig oder Berlin zu absolvieren.

Damit geschieht eine Zentralisierung der ärztlichen Betreuung und Behandlung, die in vielen Fällen nicht mehr in der Heimatregion der Betroffenen erfolgt. Das bestehende Verweisungssystem gewährleistet die gebotene diagnostische Sicherheit und fachärztliche Betreuung. In den spezialisierten Zentralen sind alle potenziell zur Unterstützung nötigen Professionen konzentriert und damit schnell erreichbar: Gynäkologen, Pädiater, Psychiater, Hebammen, Seel-sorger.

Ansatzpunkte zu Vermittlung bei pränataler Diagnostik aus der Sicht der Schwangerenberatung

Aus dieser Statusbeschreibung lassen sich folgende Ansatzpunkte zur Vermittlung aus frauenärztlichen Praxen und Kliniken an Schwangerenberatungsstellen ableiten:

- Eine Einbeziehung der Beratungsstellen ist in jedem Fall bei einem bestätigten pränataldiagnostischen Befund anzustreben. Die Betroffenen brauchen Raum und Zeit, um die Nachricht fassen zu können; Gelegenheit, in Worten und Gefühlen einen Ausdruck dafür zu finden. Beratung bedeutet, zunächst Krisenintervention

zu leisten, für Stabilisierung zu sorgen und das unmittelbar Nächstliegende zu besprechen. Wenn möglich, kann dann eine Gesprächsbasis gesucht werden, um weitere Schritte auf dem Weg zu einer Entscheidung zu bedenken. Das heißt, beide Wege abzuwägen: ein Kind trotz zu erwartender Behinderung auszutragen, sich darauf einzustellen und alles Nötige dafür zu planen oder sich auf einen späten Abbruch der Schwangerschaft vorzubereiten, ganz konkret auf Sterben, Abschied und Beerdigung.

Wir erleben, dass die Einbeziehung der Beratungsstellen bereits bei Verdacht auf eine abweichende Embryonalentwicklung hilfreich sein kann, das heißt schon vor einer sicheren Diagnose.

Nicht alle suchen und brauchen psychosoziale und/oder psychologische Unterstützung bei einer Krise im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik. Manchmal möchte die Schwangere sich „lieber um ihr Kind kümmern“ oder eine Bedrohung eher „fernhalten“. Selbstheilungskräfte und Ressourcen im Umfeld sind individuell unterschiedlich; die Bewertung der Ereignisse, die Bewältigungsmuster ebenfalls. Für emotional sehr bewegte, wie auch für sehr gefasst reagierende Patientinnen (auffällig rational, still) sollte auf jeden Fall eine Verbindung zur Beratungsstelle hergestellt werden.

So kann Begleitung gesichert werden, falls sich ein Verdacht bestätigt. Psychosoziale Beratung kann dazu beitragen, sich mit dem möglichen Kommenden auseinanderzusetzen. Es ist Raum und Zeit, auszusprechen, was belastet und Angst macht, erschüttert und verwirrt. Das betrifft die Gefühle gegenüber dem Ungeborenen wie auch zum Partner.

Die Informationen, die bei Arztbesuchen gegeben wurden, können auf die individuelle Lebenssituation bezogen werden: Was

bedeutet ein Befund, eine Behinderung für das Leben dieser Schwangeren, dieser werdenden Eltern, dieser Familie?

- Es bleibt die wesentliche Frage, wie gut die Vermittlung und Information der Anbieter pränataler Diagnostik, der Frauenärzte, zu den Beratungsstellen funktioniert. In den großstädtischen pränataldiagnostischen Zentren gelingt dies zum Teil bereits gut. Wenn die Schwangeren von dort in ihre Heimatregion zurückkehren, brauchen sie die Gewähr einer längerfristigen psychosozialen Versorgung in ihrer Nähe: bis zur Geburt eines möglicherweise behinderten Kindes und darüber hinaus, wie auch nach einem Spätabort. Das heißt, die fachmedizinischen Zentren müssen wissen, wo die regionalen Beratungsstellen für eine Weiterbetreuung der Betroffenen zu finden sind. Die Beratungsstellen verfügen über ein breites sozialrechtliches Wissen und kennen die regionalen Hilfsangebote. Für Eltern, die ein möglicherweise behindertes Kind erwarten, können sie sowohl die nötige psychosoziale Begleitung anbieten, als auch Koordinatoren und „Dispatcher“ für weiterführende Hilfen sein.
- Die Bewältigung eines so einschneidenden Geschehens wie

eines späten Schwangerschaftsabbruches bedarf individuell unterschiedlich langer Zeiträume. Die Entscheidung zum Spätabort wird als eine Entscheidung in eigener Verantwortung verstanden, so dass Themen wie Trauer, Schuld und Überlastung oft erst lange nach dem Ereignis eingestanden werden. Es ist keine Seltenheit, dass Frauen erst zwei Jahre später Hilfe suchen: bei Erschöpfungszuständen, in Paar Konflikten oder in einer nachfolgenden Schwangerschaft. Die Betroffenen, Frauen und Männer, sollten durch ihre betreuenden Ärzte, gerade auch in den pränataldiagnostischen Zentren, auf diese Zusammenhänge vorbereitet und auf Beratungsstellen in ihrer Heimatregion deutlich hingewiesen werden.

- Nicht selten ist „Pränataldiagnostik“ auch bei „ganz normalen Schwangerschaften“ ein Thema im Gespräch zwischen Schwangerer und Beraterin, denn die Frage nach Behinderung und Krankheit, die mit vorgeburtlichen Untersuchungen unausgesprochen einhergeht, berührt und beschäftigt in einer „Zeit guter Hoffnung“ doch sehr.

Fallbeispiele

Zwei Fallbeispiele – aus einer städtischen und einer im ländlichen Raum angesiedelten Beratungsstelle –

mögen einen exemplarischen Einblick in Beratungsabläufe zeigen, wie sie im vergangenen Jahr tatsächlich stattgefunden haben:

Fall I

Frau B. ist 27 Jahre alt. Sie lebt in Partnerschaft und hat aus einer früheren Beziehung 5-jährige Zwillinge. Sie ist derzeit arbeitsuchend. Bei der Messung der Nackenfalte in der 12. Schwangerschaftswoche beim Gynäkologen wurde ein auffälliger Wert festgestellt. Daraufhin erhält sie eine Überweisung in das „Zentrum für Pränatale Medizin“. Auf eigenen Wunsch wird eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt. Danach stellt der Arzt mir Frau B. vor. Hier kommt es zu einem kurzem Kennenlernen und ich mache Frau B. das Angebot, sie bei Bedarf weiter zu begleiten. Sie thematisiert ihre Ängste vor einem auffälligen Befund und ihre finanziellen Schwierigkeiten. Nach einer Woche bekommt sie das Ergebnis, dass keine genetischen Auffälligkeiten festgestellt wurden. Frau B. ist erleichtert. Nach einer weiteren Ultraschalluntersuchung wird eine Zwerchfellhernie festgestellt. Sie nimmt eine Beratung direkt im Anschluss wahr. Ihr ist nicht klar, was dieser Befund für sie bedeutet und wie die weiteren Schritte aussehen. Die Entscheidung zum Austragen des Kindes ist für Frau B. ganz klar getroffen. Der Partner wird sie unterstützen so gut es geht. Er ist berufstätig, arbeitet auf Montage. Im Mit-

teltpunkt der ersten Beratungen stehen der Umgang mit der Diagnose, die Organisation des künftigen Familienlebens, Hilfsangebote, zum Beispiel Vermittlung zur Stiftung „Hilfe für Familien, Mutter und Kind“, und weiterführende soziale Beratung. Sie wünscht ausdrücklich eine Weiterbetreuung und Unterstützung und Begleitung bei weiteren Arztterminen. Sie hat große Sorge, nicht alles zu verstehen oder ihre Fragen zu vergessen. Frau B. nimmt während der Schwangerschaft sieben Beratungen in Anspruch. Gemeinsam klären wir organisatorische Dinge, zum Beispiel, wer versorgt die Kinder, wenn sie nach der Geburt mit dem Säugling in der Klinik ist oder wer erstattet Fahrtkosten etc. Ich begleite Frau B. zu den Untersuchungen, insbesondere beim Konzil mit dem Kinderchirurgen. Wir bereiten Fragen vor, besprechen Untersuchungen nach. Frau B. kann ein gutes Gefühl zur Schwangerschaft aufbauen und ist froh um die angebotene Begleitung. Wir bereiten gemeinsam alles für die Geburt vor. Sie wird in der Klinik durch uns angemeldet und es gibt bereits vor Entbindung Kontakt zur Kliniksozialarbeiterin. Es wird ein geeigneter Kinderarzt gesucht, der Frau B. nach der Entbindung weiter betreut. Alles wird für eine Operation nach der Geburt vorbereitet.

Das Kind kommt per Kaiserschnitt geplant zur Welt. Ich besuche Frau B. in der Klinik. Alles Weitere wird dann durch die Sozialarbeiterin der Klinik organisiert. Frau B. fühlte sich sicher, trotz der nun beginnenden schwierigen Lebensphase.

Inzwischen lebt Frau B. mit ihrem Kind zu Hause. Ihr Sohn hat sich gut entwickelt und Frau B. genießt nun nach der ersten Operation die Zeit zu Hause. Auch ein halbes Jahr später besteht Kontakt zur Klientin.

Fall II

Frau K. wird durch ihre Pränataldiagnostikerin telefonisch an die Beratungsstelle vermittelt. Die 28-Jährige wohnt in der Nachbarstadt, ca. 80 km von der Arztpraxis entfernt. In der nächsten Beratungspause rufe ich die Ärztin zurück und erfahre: bei der Erstschwangeren hat der Ultra-

schall in der 19. Schwangerschaftswoche sehr viele auffällige Werte gezeigt, kein altersgerechtes Wachstum, kaum Bewegung des Kindes. Die humangenetische Prognose war schlecht ausgefallen. Frau K. möchte Kontakt zur Beratungsstelle, sodass ich Telefonnummer, Name und Adresse mitgeteilt bekomme. Beim anschließenden Telefonat höre ich eine traurige Stimme. Die ersten sondernden Fragen ergeben, dass die junge Frau viele Arzttermine hatte und dafür mehrfach bis zu 100 Kilometer gefahren war. Nun ist sie allein zu Hause. Ich kann mir für die Mittagszeit einen Hausbesuch einrichten. Damit sind Zeit und Raum gegeben, sodass Frau K. ihre Situation schildern kann.

In guter Hoffnung und fröhlich war sie mit ihrem Mann aus dem Urlaub zurückgekehrt. Der Umzug in den neuen Arbeitsort des Mannes stand bevor. In diese Situation brach die Diagnosemitteilung ein. Frau K. kann eine Woche danach noch nicht fassen, was geschehen ist. Als Mitarbeiterin in einem Businessbetrieb ist sie logisches und rasches Agieren gewohnt: jetzt wird sie konfrontiert mit einer Diagnose, die sich nicht schlüssig herleiten lässt und für die es keine Therapie gibt. Zu dem Kind im Bauch kann sie keine Verbindung mehr herstellen. Sie verweist darauf, dass auch äußerlich kaum ein Bauch sichtbar wäre und empfindet doch Scham darüber, dass sie so empfindet. Mit mir unternimmt sie erste Versuche einer Einordnung der rationalen und emotionalen Reaktionen. Angesichts der Befunde hat sich das Paar entschlossen, die Schwangerschaft durch einen Abort zu beenden. Die innere Auseinandersetzung ist damit nicht beendet: im Gespräch wiegt Frau K. nochmals die Kriterien ab, die zu der Entscheidung geführt haben, um erneut festzustellen, dass der Schweregrad der Entwicklungsstörungen beim Kind von ihr und ihrem Mann nicht getragen werden kann. Mit ihrer Hebamme und der Pränataldiagnostikerin hatte die Schwangere ausführlich gesprochen, die Kontakte waren ihr hilfreich. Nun tauchen viele Fragen zu den kommenden Abläufen auf: können

Freunde, Eltern, Geschwister in ihrer Nähe sein, wenn der Ehemann im Dienst ist? Wie kann sie in Stunden des Alleinseins für sich sorgen – mit Spaziergängen, Kümmern um ihre Haustiere, Musik hören? Was möchte sie den eigenen Teamkollegen mitteilen über das Ende der Schwangerschaft? Wie wird die eingeleitete Geburt verlaufen? Soll sie das Kind anschauen? Soll es einen Namen bekommen? Wie kann sie sich einstellen auf diese für sie erste Begegnung mit Tod und Sterben?

Drei Tage später kann der Ehemann bei einem zweiten Hausbesuch mit da sein. So ist es möglich, auf seine Fragen einzugehen und das Paar darin zu bestärken, die schwere Zeit auch gemeinsam zu bestehen. Inzwischen sind mit Verwandten und Freunden Absprachen getroffen, dass Frau K. nicht allein bleibt. Mit mir vereinbaren die beiden, dass sie sich jederzeit in der Beratungsstelle melden können.

Zwei Wochen nach der Entbindung ruft mich Frau K. von ihren Eltern aus an, bei denen sie die Zeit bis zum Umzug verbringt. Frau K. möchte über Geburt und Abschied berichten. Sie teilt mit, wie wichtig ihr die stete und zugewandte Begleitung des Krankenhauspersonals war. Der Ehemann stand ihr die gesamte Zeit der Entbindung zur Seite, beiden sind Hand- und Fußabdrücke des Kindes als Erinnerungen bedeutsam. Im Befinden der jungen Frau wechseln Stunden, in denen sie sich relativ gut fühlt mit Zeiten des Grübelns und der Traurigkeit. Dabei spielt die Frage, warum gerade ihr all dies widerfahren ist, eine große Rolle. Auch ein weiteres Gespräch, Frau K. ist inzwischen in den Arbeitsort ihres Mannes umgezogen, führen wir als Telefonberatung. Der Wiedereinstieg in die Arbeit steht an. Ihr Befinden bessert sich insgesamt. Die Reflexion über das traurige Schwangerschaftsende verbindet sich nun mit Erinnerungen an glückliche Schwangerschaftserlebnisse; für das ungeborene Kind gibt es einen sehr persönlichen Namen. Allmählich erhält es so einen Platz in der Biografie der Frau und des Paares. Frau K. hat sich der Hoffnung auf ein zweites Kind

geöffnet. Sie weiß, dass sie sich, wenn sie möchte, gern wieder an die Beratungsstelle wenden kann.

Fazit

Überzeugung für Zusammenarbeit entsteht am gelingenden praktischen Beispiel, an der Erfahrung gelungener fallbezogener Kooperation.

Wichtig ist, die unterschiedlichen Gegebenheiten in ländlichen und großstädtischen Regionen zu berücksichtigen. Die langen Wege, die Schwangere und Paare in Fällen pränataler Diagnostik in die Zentren zurücklegen müssen, sind sicher nicht zu vermeiden. Vermeidbar ist, dass die Betroffenen die notwendige psychosoziale Begleitung ebenfalls nur in Verbindung mit diesen Zentren erhalten. Beratung bei diesen schwerwiegenden, den Einzelnen, die Paare und die Familien belastenden Ereignissen ist in der Regel keine einmalige Beratung, sondern ein Prozess, der sich über mehrere Beratungen, manches Mal bis zu einem Jahr erstreckt oder auch erst nach diesem aufgenommen wird. Deswegen ist die Kenntnis über das Angebot der Beratung über die Fläche des Landes so wichtig für die pränataldiagnostischen Zentren.

Für die Vermittlung von Schwangeren vom Frauenarzt zur Schwangerenberatungsstelle hat sich in allen Regionen der folgende Ablauf bewährt:

Vermittlung von Patientinnen vom Frauenarzt zur Schwangerenberatungsstelle

■ Schwangere Frauen und Paare werden vom Arzt über das psychosoziale Angebot der Schwangerenberatungsstelle unterrichtet.

AWO-Beratungsstellen in Sachsen

AWO Kinder- und JugendhilfegGmbH Dresden

Schwangeren-, Familien- und Beratungszentrum „Neues Leben“
Schaufußstraße 27,
01277 Dresden,
Tel.: 0351 3361107,
E-Mail: awo.schwanger.beratung@gmx.de

AWO Vogtland Bereich Reichenbach e.V.

Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle
Obere Dunkelgasse 45,
08468 Reichenbach
Tel.: 03765 555057,
E-Mail: pruss@awovogtland.de

Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Löbau-Zittau gGmbH

Beratungsstelle für Schwangere, Paare und Familien
Johannstraße 14,
02708 Löbau,
Tel.: 03585 476622,
E-Mail: familien.beratung@dwlz.de

DRK KV Leipzig-Stadt e.V.

Beratungsstelle für Schwangere und Familien
Brandvorwerkstraße 36a,
04275 Leipzig
Tel.: 0341 3035120,
E-Mail: schwangerenberatung@drk-leipzig.de

pro familia Chemnitz

Weststraße 49,
09112 Chemnitz
Tel.: 0371 302102,
E-Mail: chemnitz@profamilia.de

- Die Vermittlung ist – je nach Situation der Frau / des Paares – vor pränataldiagnostischen Untersuchungen, in der Wartezeit zwischen Untersuchungen und nach Befunden möglich.
- Je nach Bedarf und Situation kann
 - die Schwangere selbst Kontakt zu einer Beratungsstelle

aufnehmen, um Zeit und Ort für ein Gespräch zu vereinbaren. Sie erhält dafür vom Arzt die Kontaktdaten von Beratungsstellen in Wohnnähe der Schwangeren.

- der Arzt kann die Vermittlung (mit Einverständnis der Schwangeren) selbst vornehmen. In diesem Fall ruft der Arzt in der Beratungsstelle an und vereinbart einen Termin. Kann in der Beratungsstelle niemand persönlich erreicht werden, dann ist ein Anrufbeantworter geschaltet und der Arzt wird aus der Beratungsstelle zurückgerufen.

Mit Einverständnis der Schwangeren können vom Arzt vorab Informationen zu einem Befund an die Schwangerenberatungsstelle gegeben werden.

Wir gehen davon aus, dass die Vermittlungspraxis in den kommenden Jahren erprobt und gegebenenfalls korrigiert werden muss. Der Prozess hin zu einer stabilen Kooperation wird sicher noch einige Zeit dauern und ist am besten als eine Erprobungszeit mit Korrekturchancen aufzufassen.

Wir möchten ermutigen, sich dazu mit den Fachberaterinnen in den unten aufgeführten Stellen und mit den Schwangerenberatungsstellen in ihrem Einzugsgebiet in Verbindung zu setzen.

Christiane Lammert
Dipl.-Sozialpädagogin und Psychologische Beraterin im Diakonischen Werk Löbau-Zittau, Beratungsstelle für Schwangere, Paare und Familien
Johannisstraße 14, 02708 Löbau
Im Namen der Fachberatungsstellen

„116 117“

Bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst

Seit dem 16. April 2012 gibt es für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eine bundesweit einheitliche Telefonnummer. Bisher existierten deutschlandweit ca. 1.000 Rufnummern für die Erreichbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Jetzt können alle Bürger, die außerhalb der üblichen Sprechzeiten dringend ärztliche Hilfe benötigen, über

die „116 117“ den Bereitschaftsdienst ohne Vorwahl und kostenfrei vor Ort erreichen.

Grundprinzip ist, dass alle Anrufer der „116 117“ automatisch an die jeweiligen lokalen Rufnummern des Bereitschaftsdienstes weitergeleitet werden. Ist eine automatische Weiterleitung nicht ohne weiteres möglich, übernimmt ein Service-Center zum Beispiel durch Abfrage der Postleitzahl des Aufenthaltsortes des Hilfesuchenden die Vermittlung. Für eine Übergangszeit bleiben die bisherigen Rufnummern neben der neuen „116 117“ noch erhalten.

Die „116 117“ wurde auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Länder-KVen bei der Europäischen Union bereits 2009 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst europaweit reserviert. Deutschland hat diese Telefonnummer nun als erstes Land eingeführt. Vorgesehen ist, dass alle EU-Länder schrittweise die „116 117“ für die Erreichbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes einführen.

Weitere Informationen im Internet unter www.116117info.de

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Wurst und Wahn. Ein Geständnis.

Jakob Hein
Roman
Verlag Galiani Berlin
Euro 14,99 (D)
ISBN 978-3-86971-047-1

Jakob Hein, Jahrgang 1971, gehört zur Spezies der schreibenden Ärzte. Er hat sein Medizinstudium in Berlin, Stockholm und Boston absolviert. Von 1998 – 2011 war er Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité, wo er bei den Studenten vor allem wegen seiner unkonventionellen Lehre beliebt war. Unvergessen bleibt dabei seine legendäre Vorlesung zur Psychopathologie der Simpsons. Seit 2011 ist Jakob Hein als niedergelassener Psychiater in Berlin Mitte tätig. Seine literarischen Wurzeln wurden ihm als Sohn von Christoph Hein quasi in die Wiege gelegt und so veröffentlichte er kurz nach seiner Dissertation im Jahr 2000 sein erstes Werk mit dem Titel „Mein erstes T-Shirt“. Seitdem folgte eine ganze Reihe anderer erfolgreicher Bücher nach.

„Wurst und Wahn. Ein Geständnis“ erschien 2011. Darin hat Jakob Hein das Geständnis eines namenlosen Helden niedergeschrieben, der nach der völligen Zerstörung seines Lebens durch den Zwang des Vegeta-



Jakob Hein © David-Brandt.de

riertaseins den führenden Vegetarier Tom Tofu ermordet. Dabei fing alles ganz harmlos an, bei einer Weihnachtsfeier mit den Kollegen bestellte sich der Protagonist nichts ahnend und voller Vorfreude eine saftige Gänsekeule. Doch er wird von der Reaktion seiner Kollegen kalt erwischt, denn diese überschütten ihn geradezu mit Empörung. Ob er denn noch ganz bei Trost sei und nicht wüsste, welch grausames Leben und welch noch grausameren Tod diese Tiere hinter sich hätten. Um sich in Ruhe seinem Essen widmen zu können und in der Hoffnung, dass dies eine vorübergehende Phase sei, verkündet er, ab Beginn des neuen Jahres das Fleischessen aufzugeben. Aber der Fleischentzug verändert sein Wesen, beginnend mit kurzen Realitätsverlusten beim Anblick von durch die Gegend spazierendem Lebendfleisch in Form von Haustieren und sich zu immer schlimmeren Aussetzern hin steigend: „Mittler-

weile kam ich dafür kaum noch zu Bewusstsein, teilweise kam ich erst Stunden später zu mir, im Mund einen Kuschelbären.“ Auch das vom Blogger Tom Tofu empfohlene Verzehren von Nahrungsmitteln mit Gesicht wie Dinosauriernudeln oder Schokobären schafft dem keine Abhilfe. Zu guter Letzt grau und ausgebleicht, kommt dem Protagonisten auch noch seine Manneskraft abhanden und so beschließt er, vom Untergrund-Karnivoren Brühwürfel 69 angeworben, den Kampf gegen das Vegetariertum aufzunehmen.

Vorgetragen wurden Auszüge des Romans vom Autor bei der Lesung „Großstadtneurotiker“, die von der Sächsischen Landesärztekammer im Februar 2012 in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene-Museum organisierte wurde. Hein begeisterte die Besucher der restlos ausverkauften Veranstaltung mit seiner szenischen Lesung in der Tradition der Lesebühne des Kaffee Burger, bei der er seit 1998 auftritt. Die Eigenlektüre der circa 100 Seiten gestaltet sich allerdings unerwartet träge. Der Witz des tristen Vegetarierlebens zieht sich in die Länge und man kommt nicht um den Gedanken herum, dass hier der Stoff einer Kurzgeschichte auf den Umfang eines „Romans“ überdehnt wird.

Maxie Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unkollegiales Verhalten gegenüber Weiterzubildenden

Die Sächsische Landesärztekammer ist unter anderem auch für die ärztliche Weiterbildung in Sachsen verantwortlich. Daneben nimmt sie die Berufsaufsicht über alle Mitglieder wahr.

Die Weiterbildung wird in angemessener vergüteter, hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt. Sie erfolgt unter Anleitung befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung sowie teilweise durch die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen.

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung) ist für die Planung der Weiterbildung die wichtigste Grundlage. Vielfältige Förderangebote können die Entscheidung, weiterzubilden, erleichtern. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) und den Krankenkassen in besonderer Weise gefördert.

Gegenstand der Durchführungsbestimmungen der KVS ist unter anderem, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Weiterzubildenden abgeführt werden. Die für den Arzt in Weiterbildung anfallenden Lohnnebenkosten (Arbeitgeberanteil) werden nicht aus den Fördermitteln bestritten. Dies ist durch den Anstellungsvertrag nachzuweisen.

Entgegen des Anstellungsvertrages und unter Bruch der Fördervereinbarung mit der KVS hat ein Mitglied dennoch monatlich weniger Lohn ausgezahlt, als es der Förderbetrag ermöglicht hätte.

In diesem Verhalten wurden Verstöße gegen § 17 Abs. 1 Nr. 13 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) in Verbindung mit

§ 19 Abs. 3 und § 29 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung) sowie § 16 Abs. 1 SächsHKaG in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der Berufsordnung gesehen (Gesetzestext nachzulesen unter: www.slaek.de, Rechtsgrundlagen). Danach ist der Arzt verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Ferner haben sich Ärzte untereinander kollegial zu verhalten. Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. „Angemessen“ sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene

Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und die bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

Da also nicht nur gegen die Förderrichtlinien der KVS verstoßen worden ist, sondern auch gegen geltendes Berufsrecht, war es rechtmäßig, eine berufsrechtliche Maßnahme zu ergreifen. Das Mitglied wurde gerügt und ein Ordnungsgeld in Höhe von 1.000,00 EUR verhängt. Diese Maßnahme ist rechtskräftig.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

22. Sächsischer Ärztetag

Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal

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

Tagesordnung

25. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung Freitag, 22. Juni 2012, 14.00 Uhr

(Organ der Sächsischen Ärzteversorgung, um 10 Mandatsträger der Sächsischen Landestierärztekammer Erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)

1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. Tätigkeitsbericht 2011 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 2011 und Diskussion
Bericht: Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer, Frank Neumann, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs WP Partner AG
 - 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2013
Bericht: Dr. Andreas Jurk, Mathematischer Sachverständiger
 - 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses

der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2011

3. Satzungsänderungen der Sächsischen Ärzteversorgung
Bericht: RA Dr. Jochim Thietz-Bartram, Mitglied des Verwaltungsausschusses
4. Änderung der Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
5. Bekanntgabe des Termins der 26. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung
6. Verschiedenes

Abendveranstaltung Freitag, 22. Juni 2012, 18.30 Uhr

Begrüßung: Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2012 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag: „Darf's ein bisschen mehr sein?“

Referent: Ministerialdirigent Dr. jur. Wolfram Eberbach, Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Erfurt

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen

46. Tagung der Kammerversammlung Sonnabend, 23. Juni 2012, 9.00 Uhr

1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
– dem Bericht des Präsidenten
– dem Tätigkeitsbericht 2011

3. Finanzen
 - 3.1. Jahresabschlussbilanz 2011
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dipl.-oec. Cornelia Auxel, Wirtschaftsprüferin, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner
 - 3.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2011
 - 3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2012
4. Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt / zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung
Bericht: Erik Bodendieck, Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses
5. Bundesweite Evaluation der Weiterbildung
Bericht: Prof. Dr. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
6. Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Knut Köhler M.A., Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
7. Bekanntgabe von Terminen
8. Verschiedenes

Für die Vorträge werden insgesamt 2 Fortbildungspunkte vergeben.

Zwischenprüfung

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 9. Juli 2012, 8.00 bis 10.00 Uhr** durch.

Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

- Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10,
09111 Chemnitz
- Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
„Anne Frank“
Reißiger Straße 46, 08525 Plauen
- Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16,
01099 Dresden
- BSZ Christoph Lüders Görlitz
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz
- Ruth-Pfau-Schule, Berufliches Schulzentrum der Stadt Leipzig
Schönauer Straße 160,
04207 Leipzig

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **31. Mai 2012** zu erfolgen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht. Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersu-

chung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen. Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung. Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171/173 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Einladung zum Seniorentreffen der KÄK Dresden

am Dienstag, dem 5. Juni 2012, 15.00 Uhr, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

Thema: „Die Geschichte des Dresdner Zoos“. Referent ist Winfried Gentsch.

Seien Sie herzlich willkommen!

Wichtiger Hinweis: Es werden dringend Interessenten für die Mitarbeit im Seniorenausschuss gesucht! Treff ist eine Stunde vor Veranstaltung (14.00 Uhr) im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer.

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

Gleichwertigkeit ausländischer ärztlicher Tätigkeit

Ausländischen angestellten Ärzten in stationären Einrichtungen, in denen der Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte/VKA) Anwendung findet, ist gemäß § 19 Abs. 2 sowie der Protokollerklärung hierzu die Möglichkeit eröffnet, bei der Sächsischen Landesärztekammer eine Bescheinigung für den Arbeitgeber über die Gleichwertigkeit einer im Ausland abgeleiteten ärztlichen Tätigkeit mit inländischer zu beantragen. Diese Bescheinigung kann bei der tarifrechtlichen Gehaltseinstufung durch den jeweiligen Arbeitgeber Berücksichtigung finden. Voraussetzung für die Erstellung die-

ser spezifischen tarifrechtlichen Gleichwertigkeitsbescheinigung ist die Vorlage aussagekräftiger Tätigkeitsnachweise – einschließlich deren Übersetzung – über die ärztliche Tätigkeit des Antragstellers im Ausland.

Die zu übermittelnden Urkunden müssen folgenden Kriterien genügen:

- Ort der Tätigkeit im Ausland (stationäre oder ambulante Einrichtung, Behörde etc.)
- Zeitraum der ausgeübten Tätigkeit im Ausland (möglichst taggenau)
- Art der ausgeübten ausländischen Tätigkeit.

Hinsichtlich der zuletzt genannten Angabe ist darauf hinzuweisen, dass nur ärztliche Tätigkeit anerken-

nungsfähig ist. Bei der erstellten Bescheinigung handelt es sich nicht um eine Gleichwertigkeitsbescheinigung im weiterbildungsrechtlichen Sinne. Eine Solche ist gegebenenfalls gesondert im Referat Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer zu beantragen.

Für das Verwaltungshandeln der Sächsischen Landesärztekammer zur Erstellung der Gleichwertigkeitsbescheinigung ausländischer ärztlicher Tätigkeit mit inländischer wird eine Gebühr in Höhe von 50,00 EUR erhoben. Ansprechpartner für Fragen ist die Rechtsabteilung, Herr Ass. jur. Michael Kratz, Tel. 0351 8267-428.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Hilfe für Opfer

Die Bundesärztekammer und die Sächsische Landesärztekammer bitten um die Unterstützung der Kampagne „Sei stark. Hol dir Hilfe!“ der Opferschutzorganisation „WEISSER RING e. V.“. Mit dem Kampagnenthema appelliert der gemeinnützige Verein an die Opfer von Kriminalität und Gewalt, sich nicht passiv zu verhalten, sondern Straftaten anzuzeigen und sich Unterstützung zu suchen. In einer bundesweiten Kampagne sollen staatliche wie nicht

staatliche Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Der „WEISSE RING“ bietet ein flächendeckendes Hilfsnetz mit rund 3.000 ehrenamtlichen Helfern in 420 Anlaufstellen. Die Organisation hilft Kriminalitätsoffern beim ersten Gespräch (Opfer-Telefon: 116 006), durch Besuche am Krankenbett oder im Umgang mit Behörden (Anzeige bei der Polizei, Antrag auf Opferentschädigung).

Opfer von Kriminalität und Gewalt leiden unter körperlichen aber auch seelischen Verletzungen. Ärztinnen

und Ärzte sind oftmals die ersten, an die sich Opfer einer Straftat wenden. Sie können mithelfen, dass diese Menschen das Erlebte besser verarbeiten. Der „WEISSE RING“ hat dazu Infolyer, Plakate und Hinweise im Scheckkartenformat erstellt, die Ärzte an Betroffene weitergeben können.

Weitere Informationen unter www.weisser-ring.de.

Maxie Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 6. Mai 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Lied-Gut.
Teilnehmer des 16. Internationalen

Schumann-Wettbewerb stellen sich vor
Lieder von Schumann, Brahms, Schubert,
Wolf und Mahler
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 3. Juni 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Classic meets Carmen
Kostbarkeiten der klassischen Musik und
feurige Zigeunerklänge

Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden
Klasse Prof. Annette Unger

Ausstellung – Foyer und 4. Etage

Kerstin Franke-Gneuß
schichten.Radierung
bis 13. Mai 2012

**Keine Ausstellung im Zeitraum
Juni bis September 2012 wegen
Umbauarbeiten.**

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 Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/C026

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2012

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 12/C027

Chemnitz-Stadt

Ärztlicher Psychotherapeut
Reg.-Nr. 12/C028

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 12/C029

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C030

Chemnitzer-Land

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 12/C031

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 12/C032
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.06.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D020

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D021

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/D022

Riesa-Großenhain

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/D023

Sächsische Schweiz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 12/D024

Weißeritzkreis

Facharzt für Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 12/D025

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.05.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.06.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L023

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L024

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L025

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/L026

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L027

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L028

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L029

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.06.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

HIV und Komorbidität

Einleitung

Die HIV-Infektion ist seit Einführung effektiver Therapieverfahren zu einer chronischen, behandelbaren Erkrankung geworden. Seit der Verfügbarkeit der hochaktiven antiretroviralen Kombinations-Therapie (HAART oder cART) im Jahr 1995 konnte die HI-Viruslast erstmals unter die Nachweisgrenze supprimiert und zumindest eine teilweise Immunrestitution erreicht werden. Die Lebenserwartung der Infizierten stieg daraufhin vor allem in den Industrieländern schon bald deutlich an (1-4) und damit auch kontinuierlich die Prävalenz der HIV-Infektion: In Deutschland geht man nach aktuellen Schätzungen des Robert-Koch-Instituts davon aus, dass seit Beginn der Epidemie etwa 100.000 Personen mit HIV infiziert wurden und inzwischen 27.000 daran verstarben, sodass hierzulande derzeit etwa 73.000 Menschen mit HIV/AIDS leben. Pro Jahr kamen etwa 3000 Neuinfizierte hinzu. Etwa 52.000 HIV-Infizierte befanden sich Ende 2011 unter antiretroviraler Therapie (5).

Schon früh, nach breitem Einsatz der HAART, anfangs bestehend aus einer Kombination aus drei antiretroviralen Medikamenten unter Einschluss der Substanzklasse der Proteasehemmer, fielen zum Teil erhebliche Dyslipidämien und ausgeprägte Fettverteilungsstörungen in Form einer Lipodystrophie auf. Dieses Syndrom wurde je nach Studie bei 20-80% der so behandelten Patienten beschrieben (6,7) und zunächst in erster Linie auf die Proteasehemmer

zurückgeführt, trat aber auch im Zusammenhang mit anderen antiretroviralen Medikamenten auf. Es stellte das erste äußerlich sichtbare und oftmals entstellende Kennzeichen möglicher Komorbidität trotz erfolgreicher antiretroviraler Therapie dar und führte dazu, dass nach anfänglicher Euphorie die Indikation zur HAART für viele Jahre zurückhaltender und später gestellt wurde.

Heute ist bekannt, dass nicht nur die HAART, sondern auch die HIV-Infektion selbst im Rahmen chronischer Aktivierung des Immunsystems und resultierender Entzündung mit Beeinflussung der Endothelfunktion, möglicherweise in Kombination mit genetischer Prädisposition und Verhaltensfaktoren zu gesteigerter Morbidität führt (1, 8-10). Bei steigender Lebenserwartung wird die Population HIV-Infizierter in den Industrieländern immer älter: Es wird geschätzt, dass bis zum Jahr 2015 über 50% der HIV-Infizierten in den USA über 50 Jahre alt sein werden (11, 12). Vor diesem Hintergrund stellt die Komplexität ohnehin auftretender Alterserscheinungen in Kombination mit HIV- und / oder therapiebedingten Veränderungen die Behandlung solcher Patienten vor neue Herausforderungen. Zusätzliche Morbiditäts-Risiken entstehen durch Ko-Infektionen wie Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Erkrankungen, die ebenfalls erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen.

Dyslipidämie und metabolische Veränderungen

Bereits vor Einsatz der HAART konnte bei der unbehandelten HIV-Infektion ein verminderter Spiegel von HDL- und LDL-Cholesterin in Verbindung mit erhöhten Triglycerid-Spiegeln und verstärkter VLDL-Lipoproteinproduktion nachgewiesen werden (13, 14), insbesondere in fortgeschrittenen Stadien (15). Es wird vermutet, dass HIV durch entzündliche Reaktionen des Immunsystems das Fettgewebe stimuliert und damit eine verstärkte Lipolyse bewirkt. Die so entstehende Ansammlung freier Fettsäuren in der Leber erklärt die Stimulation der Bildung von Triglyceriden und deren Trans-

port innerhalb von VLDL. Darüber hinaus wurden bei unbehandelten HIV-Infizierten erhöhte TNF-alpha-Spiegel nachgewiesen, wodurch die insulinmedierte Hemmung der Lipolyse behindert wird (1, 6, 16, 17).

HAART-assoziierte Stoffwechselveränderungen

In Zusammenhang mit der HAART wurden noch deutlichere atherogene Lipidveränderungen festgestellt mit erhöhten Triglyceriden, erhöhtem LDL-Cholesterin und erniedrigtem HDL-Cholesterin (6, 9, 18). Die Pathogenese der HAART-assoziierten Dyslipidämie ist komplex und nicht in allen Einzelheiten geklärt. Sie wird gehäuft bei Einschluss von Protease-Inhibitoren (PI's) im Therapie-Regime beobachtet. Es wird angenommen, dass PI's über die Hemmung des Abbaus von Regulator-Proteinen des Lipidstoffwechsels zu einer verstärkten hepatischen Liponeogenese führen (6, 19). Zudem wurde gezeigt, dass bestimmte PI's den Abbau von Apolipoprotein B hemmen (20). Ein weiterer Mechanismus könnte in der Strukturähnlichkeit des aktiven Zentrums der HIV-Protease und zweier im Lipidstoffwechsel vorkommender homologer Proteine CRABP-1 und LRP bestehen: Es wird postuliert, dass PI's an CRABP-1 binden, das an der Aktivierung der Differenzierung und Proliferation von Adipozyten beteiligt ist, sodass es bei Hemmung zu einer Apoptose von Adipozyten, Freisetzung von Lipiden kommen könnte (21). LRP ist am Abbau von Triglyceriden in den Gefäßendothelien beteiligt, was durch Bindung von PI's behindert wird (21) und somit zu einer Hypertriglyceridämie beiträgt.

In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass HIV-Patienten unter HAART eine vermehrte Synthese und verminderten Abbau von VDLR (22) und Lipoprotein B (23, 24) aufweisen sowie eine verminderte Lipoproteinlipaseaktivität (25). Zusätzlich zu der solcherart getriggerten Hypertriglyceridämie wurden erhöhte Spiegel atherogener Lipoprotein-Abbauprodukte nachgewiesen (1, 26).

Andere antiretrovirale Medikamente wie die nukleosidalen Reverse Trans-

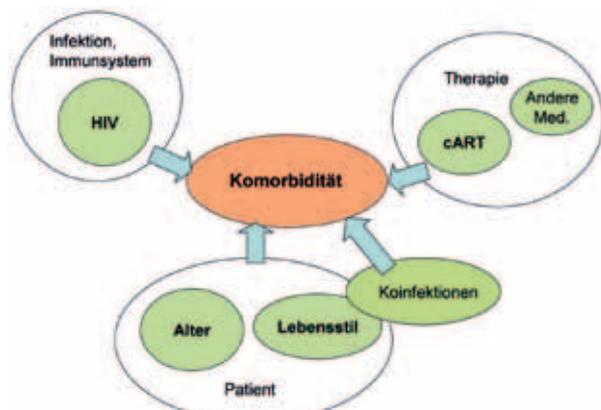


Abb. 1: Schema Einflüsse auf Komorbidität

skriptase-Hemmer (NRTI's), als älteste zur Verfügung stehende Medikamente stets Bestandteil der antiretroviralen Therapie, haben eine deutlich geringere Assoziation mit Dyslipidämien, können jedoch zu mitochondrialer Toxizität und Lactatazidose führen. Nicht nukleosidale Reverse Transkriptase-Hemmer (NNRTI's) als Alternative zum Einsatz von Proteasehemmern haben ebenfalls ein vergleichsweise geringes Risiko für Fettstoffwechselstörungen; allerdings wurde auch unter Efavirenz die Ausbildung einer Lipoatrophie beobachtet (27).

Lipodystrophie

Sichtbarer Ausdruck der beschriebenen Stoffwechseleränderungen sind teilweise erhebliche Fettverteilungsstörungen, die je nach Studie und Definition in 20 – 80 % der Patienten unter HAART auftreten können (28, 29). Es handelt sich dabei um eine periphere Lipoatrophie im Bereich der Extremitäten in Verbindung mit einer Akkumulation des viszeralen Fettgewebes am Stamm. Die Lipoatrophie im Gesicht kann dabei entstellende Ausmaße annehmen; ebenso kann es zu störenden Fettansammlungen im Nacken („buffalo hump“) und bei Frauen im Bereich der Brüste kommen. Unter anderem hatten diese Nebenwirkungen dazu geführt, die HAART statt der anfänglichen „hit hard and early“-Strategie erst bei niedrigen CD4-Zellzahlen (< 200/µl) zu beginnen. Inzwischen wird aufgrund nachweislich verbesserter Prognose wieder ein früherer Beginn der HAART empfohlen (30, 31), was durch neuere, nebenwirkungsärmere Medikamente erleichtert wird.

Insulinresistenz

Die Insulinresistenz bei HIV-Infektion ist multifaktoriell bedingt: durch die HIV-Infektion selbst sowie durch direkte und indirekte Effekte der antiretroviralen Therapie mit der Folge von Fettverteilungsstörungen. Sie weist je nach Definition eine Häufigkeit von bis zu 60% bei mit HAART behandelten HIV-Patienten auf (6, 28). Insulinresistenz wurde in Zusammenhang mit der Akkumula-

tion von viszeralem Fett, peripherer Lipoatrophie und einer erhöhten waist to hip-ratio beobachtet (18, 21). Ferner wurden nach Glukose- und Insulinprovokation erhöhte Spiegel freier Fettsäuren festgestellt, was auf eine verminderte Insulin-induzierte Suppression der Lipolyse schließen lässt (32,33). Darüber hinaus sind insbesondere ältere Proteasehemmer auch bei Gesunden in der Lage, die Insulinsensitivität bereits nach vier Wochen zu vermindern (34, 35); in vitro hemmen sie die Insulin medierte Glucose-Aufnahme durch den Glucose-Transporter 4 (36, 37).

In der Folge kommt es bei HIV-Infizierten gehäuft zu gestörter Glucose-Toleranz und Diabetes mellitus: Im Vergleich zu gesunden, gematchten Kontrollen zeigten 35 % der HIV-Infizierten eine gestörte Glucose-Toleranz und 7 % der Patienten mit Lipodystrophie einen Diabetes mellitus (vs. 5% bzw. 0,5% bei Gesunden) (38). In der Multicenter AIDS Cohort Study (39) wiesen 14 % der HIV-infizierten Männer einen Diabetes mellitus auf, im Vergleich zu 5% nicht HIV-infizierter Männer. Das Risiko für die Entwicklung eines Diabetes war gegenüber den Kontrollen dreifach erhöht.

Metabolisches Syndrom

Das metabolische Syndrom ist gekennzeichnet durch Störungen des Glucose-, Insulin-, und Fettstoffwechsels mit abdominaler Adipositas und ist ein wesentliches Kriterium zur Erfassung des kardiovaskulären Risikos. Nach der amerikanischen NCEP-Definition (National Cholesterol Education Program) müssen für die Diagnose eines metabolischen Syndroms mindestens drei der folgenden Parameter pathologisch verändert sein: Taillenumfang, Glucose-, HDL-Cholesterin- und Triglycerid-Spiegel sowie Blutdruck. Insofern zeigen die bei HIV-Infizierten festgestellten Stoffwechselstörungen deutliche Kennzeichen eines metabolischen Syndroms.

Zahlreiche Studien haben sich mit dem Auftreten des metabolischen Syndroms bei HIV-Infizierten beschäftigt und gelangen zu sehr unter-

schiedlichen Prävalenzraten von 17 – 42%, teilweise auch abhängig von der verwendeten Definition (40-45). In US-amerikanischen Untersuchungen mit Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (gematchte Kontrollen aus dem National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) fand sich bei HIV-Infizierten jedoch kein wesentlicher Unterschied der Prävalenz des metabolischen Syndroms: In einer Studie zeigten sich bei über 400 HIV-infizierten Patienten nahezu identische Raten an metabolischem Syndrom (26% im Vergleich zu 27% aus NHANES) (44), wobei die HIV-Infizierten zwar signifikant pathologischere HDL-Cholesterin- und Triglyceridwerte aufwiesen, jedoch einen geringeren Bauchumfang, einen niedrigeren BMI und niedrigere Glucosespiegel. Die antiretrovirale Therapie war kein unabhängiger Risikofaktor. Eine weitere Studie fand bei nahezu 25 % der HIV-Infizierten ein metabolisches Syndrom; in der NHANES-Population tendentiell niedriger. Die Inzidenz des metabolischen Syndroms war hierbei assoziiert mit dem Einsatz von Proteasehemmern (Lopinavir/Ritonavir) und Didanosin (41). Demgegenüber ergaben sich in der internationalen D:A:D-Studie (Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV-Drugs) zwischen den Jahren 2000 und 2007 sehr unterschiedliche Schätzungen der Prävalenz des metabolischen Syndroms; es zeigte sich in diesem Zeitraum jedoch ein Anstieg von 19% auf 42% (45).

Die Diagnose eines metabolischen Syndroms beruht bei HIV-Infizierten meist auf den Störungen des Fettstoffwechsels, wobei trotz zum Teil erheblicher Fettverteilungsstörungen das Kriterium des erhöhten Bauchumfangs häufig nicht erreicht wird. Möglicherweise wird das Auftreten des metabolischen Syndroms bei HIV-Infektion daher unterschätzt (6).

Atherosklerose

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass HIV-Patienten ein erhöhtes Risiko für die frühzeitige Ausbildung einer Atherosklerose aufweisen. Die Ursachen sind vielfältig: In Frage kommt die HIV-Infektion per se, sowohl über die beschriebenen

Stoffwechselveränderungen, als auch über einen Anstieg chronischer Entzündungsmarker, die mit löslichen Markern der Endotheldysfunktion korrelieren: Deutliche Assoziationen von entzündlichen Zytokinen und endothelialen Aktivierungsmarkern konnten bereits bei HAART-naiven Patienten nachgewiesen werden (46, 47). Subklinisch findet dies z.B. Ausdruck in einer erhöhten Gefäßwanddicke der A. carotis, die bei HIV-Infizierten ausgeprägter ist als bei altersgematchten Kontrollen (48,49), wobei die HIV-Infektion einen unabhängigen Risikofaktor darstellt (49), selbst nach Adjustierung für allgemeine Risikofaktoren (50). In anderen Studien war eine erhöhte Intima-Dicke der Karotiden auch mit der antiretroviralen Therapie assoziiert (51, 52); allerdings scheinen für die bei HIV-Patienten raschere Progression der Atherosklerose traditionelle Risikofaktoren nach wie vor eine wesentliche Rolle zu spielen (53).

Kardiovaskuläres Risiko

Inzwischen wurden einige Studien mit Endpunkten publiziert, die für HIV-Infizierte ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zeigten: In einer großen amerikanischen Studie an knapp 4.000 HIV-Infizierten und etwa 1 Mio. Nicht-Infizierten fand sich bei den HIV-Positiven eine signifikant erhöhte Myocardinfarktrate mit einem relativen Risiko von 1,75 im Vergleich zu den HIV-negativen Kontrollen; nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Ethnie, Hypertonus, Dyslipidämie und Diabetes (54). In der internationalen, europäisch dominierten D:A:D-Studie, die sich in erster Linie mit Auswirkungen der antiretroviralen Therapie beschäftigt, war die HAART als unabhängiger Risikofaktor mit einem 26% erhöhten Herzinfarktrisiko pro Jahr in den ersten 4 – 6 Jahren der Therapie assoziiert. Weitere signifikante Risikofaktoren waren höheres Alter, Rauchen, frühere kardiovaskuläre Ereignisse und männliches Geschlecht (55). Die Studie zeigte darüber hinaus, dass ein erheblicher Anteil der HIV-Infizierten Raucher waren (>50%), was mit einem mehr als doppelt so hohen Risiko für Myo-

card-Infarkt einherging. In weiteren Untersuchungen dieser Kohorte waren erhöhte Inzidenzraten für Myokardinfarkt mit dem kumulativen Einsatz bestimmter Proteasehemmer (Indinavir, Lopinavir/Ritonavir) und kurz zurückliegendem Einsatz bestimmter nukleosidaler reverse-Transkriptasehemmer (Abacavir, Didanosin) assoziiert (56-58), sodass möglicherweise auch ein – allerdings heftig umstrittener – medikamentenspezifischer Effekt vorhanden ist.

Knochenveränderungen

In zahlreichen Studien wurde festgestellt, dass HIV-Infizierte im Vergleich zu nicht Infizierten eine erhöhte Rate an Osteoporose und Osteopenie aufweisen, wobei Ursachen und Auswirkungen nach wie vor nicht eindeutig geklärt sind. In einer Meta-Analyse zum Vergleich der Knochendichte ergab sich für HIV-Infizierte ein 3,7-fach erhöhtes Risiko für Osteoporose (59). In den letzten Jahren wurde eine verminderte Knochendichte insbesondere beim Einsatz von Tenofovir beobachtet, was sich in einer prospektiven Studie aktuell bestätigte (60). Weniger gut untersucht ist dagegen das Frakturrisiko. Hier konnte in einer großen populationsbasierten Studie an über 8000 HIV-Infizierten und über 2 Mio. Kontrollen auf der Basis von nach ICD-Code verschlüsselten Diagnosen eine signifikant erhöhte Frakturrate bei HIV-Infizierten nachgewiesen werden, die mit dem Alter anstieg. Der zugrundeliegende Mechanismus blieb jedoch nach wie vor unklar, zumal keine Daten zur antiretroviralen Therapie zur Verfügung standen (61).

Das individuelle Frakturrisiko nach dem FRAX®-Algorithmus der WHO (WHO Fracture Risk Assessment Tool), ist multifaktoriell determiniert und beinhaltet neben einer erniedrigten Schenkelhals-Mineraldichte Merkmale wie Alter, Geschlecht, BMI, Vorgeschichte von Frakturen, Alkoholenuss, Anwendung von Glucocorticoiden, Grunderkrankungen u.a. Bei HIV-Infizierten kommen noch weitere, nicht in FRAX® enthaltene Faktoren hinzu, wie z.B. chronische Hepatitis B- und C-Infektionen (62).

Zwar waren die Anwendung bestimmter antiretroviraler Medikamente, wie das in der First-Line-Therapie häufig eingesetzte Tenofovir (63), sowie Proteasehemmer (64-66) mit verminderter Knochendichte assoziiert; ein medikamentenspezifisches erhöhtes Frakturrisiko konnte jedoch bisher nicht ermittelt werden. Auch die HIV-Infektion selbst stellt einen möglichen Einflußfaktor dar, zumal selbst unbehandelte HIV-Patienten eine verminderte Knochendichte aufweisen (59, 67), möglicherweise mediiert durch chronische Entzündung aufgrund unkontrollierter HIV-Virämie (67). HIV-Proteine sind in der Lage, sowohl die Osteoklastenaktivität zu steigern (68), als auch eine beschleunigte Apoptose der Osteoblasten herbeizuführen (69). In einer großen amerikanischen Studie an ca. 120.000 Veteranen war die HIV-Infektion nach Adjustierung für demographische Faktoren, Komorbiditäten, Rauchen und Alkohol mit einem erhöhten Frakturrisiko im Vergleich zu Nichtinfizierten assoziiert, das sich aber nach Korrektur für den BMI verringerte (66). Als einziger HIV-spezifischer Ko-Faktor in dieser Studie war eine laufende Einnahme von Proteasehemmern mit einem erhöhten Frakturrisiko assoziiert. Ein weiteres, mit Osteoporose assoziiertes Phänomen bei HIV-Infizierten ist das Auftreten von Osteonekrosen, insbesondere des Hüftkopfes. Die Pathogenese ist unklar; ein spezifischer Einfluss von Kortikosteroiden, Alkohol oder des antiretroviralen Wirkstoffs Tenofovir konnte bisher nicht bewiesen werden (70, 71). Zusammenfassend ist die verminderte Knochendichte bei HIV-Infektion ein multifaktorielles Geschehen, das sowohl durch traditionelle, durch die HIV-Infektion teilweise noch verstärkte Risikofaktoren (metabolische Faktoren, erniedrigter BMI, Vitamin D-Mangel), als auch durch HIV-spezifische Faktoren wie die HIV-Infektion selbst und die antiretrovirale Therapie bedingt ist (67).

Nicht-AIDS-assoziierte Tumoren

Nach der Klassifikation der HIV-Infektion der CDC von 1993 gelten nur drei Tumoren als AIDS-definierend:

Das Kaposi-Sarkom, Non-Hodgkin-Lymphome und das Zervix-Karzinom. Durch die inzwischen erheblich gestiegene Lebenserwartung der HIV-Infizierten zeigte sich, dass auch andere, nicht HIV-assoziierte Tumoren gehäuft vorkommen. Hierbei ist nicht eindeutig belegt, ob die Immunsuppression oder andere Faktoren eine Rolle spielen. In einer Meta-Analyse von sieben Studien an insgesamt ca. 444.000 HIV-Patienten und fünf Studien an insgesamt ca. 32.000 Organtransplantierten zeigte sich in beiden untersuchten Populationen eine erhöhte Inzidenz für Tumoren mit einer infektiösen Ursache. Dies galt insbesondere für alle AIDS-definierenden Tumoren, alle sicher oder möglicherweise HPV-assoziierten Tumoren (z.B. Analkarzinom, nicht melanomatöse Hauttumoren), Hodgkin-Lymphome, sowie auch für Leber- und Magenkarzinome. Andere epitheliale Tumoren traten dagegen nicht gehäuft auf (72). Während diese Studie wegen der Ähnlichkeit der Häufung bestimmter Tumoren sowohl bei HIV-Patienten als auch bei Organtransplantierten einen Effekt der Immunsuppression postuliert, wurde in früheren Publikationen eher ein Einfluss von Lebensstil und anderen Faktoren vermutet (73). In der Schweizer HIV-Kohorte kamen z.B. bestimmte, gehäuft auftretende Tumoren wie Karzinome der Lippe, Mundhöhle und Lunge bei Nichtrauchern nicht vor (74). Ein günstiger Einfluss der HAART konnte bisher hauptsächlich für AIDS-assoziierte Tumoren wie Kaposi-Sarkom und Non-Hodgkin-Lymphom gezeigt werden (74), die auch eine Assoziation mit niedrigen CD 4-Zellzahlen aufweisen (75). Dies stimmt mit der Beobachtung einer Studie überein, die das Krebs-Risiko der Prä- und Post-HAART-Ära verglich und bei den meisten nicht-AIDS-definierenden Tumoren keine Veränderung der Häufigkeit fand (76). Dennoch ist bei entsprechenden Risikofaktoren und zunehmendem Alter gehäuft mit nicht AIDS-assoziierten Tumoren bei HIV-Infizierten zu rechnen, wobei das Bronchialkarzinom hierbei die führende Todesursache darstellt (77).

Komorbidität und Mortalität

Während vor 1996 etwa 40% der HIV-Infizierten zehn Jahre nach Infektion verstarben (78), hat sich dies seit Einführung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) dramatisch verändert. Dies findet unter anderem seinen Ausdruck darin, dass der Anteil der in verschiedenen Kohorten betreuten HIV-Patienten im Alter über 50 Jahre kontinuierlich ansteigt (12, 79). Es wird geschätzt, dass im Jahr 2015 über 50% der US-amerikanischen HIV-Patienten über 50 Jahre alt sein werden (11). Der Anteil der sog. Non-AIDS-Morbidität nimmt dabei erheblich zu: In der Schweizerischen HIV-Kohorte wiesen etwa 70% der über 50-Jährigen mindestens eine Komorbidität auf; untersucht wurden dabei Myocardinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Frakturen, Osteoporose und nicht-AIDS-definierende Malignome. Entsprechend nahm das Ausmaß der erforderlichen Komedikation zu (79). Eine italienische Studie kam zu ähnlichen Ergebnissen, wobei 58% der über 50-jährigen HIV-Patienten mindestens eine Komorbidität aufwiesen, jedoch nur 35 % einer gematchten HIV-negativen Kontrollgruppe (80). Insofern scheinen HIV-Infizierte im Vergleich zur Normalbevölkerung überproportional von nicht AIDS-assoziierten Komorbiditäten betroffen zu sein, wobei Ursachen und Ausmaß eines indirekten Einflusses der HIV-Infektion selbst oder der antiretroviralen Therapie nicht abschließend geklärt sind.

Untersuchungen zur aktuellen Lebenserwartung von HIV-Infizierten zeigen in den Industrieländern übereinstimmend eine erhebliche Verbesserung der Mortalität seit Verfügbarkeit der HAART. In einer großen Studie in Dänemark an 4000 HIV-Patienten und 380.000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung betrug 1995 – 2005 die Überlebenszeit ab dem Alter von 25 Jahren für HIV-Infizierte 19 weitere Jahre, für gemachte Kontrollen der Allgemeinbevölkerung dagegen 51 Jahre. Im Zeitraum 2000 – 2005 stieg sie jedoch für HIV-Patienten auf weitere 33 Jahre und nach Ausschluss von Hepatitis C auf weitere 39 Jahre an (81). In einer Ana-

lyse von 14 Kohorten-Studien an insgesamt etwa 43.000 Patienten aus Europa und Nordamerika mit einer Beobachtungsdauer von mindestens einem Jahr pro Patient konnte gezeigt werden, dass bei Therapie-start in den Jahren 1996 – 1999 die Mortalitätsrate von anfangs 16/1000 beobachtete Personenjahre auf 10/1000 Personenjahre im Zeitraum 2003 – 2005 abfiel. Im gleichen Zeitraum stieg die Lebenserwartung für einen HIV-infizierten 20-Jährigen von 36 auf 49 weitere Jahre (82), was damals etwa zwei Dritteln der Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung aus den teilnehmenden Ländern entsprach. In der internationalen CASCADE-Kohorte wurde die Überschussmortalitätsrate jeglicher Ursache für HIV-Infizierte im Vergleich zu einer hypothetischen gematchten Kontrollgruppe anhand von Mortalitätsstatistiken der Allgemeinbevölkerung aus den teilnehmenden Ländern untersucht. Insgesamt 16534 Personen wurden im Median 6,3 Jahre beobachtet: Hierbei fand sich für HIV-Infizierte eine Überschussmortalität von 41/1000 Patientenjahre bei Infektion in der Prä-HAART-Ära vor 1996 im Vergleich zu einer für den Beobachtungszeitraum erwarteten Mortalitätsrate von 1,8/1000 Personenjahre der Allgemeinbevölkerung. Diese fiel bei Infektion im Zeitraum 2004 – 2006 auf 6/1000 Patientenjahre ab (83). Auch in einer prospektiven großen Studie unter Einschluss von 12 internationalen Kohorten aus Europa und USA zeigte sich für therapienaive Patienten, die seit 1996 – 1998 durchschnittlich drei Jahre beobachtet wurden, nach Einleitung einer HAART eine Reduktion der Mortalität um 50% im Vergleich zu nicht behandelten Patienten (84).

Wenn auch in großen, internationalen Studien eine dramatische Verbesserung der Mortalitätsraten bei HIV-Infizierten seit Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie belegt ist, bleibt die weitere Entwicklung aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Komorbiditäten jedoch abzuwarten. Ein aktuelle dänische Studie auf Populationsebene kommt zu dem Schluss, dass die erhöhte Mor-

talitätsrate bei HIV-Infektion im Wesentlichen auf traditionellen Risikofaktoren unabhängig von der HAART beruht und dass bei Abwesenheit dieser Faktoren unter HAART eine annähernd gleiche Lebenserwartung wie bei der Allgemeinbevölkerung besteht (85).

Sexuell übertragbare Infektionen (STI's)

Eine nicht zu vernachlässigende Komorbidität besteht bei HIV-Infizierten auch durch Koinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Hervorzuheben sind insbesondere die Syphilis und Hepatitis B und C. Seit 2001 ist in den Industrieländern und auch in Deutschland ein sprunghafter Anstieg der Inzidenz der Syphilis bei Männern festzustellen, die sich in Deutschland in den letzten Jahren auf einem relativ konstanten Niveau bewegt und 2011 wieder etwas angestiegen ist (86, 87). Es existieren hierzulande jedoch wenige Daten zu Koinfektionen bei HIV-Infizierten, da die jeweiligen Erkrankungen getrennt gemeldet werden. Anhaltspunkte ergeben sich jedoch aus verschiedenen Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts: In der STD-Sentinel-Studie 2003 – 2008 wurde bei 8,8% der Männer mit einer Erstdiagnose einer Syphilis zugleich eine Neudiagnose einer HIV-Infektion festgestellt und umgekehrt bei 9,7% der Männer mit einer erstdiagnostizierten HIV-Infektion gleichzeitig eine Syphilis-Infektion (88). Daten aus der Deutschen Serokonverter-Studie 1996 – 2007 an 1052 MSM (Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern) zeigten bei insgesamt 26% eine positive Lues-Serologie, wobei die Rate 2005 auf 35% anstieg. 32% der Patienten hatten beide Infektionen vermutlich gleichzeitig erworben (89). Bei HIV-Infizierten des Universitätsklinikums in Dresden wurde ebenfalls schon früh ein Anstieg von frischen Syphilis-Infektionen ab dem Jahr 2000 beobachtet (90).

Hepatitis B und C können nicht nur parenteral, zum Beispiel über i.v.-Drogengebrauch, sondern auch sexuell übertragen werden. Auf einen ausreichenden Impfschutz

gegen Hepatitis A und B ist bei HIV-Infizierten daher zu achten. Ein nicht unerheblicher Anteil von HIV-Infizierten ist mit Hepatitis C koinfiziert; in der amerikanischen HIV-Outpatient-Study waren dies 2007 knapp 20% (91). Mit zunehmender Lebenserwartung unter HAART nimmt die Bedeutung von Hepatitis-bedingten Lebererkrankungen für die Mortalität HIV-Infizierter erheblich zu (92). In einer Meta-Analyse konnte kürzlich gezeigt werden, dass sich vor der HAART-Ära eine Hepatitis C-Koinfektion auf die Gesamt-Mortalität von HIV-Infizierten nicht auswirkte, in der HAART-Ära jedoch eine Steigerung der Mortalität um 35% im Vergleich zu HIV-Mono-Infizierten zu verzeichnen war (93).

Die Therapie einer Hepatitis-Infektion hat wegen möglicher Interaktionen und Toxizitäten erhebliche Implikationen auf die antiretrovirale Therapie, insbesondere, was die neuen Proteasehemmer Telaprevir oder Boceprevir zur Behandlung der Hepatitis C betrifft (94). Trotz aller Fortschritte in der Behandlung beider Infektionen zeigen HIV-Infizierte einen komplizierteren Verlauf der Hepatitis und erfordern eine komplexe Therapiestrategie (94, 95).

Zusammenfassung und Ausblick

Seit Einführung der antiretroviralen Therapie kam es zu einer dramatischen Verbesserung der Lebenserwartung bei HIV-Infektion, wenn auch trotz aller Erfolge bisher noch keine völlige Angleichung gegenüber HIV-Negativen erreicht werden konnte. Gleichzeitig erlangt die sogenannte nicht AIDS-bedingte Komorbidität immer mehr Bedeutung. Sie umfasst metabolische Veränderungen wie Insulinresistenz, Diabetes mellitus, erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, Nierenfunktionsstörungen, Beeinflussung des Knochenstoffwechsels, neurodegenerative Vorgänge, Alterung des Immunsystems und ein erhöhtes Malignom-Risiko (1,6,8). Die Ursachen hierfür sind komplex und können sowohl auf HIV-bedingte chronisch entzündliche Veränderungen, als auch auf Nebenwirkungen der Therapie zurückgeführt werden. Auch Lebensstil-

bedingte Einflüsse wie ein hoher Anteil von Rauchern oder ein erhöhtes Risiko für den Erwerb anderer STI's spielen eine Rolle, wobei insbesondere die Hepatitis C einen limitierenden Faktor darstellt. Welche der erwähnten Faktoren jeweils ein unabhängiges Risiko für die Prognose der HIV-Infektion darstellen, ist Gegenstand derzeitiger Forschung. Für den Therapeuten stellen die Behandlung und Prävention dieser Einflüsse bei zunehmend älter werdenden Patienten eine zusätzliche Herausforderung dar. Ziel in der Betreuung HIV-Infizierter wird es zunehmend, individuelle zusätzliche Risikofaktoren zu erkennen und ggf. zu behandeln, sowie die antiretrovirale Therapie mit evtl. vorhandenen Grunderkrankungen und notwendiger Komedikation entsprechend abzustimmen.

In den letzten Jahren wurden erhebliche Fortschritte in der Entwicklung nebenwirkungsärmerer antiretroviraler Medikamente erreicht und es konnte inzwischen gezeigt werden, dass eine frühzeitige HAART die Prognose der HIV-Infektion gegenüber einem späten Therapiebeginn signifikant verbessert. Dies hat inzwischen Eingang in die aktuellen therapeutischen Leitlinien gefunden. Inwieweit hierdurch langfristig eine Veränderung der Komorbidität und weitere Reduktion der Mortalität stattfindet, wird die weitere Entwicklung zeigen. Trotz aller Fortschritte bleibt festzustellen, dass in Deutschland die Hälfte der HIV-Infektionen nach wie vor erst im fortgeschrittenen Stadium als sogenannte „late presenter“ (CD4-Zellen <350/µl oder klinisches AIDS) diagnostiziert werden (96). Aufgrund der deutlich verbesserten Prognose unter frühzeitiger Therapie und zur Vermeidung weiterer Infektionen sind entsprechende Präventionsmaßnahmen daher nach wie vor dringend erforderlich.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
TU Dresden
Immunschwächeambulanz
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-3431

Die Preisregulierung neuer Arzneimittel

Was ändert sich mit Inkrafttreten des AMNOG?

Am 15.12.2011 entschied der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstmals über das Ausmaß des Zusatznutzens eines neuen Arzneimittels. Etwa ein Jahr zuvor, am 01.01.2011 war das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) in Kraft getreten. Bis heute wurden für 23 Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen Bewertungsverfahren nach § 35a SGB V eröffnet, für fünf liegen Nutzenbewertungen vor und zwei Verfahren wurden bereits abgeschlossen (G-BA, Stand 11.01.2012). Näheres zum Verfahren findet sich auf den Internetseiten des G-BA (www.g-ba.de).

Mit Einführung des Gesetzes soll der Preis eines neuen Arzneimittels erstmals auf Grundlage seines Zusatznutzens festgelegt werden. Nach den Bestimmungen des AMNOG bewertet der G-BA innerhalb von sechs Monaten nach Markteinführung, ob ein nach dem 01.01.2011 neu in den Markt eingeführtes Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie für das Anwendungsgebiet besitzt. Wird für ein neues oder in einem neuen Anwendungsgebiet neu zugelassenes Arzneimittel kein Zusatznutzen festgestellt, kann es in eine Festbetragsgruppe eingeordnet werden (§ 35a SGB V). Wird jedoch ein Zusatznutzen festgestellt, sollen sich in Zukunft GKV-Spitzenverband und Hersteller innerhalb von sechs Monaten nach dem G-BA Beschluss über den Erstattungspreis – als Rabatt auf den Hersteller-Abgabepreis – einigen. Kann keine Einigung erzielt werden, wird der Rabatt von einer Schiedsstelle rückwirkend festgesetzt. Falls auch der so festgelegte Erstattungspreis von einer der Seiten nicht akzeptiert wird, kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das in der Regel bereits zuvor den Zusatznutzen bewertet hat, mit einer weiterführenden Kosten-Nutzen-Bewertung (nach § 35b SGB V) beauftragt werden.

Preisregulierung gab es bereits zuvor

Im Jahr 2004 war es mittels Einführung von Festbetragsgruppen für patentgeschützte Arzneimittel möglich geworden, den Erstattungspreis für diejenigen neuen Arzneimittel, die pharmakologisch-therapeutisch, insbesondere chemisch, mit bereits vorhandenen Alternativen verwandt und hinsichtlich ihrer Wirkung vergleichbar sind auf einen Festbetrag zu begrenzen (§ 35 SGB V). Diese Arzneimittel werden als sogenannte Analogpräparate beziehungsweise auch „Scheininnovationen“ oder „Mee-too“ bezeichnet. Die Höhe des Festbetrags wird durch die Preise der Arzneimittel in einer Gruppe bestimmt.

Wenn es sich bei dem patentgeschützten Arzneimittel jedoch um eines mit neuartiger Wirkungsweise (nach Abs. 1 Satz 4 § 35 SGB V) handelte oder es therapeutische Verbesserungen brachte (z.B. weniger Nebenwirkungen), war die Einordnung in eine Festbetragsgruppe nicht möglich. Krankenkassen mussten bisher in diesen Fällen jeden Preis erstatten, den der Hersteller verlangte, etwa auch dann, wenn das neue Arzneimittel keine oder nur geringe therapeutische Vorteile gegenüber wesentlich günstigeren Alternativen bot.

Die Hersteller sind auch nicht verpflichtet, den Preis auf die Erstattungshöchstgrenze abzusenken. Sollten sie höhere Preise für Analogpräparate verlangen, sind es die Patienten, die für den Differenzbetrag aufkommen müssen. Beispiele sind Paliperidon (Invega®), ein aktiver Metabolit des Risperidon oder

S-Citalopram (Cipralex®) das S-Enantiomer von Citalopram. Ihre Preise betragen ein Vielfaches des jeweiligen Original-Wirkstoffs und Festbetrags (DIMDI, Stand 01.10.2011) und so muss bei ihrer Verordnung der Großteil des Verkaufspreises (Apothekenabgabepreis) vom Patienten selbst übernommen werden.

Die neuen Regelungen

Mit der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V gibt es nun erstmals die Möglichkeit alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die ein Zusatznutzen nicht belegt ist, in Festbetragsgruppen einzuordnen oder, wenn eine Einordnung nicht möglich ist, einen Erstattungspreis festzulegen, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten als die Vergleichstherapie führt (Abs. 3 § 130b SGB V). Von der Frühbewertung ausgenommen sind allerdings die Arzneimittel für seltene Erkrankungen (orphan drugs), die maximal 50 Millionen Euro Umsatz innerhalb eines Jahres erzielen. Zudem ist auch im Falle eines Zusatznutzens eine freie Preisgestaltung durch den Hersteller nicht mehr möglich. Vielmehr soll der Preis nach dem Ausmaß des Zusatznutzens festgesetzt werden.

Das Verfahren am Beispiel von Pitavastatin und Ticagrelor

Pitavastatin – kein Beleg für einen Zusatznutzen und Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe

Bis zur Markteinführung von Pitavastatin (Livazo®) waren die pharmazeutischen Unternehmer der Aufforderung des G-BA nicht nachgekommen ein Dossier einzureichen; ein Zusatznutzen von Pitavastatin wurde

Tabelle 1: Wichtige Dokumente im Verfahren der frühen Nutzenbewertung, erhältlich unter <http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

Dokument	Verfasser	Verfügbar für Öffentlichkeit
Dossier Module 1 – 5	Pharmazeutischer Hersteller	nach Erstellung der Nutzenbewertung (Modul 1 – 4)
Nutzenbewertung	IQWiG	nach Erstellung gemeinsam mit Dossier zu Beginn des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens
Beschluss	G-BA	am Tag des Beschlusses
AZM Richtlinie	G-BA	bei Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Inkrafttreten

von ihnen auch nicht reklamiert. Da Pitavastatin pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit anderen HMG-CoA-Reduktasehemmern ist und keine therapeutische Verbesserung gegenüber einer Vergleichstherapie nachgewiesen war, erfolgte die Eingruppierung in eine entsprechende Festbetragsgruppe und der Abschluss des Verfahrens.

Ticagrelor – Beleg für einen Zusatznutzen und Beginn von Preisverhandlungen

Ticagrelor ist das erste Arzneimittel, welches nach Inkrafttreten des AMNOG das gesamte Bewertungsverfahren durchlaufen hat.

Nachdem die Europäische Arzneimittel Agentur (EMA) Ticagrelor zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse beim akuten Koronarsyndrom zugelassen hatte, erfolgte die Markteinführung und Einreichung eines Dossiers durch den Hersteller. Das Dossier bildet stets die Grundlage der Frühbewertung, die in einer Frist von drei Monaten abgeschlossen werden muss. Am 04.10.2011 wurden die Bewertung und das Dossier zu Ticagrelor zeitgleich auf der Homepage des G-BA veröffentlicht (Tabelle 1).

Eine Reihe von gesetzlichen Rahmenbedingungen sind für den Ablauf und das methodische Vorgehen bei der frühen Nutzenbewertung wesentlich und werden im Folgenden am Beispiel von Ticagrelor vorgestellt.

Das IQWiG wurde vom G-BA mit der Bewertung des Zusatznutzens von Ticagrelor im Vergleich zur zweckmä-

Bigen Vergleichstherapie beauftragt. Die Vergleichstherapie wird vom G-BA festgelegt und hat den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu folgen (§ 6 Abs. 3 VerfO, § 6 AM-NutzenV). Sie schreiben vor, dass es sich um eine nach allgemeinen medizinischen Erkenntnissen zweckmäßige Therapie im Anwendungsgebiet handeln muss, die in der Indikation zugelassen ist und – im Falle mehrerer Alternativen – die wirtschaftlichere Therapie ist.

Die Bewertung des Zusatznutzens von Ticagrelor (in Kombination mit ASS) im Anwendungsgebiet des akuten Koronarsyndroms hatte gemäß der Vorgaben des G-BA für *unterschiedliche Patientengruppen* getrennt zu erfolgen. Durch das IQWiG wurde der Zusatznutzen bei Patienten mit instabiler Anging pectoris und Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt (IA/ NSTEMI) versus bei ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI) bewertet. Ferner wurde hinsichtlich der auf den STEMI folgenden Intervention differenziert und für insgesamt vier verschiedene Patientengruppen jeweils die Vergleichstherapie festgelegt und der Zusatznutzen bewertet. Während die Zulassungsstudie PLATO (Wallentin, L.; Becker, R. C.; Budaj, A.; et al., 2009) Ticagrelor mit Clopidogrel verglichen hatte, ist für Patienten mit STEMI und perkutaner Koronarintervention nur Prasugrel zugelassen. Head-to-head Vergleiche von Ticagrelor versus Prasugrel fehlen. Wenngleich indirekte Vergleiche in ihrer Aussagekraft direkten Vergleichen unterlegen sind, machte die Frühbewertung nach den geltenden

Regelungen für diese Patientengruppe einen *indirekten Vergleich* auf Grundlage der TRITON Studie erforderlich (Wiviott, S. D.; Braunwald, E.; McCabe, C. H.; et al., 2007), die Prasugrel mit Clopidogrel verglichen hatte.

Im Oktober 2011 veröffentlichte das IQWiG seine Dossierbewertung. Darin stellte es unter anderem Aussagen an über die *Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß* des Zusatznutzens von Ticagrelor je Indikation, die Anzahl der für eine Behandlung in Frage kommenden Patienten und die Therapiekosten aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ausmaß des Zusatznutzens berücksichtigte auch eine vergleichende Bewertung des Schadens und musste dabei nach den *Kategorien: erheblich, beträchtlich, gering und nicht quantifizierbarer* angegeben werden (Tabelle 2).

Die *Operationalisierung* dieser Kategorien betrifft zum Beispiel die Frage, wann eine Verlängerung der Überlebensdauer „erheblich“ ist. Sie wird noch diskutiert. Beantwortet werden muss zum Beispiel, welche statistischen Parameter für die Einteilungen herangezogen werden sollten und ob diese für alle Erkrankungen und Indikationen gleichsam gelten können.

Bevor der G-BA einen Beschluss fasste, der Eingang in die Arzneimittel-Richtlinie nehmen wird und auf dessen Grundlage die Preisverhandlungen beginnen, wurde unter anderem den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis die ihnen zustehende Möglichkeit zur schriftlichen und mündlichen Stellungnahme gegeben (§ 92 Abs. 3a SGB V). Für die Ärzteschaft hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) diese Möglichkeit und sieht sie als Chance auch zukünftig die Positionen der Ärzteschaft zu vertreten.

Am 15. Dezember 2011 stellte der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen von Ticagrelor bei Patienten mit IA/NSTEMI fest, bei Patienten mit NSTEMI stellte er hingegen – mit wenigen Ausnahmen (Patienten mit

Tabelle 2: Das Ausmaß des Zusatznutzens (gemäß § 5 Abs. 7 VerfO)

Im Vergleich mit zweckmäßiger Vergleichstherapie	Quantifizierung des Ausmaß der Zusatznutzens Gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie:
Erheblicher Zusatznutzen	nachhaltige und bisher nicht erreichte große Verbesserung des therapielevanten Nutzens
Beträchtlicher Zusatznutzen	bisher nicht erreichte deutliche Verbesserung des therapielevanten Nutzens
Geringer Zusatznutzen	bisher nicht erreichte moderate und nicht nur geringfügige Verbesserung des therapielevanten Nutzens
Zusatznutzen nicht quantifizierbar	ein Zusatznutzen liegt vor; die Datengrundlage lässt eine Quantifizierung aber nicht zu
Kein Zusatznutzen belegt	
Nutzen ist geringer	

STEMI, PCI >75 Jahre oder mit TIA/ Schlaganfall in Anamnese) – fest, dass es keinen Beleg für einen Zusatznutzen gibt.

Fazit

Nach Inkrafttreten des AMNOG wird in Zukunft der Preis für neue Arzneimittel erstmals am nachgewiesenen Zusatznutzen festgemacht. Dies ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Kosteneffektivität auf dem deutschen Arzneimittelmarkt.

Man darf vermuten, dass der Verzicht des Herstellers auf die Einreichung von Unterlagen, freiwillige Marktrücknahmen oder Entscheidungen, das Arzneimittel nicht zur Verfügung zu stellen, Befürchtungen widerspiegeln, dass die als Innovationen beworbenen Arzneimittel gegenüber der Vergleichstherapie nicht gut genug abschneiden, um deutlich höhere Preise zu rechtfertigen. Im Fall des Antidiabetikums Linagliptin (Trajenta®) hatte der G-BA die Hersteller aufgefordert, ein Dossier mit Studiendaten zum Vergleich von Linagliptin (als Mono-, Zweifach- oder Dreifachtherapie) gegenüber Therapien mit Sulfonylharnstoffen, Metformin und Human-

insulin einzureichen. Die Hersteller hatten die für diesen Vergleich relevanten Studien jedoch nicht ins Dossier eingeschlossen und bereits vor Abschluss der Nutzenbewertung entschieden, Linagliptin nicht zur Verfügung zu stellen; dies unter anderem mit der Begründung, dass durch die Auswahl der Vergleichstherapie ein Erstattungsbeitrag „droht“ der dem „Innovationscharakter des Medikaments nicht angemessen“ sei. Hinsichtlich der Auswirkungen des AMNOG muss beachtet werden, dass zukünftige Preisverhandlungen nur einen Rabatt auf den Abgabepreis erzielen werden, der zudem erst ein Jahr nach Markteinführung in Kraft tritt. Hohe Kosten im ersten Jahr nach Markteinführung und die Listenpreise ändern sich nicht. Spätere Rückzahlungen für initial zu hohe Preise sind nicht vorgesehen. Verordnungsausschlüsse sind im Rahmen der Frühbewertung nach AMNOG nicht möglich. Es kann lediglich festgestellt werden, dass ein Zusatznutzen fehlt. Die Frühbewertung wirkt sich nur auf Fragen der *Erstattungshöhe* aus. Bisher war es dem G-BA auf Grundlage von Nutzenbewertungen möglich, Arz-

neimittel von der Verordnungsfähigkeit auszuschließen, wenn sie keinen Nutzen besaßen (Beispiel Reboxetin). Mit der im Rahmen des AMNOG vorgenommenen Änderung des § 92 Abs. 1 Satz 1 des SGB V ist dies nicht mehr möglich. Arzneimittel können seither nur noch ausgeschlossen werden, wenn sie unzweckmäßig oder unwirtschaftlich sind. Damit wird der sozialversicherungsrechtliche Nutzen gleichgesetzt mit der bei Zulassung nachgewiesenen Wirksamkeit. Dies erscheint weder rechtlich noch inhaltlich überzeugend (Hess, R.; 2011).

Bei einer Vielzahl anstehender Verfahren zur frühen Nutzenbewertung und der Möglichkeit die Positionen der Ärzteschaft im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu äußern, kommen auf die AkdÄ neue und wichtige Aufgaben zu.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Mariam Ujeyl
Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
mariam.ujeyl@akdae.de

„Was hab' ich?“

Über das Internetportal „Was hab' ich?“ können sich Patienten ärztliche Befunde von Medizinstudenten und Ärzten kostenlos übersetzen lassen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2011). Gegründet wurde das Portal von den Medizinstudenten Anja Kersten, Johannes Bittner und anderen im Januar 2011 in Dresden. Praktisch über Nacht entwickelten sie dieses Angebot und verzeichnet seit dem eine enorme Nachfrage. Um die hohe Anzahl an Befunden auch

übersetzen zu können, verfügt „Was hab' ich?“ inzwischen über ein deutschlandweites Netzwerk aus Medizinstudenten und Ärzten. Am 22. März 2012 bekam Frau Kersten in Berlin als Ideengeberin und stellvertretend für das Team die mit 10.000 EUR dotierte Auszeichnung „Goldene Bild der Frau“ verliehen. Laudator war der bekannte Eckart von Hirschhausen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Anja Kersten erhielt für „Was hab' ich?“ die GOLDENE BILD der FRAU

© Axel Springer AG

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Braun

*6.12.1932 † 12.3.2012



Am 21. März 2012 verabschiedeten wir uns mit großer Beteiligung früherer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer würdevollen Trauerfeier von unserem langjährigen Direktor der Universitätskinderklinik, Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Braun, der am 12. März 2012 nach langer, schwerer, aber geduldig ertragener Krankheit verstorben war.

Geboren wurde er am 6. Dezember 1932 in Thal bei Eisenach. Nach dem Medizinstudium und der Promotion 1957 mit dem Titel „Zur Frage der intrapulmonalen Milchsäureproduktion“ absolvierte er in Jena und Erfurt, seinem Lehrer und Freund Prof. Dr. med. habil. Helmut Patzer folgend, die Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde. 1963 wurde er zum Oberarzt ernannt, habilitierte sich 1967 mit „Klinisch-experimentellen Untersuchungen zum Wasser- und Elektrolythaushalt in der Neugeborenenperiode“, wurde 1968 zum Dozenten und 1971 zum ordentlichen Professor für Pädiatrie an der Medizinischen Akademie Erfurt berufen. Mit der Berufung auf den Pädiatrie-Lehrstuhl in Leipzig

1973 übernahm er von Prof. Dr. med. habil. Siegfried Liebe eine sehr traditionsreiche, leistungsstarke und gut strukturierte Klinik. Er verstand es sehr gut, mit Geduld und Umsicht eine für die damaligen Verhältnisse moderne Klinik zu gestalten. Neben dem bestehenden zweiten Lehrstuhl für Kardiologie wurden unter ihm noch zwei weitere Lehrstühle an der Klinik eingerichtet, der für Humangenetik mit Prof. Dr. med. habil. Herbert Theile (später als Institut für Humangenetik fortgeführt) und der für Pädiatrie/Neonatalogie mit Prof. Dr. med. habil. Klaus Beyreiss. Er hatte immer die Hoffnung auf einen von ihm als notwendig erachteten Neubau unserer Klinik. Der entstand aber erst 2007 mit der Eröffnung des Frauen- und Kinderzentrums des Universitätsklinikums unter dem Direktorat seines Nachfolgers, Prof. Dr. med. habil. Wieland Kiess.

Wir konnten uns frei gewählten wissenschaftlichen Problemen widmen und erhielten oft wohlwollende Unterstützung bei der Verwirklichung eigener Ideen. Das Leben an der Klinik war durch gegenseitige Kollegialität geprägt. Dank seiner privilegierten Stellung konnte er Kontakte sowohl nach Osten als auch nach Westen anbahnen und ausbauen. Viele von uns Mitarbeitern haben in wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften eine aktive Rolle gespielt, zum Teil auch in internationalen westlichen Gremien. Er ermöglichte 18 Assistenzärzten die Habilitation, von denen 12 schließlich zu Professoren ernannt wurden. Die Themenliste der Habilitationsschriften belegt die bemerkenswerte Entwicklung in vielen Teilbereichen der Pädiatrie, in denen die wissenschaftlichen Erkenntnisse unmittelbar in die hochspezialisierte und -qualifizierte Betreuung der akut und chronisch kranken Kinder auf Station und in den Spezialsprechstunden in der Poliklinik einfließen.

Als mehrjähriger Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR,

als Vizepräsident der UNEPSA 1973/1974 und als langjähriger Leiter des großen überregionalen Wissenschaftsprojektes „Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung“ hat er die wissenschaftliche Entwicklung der Pädiatrie in der DDR entscheidend mit beeinflusst. Dabei spielte die Universitätskinderklinik Leipzig eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet der neurologischen und der Stoffwechselprobleme des untergewichtigen Neugeborenen. Sie wurden lange, bevor sie unter dem Schlagwort des SGA-Neugeborenen in des Blickfeld der internationalen Forschung gerieten, hier wissenschaftlich behandelt.

Von ihm liegen ca. 130 Publikationen in wissenschaftlichen medizinischen Zeitschriften und 12 Beiträge in wissenschaftlichen Büchern vor. An seinem Lehrbuch „Kinderheilkunde systematisch“, das heute in 2. Auflage zusammen mit Prof. Dr. med. habil. Wieland Kiess vorliegt, haben viele von uns mitgewirkt, und wir erinnern uns gern an diese gemeinsame Arbeit. Mit großer Beliebtheit haben die Studenten seine didaktisch sehr geschickt aufgebauten Vorlesungen besucht.

Nach der gesellschaftlichen Wende bewies er in dem Bewerbungsverfahren um die Fortsetzung des Direktorats die Berechtigung seines Anspruchs mit einem glänzenden Vortrag über die Dimensionen der Pädiatrie in der Neuzeit. Er wurde mit der weiteren Leitung durch den damaligen Sächsischen Staatsminister, Prof. Dr. phil. habil. Hans-Joachim Meyer, beauftragt. 1997 schied er ein halbes Jahr vor Erreichen der Altersgrenze aus gesundheitlichen Gründen aus dem Amt aus.

Wir alle sind sehr dankbar, diesen humanen Chef gehabt und mit ihm zusammen gearbeitet, geforscht und gelehrt zu haben.

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig
Dr. med. Wolfgang Hoepffner, Leipzig

Abgeschlossene Habilitationen I. Quartal 2012

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

PD Dr. med. Marco Averbeck,

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Dermatologie, Venerologie und Allergologie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Immunfunktionen von Dendritischen Zellen – Einfluss von Extrazellulärer Matrix und UV Licht“

Verleihungsbeschluss: 24.01.2012

PD Dr. phil. Katja Petrowski,

Gastwissenschaftlerin an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, habilitierte sich im Fach Medizinische Psychologie. Frau Dr. Petrowski arbeitet an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden. Thema der Habilitationsschrift: „Stressreaktivität der Panikstörung.“

Verleihungsbeschluss: 21.02.2012

PD Dr. med. Jonas Michael Rosendahl,

Facharzt für Innere Medizin an der Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Genetische Aspekte der chronischen Pankreatitis.“

Verleihungsbeschluss: 21.02.2012

PD Dr. rer. nat. Milosevic,

Translationszentrums für Regenerative Medizin (TRM) der Universität Leipzig, habilitierte sich und es

wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Neurologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Neural progenitor cells: from basic science to drug development“

Verleihungsbeschluss: 20.03.2012

PD Dr. med. Caroline Renner, MD,

Fachärztin für Neurologie am Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Psychologie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Prozessnahe Untersuchungen zum Einfluss verschiedener motorischer Übungsparameter: Ein Beitrag zu einer physiologisch begründeten Physio- und Ergotherapie bei Schlaganfallpatienten.“

Verleihungsbeschluss: 20.03.2012

PD Dr. med. Michael Kluge,

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Neuroendokrine Effekte von Ghrelin und Psychopharmaka sowie endokrine Befunde bei psychischen Erkrankungen“

Verleihungsbeschluss: 20.03.2012

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

PD Dr. rer. nat. Jörg Pietsch,

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Forensisch-toxikologische Chemie erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Entwicklung analytischer Methoden zur Bestimmung von ausgewählten pflanzlichen Wirkstoffen und LSD unter Beachtung ihrer forensischen und klinischen Relevanz“

Verleihungsbeschluss: 25.01.2012

PD Dr. med. Felix Rückert,

Facharzt an der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums an der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Analyse parenchymaler und stromaler Faktoren für die Therapieresistenz des duktales Pankreaskarzinoms“

Verleihungsbeschluss: 25.01.2012

PD Dr. med. vet. József Jászai,

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Anatomie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anatomie verliehen.

Thema der Habilitationsschrift: „Proteins: molecules at an interface of basic and translational research“

Verleihungsbeschluss: 29.02.2012

PD Dr. med. Jan Beyer-Westendorf,

Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums an der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Paradigmenwechsel in der Diagnostik und Therapie der tiefen Venenthrombose zwischen 1995 und 2010: Der Beitrag des Arbeitsbereiches Angiologie des UKD“

Verleihungsbeschluss: 29.02.2012

PD Dr. med. Martin Thoenes,

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Pharmakologie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle klinische Pharmakologie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Die Rolle der Mikroalbuminurie als Risiko-Indikator für kardiovaskuläre Erkrankungen bei der arteriellen Hypertonie“

Verleihungsbeschluss: 21.03.2012

Unsere Jubilare im Juni 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.06. Dr. med. Bock, Rosemarie
02708 Lawalde-Kleindehsa
- 01.06. Dr. med. Klose, Werner
01454 Radeberg
- 08.06. Dipl.-Med.
Broschwitz, Barbara
01109 Dresden
- 08.06. Dipl.-Med. Hessel, Heidrun
08228 Rodewisch
- 10.06. Dr. med. Dünkel, Brigitte
01187 Dresden
- 11.06. Prof. Dr. med. habil.
Ehninger, Gerhard
01326 Dresden
- 11.06. Rejman, Ireneusz
09648 Mittweida
- 11.06. Dr. med. Wagner, Maria
04416 Markkleeberg
- 12.06. Dr. med.
Reising-Ackermann, Gisela
04229 Leipzig
- 13.06. Dr. med. Georgi, Winfried
02906 Jänkendorf
- 13.06. Dr. med. Weinhold, Esther
09669 Frankenberg
- 14.06. Prof. Dr. med. habil.
Gahr, Ralf
04356 Leipzig
- 14.06. Schmitt-Drees, Sabine
01454 Ullersdorf
- 16.06. Dr. med. Schendel, Ulf
09120 Chemnitz
- 17.06. Prof. Dr. med. habil.
Bonnaire, Felix
01326 Dresden
- 18.06. Dipl.-Med. Klöditz, Britta
04736 Waldheim
- 18.06. Mechling, Gabriele
01257 Dresden
- 19.06. Dr. med. Ambrosius, Steffen
04668 Waldbardau
- 20.06. Prof. Dr. med. Kahn, Thomas
04155 Leipzig
- 21.06. Dr. med. Fritzsche, Annerose
01594 Boritz
- 24.06. Dr. med. Geißler, Ulrich
04158 Leipzig
- 27.06. Dipl.-Med. Schäfer, Monika
04178 Leipzig

65 Jahre

- 02.06. Dr. med. Schnabel, Peter
01129 Dresden

- 07.06. Dr. med. Walter, Dietmar
08393 Meerane
- 10.06. Dr. med. Zimmer, Sabine
08223 Falkenstein
- 12.06. Dr. med. Müller, Bernd
01309 Dresden
- 16.06. Dr. med. Pilz, Judith
09353 Oberlungwitz
- 18.06. Dr. med. Kulka, Bernhard
04416 Markkleeberg
- 23.06. Dipl.-Med.
Frauendorf, Gabriele
09127 Chemnitz
- 24.06. Dipl.-Med.
Schmieder, Christina
09599 Freiberg
- 27.06. Dr. med. Held, Hans-Jürgen
01326 Dresden
- 28.06. Dipl.-Med. Anders, Susanne
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
- 28.06. Dr. med. Reiche, Percyval
02977 Hoyerswerda

70 Jahre

- 01.06. Dr. med. Geisler, Dagmar
01326 Dresden
- 02.06. Dr. med. Franke, Annelies
04318 Leipzig
- 02.06. Hofmann, Renate
09116 Chemnitz
- 02.06. Dr. med.
Sommerfeld, Manfred
04299 Leipzig
- 03.06. Dr. med. Huhle, Christian
01219 Dresden
- 03.06. Dr. med. Schmidt, Volkmar
01920 Oßling
- 04.06. Dr. med. Gehrke, Lutz-Dieter
09577 Niederwiesa
- 04.06. Schmeiduch, Sabine
04157 Leipzig
- 05.06. Dr. med.
Günther, Hans-Jürgen
09306 Rochlitz
- 05.06. Hinke, Ingrid
01445 Radebeul
- 05.06. Dr. med.
Kleindienst, Edeltraud
09306 Zettlitz
- 07.06. Dr. med. Ehinger, Ingrid
01219 Dresden
- 07.06. Dr. med. Schmidt, Heiderose
02827 Görlitz
- 08.06. Rodehacke, Günter
02681 Wilthen
- 10.06. Bartel, Horst
09322 Penig /
OT Langenleuba-Oberhain

- 10.06. Dr. med. Fischer, Ingeborg
04155 Leipzig
- 10.06. Fröhner, Bernd
09465 Cranzahl
- 11.06. Prof. Dr. med. habil.
Heidel, Günter
01328 Dresden
- 11.06. Neubert, Sigrid
04159 Leipzig
- 11.06. Dr. med. Stöckel, Dieter
02699 Königswartha
- 11.06. Dr. med. Zwinscher, Elke
08468 Reichenbach
- 12.06. Dr. med. Müller, Sigrid
01324 Dresden
- 14.06. Dr. med. Müller-Aschoff, Elke
01277 Dresden
- 15.06. Dr. med. Hennig, Dirk
08468 Unterheinsdorf
- 16.06. Dr. sc. med. Dalitz, Heinz
01217 Dresden
- 17.06. Weiske, Arnd
09217 Burgstädt
- 19.06. Dr. med. Weidner, Irmtraud
01279 Dresden
- 20.06. Dr. med. Machalett, Klaus
07937 Vogtländisches
Oberland
- 21.06. Dr. med. Rasenberger, Ursula
04158 Leipzig
- 22.06. Dr. med. Keller, Bernd
04277 Leipzig
- 22.06. Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Klaus
01728 Bannewitz
- 22.06. Seik, Rainer
04107 Leipzig
- 24.06. Dr. med. Kosbab, Renate
01445 Radebeul
- 24.06. Dr. med.
Munke, Bernd-Eckhard
09128 Chemnitz
- 25.06. Dittrich, Heinrich
09648 Mittweida
- 26.06. Dr. med. Fankhänel, Siegfried
01796 Pirna
- 27.06. Dr. med. Aust, Steffen
04158 Leipzig
- 27.06. Donaubauer, Ursula
04774 Dahlen
- 27.06. Dipl.-Med. Sachse, Andreas
01855 Sebnitz
- 28.06. Becker, Andreas-Peter
02692 Obergurig
- 28.06. Dr. med. Pilz, Ina-Maria
09131 Chemnitz
- 30.06. Dr. med.
Oertel, Wolf-Hartmut
08548 Syrau

30.06. Dr. med. Pätzold, Ursula
01187 Dresden

75 Jahre

02.06. Dr. med. Georgi, Werner
08132 Mülsen

03.06. Dr. med. Heiner, Maria
01217 Dresden

04.06. Dr. med. Haberkorn, Roland
04680 Colditz

08.06. Dr. med. Lohs, Manfred
01069 Dresden

08.06. Dr. med.
Niepel, Hans-Joachim
02681 Crostau

09.06. Dr. med. Köhler, Margitta
02736 Beiersdorf

11.06. Dr. med. Kühne, Eckart
01737 Tharandt

12.06. Dr. med. Gorke, Elena
04316 Leipzig

13.06. Dr. med. Schneider, Frank
01109 Dresden

13.06. Dr. med. Todt, Bärbel
01187 Dresden

15.06. Dr. med. Kleber, Eberhard
01855 Mittelndorf

17.06. Dr. med. Flemming, Gerhard
01326 Dresden

19.06. Dr. med. May, Christa
01187 Dresden

21.06. Doz. Dr. med. habil.
Wirth, Dietrich
01099 Dresden

22.06. Dr. med. Merrem, Christa
04105 Leipzig

24.06. Dr. med. Geiler, Gabriele
04277 Leipzig

24.06. Dr. med. habil. Ziegler, Alois
02827 Görlitz

25.06. Dr. med. Vicent, Renate
01277 Dresden

25.06. Dr. med. Woito, Udo
04567 Kitzscher

26.06. Dr. med. Eberhardt, Renate
01324 Dresden

26.06. Reichenbach, Gerhard
01561 Ebersbach

26.06. Dr. med. Walter, Walfried
01773 Altenberg

28.06. Dr. med. Veters, Helmut
01324 Dresden

30.06. Kämpf, Wolfgang
09366 Stollberg

30.06. Dr. med. Nedeleff, Rosmarie
01728 Bannewitz

28.06. Dr. med. Ranke, Christian
08228 Rodewisch

81 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. Irmscher, 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

82 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

83 Jahre

07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst
01309 Dresden

22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes
09127 Chemnitz

84 Jahre

24.06. Dr. med. Donath, Alexander
04509 Delitzsch

85 Jahre

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

86 Jahre

01.06. Dr. med.
Schmieden, Karl-Heinz
08525 Plauen

10.06. Dr. med. Behn, Peter
04275 Leipzig

87 Jahre

17.06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01129 Dresden

88 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

90 Jahre

01.06. Dr. med. Berge, Helga
04105 Leipzig

93 Jahre

24.06. Dr. med.
Ochernal, Annaliese
01309 Dresden

94 Jahre

03.06. Dr. med.
Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna

29.06. Dr. med. Soltzick, Ernst
08060 Zwickau

Dr. med. Klaus Jahr zum 90. Geburtstag



Am 10. Mai 2012 vollendet Herr Dr. med. Klaus Jahr sein 9. Lebensjahrzehnt – wir, seine Schüler und vormaligen Mitarbeiter – gratulieren dem Jubilar recht herzlich. Wir wünschen alles Gute, Wohlergehen und vor allem eine bessere Gesundheit.

Klaus Jahr wurde 1922 in Leipzig geboren. Nach der Grundschulzeit besuchte er das Nikolai-Gymnasium, an dem er 1941 das Abitur ablegte. Noch im gleichen Jahr begann er das Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig – allerdings nur ein Semester – da er zur Wehrmacht einberufen wurde.

Nach zwei Jahren Ostfront, wo er einige Verwundungen erlitt, konnte er dann das vorklinische Studium in Leipzig abschließen. In den Wirren des Zusammenbruchs wurde er nochmals einberufen und erlebte das Kriegsende in amerikanischer Internierung. Nach Wiedereröffnung

der Leipziger Universität konnte er 1948 das medizinische Staatsexamen ablegen und anschließend auch promovieren.

Seine ärztliche Tätigkeit begann Dr. Jahr im Krankenhaus Dippoldiswalde. 1950 ging er an die Universitätsfrauenklinik Leipzig unter dem Direktorat von Prof. Dr. med. Robert Schröder, um seine Facharztausbildung im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe zu absolvieren.

1955 übernahm Dr. Jahr die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung am Kreiskrankenhaus Meißen als Chefarzt – die durch den plötzlichen Tod seines Vorgängers Dr. Meyer – ebenfalls Schröder-Schüler – vakant geworden war.

In Meißen erwartete ihn viel Arbeit, vor allem auch organisatorischer Art. Eine voll funktionsfähige Abteilung musste erst aufgebaut werden.

Der gynäkologische Bereich befand sich im Stadtkrankenhaus, die Geburtshilfe im zwar idyllischen, aber fünf km entfernten Entbindungsheim Domprobstberg (gemeinsam mit Dr. Peters). Der Aufbau der Klinik war erfolgreich. Es wurden die Entbindungsabteilung Lommatzsch (1964) und Nossen (1965) nach Meißen integriert. Aber erst 1968 gelang es, nachdem die private Frauenklinik Dr. Müller auf dem Ratsweinberg (neben dem Stadtkrankenhaus gelegen) vom staatlichen Gesundheitswesen übernommen worden war, die Geburtshilfe, den modernen Anforderungen geschuldet, neben Gynäkologie und Kinderklinik unterzubringen (die durchschnittlichen jährlichen Geburtenzahlen lagen damals

bei 1600 bis 1800). Neben der organisatorischen und baulichen Entwicklung nahm die Zahl der Weiterbildungsassistenten ständig zu. Insgesamt konnten bei voller Weiterbildungsermächtigung 17 Kolleginnen und Kollegen die Facharztweiterbildung erfolgreich abschließen, sechs seiner Oberärzte übernahmen Chefarztpositionen in klinischen Einrichtungen. 1987 übergab Chefarzt Dr. Jahr die intakte Klinik mit 130 Betten seinem ersten Oberarzt Dr. med. Volkmar Lehmann. Er selbst arbeitete zunächst als Kreisgutachter weiter, baute nach der Wende den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Meißen mit auf und war bis 1997 als Honorargutachter beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung tätig. Hierbei kamen ihm sein Interesse und seine Erfahrungen im Gutachtungswesen zugute.

Überregional arbeitete Dr. Jahr in der Krankenhausgesellschaft mit, von 1965 bis 1970 als Vorstandsmitglied. Er war aktiv bei der Urania tätig und kann auf elf Veröffentlichungen und Kongressbeiträge verweisen.

Neben seiner über 30-jährigen erfolgreichen Tätigkeit als Chefarzt der Frauenklinik war Dr. Jahr fast 20 Jahre Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Meißen (mit etwa 800 Betten einer der größten klinischen Einrichtungen des damaligen Bezirkes Dresden) – dies verlangte viel Zeit und Engagement von ihm.

Wir wünschen dem Jubilar nochmals alles Gute – ad multos annos.

Dr. med. Adolf Scholz, Großröhrsdorf
Dr. med. Volkmar Lehmann, Meißen

Abstrakt? Nicht immer.

Malerei und Grafik von Eberhard Hertwig in der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

Nach renovierungsbedingter Pause konnte in den Räumen der Bezirksstelle Leipzig einer Tradition folgend wieder eine kleine Kunstaussstellung, durch die Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) initiiert, von ihrem Vorsitzenden, Dr. med. Mathias Cebulla, eröffnet werden. Der Leipziger Maler und Grafiker Eberhard Hertwig war eingeladen worden, seine Bilderwelt zu präsentieren.

Eberhard Hertwig, Jahrgang 1938, wandte sich nach frühen Arbeiten in altmeisterlicher realistischer Manier insbesondere der abstrakten und nichtgegenständlichen Malerei zu. Sich in diese Richtung zu orientieren, hatte ihn ein älterer Kollege, Manfred Martin sen., animiert.

Leider schätzten die Kulturoberen in der DDR diese Malerei nicht. Sie bekam keine Förderung und die Ausstellungsmöglichkeiten waren beschränkt. Martin gründete nach 1990 mit einer Reihe ambitionierter Malerfreunde die Künstlergruppe „Leipziger Blauer Reiter“. Er wollte sich gegen die etablierte Leipziger Malerei absetzen und damit mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung erwirken. Die Gruppe mit dem sehr selbstbewussten Namen konnte in den Folgejahren mehrere Ausstellungen in der Bundesrepublik bestreiten, aber nach der Anfangseuphorie ließ das Interesse nach und jeder ging wieder eigene Wege.

2005 gab die Kunsthalle der Sparkasse Leipzig in der Ausstellung „Konstruktiv/Konkrete Kunst“ diesem Zweig der Leipziger Malerei ein Forum. Sie bot auch eine repräsentative Auswahl der Werke von Hertwig und seinen Mitstreitern, kaufte sie für ihren Fundus auf und würdigte damit deren Schaffen.

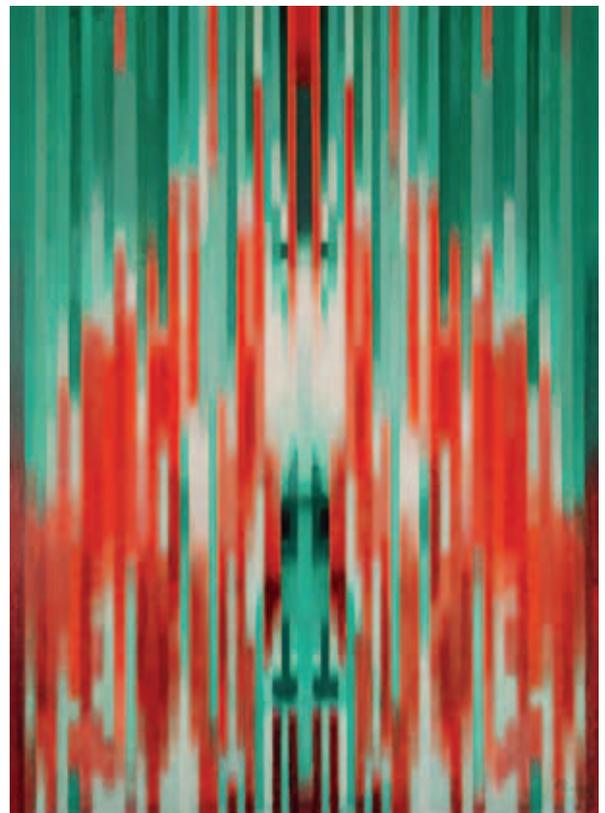
Die Arbeiten Eberhard Hertwigs zeichnen sich durch eine außerordentliche handwerkliche Präzision aus. Egal mit welchem Genre er sich

beschäftigt, er schöpft sein Potenzial aus. Besonders lassen das wunderbar dichte Bleistiftzeichnungen, aufwändige Vierfarblithografien sowie auch die Pastell- und Airbrusharbeiten erkennen. Der Reiz des Bildermachens liegt bei ihm darin, neue Bildthemen zu erschließen – auch computergenerierte Bildfindungen gehören dazu. Traditionelle Themen werden in zum Teil ungewöhnlichen Farbkombinationen gezeigt. Bei der Form bilden meist geradlinige Strukturen das geometrische Gerüst, in das die Farben oft ungebrochen mit harten Konturen eingesetzt werden. Assoziationen zu früheren Stilepochen finden sich zur Klassischen Moderne, insbesondere zu den, den Konstruktivisten nahestehenden Malern Victor Vasarely und Lyonel Feininger. Von dort kommende Anregungen haben die persönliche Bildsprache beeinflusst, die, wie bei den Genannten, nicht auf intuitiven Zufällen fußt.

Zu den Werken der Ausstellung gehört eine Folge von Gemälden in denen Rot und Grün vorherrschen. Die ungebrochenen Farben werden in raffinierten Verzerrungen einfacher Formen nebeneinander gesetzt und erzielen so eine visuell irritierende Wirkung: Es ergeben sich Strukturen, die sich scheinbar noch verändern, sich scheinbar bewegen, die von hinten beleuchtet scheinen und so dreidimensional wirken. Das erinnert an die Op Art-Malerei Vasarelys, deren optische Effekte man als „die Augen attackierend“ bezeichnete.

Im Bild „Bachkonzert“ zum Beispiel deuten Farbstreifen, die als Adaption von Orgelpfeifen gesehen werden können, den Giebel einer Kathedrale an. Ihre auf- und absteigenden Farbtonwechsel lassen sich als sichtbar gemachte auf- und abschwellige Tonfolgen verstehen. Solche Darstellung leitet zum Gegenständlichen über und gehört zum Programm Hertwigscher Malerei.

Eine andere Gruppe von Bildern bietet Reiseeindrücke unter anderem aus Südtirol. Auch bei diesen Bildern mündet die Abstraktion in geometrische Strukturen. Die geradlinig begrenzte, flächige Darstellung erinnert



Bachkonzert, Öl, 110 x 60 cm, 2000

an den Stil Lyonel Feiningers. Es gelingen auf diese Weise Bilder, die das Gebirge als dynamisch entstandenes, der Veränderung unterworfenen Gebilde verstehen. Die Gesteinsschichten schießen geradezu aus der Erde, die Berge erscheinen wie Kristallstufen, die noch wachsen, aber wie die Muren an den Bergfüßen zeigen, doch auch schon wieder zerbrechen, dem Verfall, der Einebnung unterworfen sind. Ein Gleichnis für das dauernde Auf und Ab in der Natur.

Hintergründiges ist in vielen Bildern zu entdecken, jedoch sollte man nicht in allen Bildern danach suchen. Freude am Malen und das Bemühen, eine attraktive Ausstrahlung zu erzielen, stehen im Vordergrund der Arbeiten Eberhard Hertwigs.

Wolfgang Küstermann

Ausstellung in der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, 4. Etage vom 28. März 2012 bis 28. Februar 2013, Montag bis Donnerstag 9.00 bis 17.00 Uhr

Tutanchamun: Ein Spaltpatient?

Im November 2012 jährt sich die Entdeckung der Grabanlage KV („Kings Valley“) 62 des altägyptischen Pharaos Tutanchamun zum neunzigsten Mal. Dieser starb im neunten Jahr seiner Regentschaft im Alter von 19 Jahren um 1324 v. Chr. (Hawass et al. 2010). Gemessen an anderen Pharaonen, deren Regentschaft und politischen Wirken, handelt es sich bei Tutanchamun (ägyptisch  Twt-’nh-Imn, wörtlich „Abbild des (Gottes) Amun“) um einen eher unbedeutenden Herrscher. Machthaber im Hintergrund wie die späteren Könige Eje und Haremhab führten die Regentschaft für den Pharaon im Teenageralter (Schneider 1994). Die Umstände der Entdeckung seines Grabes in nahezu unversehrtm Zustand haben ihm jedoch bis heute zu einer besonderen Wahrnehmung verholfen (Booth 2007).

Der aus London stammende Ägyptologe Howard Carter konnte im Jahre 1922 bereits auf zwei Jahrzehnte an Grabungstätigkeit zurückblicken. In Zusammenarbeit mit dem archäologisch interessierten Lord George Edward Stanhope Molyneux Herbert, der fünfte Earl of Carnarvon, einem britischen Aristokraten und Geldgeber der Grabungen, gelang ihm im November 1922 mit der Entdeckung des Grabes von Tutanchamun im Tal der Könige ein sensationeller Fund (englische Ausgabe Carter 1923 und 1927, deutsche Ausgabe bearbeitet und übersetzt von Georg Steindorff, Brockhaus Leipzig). Das Grab war bis auf eine Öffnung und Neuversiegelung in der Antike unbeschädigt geblieben und Grabräubern entgangen. Es enthielt neben der gut erhaltenen Mumie des Pharaos, vier Särgen (Farsen 2011) und der durch viele neuzeitliche Abbildungen bekannten Goldmaske (Abbildung) unzählige Beigaben, darunter Gebrauchsgegenstände für das Jenseits, Textilien, Nahrungsmittel, Blumen und die mumifizierten Föten von Tutanchamuns beiden totgeborenen



Fakt oder Fake? Detail der Goldmaske des Pharaos Tutanchamun (mit computergrafischer Lippenspaltsimulation)
A.-M. v. Sarosdy

© Semmel Concerts GmbH

Töchtern. Einen sehr guten Überblick über die Umstände der Graböffnung mit zahlreichen Fotografien einzelner Etappen vermittelt der Atlas „Tutanchamun’s Tomb: The Thrill of Discovery“ (Allen und Burton 2006) sowie eine Website des Griffith Institute, Universität Oxford, das den Nachlass der Ausgrabungen verwaltet (<http://www.griffith.ox.ac.uk/tutankhamundiscovery.html>).

Ein wesentlicher Teil der geborgenen Gegenstände aus dem Grab befindet sich heute im Ägyptischen Museum in Kairo. Leider gingen bei den Ereignissen der Arabischen Revolution im Februar 2011 auch einige Exponate zu Bruch oder wurden entwendet. Da einzelne Objekte Ägypten nur in seltenen Fällen verlassen, existieren Wanderausstellungen mit Repliken des Grabinventars. Der äußere Sarkophag und die Mumie Tutanchamuns sind im Tal der Könige in Luxor verblieben. Der Zugang zum Grab ist wegen konservatorischer Gründe auf

wenige Besucher pro Tag beschränkt und mit zusätzlichen Gebühren versehen.

Mehr als drei Jahrtausende nach dem Tode des Pharaos erscheint das Interesse am Leben und Sterben des Herrschers ungebrochen. So ist es nicht verwunderlich, dass in Medien und Ausstellungen immer wieder einmal über das prachtvolle Grab, das kurze, von Krankheiten gezeichnete Leben des Königs, seine Abstammung (Hawass et al. 2010) oder die bis heute nicht endgültig geklärte Todesursache berichtet wird (Markel 2010). Im Februar 2012 überraschte die Zeitschrift „Welt der Wunder“ mit der Meldung, Tutanchamun habe an einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte gelitten (Diedrich 2012) und berief sich dabei auf einen Artikel im „Spektrum der Wissenschaft“ (Dönges 2010).

Eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte bei einem prominenten Individuum

dieser Epoche wäre indessen eine Sensation, existieren doch bis zum 4. Jh. n. Chr. diesbezüglich kaum personenbezogene Berichte.

Plastisch-chirurgische Eingriffe an Lippen und Nase bzw. die Anleitung dazu sind in diesem Zeitraum allerdings schon dokumentiert, so zum Beispiel in der altindischen Medizin (Ayurveda). Hervorzuheben ist hier die Susruta-Samhita. In diesem Werk wird zum Beispiel der operative Verschluss von Lippenspalten durch Verschiebelappen aus der Wange erwähnt (Singhal und Patterson 1993, Chopra 1996).

Gaumenspalten und ihre negativen Auswirkungen wie Infekte der Nasenhöhlen waren offenbar bekannt und wurden beschrieben. Behandelt wurde nur konservativ, indem man Sekretborken bzw. Ablagerungen mit Öl reinigte. Inwieweit der Text zu der beschriebenen plastischen Operation tatsächlich auf Susruta zurückgeht oder später hinzugefügt wurde, ist jedoch umstritten (Kassel 1914).

Eine recht detaillierte, allerdings auch deutlich später verfasste Anleitung zur Operation von Spaltfehlbildungen enthält die Schrift „De Medicina“ des römischen Arztes und Medizinschriftstellers Aulus Cornelius Celsus (30 v. Chr. – 50 n. Chr.): „An den Lippen entstehen oft Spalten. ... Sind diese Spalten oberflächlich, so ist es besser, sie mit den bei Geschwüren des Mundes passenden Mitteln zu behandeln, dringen sie aber tiefer ein, so muss man sie mit einem dünnen Eisen brennen. ...“ Im vorangehenden Kapitel „Wie der Substanzverlust an den Ohren, den Lippen und der Nase mittels einer Operation wiederersetzt werden kann“ wird detailliert die Technik von Verschiebelappen und Entspannungsschnitten erläutert (Celsus 1. Jh. v. Chr.). Das chirurgische Wissen im alten Ägypten wird dagegen als vergleichsweise gering angesehen

(Kassel 1914, Pahor 1992, bes. Papyrus Smith in Westendorf 1999).

Der wahrscheinlich früheste medizinische Bericht über die Behandlung eines identifizierbaren, prominenten Spaltpatienten findet sich in der altchinesischen Heilkunde. So wurde der chinesische Regent Wei Yang-Chi mit einer einseitigen Lippenspalte geboren (östliche Chin-Dynastie, 4. Jh. n. Chr.). Seine Leibärzte operierten die Spaltbildung im 18. Lebensjahr mittels Anfrischung der Lippenstümpfe und primärer Naht (Boo-Chai 1966, Schneider 1984).

Tutanchamuns Mumie wurde seit ihrer Entdeckung mehrfach untersucht, insbesondere durch bildgebende Diagnostik (konventionelle Röntgenbilder, Computertomographie). Hierbei fanden Wissenschaftler zahlreiche Skelettanomalien, die auf spezifische Krankheiten hinweisen. Als sehr schwierig erwies sich immer wieder die Differenzierung von Erkrankungen oder Verletzungen, die der Pharao zu Lebzeiten erlitt, von Defekten, die durch die Einbalsamierung oder durch Bergung, Transport und Untersuchung der Mumie entstanden sind. Exemplarisch sei hier eine fragliche Schädelverletzung genannt, die lange Zeit Spekulationen nährte, der Pharao sei erschlagen worden oder vom Streitwagen gestürzt (Schneider 1994). Diese Theorie wurde inzwischen aufgegeben, da die gegenständlichen Kalottenfragmente wohl eher postmortem entstanden sind (Boyer et al. 2003). Bei den festgestellten Knochennekrosen im Bereich der linken Mittelfußknochen und der Deformität des linken Fußes insgesamt handelt es sich dagegen um eine zu Lebzeiten präsente Pathologie, weshalb die Diagnosen Morbus Köhler und Klumpfuß gestellt werden konnten.

Während das Vorliegen einer Gaumenspalte und einer Dysgnathie (maxilläre Prognathie) bei Tutancha-

mun gesichert ist, gibt es keine Hinweise auf eine kombinierte Spaltbildung im Sinne einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte. Auch die seit Jahrzehnten kontrovers diskutierte Verdachtsdiagnose einer Gynäkomastie im Rahmen eines Klinefelter-Syndroms (Gray 1973) oder das Vorliegen eines Antley-Bixler- oder Marfan-Syndroms erwiesen sich als nicht haltbar (Hawass et al. 2010). Ungeklärt bleibt weiterhin die Todesursache Tutanchamuns. Diskutiert werden neben einer Malariainfektion auch eine Sichelzellanämie oder ein Gaucher-Syndrom (Timmann und Meyer 2010). Die irrtümliche Meldung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte in der populärwissenschaftlichen Presse hat dagegen einen ganz banalen Grund: Die verbreitete Unkenntnis bezüglich der Unterschiede zwischen Gaumenspalten und kombinierten Spaltbildungen sowie die ungefilterte Übernahme von Informationen. Möglicherweise besteht darin und nicht im angeblichen Hinscheiden beteiligter Archäologen der eigentliche Fluch des Pharaos.

Eine sehr lohnenswerte Ausstellung über Tutanchamun und sein kostbares Grabinventar in Repliken ist derzeit und noch bis 24. Juni 2012 in Frankfurt/Main zu sehen (<http://www.tut-ausstellung.com>).

Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Christian Pausch
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Klinik und Poliklinik für Kiefer- und
Plastische Gesichtschirurgie
Direktor: Prof. Dr. Dr. A. Hemprich
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig

Dr. Franziska Naether
Universität Leipzig
Ägyptologisches Institut /
Ägyptisches Museum Georg Steindorff
Goethestraße 2
04109 Leipzig