

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 10/2005

Berufspolitik	Thesen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsreform	476
	3. Deutsch-polnisches Symposium	478
	Prävention an Schulen	482
	25. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	483
Gesundheitspolitik	Hygiene aktuell	486
	Frühkindliche Karies – ein ungelöstes Problem	506
Mitteilungen der Geschäftsstelle	33. Kammerversammlung	490
	Ausstellungen und Konzerte	490
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“	491
	Mitgliederversammlung Kreisärztekammer Dresden	491
	Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz	491
	Wegfall von Ermächtigungen zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen	492
Mitteilung der Sächsischen Ärzteversorgung	Information der Sächsischen Ärzteversorgung	493
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	494
Originalien	Polypharmazie bei älteren Patienten in Sachsen	495
	Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in DIPOL® Curriculum	497
	Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig setzt auf Innovation in der Lehre	499
Leserbrief	Dr. med. Jürgen Wenske	496
Tagungsberichte	10 Jahre interdisziplinäres Zentrum für die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	501
	Treffen der thüringischen und sächsischen Seniorenvertretungen	502
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld zum 70. Geburtstag	504
	Unsere Jubilare im November	505
Buchbesprechungen	Das medizinische Versorgungszentrum	492
	Der Arzt als Fremdling in der Medizin?	503
	Lexikon der klinischen Diabetologie	503
	Sulfonylharnstoffe	508
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2005	

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

Thesen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsreform

Die Sächsische Landesärztekammer hat für die zwingend notwendige Neuausrichtung des Gesundheitssystems in Deutschland ein „Thesepapier zur Weiterentwicklung der Gesundheitsreform“ entwickelt. In dieses Thesepapier sind die konstruktiven Vorschläge vieler sächsischer Ärzte und des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen eingeflossen. Dieses Thesepapier ist eine bewusste Einmischung der sächsischen Ärzte in den laufenden, unklaren politischen Prozess in Deutschland. Es kann und soll den berufspolitisch aktiven Kollegen als Argumentationshilfe und den politisch Verantwortlichen als Arbeitsgrundlage dienen.

Präambel

Das Deutsche Gesundheitssystem steht auf Grund demografischer, finanzieller und struktureller Probleme vor großen Herausforderungen. Die eingeleitete Gesundheitsreform wird diesen Herausforderungen nur in Ansätzen gerecht. Die sächsische Ärzteschaft hat deshalb Thesen für eine zukünftige Gesundheitspolitik entwickelt, um damit notwendige Weichenstellungen oder Kurskorrekturen aufzuzeigen, damit die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung auch in Zukunft auf dem anerkannten hohen Niveau und individuell möglich ist. An der Entwicklung dieser Thesen haben sich ehrenamtlich tätige Ärzte aus den Ausschüssen, Kommissionen und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie aus den Kreisärztekammern und Bezirksstellen in Sachsen beteiligt. Die große Resonanz zu dieser Thematik macht den Willen der sächsischen Ärzteschaft deutlich, sich an dem notwendigen politischen Prozess zu beteiligen. In das Thesepapier ist auch die Position des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen eingeflossen. Dieses Bündnis umfasst über 30 Verbände, Körperschaften und Gruppen der Heil- und Pflegeberufe sowie Patientenvertreter.

1. Finanzierung

Grundlage eines Gesundheitssystems, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, ist dessen solide Finanzierung. Unter Berücksichtigung einer hochqualifizierten Versorgung, der freien Arztwahl, der Chancengleichheit, der Freiberuflichkeit und des medizinischen Fortschritts ist eine Neuausrichtung der bisherigen Finanzierung durch den Staat zwingend

erforderlich. Der alleinige Lohnbezug der gesetzlichen Krankenversicherung als Finanzierungsbasis ist bei sinkender Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung und steigender Arbeitslosigkeit nicht zeitgemäß und eine Abkopplung deshalb notwendig. Für Ärzte ist maßgeblich, dass ein Krankenversicherungssystem eine individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht und nachhaltig sichert.

Eine stärkere Verantwortung und Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen Status kann die finanziellen Grundlagen verbessern. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte in Grund- und Zusatzleistungen aufgliedert werden. Grundleistungen werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgehalten und im gesellschaftlichen Konsens unter maßgeblicher Beteiligung der Heilberufe festgelegt, Zusatzleistungen werden privat versichert.

2. Prävention

Präventionsmaßnahmen sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Präventionsmodelle und -projekte sind vorwiegend aus Steuermitteln zu finanzieren. Ein Präventionsgesetz muss eine gerechte Finanzierung und Grundzüge von Präventionsmodellen fixieren. Den Schutzimpfungen sowie der Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen ist dabei besondere Priorität einzuräumen. Die Versicherten müssen Prävention stärker als einen Wert für die eigene Gesundheit erkennen, für den sie die Verantwortung tragen.

Gesetzliche Regelungen zu Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen können durch personelle Unterbesetzung und chronischer Unterfinanzierung, wie beispielsweise im Öffentlichen Gesundheitsdienst, teilweise nicht erfüllt werden. Dieser Zustand führt zu einer Diskrepanz zwischen gesetzlichen Vorgaben und ihrer praktischen Umsetzung. Um Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten zu schaffen, bedarf es einer, den Erfordernissen, angepassten Gesundheitspolitik und der notwendigen Rahmenbedingungen.

3. Bürokratie

Die Wirtschaft und auch das Gesundheitswesen wurden in den vergangenen Jahren mit immer mehr bürokratischen Regularien belastet. Die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit

führt zur Frustration von Patienten und Ärzten, weil wichtige Behandlungszeit für Verwaltung verbraucht wird. Beispielhaft seien DRG im stationären und DMP und Praxisgebühr im ambulanten Sektor genannt. Mehrheitlich werden diese Steuerungsmechanismen für zu aufwendig, realitätsfern und nicht qualitätsfördernd gehalten. Der Arztberuf wird damit unattraktiv und für die Patienten geht wertvolle Behandlungszeit verloren. Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, Bürokratie abzubauen und in der Gesetzgebung keine neue Bürokratie zu erzeugen. Dazu dient die zwingend notwendige Reduzierung der Anzahl an Krankenkassen und staatlichen Kontrollinstitutionen.

Auch die Selbstverwaltung muss bei der Umsetzung von normativen Vorgaben auf die Minimierung von Bürokratie achten. Eine Gesundheitsreform sollte dezentralisieren und nur ein Gerüst für Rahmen- und Arbeitsbedingungen bilden.

4. Wettbewerb

Die Schaffung von Wettbewerbssituationen im Gesundheitswesen ist sinnvoll, wenn das zentrale Kriterium für den Erfolg die Qualität der erbrachten Leistung ist. Treten dagegen ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund, wie es derzeit bei leistungsbeschränkenden Leitlinien oder an den Risikostrukturausgleich gekoppelten Chronikerprogrammen der Fall ist, so führt Wettbewerb nur zu einem Kampf um den niedrigsten Preis bei gleichzeitiger Rationierung der medizinischen Versorgung.

5. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung

Für eine patientenorientierte individuelle Versorgungsstruktur muss der Arztberuf ein freier Beruf sein. Er muss aus diesem Grund von wirtschaftlichen Interessen im Wettbewerb um kostengünstigere Versorgungsbeziehungen unberührt bleiben. Einkaufsmodelle und andere Versorgungsbeziehungen schaffen eine marktorientierte Struktur und verhindern eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung. Zugleich werden Einzelpraxen in Frage gestellt. Einzel- oder Gruppenverträge werden abgelehnt, wenn sie die Freiberuflichkeit beschränken und Patienten die freie Arztwahl verwehren. Für eine weitest gehende Unabhängigkeit der Ärzteschaft und zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen ist eine Selbstverwaltung unabdingbar, in der

ärztliche Berufs- und Fachpolitik eng verzahnt sein muss.

6. Arzt und Gesellschaft

Die sächsische Ärzteschaft sieht es als ihre Pflicht an, sich zum Nutzen der Patienten an der politischen Diskussion zu beteiligen. Die sächsische Ärzteschaft kann mit ihrem hohen fachlichen Wissen viele Beiträge für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten. In der Beantwortung der Fragen zur medizinischen Versorgung ist Ärzten Vorrang gegenüber Ökonomen einzuräumen. Ärzte sind an der Ausarbeitung weiterer Reformschritte stärker zu beteiligen und auf Landes- und Bundesebene zu hören. Es ist den immer wiederkehrenden Kampagnen gegen Ärzte entgegenzutreten. Die Diffamierungen in der Öffentlichkeit zerstören das Arzt – Patienten Verhältnis. Diese haben erheblich zum Verlust der beruflichen Zufriedenheit geführt und junge Ärzte zum Ausstieg aus der kurativen Medizin bewegt.

Die Politik darf ihren wichtigsten Partner im Gesundheitswesen nicht weiter demotivieren. Vielmehr ist mit gezielten Maßnahmen auf die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes hin zu wirken, damit auch junge Ärztinnen und Ärzte wieder kurativ tätig werden.

7. Vergütung ärztlicher Leistungen

Die ostdeutschen niedergelassenen Ärzte unterliegen überholten Vergütungsregelungen. Sie erhalten 15 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands noch immer weniger Honorar als die Kollegen in Westdeutschland. Durch Hartz IV fehlen den sächsischen Vertragsärzten im I. Quartal 2005 6 Mio. Euro Honorar. Es gibt dadurch weder eine Versorgungssicherheit für Patienten, noch eine Planungssicherheit für Ärzte. Eine gesellschafts- und leistungsbezogene Honorierung muss in der Politik kurzfristig für den ambulanten Bereich umgesetzt und betriebswirtschaftliche Planungssicherheit hergestellt werden. Politisch intendierte Reformschritte auf dem Arbeitsmarkt sind ohne weitere negative Auswirkungen auf die Honorierung sowie die Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzteschaft zu gestalten.

In der privatärztlichen Versorgung wird mit einer Gebührenordnung gearbeitet, die seit 27 Jahren in Kraft ist. Diese ist kurzfristig durch eine Neustrukturierung und Modernisierung

den aktuellen Erfordernissen anzugleichen. Transparenz, klare Abrechnungsregeln und damit Verbraucherschutz müssen die Hauptmerkmale einer neuen Gebührenordnung sein.

Die angestellten Ärzte unterliegen seit Jahren unzumutbaren Arbeitsbedingungen, die sich zudem durch neue Regelungen und Vorgaben der Europäischen Union noch verschlechtern könnten. Gleichzeitig erhalten junge Ärzte nur befristete Arbeitsverträge mit sehr kurzer Laufzeit. Für die stationäre Versorgung bedarf es einer neuen Ausgestaltung der Arbeits-

bedingungen und der Tarifpolitik. Es müssen zumutbare Arbeitsbedingungen, langfristige Arbeitsverträge und bessere Vergütungsstrukturen geschaffen werden. Dies ist vor allem für die Motivation der angestellten und jungen Ärzte dringend erforderlich, wenn nicht weiter eine große Anzahl der Medizinabsolventen in alternative Berufsfelder oder in das Ausland abwandern soll.

Dresden, 20. September 2005

Der Vorstand der
Sächsischen Landesärztekammer

3. Deutsch-polnisches Symposium

Wrocław
9. bis 11.9.2005



Marktplatz Wrocław

In der viertgrößten Stadt Polens fand das 3. Deutsch-polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ mit über 200 Teilnehmern aus Deutschland und Polen statt.

Die historische Hauptstadt Niederschlesiens besitzt ein anregendes Großstadt-Flair. Hinter einer lebhaften Kulisse verbirgt sich eine außerordentliche Geschichte des Neubeginns nach fast völliger Zerstörung. Wrocław ist eine sehr interessante Stadt. Die Einflüsse verschiedenster Nationen, die der Stadt ihren Stempel aufgedrückt haben, spiegeln sich sichtbar in der Architektur wider: riesige Kirchen im Stil der Backsteingotik deutschen Ursprungs, die das Stadtbild beherrschen, dazwischen Renaissance-Bürgerhäuser im flämischen Stil, Paläste und Kapellen im Wiener Barock und kühn gestaltete Zweckbauten aus den ersten Jahren unseres Jahrhunderts.

Die feierliche Eröffnung des 3. Symposiums durch die Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer fand in Anwesenheit des Kardinals der Stadt Breslau sowie von Vertretern des Gesundheitsministeriums der Republik Polen, der Niederschlesischen Wojewodschaft und des Sächsischen Gesundheitsministeriums in der Aula Leopoldina der Universität statt.

Grußwort des Präsidenten der Sächsische Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Vor vier Jahren konnten wir ein erstes Deutsch-polnisches Symposium, hier ganz in der Nähe, in Kreisau eröffnen. Ein Ort, der für die deutsch-polnische Versöhnung ein Symbol

geworden ist. Damals hatten die Redner auch unter dem Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ zu den historischen Verbindungen zwischen Sachsen und Polen referiert und gesundheitspolitische Sachfragen erörtert. Die Geschichte von Wrocław und Lemberg spielte dabei eine zentrale Rolle.

Vor zwei Jahren trafen sich die befreundeten Ärztekammern in der Stadt Meißen. Und heute nun sind wir in Wrocław zu Gast. Wrocław spielt für unser Symposium mit historischen wie auch aktuellen Bezügen eine Schlüsselrolle. Diese Stadt ist ein Symbol für dramatische Ereignisse und des Neubeginns in der deutschen wie auch polnischen Geschichte. Hier haben bedeutende Ärzte beider Nationen gelebt, gearbeitet und geforscht. Zu nennen wären Albert Neisser, Johann von Mikulicz-Radecki, Robert Koch und Ferdinand Sauerbruch. Und es kann keinen besseren Ort für eine Eröffnung geben als die 300 Jahre alte Universität mit ihrer Aula Leopoldina. Vielen Dank, dass dies möglich ist.

Das Rad der Geschichte hat sich weiter gedreht. Es gab einen verheerenden Zweiten Weltkrieg, eine deutsche Teilung sowie eine zweite und dritte Republik Polen. In der vergangenen Woche konnten Sie hier den 25. Jahrestag des ersten Streiks begehen, welcher die Gründung der Gewerkschaft „Solidarnosc“ ermöglichte und für alle Länder des damaligen Ostblocks eine Signalwirkung entfaltete.



Eröffnung in der Aula Leopoldina



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Jan Schulze, überreicht dem Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. med. Andrzej Wojnar, das „Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft“

Der Beitritt Polens zur Europäischen Union im Frühjahr 2004 ist letztlich eine Folge dieses mutigen Streiks. Wir haben heute die Möglichkeit, erste Entwicklungen des europäischen Prozesses festzuhalten. Profunde Kenner dieser Materie konnten wir als Referenten gewinnen.

Die freundschaftlichen Beziehungen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Polnisch Niederschlesischen Ärztekammer bestehen nun bereits mehr als ein Jahrzehnt. Der Freundschaft folgten die Symposien und auch gemeinsame Vorstandssitzungen. Ein Austausch über den Stand der Weiterbildung, der gegenseitigen Anerkennung von Diplomen und der grenzüberschreitenden Fortbildung erscheint damals wie heute als ein notwendiger Bestandteil einer fruchtbaren Zusammenarbeit. Dresden und Wrocław, Sachsen und Niederschlesien sind sich auch dank unserer freundschaftlichen Verbindungen ein ganzes Stück näher gekommen.

Wie neu das Programm der am 18. September 2005 gewählten neuen deutschen Regierung in Bezug auf die Gesundheitspolitik sein wird, wissen wir nicht. Eine Umgestaltung oder Neuausrichtung der finanziellen Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems wird aber

nicht ausbleiben. Kompromisse müssen geschlossen werden, um ein bewährtes System der sozialen Krankenversicherung durch die Untiefen einer älter werdenden Gesellschaft zu lotsen. Hinzu kommen Europäische Richtlinien, wie zum Beispiel die zur Arbeitszeit im Krankenhaus, welche auch die ärztliche Tätigkeit maßgeblich beeinflussen. Mit einer konstruktiven Standespolitik wird die Sächsische Landesärztekammer diesen Prozess begleiten und mit der Ärztekammer in Wrocław diskutieren, denn die Entwicklungen in Deutschland werden sich auch auf unsere östlichen Nachbarländer und auf die Menschen in den Euroregionen auswirken. Unsere Forderungen für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsreform bestehen in einer am Patienten orientierten Medizin, dem Abbau staatlicher Reglementierungen und einer Qualitätssicherung in der Medizin nach ärztlichen und nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten.

Seit einigen Jahren wechseln Studenten die Hochschulen, Ärzte in Weiterbildung die Kliniken und Fachärzte den Arbeitsort über unsere Landesgrenzen hinweg. Ob und in welchem Umfang eine Fluktuation von Ärzten nach dem Beitritt Polens in Richtung Europäische Union stattgefunden hat, darüber wird uns Herr Dr. Wojnar informieren.

Der europäische Weg bildet eine Klammer unseres Treffens. Und das nicht ohne Grund, denn die Harmonisierung der Sozialsysteme wird durch den europäischen Rahmen vorgegeben.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal betonen, dass es nicht selbstverständlich ist, dass wir heute und hier zum dritten Mal zusammenkommen. Es ist nicht selbstverständlich, dass die Polnische Niederschlesische Ärztekammer den Kraftakt der Vorbereitung für ein Symposium noch einmal übernommen hat. Aber die hohe Beteiligung an diesem Symposium macht das Interesse und die Notwendigkeit eines solchen wissenschaftlichen Austausches, fernab von purer Medizin, deutlich. Wir wollen Geschichte verständlich machen, aus ihr lernen und die Erkenntnisse für eine gemeinsame Zukunft in einem gemeinsamen Europa und an einer gemeinsamen Grenze nutzen.

Dem Präsidenten der Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. med. Andrzej Wojnar, wurde im Namen der Bundesärztekammer das „Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft“ für seine Verdienste um die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Berufsstand, insbesondere für sein unermüdliches Wirken zur Zusammenarbeit und Annäherung der Ärzteschaft Polens und der Bundesrepublik Deutschlands durch Herrn Professor Dr. Jan Schulze übergeben.

Der Präsident der Polnischen Ärztekammer, Konstanty Radziwiłł, der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und der ärztliche Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Siegfried Herzig, wurden für ihre Verdienste um die Deutsch-polnische Zusammenarbeit mit der Jan-Mikulicz-Radecki-Medaille durch den Vorstand der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer ausgezeichnet.

Vortragsthemen des 3. Symposiums

Zusammenarbeit der Europäischen Ärztekammern – Rückblick und Ausblick

Dr. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes

Die letzten fünfzehn Jahre haben die schnellste und weiteste Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Europa gebracht. Von der russischen Region Twer im Nordosten Europas bis Albanien und Montenegro im Süden und Deutschland und Liechtenstein in Mitteleuropa sind Ärztekammern in fast allen

3. Deutsch-polnisches Symposium



Der Präsident der Polnischen Ärztekammer, Konstanty Radziwiłł, und Dr. med. Siegfried Herzig (v.l.) werden mit der Jan-Mikulicz-Radecki-Medaille ausgezeichnet

Ländern gegründet oder wieder gegründet worden. Die Ärzteschaft, aber auch die Parlamente haben der Selbstverwaltung Vertrauen geschenkt und sie mit vielfältigen Aufgaben betraut. Die Gründungs- und Findungsphase ist abgeschlossen, und die meisten der neu oder wieder gegründeten Kammern arbeiten auf einem hohen professionellen Niveau, was gleichermaßen für die Kammern der großen wie auch der kleinen Länder gilt.



Dr. med. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes

In den wesentlichen ärztlichen europäischen Gremien, dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, der Europäischen Konferenz der Ärztekammern, aber auch in den Partikularinteressenverbänden sind Vertreter der neuen Kammern eingezogen und haben an etlichen Stellen bereits Führungspositionen übernommen. Dies trifft nicht für den Weltärztebund zu, da Anfang der neunziger Jahre in der Regel die wissenschaftlich-medizinischen Verbände als nationale Ärzteorganisationen dem Weltärztebund beigetreten sind und diesem noch angehören. Aus diesem Grund sind zwar die meisten Kammern der Westeuropas sowie Deutschland und Österreich Mitglied des Weltärztebundes, nicht aber die „neuen“ Kammern Mittel- und Osteuropas.

Immer mehr Aufgaben werden vor allem oder auch nur gemeinsam zu lösen sein. Beispiele:

- Qualität und Sicherheit in der Medizin sind so umfassende Aufgaben, dass nationale Ärzteverbände schlecht beraten sind, sie alleine bewältigen zu wollen. Kooperation über die Grenzen hinweg kann zu einer Beschleunigung und Kostenreduktion der Arbeit führen.
- Die ärztliche Migration und die Erbringung von Dienstleistungen über Grenzen hinweg nehmen stetig zu. Dringend müssen Probleme in den Bereichen gegenseitiger Anerkennung von Qualifikationen aber auch der disziplinarischen Sanktion und ihrer Wirkung über Grenzen hinweg geklärt werden.
- Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wird momentan von fast allen Regierungen Europas offen oder verdeckt betrieben. In zunehmendem Maße werden Verteilungsprobleme auch in fast allen Ländern Europas zu massiven Konflikten bei der ärztlichen Arbeit führen.
- Mit der Kommerzialisierung der Medizin werden die Ärzte immer mehr gegängelt. Die professionelle Autonomie der Ärzte ist global gefährdet, der Versuch, sie national zu retten, muss scheitern.

Ziel der internationalen Zusammenarbeit muss es sein, die gesundheitliche Versorgung der Menschen in unseren Ländern zu verbessern und ihre Zugänglichkeit zu garantieren. Dazu ist es notwendig, gute Bedingungen für



Herr Jürgen Hommel überbringt Grüße im Auftrag von Frau Staatsministerin, Helma Orosz

die ärztliche Arbeit zu schaffen. Im Großen und Ganzen werden wir dies in Zukunft nur gemeinsam erreichen können.

Europäische Gesundheitssysteme vor dem Hintergrund der Erweiterung

Dr. med. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlaments
Möglichkeiten und aktuelle Instrumente der europäischen Gesundheitspolitik sind:



Dr. med. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlaments

Das „Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (2001 bis 2006): Es umfasst Aktionen, die in besonderer Weise die öffentliche Gesundheit betreffen. Das Aktionsprogramm konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- Verbesserung von Information und Kenntnissen im Bereich der Gesundheit auf allen Ebenen der Gesellschaft,
- Einrichtung eines Schnellreaktionssystems, um den Gesundheitsgefahren zu begegnen,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere derjenigen Faktoren, die mit der Lebensführung verbunden sind.

Eine „Integrierte gesundheitspolitische Strategie“: Aufgrund der Bestimmung des EG-Vertrags, der zufolge bei der Festlegung und Durchführung der Gemeinschaftspolitiken ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen ist, betrifft der Gesundheitsschutz alle Schlüsselbereiche der Gemeinschaftstätigkeiten. Es wurden spezifische Maßnahmen vereinbart, um der Verpflichtung nachzukommen, den Gesundheitsschutz übergreifend, das heißt, in alle Bereiche der Gemeinschaftspolitik zu integrieren.

Die „Offene Methode der Koordinierung“ ist ein neuartiges Politikverfahren, das der Europäische Rat von Lissabon im März 2000 eingeführt hat und was später vom Konvent in den Verfassungsvorschlag übernommen wurde. Es handelt sich um ein Angebot an die Nationalstaaten, gemeinsame Direktiven oder Leitlinien, auch im medizinischen Bereich zu erarbeiten, und zwar in Form und mithilfe des Benchmarkings.

Im Kern geht es darum, dass die Kommission für bestimmte Politikbereiche Leitlinien mit präzisen Zeitplänen entwickelt. Danach werden EU-weit gültige Indikatoren zur Messung der Zielerreichungsgrade vereinbart.

Die Nationalstaaten sind nun verpflichtet, die entsprechenden Daten zu erheben, um die angedachten Benchmarkings durchführen zu können. Daraus werden dann Handlungsempfehlungen abgeleitet, deren Umsetzung dann selbstverständlich nicht obligatorisch ist.

Die Grundstruktur der westeuropäischen Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme der westeuropäischen Länder basieren historisch auf zwei

verschiedenen Grundansätzen. Zum einen, das auf eine Sozialversicherung aufgebaute Bismarck-Modell mit den wesentlichen Kennzeichen der Selbstverwaltung und des Beitragsprinzips.

Zum anderen, das Beveridge-Modell, das eine vom Staat über die Steuern finanzierten Gesundheitsdienst vorsieht, auf den alle Einwohner des Landes gleichermaßen Zugriff haben. Ärzte und Apotheker sollten demnach von der öffentlichen Hand beschäftigt werden.

Es ist offenkundig, dass in keinem Land eines der beiden Systeme in reiner Form anzutreffen ist. Alle haben Elemente der beiden Idealtypen aufzuweisen. Dennoch kann man nach dem Überwiegungsprinzip eine grobe Einteilung vornehmen.

Demnach gehören eindeutig zum Bismarck-System die Länder Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich.

Eindeutig dem Beveridge-System zuordenbar sind die Länder Dänemark, Finnland, Schweden sowie die Ursprungsländer Großbritannien und Irland.

Eine so klare Zuordnung scheint hinsichtlich der Mittelmeerländer Griechenland, Italien, Portugal und Spanien sowie der Niederlande nicht möglich. Bis auf Griechenland und Italien werden sie jedoch dem Beveridge-System zugeordnet.



Prof. dr. hab. Waldemar Kozuscheck spricht zum 100. Todestag von Jan Mikulicz Radecki

Die Geschichte der schlesischen Ärztekammer

Dipl.-Med. Annette Kaiser,
Sächsische Landesärztekammer

Diesen interessanten Beitrag werden wir im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2005, veröffentlichen.

Berufliche Migration von polnischen Ärzten

Dr. n. med. Andrzej Wojnar

Am 1. Mai 2004, am Tag des Beitritts Polens zur Europäischen Union, haben in Sachsen

3. Deutsch-polnisches Symposium



Dr. n. med. Andrzej Wojnar

103 polnische Ärzte und am 1. Mai 2005 121 polnischen Ärzte gearbeitet. Bisher hat nur ein niederschlesischer Arzt eine Praxis von einem Arztehepaar in Zwickau übernommen. Folgende Maßnahmen müssen in Polen ergriffen werden, um die anwachsende, für die Gesundheit der Nation sehr ungünstige Migration von Ärzten zu verhindern:

- die europäischen Arbeitsstandards sind zu sichern,
 - den Ärzten muss ein freier Zugang zur Facharztausbildung und ständiger Weiterbildung in Polen gewährleistet werden,
 - eine angemessene Vergütung ist zu zahlen.
- Generell muss gesagt werden, dass die niederschlesischen Ärzte zwar auswandern aber auch zurückkommen.

Es ist davon auszugehen, dass durch eine Europäisierung und Globalisierung die Gesundheitssysteme von Deutschland und

Polen stärkeren wechselseitigen Einflüssen ausgesetzt sein werden. Insbesondere die Fragen nach den Arbeitsbedingungen der Ärzte, die Anerkennung von Fortbildungspunkten und grundsätzliche Probleme im Bereich „Human Resources“ bedürfen einer stärkeren Bearbeitung. Spätestens in drei Jahren soll aus diesem Grund ein 4. Deutsch-polnisches Symposium stattfinden.

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

Prävention an Schulen



Sächsischer Staatsminister für Kultus, Herr Steffen Flath und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze v. l.

Wie kann die Sächsische Landesärztekammer, insbesondere der Ausschuss Prävention, sächsische Schulen bei der Implementierung von Präventionsprojekten unterstützen? Dies war die zentrale Frage von PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel, Vorsitzender des Ausschusses Prävention, in einer Sitzung vom 30. August

2005. Und damit diese Frage auch gleich an die richtige Adresse gestellt werden konnte, war der Sächsische Staatsminister für Kultus, Herr Steffen Flath, als prominenter Gast geladen. Allein seine Anwesenheit macht deutlich, dass auch das Kultusministerium auf die Unterstützung der Ärzteschaft in Fragen der

Prävention an Schulen baut. Der Kultusminister vertraut insbesondere auf die stärkere fachliche Vermittlung von Präventionsthemen im Grundschulbereich. „Denn es ist notwendig, frühzeitig Kinder (und Eltern) über eine gesunde Lebensführung aufzuklären und mit konkreten Projekten nahe zu bringen“, so der Minister. Unterstützt wurde der Kultusminister vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Seitens des Ausschusses Prävention besteht große Bereitschaft sich dieser Thematik anzunehmen. Das machte der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses Prävention, Dr. med. Christoph Altmann, in der Moderation deutlich. Ein Unterrichtsfach „Gesunde Lebensweise“ wird es auch zukünftig nicht geben, aber eine fächerübergreifende Einbeziehung von Gesundheitsthemen an (Grund-) Schulen ist vor dem Hintergrund einer Zunahme von Suchtverhalten und falscher Ernährung notwendig. Deshalb wird es nach diesem Auftaktgespräch zu konkreteren Planungen zwischen dem Kultusministerium, der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG) kommen.

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

25. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
24. September 2005

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur 25. Tagung waren die Mehrzahl der Kreisärztekammervorsitzenden, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Den Auftakt der Tagung bildete der Bericht „Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik“ des Vizepräsidenten, Herrn Dr. Stefan Windau. Zu den Schwerpunkten des Berichtes und der sich anschließenden Diskussion gehörten unter anderen die Bundestagswahl mit ihren Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. Größter Streitpunkt dürfte je nach Koalition die zukünftige Krankenversicherung, also Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie, sein. Weniger Diskussion wird es zur Gesundheitsreform geben, weil diese auf einem Kompromiss zwischen der SPD und CDU beruht.

Interessant in diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer aktuellen Studie des Fritz Beske Institutes auf der Datengrundlage aus dem Jahr 2001. Danach hat das Gesundheitswesen in Deutschland unter 14 Ländern den umfassendsten Leistungskatalog, ist preiswert und überdurchschnittlich effizient.

Die Arztzahlentwicklung in Sachsen bildete einen weiteren Schwerpunkt, denn sie ist weiterhin rückläufig. Durch die finanziellen Lösungsansätze der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen für den Kreis Torgau-Oschatz konnten bisher fünf Ärzte für eine Niederlassung gewonnen werden. Weitere Gespräche zum Fortgang der Maßnahmen werden mit der Sächsischen Sozialministerin im Oktober und November 2005 stattfinden.

Diskutiert wurden auch die neuen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung). Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) entwickeln sich in Sachsen nur langsam. Bisher existieren 15 MVZ mit 36 Ärzten überwiegend in Städten, jedoch nicht auf dem Land. Diese Versorgungskonzepte sind damit keine Lösung für den Ärztemangel. Als nachteilig wird auch die Verdrängung von Fachärzten in eigener Niederlassung gesehen. Große Klinikketten gründen in ihrem weiten Umfeld MVZ um die dortigen Patienten in die eigene Einrichtung zu überweisen. Die Abschaffung der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist offensichtlich ein Ziel der Gesundheitsreform.



Im Präsidium: Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, Prof. Dr. med. Jan Schulze, Dr. med. Stefan Windau

In Bezug auf das Arbeitszeitgesetz konnte Dr. Windau nur auf den Stand vom Frühjahr 2005 verweisen, dennoch drängt die Zeit nach einer praktikablen Lösung, weil das neue Arbeitszeitgesetz ab 1. Januar 2006 verbindlich ist. In diesem Zusammenhang deutete Dr. Windau auch einen Konflikt bei der Besetzung der Notarztdienste an. Diese Nebentätigkeit wird wohl schon jetzt von Klinikketten nicht ohne weiteres mehr genehmigt. Das Europäische Parlament bleibt bei seinem Standpunkt: Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit.

Abschließend verwies Dr. Windau auf die kommende Wahl der Kammerversammlung 2007, deren Vorbereitungen im nächsten Jahr beginnen. Er rief die Kreisärztekammervorsitzenden auf, junge Kollegen schon jetzt für die Mitarbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer und für die Berufspolitik zu gewinnen. Die Entwicklung der Gesundheitspolitik macht eine engagierte Mitarbeit notwendig. Dazu bedarf es Ärzte, die aktiv und konstruktiv mitarbeiten.

Palliativmedizin – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte

Palliativmedizinische Versorgung Schwerkranker im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

*Dr. med. habil. Heinrich Günther
Medizinische Klinik und Poliklinik I*

Eingang machte Herr Dr. Günther anhand der Inhalte dieses Fachgebiets – wie Symptomkontrolle, Kommunikation, Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, Akzeptanz des Todes – deutlich, dass es sich um allgemeine medizinische Prinzipien im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden handelt; die Palliativmedizin ist trotzdem ein recht junges Fachgebiet (1983 erste Palliativstation), weil

sie sich als Reaktion auf ein einseitig naturwissenschaftliches Paradigma entwickelt hat. In der Onkologie muss darauf geachtet werden, dass aufgrund des verwandten Begriffes der Palliativ„therapie“ keine schwerwiegenden Missverständnisse seitens der Patienten entstehen, da Palliativ„medizin“ fast immer in direktem Zusammenhang mit Sterben und Tod verwendet werde.

Im universitären Bereich ist die Palliativmedizin in Deutschland mit drei Lehrstühlen und mit nur sechs der 107 Palliativstationen unterrepräsentiert. Im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus wird die palliativmedizinische Versorgung durch mehrere Fachgebiete wahrgenommen. Im Universitätschmerzszentrum kooperieren unter Leitung der Anästhesiologie auch Orthopädie, Neurologie sowie Psychotherapie; seitens der Medizinischen Klinik I wird ein palliativmedizinischer Konsiliardienst vorgehalten, es gibt regelmäßige Symposien und intensive öffentlichkeitswirksame Aktivitäten – unter anderem Statements zum Betreuungsrecht oder Filme wie „Kann Glaube heilen?“ und „Streit am Krankenbett“. Die studentische Ausbildung mit einem Seminar zu Gesprächsführung, mit einer interaktiven Vorlesung und einem freiwilligen Seminar wird in Kooperation mit der Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift, Dresden, durchgeführt. Herr Dr. Günther betonte, dass Kommunikation über das bevorstehende Lebensende, über Grenzen medizinischer Therapien oder über „last business“ eines hohen Einsatzes an Ausbildung, Arbeitszeit, Engagement und Empathie bedarf, dies jedoch in Medizin und Gesellschaft derzeit unterbewertet wird. Besonders wurde darauf hingewiesen, dass Palliativmedizin sich nicht auf wenige Stationen focussieren dürfe, sondern insbesondere die flächendeckenden sozialen Bedingungen erfassen müsse. So werde in vielen Privathaushalten hochwertige Sorge für Schwerkranken geleistet, die für die Stabilität des Gesundheitssystems und unserer Kultur im Umgang mit Sterben und Tod unentbehrlich ist. Dennoch ist dies zum Beispiel durch arbeitsmarktbedingte Migration der jungen Generation aus ganzen Landstrichen auch Sachsens gefährdet. Hier sei auch die Palliativmedizin aufgefordert, prospektiv und salutogenetisch den hohen Wert sozialer Strukturen für eine stabile Kultur und Gesellschaft und die schweren Folgen ihrer Zerstörung öffentlich bewusst zu machen. Eine weitere wichtige Funktion der Palliativmedizin könne

darin bestehen, ausgehend von der Akzeptanz des Todes, eine Rückbesinnung auf die weitgehend verdrängte fundamentale Bedeutung des uralten zyklischen Lebenswissens von Geburt und Tod einzuleiten und es wieder in Medizin, Politik und Gesellschaft zu integrieren.

Palliativmedizin an einem Versorgungs-krankenhaus

Dr. med. Christine Marmor

Malteserkrankenhaus St. Carolus, Görlitz

Die Patientenbetreuung kann entweder durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst oder auf einer speziell eingerichteten Palliativstation erfolgen. So stehen die vollen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Akutkrankenhauses zur Verfügung. Oberstes Therapieziel ist die Wiederherstellung oder Besserung der Lebensqualität des Patienten. Grundvoraussetzung dafür ist die konsequente und wirksame Behandlung quälender Krankheitssymptome. Häufige Aufnahme-gründe sind Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen. Auch psychische oder soziale Probleme oder akute interkurrente Erkrankungen führen zur Einweisung. Diese erfolgt in der Regel nach einer telefonischen Kontaktaufnahme durch den Hausarzt. Das therapeutische Team versucht, den speziellen Bedürfnissen des Kranken und seiner Angehörigen ganzheitlich gerecht zu werden. Ihm gehören MitarbeiterInnen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, Physio- und Ergotherapeuten, Sozial- und Hospizdienst sowie Ehrenamtliche, SeelsorgerInnen und Psychologen an. Ein großzügiger Personalschlüssel und die besonders freundliche Gestaltung der Station bieten die erforderlichen Voraussetzungen für eine umfassende Betreuung im Sinne von „palliative care“. Neben Ein- und Zweibett-Patientenzimmer stehen ein Wohnzimmer sowie Koch- und Übernachtungsmöglichkeiten für begleitende Angehörige zur Verfügung.

Palliativmedizinische Betreuung im ambulanten Bereich

Dr. Jens Papke,

Facharzt für Innere Medizin in eigener Niederlassung Neustadt/Sachsen

Die von Dame Cicely Saunders (1918 bis 2005) formulierten Grundsätze palliativmedizinischer Betreuung beinhalten das Sterben an einem Ort eigener Wahl. Durch deutsche Untersuchungen wie auch Daten aus dem

internationalen Schrifttum ist zu belegen, dass sich etwa 80 Prozent aller Patienten mit einer inkurablen Erkrankung ihr Lebensende zu Hause wünschen. Tatsächlich aber können nur 20 bis 45 Prozent der Patienten zu Hause versterben. Durch qualifizierte palliativmedizinische ambulante ärztliche und pflegerische Krankenversorgung ist die Anhebung der häuslichen Sterberate auf etwa 70 Prozent möglich. Dies wurde punktuell im Rahmen verschiedener Modellprojekte demonstriert. Qualifizierte häusliche Palliativversorgung ist zudem deutlich kostensparender als eine stationäre Finalversorgung. Klinikaufenthalte werden verkürzt oder vermieden. Leider fehlt bislang zur flächendeckenden Umsetzung einer adäquaten Home Care-Versorgung das Engagement der Kostenträger, die breite palliativmedizinische Qualifizierung der Hausärzteschaft sowie der Pflegenden und die Sensibilisierung der Bevölkerung. Ein Interesse der Gesundheitspolitik an der Qualität palliativmedizinischer Versorgung ist in jüngster Zeit zu registrieren.

Rechtliche Aspekte der Palliativmedizin Patientenverfügung

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig

Juristenfakultät, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht

Wie jeder medizinische Eingriff sonst auch, bedarf auch jede Behandlungsmaßnahme in der Palliativmedizin der Einwilligung des Patienten. Ohne Einwilligung ist die Behandlung grundsätzlich rechtswidrig und unerlaubt.

Stärker als sonst stellt sich das Problem, diese Einwilligung zu erhalten, weil es häufig – nicht immer – an der Einwilligungsfähigkeit fehlen wird. Eine Lösung dieses Problems ist die vorgezogene Einwilligung. Jeder kann zu Zeiten, in denen er noch einwilligungsfähig ist, eine Verfügung für den Fall treffen, in dem er es nicht mehr ist. Das kann in der Form der Vorsorgevollmacht oder als Patientenverfügung geschehen. Fehlt es daran, ist ein Betreuer zu bestellen. Notmaßnahmen sind durch die mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt.

Die Patientenverfügung gehört zu den in den letzten Jahren politisch, juristisch und publizistisch stark umstrittenen Rechtsfragen im Bereich „Sterbehilfe“. Ein insgesamt hilfreicher Gesetzesentwurf des BMJ, der den Status quo festgeschrieben hätte, wurde nicht

weiterverfolgt. Eine weniger erfreuliche Gesetzesinitiative der Länder, die nahe Angehörige zu gesetzlichen Vertretern machen wollte, wird nicht mehr weiter betrieben.

Große Verwirrung stiftete ein Beschluss des BGH vom 17. 3. 2003. Diese Verwirrung hat dasselbe Gericht nun durch einen neuen Beschluss vom 8. Juni 2005 weithin beseitigt und ist zu dem Zustand zurückgekehrt, wie er vor seinem ersten Beschluss bestanden hat. Demnach ist die Patientenverfügung zu beachten. Das Vormundschaftsgericht muss nicht eingeschaltet werden, wenn sich Arzt und Betreuer einig sind, lebensverlängernde Heilmaßnahmen nicht weiter anzuwenden.

Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen durch Kreisärztekammern

Online-Punkte-Konto für Kammermitglieder

Erik Bodendieck, Vorstandsmitglied, Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Dipl.-Ing. Mathias Eckert, Informatiker

Göran Ziegler, Referat Fortbildung.

Herr Bodendieck, unterstützt durch Frau Rose und die Herren Ziegler und Eckert erläuterte nochmals die Kategorien der möglichen Fortbildungsveranstaltungen und deren „Punktwerte“. Es wurde darauf verwiesen, dass durch die Kreisärztekammern nur eigene Fortbildungsveranstaltungen selbst bepunktet werden können.

Im weiteren Verfolg der Ausführungen stand die EDV-technische Verwaltung und Verarbeitung des Fortbildungsgeschehens. Es wurde die Ausgabe der bundesweit zentralen Veranstaltungsnummer sowie die Ausgabe der als Barcode verschlüsselten persönlichen Fortbildungsnummer an jede Ärztin und Arzt angesprochen. Die konsequente Benutzung der Barcodeverschlüsselung kann zur deutlichen Verminderung des Registrierungsaufwandes in der Landesärztekammer sowie bei dem einzelnen Arzt beitragen. In der Diskussion wurde allerdings der dadurch steigende Aufwand für die Kreisärztekammervorsitzenden angemahnt. Hierbei verteilt sich die Last allerdings nun auf viele Schultern. Dadurch muss in diesem Bereich keine zusätzliche Mitarbeiterkapazität in der Hauptgeschäftsstelle geschaffen werden, denn es sind immerhin ca. 3,6 Millionen Fortbildungspunkte für die Sächsischen Ärztinnen und Ärzte innerhalb von fünf Jahren zu verwalten.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufeausweises (HPC), Sachstandbericht

Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied

Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller,

Kaufmännische Geschäftsführerin

Die beiden Referenten berichteten über den aktuellen Stand bei Entwicklung und vorgesehener Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufeausweises (eHBA). Die Betriebsgesellschaft „gematik“ hat den gesetzlichen Auftrag, den Rahmen einer Telematikinfrastruktur zu erstellen und eine Testplattform für das Zusammenspiel aller Komponenten und deren Hochsicherheitsanspruch zu entwickeln. Dieser Betriebsgesellschaft gehören die Selbstverwaltungskörperschaften des Gesundheitswesens als Gesellschafter an. Die

„gematik“ steuert die Entwicklung und Herausgabe der eGK und deren fakultativen weiteren Funktionen wie Notfalldatenverwaltung, Arzneimitteldokumentation, eArztbrief und eKarteikarte.

Testregionen sollten nach dem Willen des BMGS schon zu Beginn des Jahres 2005 die eGK in der Praxis erproben. Ein reellerer Termin ist das Frühjahr 2006. Für den endgültigen Start sichert die „gematik“ eine vertragliche Einführung (sauberere Migrationsstrategie) zu. So sollen für eine Übergangszeit neben der Pflichtkomponente elektronisches Rezept (eRezept) auch die gewohnten Papierformulare weiter gelten. Für Investitionen in Praxissoftware und Hardware wie multifunktionale Lesegeräte, moderne Rechner, Konnektor und VPN-Box (internes Netzwerk) ist es also noch viel zu früh, da drei Monate vor der

vorgesehenen Einführung noch nicht einmal die endgültigen Spezifikationen der eGK feststehen. Der Schlüssel zur eGK, der elektronische Arztausweis, ist an diese Spezifikationen der eGK gebunden. Seine Herausgabe durch die Ärztekammer wird ebenfalls verzögert. Aufzuhalten ist diese Entwicklung nicht, denn parteiübergreifend sieht die Politik in der eGK die Schlüsseltechnologie für eine Modernisierung des Gesundheitswesens.

Die Teilnehmer der Tagung forderten, dass die Veranlasser dieser Schlüsseltechnologie auch die Kosten tragen und übertriebene Eile nicht ausgereifte Qualität ersetzen darf.

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

Hygiene aktuell

Novellierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen (E 1), Stand 1. 7. 2005

Die Sächsische Impfkommission hat auf ihrer 25. Sitzung am 11. 3. 2005 nachstehende Änderungen zu den Schutzimpfungen gegen Influenza, Pneumokokkeninfektionen sowie Aktualisierungen bei weiteren Impfungen beschlossen. Die Pertussisimpfproblematik bedarf noch weiterer Bearbeitung und Beschlussfassung.

Influenza:

Entsprechend dem Influenzapandemieplan für Deutschland sollten in den interpande-mischen Jahren die Durchimpfungsraten der Bevölkerung auf über 1/3 gesteigert werden, um im Ernstfall (Pandemie) auf entsprechende materielle Ressourcen (besonders Impfstoff) und auf ein funktionierendes, weil eingespieltes und jährlich geübtes Management (Impfärzte und -teams) zurückgreifen zu können. Zur Kontrolle und eventueller Korrektur ist dazu eine ständige wissenschaftliche Begleitung in Form eines epidemiologischen und mikrobiologischen engmaschigen Influenzasentinelns („Sächsisches Influenzasentinel“) zwingende Notwendigkeit. Die Impfärzte werden deshalb gebeten, die Indikationsimpfungen konsequent zu realisieren. Dies ist durch engagierte Ärzte der Primärversorgung (Hausärzte, Allgemeinmediziner und Kinderärzte) am besten zu erreichen. Entsprechend der Indikationsliste betrifft dies insbesondere medizinisches Personal, Pflegepersonal in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Personen in Vorschuleinrichtungen und Schulen (zum Beispiel Lehrer, Kindergärtnerinnen) und Kinder und Erwachsene mit Grundkrankheiten und/oder besonderer Infektionsgefährdung. Aus diesem Grund ist die letztgenannte Indikation separat nochmals aufgeführt worden. Zusätzlich ist nach amerikanischem Vorbild das Alter für die generell empfohlene Influenzaimpfung von 60 auf 50 Jahre herabgesetzt worden (Text Neufassung siehe Tabelle 1, Änderungen im Fettdruck). Die rechtlichen Voraussetzungen sind im Freistaat Sachsen durch die „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ (VwV Schutzimpfungen) vom 29. November 2004 (Sächsisches Amts-

blatt Nr. 52, S. 1284- 1286 vom 23.12.2004), gegeben. Die Influenzaschutzimpfung für Anspruchsberechtigte ist durch Kassenärzte nach der gültigen „Vereinbarung gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung“ (Impfvereinbarung Sachsen) vom 22. November 2002 in der Fassung vom 1. April 2005 abrechenbar; für die Gesundheitsämter gilt nach wie vor die „Vereinbarung über die Beteiligung an den Impfstoffkosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen“ (Impfstoffkosten-Vereinbarung Sachsen) vom 7. 12. 1999.

Pneumokokkenimpfung:

Die Pneumokokkenimpfung ist vorerst immer noch nur als Indikationsimpfung, nicht als Standardimpfung für alle Kinder empfohlen. Das Impfalter für gefährdete Säuglinge und Kleinkinder bei Applikation von konjugiertem Impfstoff ist auf die Zeitspanne vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 5. Lebensjahr ausgedehnt worden. Kinder mit fortbestehender gesundheitlicher Gefährdung können ab dem 2. Lebensjahr zur

Verbreiterung des Schutzes (23 statt 7 Antigen-typen) Polysaccharidimpfstoff frühestens 2 Monate nach der Impfung mit Konjugat-Impfstoff erhalten. (Textneufassung siehe Tabelle 2)

Weitere Impfungen:

Geringfügige Ergänzungen auf Grund der geänderten epidemiologischen Lage sind bei der Indikationsimpfung gegen FSME zu verzeichnen: Es sind die Kreise Offenbach und Hildburghausen hinzugekommen.

Der Text der „Anmerkungen“ zu den Indikationsimpfungen Varizellen bei Patienten unter immunsuppressiver Therapie, Leukämie und soliden malignen Tumoren wurde den Stellungnahmen der diesbezüglichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem internationalen Trend folgend, angepasst. (Tabelle 3 ist im Internet unter www.slaek.de abrufbar)

Pertussisimpfung:

Sachsen hatte frühzeitig (1998) der veränderten epidemiologischen Lage entsprochen und die 5. Impfung als Tdpa (Boostrix) im Vorschulalter ab dem 6. Lebensjahr empfoh-

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anmerkung (Packungsbeilage/ Fachinformationen beachten)
S	Influenza	Personen über 50 Jahre.	Jährliche Impfung, vorzugsweise im Herbst mit einem Impfstoff aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
I		Wenn Epidemien oder Pandemien auftreten oder auf Grund epidemiologischer Beobachtungen befürchtet werden, größere Personenkreise.	Abhängig von der epidemiologischen Situation, nach Empfehlungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
B		– Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens – wie z.B. chronische Lungen- (auch Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten, Multiple Sklerose, Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, HIV-Infektion – sowie Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen. – Med. Personal und Pflegepersonal, Familienangehörige sowie andere Personen mit direktem Kontakt zu Risikopatienten, wie z.B. Tumor- und Leukosepatienten, HIV-Infizierten.	Jährliche Impfung, vorzugsweise im Herbst mit einem Impfstoff aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
R		– Personen mit besonderer Infektionsgefährdung, (z.B. mit umfangreichem Publikumsverkehr). – Personen mit besonderer beruflicher Infektionsgefährdung, z.B. medizinisches Personal und Pflegepersonal, Personal in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr.	
R		Bei längeren Reisen in Epidemiegebiete.	Andere saisonale Häufungen auf der Südhalbkugel sowie evtl. andere Antigenkombination für die Südhalbkugel beachten.

Tabelle 1: Neufassung der Impfpflichtung Influenza ab 1.7.2005 (Änderungen gegenüber 1.7.2004 im Fettdruck)

len. Der zunehmende Trend der Verschiebung der Pertussiserkrankung ins Erwachsenenalter (Infektionsquelle für Säuglinge) war Ursache der Boosterempfehlung der Haushaltkontaktpersonen zu Säuglingen (Eltern, Großeltern, Babysitter usw.). Durch die Einstellung der Produktion und des Vertriebs von monovalentem Pertussisimpfstoff durch die Industrie ist ein schwerer Rückschlag in dieser Strategie eingetreten. Die Wissenschaftsvertreter sowohl der STIKO wie der SIKO sind durch diese einseitige Maßnahme der Impfstoffhersteller brüskiert worden. Zur Zeit wird durch

eine Arbeitsgemeinschaft Pertussis der STIKO am Robert-Koch-Institut eine umfassende Analyse der Pertussisimpfeffizienz durchgeführt, um daraus unter den neuen Bedingungen eine adäquate Impfpflichtung zu formulieren. Es sind in Diskussionen eine 6. Pertussisimpfung im Jugendalter (als Tdpa IPV statt bisher Td IPV), wie bereits jetzt in Australien und Kanada empfohlen und in den USA diskutiert, oder eine generelle Pertussisboosterung alle 10 Jahre, wie in Österreich alle 10 Jahre mit Tetanus und Diphtherie zusammen (als Tdpa) bereits empfohlen.

Nicht geklärt sind damit die Fragen des Vorgehens bei fehlender Pertussis-Grundimmunisierung im höheren Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter und die Frage der Boosterung bei geimpften Eltern (und Babysittern), wenn die letzte Td-Impfung weniger als 10 bzw. 5 Jahre zurückliegt (Gefahr der Hyperimmunisierung gegen Tetanus und Diphtherie bei erneuter Tdpa-Impfung). Als vorläufige Orientierung kann ein Hinweis auf eine diesbezügliche Diskussion im RKI dienen (Epidemiologisches Bulletin Nr. 31, S. 276 vom 5. August 2005): „Die empfohlene Auffrischungsimpfung im Jugendalter kann mit jedem für diese Altersgruppe zugelassenen Impfstoff mit pa- Anteil vorgenommen werden... Dabei ist im Sinne des Impfschutzes gegen Pertussis eine Auffrischung im Abstand von 10 Jahren zur letzten Pertussisimpfung sinnvoll. Voraussetzung für eine solche Impfung ist, dass der Abstand zu DT/Td Grundimmunisierung bzw. zur letzten DT/Td Auffrischung möglichst 5 Jahre beträgt... Möglicherweise ist eine Boosterung auch bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die noch nie gegen Pertussis geimpft wurden, die sich jedoch mit dem Pertussis-Erreger bereits im Rahmen einer Infektion auseinandergesetzt haben...“.

Zu diesen Fragen sind erste verbindliche Voten bzw. Empfehlungen durch die im Oktober/November 2005 stattfindenden STIKO-SIKO-Sitzungen zu erwarten, über die umgehend berichtet werden wird.

Korrespondenzadresse:
„Sächsische Impfkommision“
Vorsitzender, Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstraße 21
09114 Chemnitz
Tel.: 0371 3360422
E-Mail: siegwart@bigl.de

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anmerkung (Packungsbeilage/ Fachinformationen beachten)
S	Pneumokokkenkrankheiten	Personen über 60 Jahre.	Eine Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff; Wiederholungsimpfung im Abstand von 6 Jahren.
I		<p>Kinder (ab vollendetem 2. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angeborene oder erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, wie z.B. Hypogammaglobulinaemie, Komplement- und Properdineffekte, bei funktioneller oder anatomischer Asplenie, bei Sichelzellenanaemie, bei Krankheiten der blutbildenden Organe, bei HIV-Infektion, nach Knochenmarktransplantation. 2. Chronische Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane (auch Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselerkrankungen, chronische Nierenkrankheiten / nephrotisches Syndrom, Liquorfistel, vor Cochlea-Implantation, vor Organtransplantation und vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie. <p>Frühgeborene (vor vollendetem 37. SSW); Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (<2.500 g); Säuglinge und Kinder mit Gedeihstörungen oder neurologischen Krankheiten, z.B. Zerebralparese oder Anfallsleiden.</p>	<p>Gefährdete Säuglinge und Kleinkinder (vom vollendetem 2. Lebensmonat bis zum vollendetem 5. Lebensjahr) erhalten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff nach folgendem Schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Säuglinge bis zu einem Alter von 6 Monaten erhalten ab dem vollendetem 2. Lebensmonat 3 Impfungen im Abstand von jeweils 1 Monat, gefolgt von einer 4. Impfung im 2. Lebensjahr, – ungeimpfte Säuglinge im Alter von 7 bis 11 Monaten erhalten 2 Impfungen im Abstand von 1 Monat, gefolgt von einer 3. Impfung im 2. Lebensjahr, – ungeimpfte Kinder im Alter von 12 – 23 Monaten erhalten 2 Impfungen im Abstand von 2 Monaten. – ungeimpfte Kinder im Alter von 24 – 59 Monaten erhalten 1 Impfung, gefolgt von 1 Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff (im Mindestabstand von 2 Mo. nach der Impfung mit Konjugat-Impfstoff). <p>Ungeimpfte Kinder (ab vollendetem 5. Lebensjahr), Jugendliche und Erwachsene erhalten eine einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff. Bei weiterbestehender Indikation (d.h. angeborene oder erworbene Immundefekte, chronische Krankheiten) Wiederholungsimpfungen im Abstand von 6 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren).</p> <p>Zur Erreichung eines optimalen Schutzes soll die Impfserie möglichst unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats begonnen und zeitgerecht fortgeführt werden. Kinder mit fortbestehender erhöhter gesundheitlicher Gefährdung sollten in Ergänzung der Impfung mit Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff im 3. Lebensjahr eine Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff erhalten (im Mindestabstand von 2 Monaten nach der letzten Impfung mit Konjugat-Impfstoff).</p>

Tabelle 2: Neufassung Impfpflichtung gegen Pneumokokkeninfektionen ab 1.7.2005 (Änderungen gegenüber 1.7.2004 im Fettdruck)

33. Kammerversammlung 12. November 2005

Die 32. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem 12. November 2005, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen. Beginn: 9.00 Uhr; Ende: gegen 17.00 Uhr

Tagesordnung

- 1. Eröffnung der 33. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
- 2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache
- 3. „Anspruch der Ärzteschaft an ein Finanzierungssystem im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Ethik und Monetik“ (Arbeitstitel)**
Referat: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
- 4. Geschäftsordnung der Ethikkommission**
Bericht: Prof. Dr. habil. Rolf Haupt,
Vorsitzender der Ethikkommission
- 5. Finanzen**
 - 5.1. Haushaltplan 2006**
Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
 - 5.2. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Dr. med. Claus Vogel
 - 5.3. Kauf der 1. Etage (Ostflügel) des Kammergebäudes**
Dr. med. Claus Vogel
 - 5.4. Herstellung und Finanzierung von 120 Pkw-Stellplätzen**
Dipl.-Ök. Kornelia Keller,
Kaufmännische Geschäftsführerin
 - 5.5. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Dr. med. Claus Vogel
 - 5.6. Änderung der Honorar- und Teilnehmergebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer**
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorstandsmitglied
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
- 6. Bekanntgabe von Terminen**
- 7. Verschiedenes**
- 8. Erweiterte Kammerversammlung**
(Um 10 Mandatsträger der Landestierärztekammer erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)
Nachtrag zur Wahl des Verwaltungsausschusses
Bestätigung der Person mit Befähigung zum Richteramt
(Vorstellung: Rechtsanwalt Dr. Jochim Thietz-Bartram)

Ausstellungen und Konzerte

Konzerte

Sonntag, 6. November 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Musikalischer Blumenstrauß
Junge Musiker der Studienrichtung
Instrumentalkorrepitition gestalten ein
Konzert zum 40. Lehrjubiläum ihrer
Professorin Monika Raithel
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 4. Dezember 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Weihnachtsmusik aus verschiedenen
Epochen
Schülerinnen und Schüler des
Heinrich-Schütz-Konservatoriums
Dresden e.V.

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen
Landesärztekammer und 4. Etage

Petra Kasten

Woge gegen Fels
Zeichnungen
bis 13. November 2005

Konrad Maass

Sehstücke
Malerei
16. November 2005 bis 15. Januar 2006

Vernissage: Donnerstag,
17. November 2005, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Axel Schöne, Dresden,
Kulturwissenschaftler

Ausstellung

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Dyrck Bondzin Begegnungen in Dresden Pastelle-Aquarelle-Öl

19. Oktober 2005 bis 31. März 2006

Vernissage: Mittwoch, 19. Oktober 2005,
19.00 Uhr

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Montag, den 16. Januar 2006,
9.00 – 15.15 Uhr**

Folgender Prüfungsort für die Abschlussprüfung wurde festgelegt:

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Die praktischen Prüfungen werden in der letzten Januarwoche/ersten Februarwoche 2006 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 16. Januar 2006 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2006 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. Februar 2006 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

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

2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der

Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **bis spätestens zum 3. November 2005** zu erfolgen.

Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1./2.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

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

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170 - 171 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Mitgliederversammlung Kreisärztekammer Dresden 2005

Zur diesjährigen Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden erlauben wir uns, Sie für den **8. November 2005, 19.00 Uhr**, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer Dresden, Schützenhöhe 16, einzuladen.

Sie erhalten einen kurzen Abriss über die Tätigkeit des Vorstandes im vergangenen Jahr, den Finanzbericht und haben die Möglichkeit zur Diskussion.

Nachdem im vergangenen Jahr die Restaurierung des Lingnerschlösses das Thema des Abendvortrages war, beleuchten wir in diesem Jahr die Erzeugnisse der unterhalb gelegenen Terrassen unter dem Schwerpunkt „Wein, Gesundheit und Kultur“.

Zur musikalischen Begleitung des Abends begrüßen wir den „Männerchor Dresden-Striesen e.V.“. Im Vortragsteil erfahren Sie Hintergründe zu Wein und Gesundheit und erleben einen visuellen Streifzug zu Aspekten des Alkohols in der Kunst. Im Foyer erwarten Sie im Anschluss neben einem Buffet vinologische Grüße vom Dresdner Elbhang.

Wir hoffen auf Ihr zahlreiches Erscheinen! Zur Disposition der Veranstaltung erbitten wir einen kurzen Hinweis zur Teilnahme unter E-Mail: kaek-dd@slaek.de, Fax 0351 8267-132 oder auch gern schriftlich.

Ihr Vorstand der Kreisärztekammer Dresden

Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz

Die Bezirksstelle Chemnitz ist **wegen Urlaub vom 24.10. bis 30.10.2005 geschlossen**.

In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 82 67-0

Wegfall von Ermächtigungen zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Wegfall von Ermächtigungen zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen der Gefahrstoff-, Biostoff- und Gentechniksicherheitsverordnung seit 1. Januar 2005 Konsequenzen für Ärztinnen und Ärzte

Am 1. Januar 2005 trat eine Verordnung zur Anpassung der Gefahrstoffverordnung an die EG-Richtlinie 98/24/EG und andere EG-Richtlinien in Kraft. Mit der Novellierung der Gefahrstoffverordnung und damit gleichzeitig der Biostoffverordnung sowie der Gentechniksicherheitsverordnung hat sich die Bestellung von Ärzten, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchführen dürfen, grundlegend geändert

§ 15 Abs. 3 GefStoffV besagt:

„Der Arbeitgeber hat die Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durch Beauftragung eines Arztes sicherzustellen. Er darf nur Ärzte beauftragen, die Fachärzte für Arbeitsmedizin sind oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ führen. Der beauftragte Arzt hat für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die besondere Fachkenntnisse oder eine spezielle Aus-

rüstung erfordern, Ärzte hinzuzuziehen, die diese Anforderungen erfüllen“.

Diese neue gesetzliche Regelung hat zur Folge, dass sämtliche bisherige staatliche Ermächtigungen für die Durchführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zu den drei genannten Verordnungen für Ärzte ersatzlos entfallen.

In Sachsen sind auf der Grundlage des § 20 der Gefahrstoffverordnung folgende Sonderregelungen für den Unternehmer möglich:

1. Ein Unternehmer kann einen Arzt mit der so genannten „kleinen Fachkunde nach BGV A7 § 3 Abs. 4“ weiterhin mit der Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen beauftragen, wenn dieser Arzt bereits vor dem 31. Dezember 2004 diese Aufgabe wahrgenommen hat.

2. Ärzte mit „befristeter arbeitsmedizinischer Fachkunde nach § BG A7 § 3, Abs. 3“, die zum Betriebsarzt bestellt werden, dürfen sich während der Laufzeit der befristeten Fachkunde betriebsärztlich betätigen und arbeits-

medizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den genannten Verordnungen durchführen. Zusätzlich wurden bislang durch die zuständige Behörde auch Fachärzte ohne betriebsärztliche Qualifikation, zum Beispiel Pulmologen, Dermatologen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, ermächtigt. Diese Ermächtigungen entfallen ebenfalls ersatzlos. Nach § 15 Abs. 3 Satz 3 muss jedoch der beauftragte Arzt für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die besondere Fachkenntnisse oder eine spezielle Ausrüstung erfordern, Ärzte hinzuziehen, die diese Anforderungen erfüllen. So werden künftig die Spezialisten für Organerkrankungen nicht mehr durch Ermächtigungen unmittelbar, sondern im Rahmen von Konsilien hinzugezogen.

Die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) kann im Internet unter <http://217.160.60.235/BGBL/Bgb11f/bgb1104s3758.pdf> eingesehen werden. Im Deutschen Ärzteblatt erschien die Mitteilung im Heft 34-35, Jg.102, 29. August 2005.

Dr. med. Marina Selbig
Dr. med. Norman Beeke
Ausschuss Arbeitsmedizin

Rezension

„Das Medizinische Versorgungszentrum – Rechtliche Rahmenbedingungen für Gründung und Betrieb“

Bernd Zwingel / Reinhold Preißler, 1. Auflage, Köln 2005

Der Gesetzgeber hat in § 95 Abs. 1 SGB V die Institution des Medizinischen Versorgungszentrums geschaffen. Es soll ein zentrales Instrument des Gesetzgebers darstellen, wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitsmarkt durchzusetzen. Derzeit besteht ein großes Interesse von Ärzten und von Krankenhäusern an dieser neuen Form der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Das von Rechtsanwälten geschriebene Werk geht daher auf die Gründung, die Organisationsstruktur und die Vor- und Nachteile eines Medizinischen Versorgungszentrums anhand der möglichen Interessen aller Beteiligten ein. Unter Berücksichtigung der abstrakten und komplexen Rechtslage werden praktische Anwendungsbeispiele und Modellkonstruktionen vorgestellt und rechtliche Anforderungen an die

Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse dargestellt. Es wird auch die Abrechnungsproblematik behandelt, die sich aus der Einbindung dieses Leistungserbringers in das System der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Die Verfasser gehen auf die Intention des Gesetzgebers ein, neben Legaldefinitionen werden die Tatbestandsvoraussetzungen von § 95 SGB V umfassend geklärt. Die Organisationsformen des Betreibers eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie die Gestaltungsvarianten auf Trägerebene werden intensiv besprochen. Wichtige Informationen zu angestellten Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum sowie der Stellung von Vertragsärzten werden gegeben. Der Umfang der Teilnahmeberechtigung des Medizinischen Versorgungszentrums an der vertragsärztlichen Versorgung wird erläutert, das Genehmigungsverfahren als zulassungsrechtliche Voraussetzung für die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums dargestellt. Die Entziehung der Zulassung bildet ebenso ein Kapitel wie Abrechnungsgrund und Vergütungsfragen für das Medizinische Versor-

gungszentrum als Leistungserbringer im Gesundheitssystem.

Das Buch soll mithin dazu beitragen, die rechtlichen Probleme erkennen und ggf. lösen zu können, die mit der Einführung dieser neuen Versorgungsform einhergehen. Es wird versucht, aus den abstrakten gesetzlichen Bestimmungen ein plastisches Bild eines realisierbaren Versorgungszentrums zu entwerfen. Insofern soll das Buch auch eine Entscheidungshilfe für potentielle Gründer Medizinischer Versorgungszentren sein. Die Autoren beschränken sich dabei auf die medizinrechtliche Darstellung. Das Buch erscheint gleichlautend im Deutschen Anwaltsverlag und Deutschen Ärzteverlag. Mit 155 Seiten ist es nicht zu umfangreich und es ist gelungen, eine Sprache zu finden, die für Ärzte, Manager von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen sowie Juristen gleichermaßen verständlich ist.

Ass. jur. Alexander Gruner

Information der Sächsischen Ärzteversorgung

Berufsständische Versorgungswerke mit anderen Systemen der sozialen Sicherheit in Europa koordiniert

Die berufsständischen Versorgungswerke sind durch die VO (EG) Nr. 647/2005 vom 13.04.2005 (ABI. EU 117/1 vom 04.05.2005) in den sachlichen Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71, die die Systeme der sozialen Sicherheit in Europa koordiniert, einbezogen worden. Durch Art. 1 Nr. 9 VO (EG) Nr. 647/2005 ist ein Art. 95 f in die VO (EWG) Nr. 1408/71 eingefügt worden, der folgende wichtige Übergangsvorschriften enthält:

1. Hat ein Rentner des Versorgungswerkes die in einem Drittstaat erforderliche Wartezeit bislang nicht erfüllen können, hat der ausländische Versicherungsträger nunmehr die im Versorgungswerk zurückgelegten Zeiten als wartezeiterfüllend zu berücksichtigen (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71).
2. Hat ein ehemaliges Mitglied des Versorgungswerkes eine Kapitalabfindung oder eine Beitragsersatzung erhalten, so leben diese abgegoltenen Ansprüche nicht wieder auf (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71).

3. Rentner des Versorgungswerkes, die bereits vor dem 01.01.2005 eine Rente des Versorgungswerkes bezogen haben, können eine Neuberechnung ihrer Rente unter Berücksichtigung der ausländischen Zeiten beantragen (Art. 95 f Abs. 5 VO (EWG) Nr. 1408/71). Wenn die Neuberechnung erfolgt ist, haben die Betroffenen ein Wahlrecht. Sollte im Einzelfall die Regelung nach der alten Rechtslage günstiger sein, so kann der Betroffene trotz Neuberechnung weiter die Gewährung nach altem Recht verlangen. Die Neuberechnung erfolgt ausschließlich auf Antrag und nicht von Amts wegen.

4. Beantragt der Betroffene erstmalig Leistungen (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71) oder begehrt er eine Neuberechnung (Art. 95 f Abs. 5 VO (EWG) Nr. 1408/71) innerhalb einer Frist von zwei Jahren ab dem 01.01.2005, so gelten nicht die nationalen Verjährungs- oder Ausschlussfristen (Art. 95 f Abs. 6 VO (EWG) Nr. 1408/71). Vielmehr bewirkt hier der Antrag, der binnen dieser Zweijahresfrist gestellt wird, dass die neuen Leistungen seit

dem 01.01.2005 verlangt werden können. Wird der Antrag erst nach Ablauf der Zweijahresfrist gestellt, müssen diese Ansprüche erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt werden (Art. 95 f Abs. 7 VO (EWG) Nr. 1408/71).

5. Es werden keine Ansprüche für einen Zeitraum vor dem 01.01.2005 begründet (Art. 95 f Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71). Berücksichtigt werden auch solche Zeiten, die vor dem 01.01.2005 zurückgelegt wurden, so dass Leistungen für die Zukunft unter Berücksichtigung der Vergangenheit gewährt werden (Art. 95 f Abs. 2 VO (EWG) Nr. 1408/71).

Anwendung des § 10 EStG i.d.F. des AltEinkG bei der Sächsischen Ärzteversorgung

Mit Schreiben vom 20.07.2005 wurde dem Bundesministerium der Finanzen mitgeteilt, dass die Sächsische Ärzteversorgung ein der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbares Leistungsspektrum hat, wodurch nach unserer Auffassung Beitragszahlungen an die Sächsische Ärzteversorgung nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchst. a EStG i.d.F. des AltEinkG als Sonderausgaben abzugsfähig sein sollten.

Wahlergebnis der Organe der Sächsischen Ärzteversorgung

Wahl des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des **Verwaltungsausschusses** gemäß § 5 Abs. 3 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung am 13. Juli 2005

Vorsitzender:
Herr Dr. med. Steffen Liebscher
Stellvertretender Vorsitzender:
Herr Dr. med. Manfred Halm

Wahl des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des **Aufsichtsausschusses** gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung am 6. September 2005

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Stellvertretender Vorsitzender:
Herr Dr. med. vet. Jens Achterberg

Ärztblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 1.1.2005 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

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

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

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

ISSN: 0938-8478



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben: Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Chemnitzer-Land

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie – Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C065

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 05/C066

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 05/C067

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Stollberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/C068

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 05/C069
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C070

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C071

Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychosomatik
Reg.-Nr. 05/C072

Zwickauer Land

Facharzt für Chirurgie – Teil einer

Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C073

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.11.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D074
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 05/D075
Facharzt für Diagnostische Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/D076

Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/D077
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/D078

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D079

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/D080

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.11.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 05/L044
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 05/L045
Facharzt für Augenheilkunde
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/L049
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 21.10.2005

Leipziger Land

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 05/L046
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 21.10.2005

Delitzsch

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/L047
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/L048

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.11.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Augenheilkunde
geplante Praxisabgabe: sofort

Aue- Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: 01.04.2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: I/2006, spätestens 01.04.2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2006
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Mitte 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

U. Maywald, I. Hach

Polypharmazie bei älteren Patienten in Sachsen

TU Dresden
Institut für klinische Pharmakologie

Ältere Patienten (über 65 Jahre) machen ca. ein Fünftel aller Besuche beim Allgemeinmediziner aus, erhalten aber ca. 60 Prozent aller verordneten Medikamente (Harder et al. 2004). Gerade diese Patientengruppe ist jedoch unter Anderem aufgrund der sich mit steigendem Lebensalter ändernden Pharmakokinetik gefährdet, Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen zu erleiden, insbesondere wenn Multimedikation vorliegt. Ab wann spricht man nun aber von Multimedikation oder Polypharmazie? Einfach ausgedrückt ist Multimedikation die Applikation vieler Arzneimittel (an einen Patienten) zur gleichen Zeit. Andere Definitionen sprechen von der Verordnung von mehr Medikamenten als klinisch indiziert, Medikationsregimes mit mindestens einem nicht notwendigen Arzneimittel oder, wie die in Deutschland allgemein akzeptierte Definition, von der Anwendung von mindestens fünf verschiedenen Arzneistoffen gleichzeitig (Renteln-Kruse 2002). Multimedikation ist besonders gefährlich, wenn Patienten diese über zu lange Zeiträume in zu hoher Dosierung bekommen. Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge wird zum Beispiel für jeden Betrag, der für Arzneimittel in Pflegeheimen aufgewendet wird, mindestens der gleiche Betrag benötigt, um iatrogene, durch diese Medikamente ausgelöste Beschwerden, zu behandeln (Bootman et al. 1997). Die Altersstruktur der sächsischen Bevölkerung und die im Vergleich zu anderen Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Mittelfeld liegenden Arzneimittelkosten pro Patient lassen vermuten, dass in unserer Region ähnliche Probleme bestehen (Glaeske et al. 2004). Auch Daten aus den am Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden durchgeführten Pharmakotherapieberatungsdiensten lassen vermuten, dass Polypharmazie verbreitet ist. So erhalten die Anrufer beim Pharmakotherapieberatungsdienst für Patienten im Mittel 4,7 Medikamente gleichzeitig, im Einzelfall sogar bis zu 21 (Maywald et al. 2004). Ähnliches zeigt sich im Arzneimittelberatungsdienst für Ärzte, der allen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen niedergelassenen Kollegen kostenlos zur Verfügung steht.

Arzneimittelbedingte Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Konfusion, Schwindel, Stürze oder Inkontinenz, können auch als Zeichen anderer (geriatrischer) Erkrankungen interpretiert werden können. Solche Beschwerden können den Arzt bei Fehlinterpretation veran-

lassen, ein weiteres Medikament, das unter Umständen weitere Nebenwirkungen erzeugen kann, zu verordnen. Im Einzelfall ist das Risiko von potentiellen Nebenwirkungen einer zusätzlichen Medikation gegen das Risiko anderer Therapieoptionen abzuwägen. Zum Beispiel ist im Falle einer opiatbedingten Obstipation die Verordnung von Laxantien unbedingt notwendig. Bei einer Kardiodepression verursacht durch trizyklische Antidepressiva ist hingegen zu entscheiden, ob diese durch Sympathomimetika behandelt wird oder ob eine Umstellung der antidepressiven Therapie erfolgen sollte, die das nicht unerhebliche Risiko der Verschlechterung der depressiven Symptomatik birgt (vgl. Hach et al. 2003). Zur Vermeidung iatrogenen Symptome ist es wichtig, sämtliche neu aufgetretene Symptome dahingehend zu überprüfen, ob es sich um Nebenwirkungen der bestehenden Arzneitherapie handeln könnte. Gerade bei älteren Patienten sind arzneimittelbezogene Probleme wie Nebenwirkungen, Therapieversagen und negative Effekte beim Absetzen von Arzneimitteln häufig. Um diesem Problem zu begegnen, wurde von Experten der Geriatrie und der Klinischen Pharmakologie schon vor einiger Zeit eine Liste mit bei geriatrischen Patienten nach Möglichkeit zu vermeidenden Medikamenten erstellt (Beers et al. 1997), die regelmäßig weiterentwickelt wird. Diese ist insbesondere bei Neuverordnungen zu beachten. Mit Vorsicht beziehungsweise möglichst nicht einzusetzende Stoffe sind danach zum Beispiel langwirksame Benzodiazepine wie Diazepam (unter anderem Faustan®) und Flunitrazepam (u.a. Rohypnol), Stoffe wie Dipyridamol (unter anderem in Aggrenox®), trizyklische Antidepressiva und auch NSAID's wie Indometacin und Piroxicam. Die komplette Liste kann bei den Autoren angefordert werden. Abschließend möchten wir auf einen Zehn-Punkte-Plan zur Reduktion von unangemessener und von Multimedikation (und damit unnötigen Kosten) bei älteren Patienten hinweisen (nach Carlson 1996):

1. Lassen Sie sich die „braune Schatulle“ des Patienten, das heißt alle von ihm eingenommenen Arzneimittel beim Praxisbesuch zeigen und pflegen Sie die so gewonnenen Informationen in Ihre Kartei ein, inklusive OTC-Medikamenten („Over The Counter“ = nicht rezeptpflichtige Präparate) und Phytopharmaka.

2. Identifizieren Sie alle Arzneimittel mit Wirkstoffname und Klasse, prüfen Sie, ob Generika zur Verfügung stehen.
3. Stellen Sie sicher, dass das verschriebene Arzneimittel klinisch indiziert ist.
4. Vergewenwärtigen Sie sich das Nebenwirkungsprofil des verschriebenen Arzneimittels, beobachten Sie Ihren Patienten unter diesem Aspekt.
5. Vergewenwärtigen Sie sich, wie die im Alter veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik das Risiko für Nebenwirkungen erhöht.
6. Beenden Sie die Verordnung von jedem Arzneimittel ohne belegten Nutzen. Diese stellt nur ein zusätzliches Nebenwirkungsrisiko dar.
7. Beenden Sie die Verordnung von jedem Arzneimittel ohne klinische Indikation, prüfen Sie den Fortbestand der Indikation für einmal verordnete Medikamente regelmäßig.
8. Versuchen Sie, auf nebenwirkungsärmere Arzneistoffe auszuweichen (zum Beispiel Ersatz langwirksamer Benzodiazepine wie Diazepam gegen kurzwirksame).
9. Behalten Sie die Gefahr der Verschreibungskaskade im Auge (das Verschreiben eines neuen Medikamentes gegen die Nebenwirkungen eines bereits verordneten).
10. Soweit es möglich ist handeln Sie nach dem Motto: „eine Krankheit => ein Medikament => einmal täglich“

Natürlich stellen diese Empfehlungen nur allgemeine Hinweise dar, spezielle, auf den konkreten Einzelfall in Ihrer Praxis bezogene Informationen erhalten Sie beim Pharmakotherapieberatungsdienst für niedergelassene Ärzte in Sachsen. Es bestehen folgende Möglichkeiten, den Service zu kontaktieren:

Pharmakotherapieberatungsdienst für niedergelassene Ärzte in Sachsen

Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fiedlerstrasse 27, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 5053
E-Mail: klinische.pharmakologie@mailbox.tu-dresden.de
Internet: www.tu-dresden.de/medikp/

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Isabel Hach, MPH
Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fiedlerstrasse 27, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 3313

Kommentar Polypharmazie bei älteren Patienten

Das Anliegen des Artikels von Dr. Maywald und Frau Dr. Hach ist unstrittig und klar – keine unkritische Verordnung von Arzneimitteln vor allem bei älteren Menschen! Dies gilt aber ebenso auch für jüngere Menschen.

Allerdings sind die Herangehensweise an das Problem und der versteckte Vorwurf nicht unkritisch hinzunehmen.

Ich stelle fest, dass allein aufgrund des Zählens von Medikamenten und des Aufrechnens des Anteils an den Gesamtausgaben keine hinreichend genaue Aussage getroffen werden kann. Völlig außer Acht gelassen scheint hierbei der Faktor Patient und der Faktor Gesellschaft.

Lassen Sie mich den Konflikt im zur Verfügung stehenden Rahmen an einem Beispiel kurz verdeutlichen:

1. Der ältere Patient begegnet uns Multimorbide – selbst bei Auftreten von bereits zwei Erkrankungen gleichzeitig übersteigt die Zahl der zu verordnenden Medikamente häufig das bereits im Studium gelernte. Tritt ein metabolisches Syndrom mit Hypertension auf dann lassen Diabetes und arterielle Verschlusskrankheit nicht lange auf sich warten. Wie und was sollen wir nun therapieren. Fragen wir nach dem Nutzen der Medikamente, so ist entsprechend dem Artikel keine Aussage getroffen – ob Nutzen dadurch belegt ist, dass sich die

Lebenszeit verlängert (β -Blocker, ACE-Hemmer) oder die Lebensqualität ohne Verlängerung der Lebenszeit verbessert wird (Nitrate, Digitoxin). Tritt ein kardiales Ereignis ein, so sind als Standard belegt, mindestens bereits drei Medikamente zu verordnen (Thrombozytenaggregationshemmer, β -Blocker und CSE-Hemmer), meist kommen fast immer zwingend ein ACE-Hemmer und weitere blutdrucksenkende Medikamente hinzu. Tritt ein Diabetes mellitus hinzu, sind weitere, oft medikamentöse Maßnahmen zu ergreifen, um nicht zuletzt die Lebensqualität zu erhöhen.

2. Wobei wir nun bei der Gesellschaft wären: Hier sehen wir uns der Forderung gegenüber, die Lebensqualität zu erhöhen – Ein älterer Diabetiker mit hohen Blutzuckerwerten wird nicht immer das Eintreten von Komplikationen erleben, allerdings ist diese Aussage nur sehr wage und aus meiner Kenntnis nicht stichhaltig belegt, da oft Komplikationen bereits bei Erstdiagnose des Diabetes mellitus vorhanden sind. Nicht zuletzt ist es wichtig, auch den älteren Diabetiker so gut wie möglich „einzustellen“, damit die Lebensqualität nicht leidet, denn die tägliche Praxis beweist, dass die mentale Leistungsfähigkeit mit der Höhe der Blutzuckerwerte abnimmt. Die Gesellschaft fordert Krankheitsbehandlung und

Besserung der Lebensqualität. Erhalten die praktisch tätigen Ärzte doch ebenso immer wieder Schelte, wenn es um solche Aussagen geht wie: „... die Demenzerkrankungen werden in der Behandlung in Deutschland vernachlässigt!“ oder „... die Behandlung der Hypertension in Deutschland ist unzureichend!“

Ich bitte also dringend um eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema der Multimedikation und der Betrachtung von verschiedenen Seiten.

Unstrittig bleibt „Medikamente nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich“.

In diesem Zusammenhang möchte ich den zum Teil ebenso Diskussionswürdigen und Praxisfernen Aussagen nach Carlson 1996 hinzufügen:

– Schöpfen Sie gemeinsam mit dem Patienten soweit wie möglich alle nichtmedikamentösen Maßnahmen aus.

Hierin besteht aus meiner Sicht der wichtigste Ansatzpunkt in der Gesellschaft und zur Lösung des Problems, denn die Bratwurst ist nicht allein dadurch gerechtfertigt, dass es CSE-Hemmer gibt.

Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin/Diabetologe
Walter-Rathenau-Straße 2, 04808 Wurzen

Leserbrief

Dr. med. Jürgen Wenske
Biesnitzer Straße 32
02826 Görlitz
Juni 2005

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Sehr geehrter Damen und Herren,

ich war ein reichliches Drittel meines Berufslebens als Landarzt in Bad Muskau tätig. Während dieser sehr arbeitsintensiven Zeit war mir der Muskauer Park als Grün Schlesien, wie der Literat Heinrich Laube, ein Freund von Richard Wagner und des Fürsten Pückler diesen Park in seiner Literatur nennt, ein wichtiger Ort, wo ich Erholung fand und

Kraft schöpfte für oben genannte berufliche Tätigkeit. In Dankbarkeit für diese Lebenshilfe, die mir damals durch den Muskauer Park zuteil wurde, übersende ich Ihnen als Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ anlässlich der Übergabe der UNESCO-Weltkulturerbeurkunde an den Muskauer Park am 27. 5. 2005 diesen Leserbrief mit der Internetadresse: www.muskauer-park.de. Aus dieser Adresse ist Interessantes über den Muskauer Park zu entnehmen. Zudem ist auf die große Bedeutung des Muskauer Parks als UNESCO Weltkulturerbe bei der praktischen Umsetzung, die nationale Grenzen überschreitenden Verständigung zwischen Niederschlesien beiderseits der Neiße aufmerksam zu machen. Vielleicht kann über diese Hinweise ein Anreiz vermittelt werden, dass sich Ärzte in Niederschlesien als Teil Sachsens künftig

zwischen Hoyerswerda, Bad Muskau und Görlitz als Landärzte, Hausärzte oder Klinikärzte niederlassen, um dadurch dem sich anbahnenden Ärztemangel erfolgreich entgegenzuwirken. Da sich die Bereitstellung von Startkapital bisher zu wenig erwies, um dem Landärztemangel erfolgreich entgegenzuwirken, ist es deshalb notwendig, zugleich ein ansprechendes natürliches und kulturelles Umfeld anzubieten. Ebenso ist darüber nachzudenken, ob man eventuell den Muskauer Park als Zielort für die traditionellen Seniorenfahrten auswählen sollte, die die Sächsische Landesärztekammer seinen Senioren anbietet.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Wenske

F. Balck, A. Dinkel, H. Berth

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie im DIPOL[®] Curriculum

TU Dresden
Universitätsklinikum Dresden
Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie

Zusammenfassung

Im Wintersemester 2003/2004 wurde im Zuge der Reform der ärztlichen Approbationsordnung das Dresdner Modell DIPOL[®] auch auf die vorklinischen Fächer übertragen. Die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie hat zusammen mit der Einführung in die Klinische Medizin, der Medizinischen Terminologie und dem Praktikum der Berufsfelderkundung ein Modul „Arzt-Patient“ gestaltet, das fallbasierten, auf die zukünftige ärztliche Praxis orientierten Unterricht anbietet.

Im Sinne einer longitudinalen Wissensvermittlung vom ersten bis zum letzten Tag des Studiums sollen damit Medizinstudierende frühzeitig an ihre spätere Tätigkeit herangeführt werden, die neben theoretischem Wissen und praktischen medizinischen Fertigkeiten vor allem auch psychosoziale Kompetenz im Umgang mit den Patienten und Kollegen erfordert. Die ersten Erfahrungen mit diesem Kurs sprechen dafür, dass die Kursziele erreicht wurden – das Interesse an psychosozialen Fragestellungen wurde bei den Studierenden gefördert.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ hat bereits in einigen Beiträgen das Dresdner Lehrmodell der Mediziner Ausbildung DIPOL[®] vorgestellt. Der im Studienjahr 2000/2001 begonnene Umbau des Reformcurriculums wurde im Wintersemester 2003/2004 auch auf den vorklinischen Studienabschnitt übertragen (Zürich, V.; Morgner-Miehlke, A.; Deussen, A., 2004). Diese Neugestaltung ging einher mit dem Inkrafttreten einer neuen ärztlichen Approbationsordnung, die einige wichtige Veränderungen im Studienablauf bedingte (Dieter, P., 2004). Eines der Fachgebiete, das durch die neue Approbationsordnung vor besonderen Herausforderungen steht, ist die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Deren neues Curriculum in Dresden soll nachfolgend skizziert werden.

Gründe für die Umgestaltung der Ausbildung in Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie

1. In der neuen Approbationsordnung ist als wesentliche Neuerung für das Fach Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie die Einführung eines zweiten, zusätzlichen scheinpflichtigen Seminars vorgeschrieben. Damit wird der Umfang der bisherigen Ausbildung in diesem Themenbereich verdoppelt, was auch eine Verdopplung der Lehrverpflichtungen bedeutet. Des weiteren ist Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie zukünftig nicht mehr Prüfungsfach im ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

2. Bereits im Jahr 2001 ist für das Fachgebiet Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie ein neuer Gegenstandskatalog in Kraft getreten (<http://www.impp.de/pdf/gk08.pdf>, vgl. Brähler, E. et al. 2001a, 2001b). Kurz gesagt wurden theoretische Inhalte in ihrem Umfang begrenzt und praxisbezogene Themen aufgewertet. So beschäftigt sich etwa der Punkt 2.5 des neuen Gegenstandskatalogs mit den psychologischen Implikationen von „besonderen medizinischen Situationen“ wie

Intensivmedizin, Notfallmedizin, Transplantationsmedizin, Onkologie, Humangenetischer Beratung oder Reproduktionsmedizin.

3. Bei AbsolventInnen der Humanmedizin bestehen nach eigenen Aussagen Defizite insbesondere im Bereich der psychosozialen Fertigkeiten. Dies zeigte unlängst die Absolventenbefragung an sieben medizinischen Fakultäten in Deutschland (Jungbauer, J. et al. 2003, 2004). Demnach sahen die befragten 671 AbsolventInnen vor allem einen Mangel im Bereich der praktischen ärztlichen Fertigkeiten. Auf den Plätzen 2 bis 4 der Rangliste folgten Psychosoziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit und der Umgang mit Patienten – Themen, die unter anderem Inhalte der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie sind.

Ausgehend von diesen formalen und inhaltlich notwendigen Veränderungen, dem Bedarf an mehr psychosozialen Skills und den Besonderheiten des DIPOL[®] Modells, wurde das Curriculum der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie im Wintersemester 2003/2004 organisatorisch und vor allem thematisch überarbeitet und ergänzt.

Formaler Aufbau der Ausbildung

Das Fach ist gemeinsam mit der Einführung in die Klinische Medizin, der Medizinischen Terminologie und dem Praktikum der Berufsfelderkundung in das Modul 2 (Patient und Arzt) des DIPOL[®] Curriculums eingeordnet (Zürich, V. et al., 2004). Die Vorlesung Medizinische Psychologie wird im 3. und 4. Semester gelesen. Im 1. Semester findet gemeinsam mit der Einführung in die Klinische Medizin ein drei Semesterwochenstunden umfassender Kurs statt, auf den sich dieser Artikel konzentriert. Im 4. Semester gibt es das zweite vorgeschriebene Seminar (zwei Semesterwochenstunden). Angeboten wird im 3. Semester weiterhin ein Wahlfach Medizinische Psychologie und Klinisch-integrative Lehrveranstaltungen.

Für Lehrende und Studenten sind durch Mitarbeiter der beteiligten Abteilungen des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus umfangreiche Seminarunterlagen erstellt wurden, für die Dozenten etwa eine detaillierte Kursanleitung und Powerpoint-Folien für jede Stunde sowie weiteres didaktisches Material, wie etwa Patientenvideos oder Beispiele für psychologisches Untersuchungsmaterial (zum Beispiel Tests).

Die Studierenden erhalten ein Script zu jeder Veranstaltung, das im Internet zur Verfügung gestellt wird (<http://www.medpsy.de>). Diese Studentenskripte sind nach einem einheitlichen Muster gegliedert: Nummer und Thema der Stunde, Roter Faden, Lernziele, Weiterführende Literatur, Stundenablauf und -inhalt, Hausaufgabe. Im Studentenscript sind verschiedene Definitionen, Modelle usw. zum einen ausführlich dargestellt, zum anderen sind Platzhalter vorgesehen, die während des Seminars von den Studierenden zu kompletieren sind.

Didaktisch kommen vor allem Fallbeispiele zum Einsatz, die, wie in den Tutorien des klinischen Studienabschnitts, in Kleingruppen zu bearbeiten sind. Außerdem werden so intensiv wie möglich Rollenspiele, Videobeispiele, Übungen und standardisierte Patienten herangezogen.

Inhaltlicher Aufbau

Allgemein geht es im Modul 2 darum, in medienpsychologische und -soziologische Konzepte einzuführen und diese auf konkrete Situationen anzuwenden. Zudem sollen die Anamneseerhebung erlernt und Kommunikationsfertigkeiten trainiert werden. Der inhaltliche Aufbau („Roter Faden“) des Kurses im 1. Semester orientiert sich daher an der typischen Situation und an dem Ablauf einer Arzt-Patient-Kommunikation (Tab. 1 s. S. 498).

Im 4. Semester werden die erarbeiteten Grundlagen vertiefend auf konkrete Situationen des ärztlichen Handelns angewendet. Themen

Roter Faden	Stunde	Inhalt
1) Arzt trifft Patient	1	Soziale Wahrnehmung, Arzt-Patientenrolle, Kommunikation, berufliche Sozialisation
	2	Kommunikation, schichtenspezifische soziale Distanz, Anamnese Grundlagen
2) Beschwerdeschilderungen/ Anliegen	3	Krankheitswahrnehmung, Emotion, Gesundheit/Krankheit, die Hauptbeschwerde & jetzige Anamnese
	4	Interozeption, Schmerz, Laientheorie, der schwierige Patient
3) Anamnese/ Familienanamnese	5	Entwicklung, Erkrankungs- und Familienanamnese
4) Diagnostik/ Untersuchung	6	Gedächtnis, das Patientenprofil, kulturelle Kompetenz
	7	Kognition, Intelligenz
	8	Schweige-, Aufklärungs- und Informationspflicht, Verletzung der Integrität des Patienten
5) Behandlungsvorschläge	9	Motivation und Einstellung, Behandlungsziel, Komplementär- und Alternativmedizin
	10	Lernen, der pädiatrische, erwachsene oder geriatrische Patient
6) Behandlung/ erneuter Kontakt	11	Coping, Plan of Action
	12	Compliance, Fokussierung auf die Fakten: schriftliche und mündliche Berichterstattung
	13	Persönlichkeits- und Attributionstheorien, Krankheit und soziale Mobilität, Systemstatus und körperliche Untersuchung

Tabelle 1: Inhaltlicher Aufbau und Ablauf des Kurses Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie/Einführung in die Klinische Medizin im 1. Semester

sind unter anderem Prävention, Krankheit und soziales Umfeld, Chronische Erkrankungen, Psychoonkologie, Niereninsuffizienz oder Diabetes.

Aufgrund der Themenbreite beschränkt sich der inhaltliche Umfang in den Stunden auf das Wesentlichste. So wird etwa beim Thema „Lernen“ lediglich das Modell der Operanten Konditionierung besprochen. Das jeweils ausgewählte Konzept wird fokussiert auf die Arzt-Patient-Interaktion und die mögliche Praxisrelevanz für zukünftige Ärzte besprochen.

Entsprechend des DIPOL® Modells (Dieter, P., 2004) wird jedes Thema an einem möglichst konkreten Fallbeispiel erarbeitet. Ein Auszug aus einem solchen Fall (Stunde 3 und 4: Krankheitswahrnehmung, Gesundheit und Krankheit, Emotionen, Interozeption, Schmerz und Laientheorie) könnte lauten:

Fallbeispiel: (Auszug) aus dem Curriculum der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie

„Frau Sommer, eine 43-jährige Patientin, kommt zu Ihnen in die Praxis. Sie klagt über Oberbauchbeschwerden („die Bauchdecke ist hart“). Weiterhin berichtet sie, dass sie sich „schlapp fühlt“ und „leichtes Fieber“ bei sich festgestellt habe. ... Aufgetreten seien die Beschwerden vor zwei Tagen, nach einer Hochzeitsfeier. Sie vermutet, dass es möglicherweise am Essen gelegen habe. Sie habe versucht, „sich zu erleichtern“ (sich zu übergeben), leider ohne Erfolg. Sie sei jetzt auch nicht zur Arbeit gegangen, was sehr ungelegen komme, weil viel zu tun sei. ... Ihr Mann meine, das Ganze sei eher auf die Spannungen innerhalb der Familie zurückzuführen, die bei der Feier wieder deutlich geworden seien ...“

Erste Erfahrungen

Die erste Durchführung des neuen Curriculums im Wintersemester 2003/2004 erbrachte gute Ergebnisse. Die Ziele des Seminars, die Studenten für das Fach zu sensibilisieren und zur aktiven Mitarbeit anzuregen, können als erreicht angesehen werden. So wurde die verpflichtende Abschlussklausur von über 77 Prozent der Studierenden im ersten Anlauf bestanden. Auch die Daten der studentischen Evaluation sprechen für den Kurs (Balck, F. et al., 2005). Bereiche wie die Relevanz der behandelten Themen für den späteren Beruf, die Möglichkeit zum Erwerb praktischer Fertigkeiten, die Betreuung durch die DozentInnen, die Qualität der Lehrmaterialien, die Wichtigkeit der Veranstaltung im Rahmen des Gesamtstudiums und die Lehrveranstaltung insgesamt wurden durch die Studierenden mit guten Noten bewertet.

Kritik von Seiten der Lehrenden und Studierenden betraf vor allem den immer noch zu großem Umfang der zu besprechenden Themen. Alle Beteiligten wünschten sich noch mehr praktische Anteile (Rollenspiele, Übungen) und weniger theoretische Inhalte. Zukünftig soll daher der zeitliche Umfang der unvermeidlichen Theorie stärker zu Gunsten des Selbststudiums reduziert werden. Ein generelles Problem des Faches Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie ist die Verankerung im vorklinischen Studienabschnitt. Die Vermittlung von Inhalten wie Ärztliche Gesprächsführung, Kommunikationsfertigkeiten und ähnliches an Studierende, die noch keinen Patientenkontakt haben, wird dadurch erschwert.

Adresse für Korrespondenz:

Prof. Dr. phil. Friedrich Balck
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Medizinische Psychologie und
 Medizinische Soziologie
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Tel. 0351 4584099
 Fax 0351 4585526
 E-Mail: friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de
<http://www.medpsy.de>

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig setzt auf Innovation in der Lehre

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig führte im Sommersemester 2004 einen integrierten Kurs des problemorientierten Lernens (POL) in das Curriculum ein. Das bedeutet für die Studenten erstmals die praktische und am Problem des Patienten orientierte Erarbeitung realer, strukturierter „Fälle“, von der Befunderhebung, Diagnostik und Therapie, bis hin zur Weiterentwicklung des pathophysiologischen und pathobiochemischen Verständnisses der Krankheitsentstehung und des Therapieverlaufs.

Kooperation mit der München-Harvard Alliance for Medical Education der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Unter der Leitung von Professor Dr. med. Joachim Thiery, Direktor des Instituts für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, wurde in Kooperation mit der München-Harvard Alliance for Medical Education der LMU München in Leipzig zunächst ein regelmäßiges Hochschullehrertraining etabliert. Bereits über 100 Mitglieder der Leipziger Fakultät haben heute diesen einwöchigen Kurs in Leipzig erfolgreich absolviert.

Mit den ausgebildeten Leipziger Tutoren konnten jetzt die POL-Kurse in das Leipziger Curriculum integriert und erstmals durchgeführt werden. Die POL-Kurse bauen auf den erfolgreichen Vorarbeiten der LMU München auf, die seit 1997 hierzu eine enge Zusammenarbeit mit der Harvard Medical School pflegt (Leitung des POL-Programms der LMU: Professor Frank Christ).

Ziele des Leipziger POL Programms

Mit der neuen Approbationsordnung, die seit 2002 in Kraft ist, musste auch die Studienordnung für das Medizinstudium umgestellt werden. „Die Leipziger Medizinstudenten sollen noch besser auf ihr ärztliches Berufsleben vorbereitet werden und die Patienten sollen sich bei einem frisch approbierten Arzt aus Leipzig besonders gut aufgehoben fühlen.“, erläutert Prof. Thiery das Anliegen. Deshalb müssen die Studierenden neben der systematischen und auf Exzellenz zielenden wissenschaftlichen Ausbildung auch lernen, wie Patientengespräche zu führen sind, wie im Team der klinischen Versorgung zusammengearbeitet werden muss und wie mit Konflikten umzugehen ist. Anhand realer Fälle lernen die Studenten in den Tutorials, wie sie

selbständig und effizient den Weg zur richtigen Diagnose und optimalen Therapie finden. „Die Verbindung der bestehenden und in Uni-Rankings sehr gut bewerteten Leipziger Medizinausbildung mit dem neuen praxisorientierten Ausbildungsprogramm der POL-Kurse und des Hochschullehrertrainings soll zu einem besonderen Kennzeichen der Leipziger Kultur des Lehrens und des Lernens an unserer Universität werden“, wünscht sich Prof. Thiery.

Besonderheiten des Leipziger Programms

Die Leipziger POL-Kurse schließen thematisch ein klinisches Studienjahr ab, so dass die Studenten ihr zuvor erworbenes Wissen in realen Situationen konkret anwenden und überprüfen können. Dies ist in dieser Form eine Leipziger Besonderheit, die von den Studenten und Lehrenden gern aufgenommen wurde. Zur Verdeutlichung: Der 1. Leipziger POL-Kurs am Ende des ersten klinischen Jahres fasst das klinisch zentrale Thema Entzündung und Abwehr zusammen („Infektiologie, Immunologie“). Das gesamte 3. Studienjahr war bereits auf Inhalte dieses Kurses ausgerichtet. Der Lehrstoff des Studienjahres beinhaltet daher systematische Kurse und Vorlesungen zur Infektiologie (Mikrobiologie, Virologie) und Immunologie, zur Pathologie der Krankheitsentstehung, zur Klinischen Chemie und Pathobiochemie, zur bildgebenden Diagnostik, zu klinischen Untersuchungsmethoden, zur Pharmakologie und Toxikologie. Die in diesen Kursen und Vorlesungen vermittelten Grundlagen entsprechend der Systematik des jeweiligen Faches finden dann für die Studenten im POL-Kurs eine erste patientenorientierte praktische Anwendung. Der Infektiologie/Immunologiekurs wird durch Prof. Dr. med. Christian Jassoy, Institut für Virologie, gemeinsam mit Prof. Dr. med. Hans L. Tillmann, Medizinische Klinik und Poliklinik II, geleitet.

Förderung der Kommunikation zwischen Hochschullehrer und Student

Die Leipziger POL-Kurse erfolgen in kleinen, nach dem Zufallsprinzip zusammengestellten Gruppen von je 8 bis 9 Studenten, die von einem Tutor geleitet werden. Es wird somit eine sehr große Zahl qualifizierter Hochschullehrer benötigt, um ein Studienjahr, das mehr als 300 Studenten umfasst, entsprechend zeitgleich auszubilden. Dies ist nur durch eine sehr enge Vernetzung aller Fachdisziplinen möglich.

Die Tutorien als wichtigstes Element der POL-Kurse

Wichtigstes Element des POL-Kurses sind die Tutorien, die vier mal pro Woche über vier Wochen stattfinden. Die Kurse werden durch eine interdisziplinäre Vorlesung begleitet. Zusätzlich Elemente im POL-Kurs sind beispielsweise intensive Schulungen der Studierenden im Umgang mit Medizinischen Datenbanken und „E-learning“, praktische Notarztübungen gemeinsam mit der Feuerwehr und medizinischen Rettungsgesellschaften, bis hin zu Praktika des Krankheitserlebens beim alten Patienten.

Arbeiten an realen Krankengeschichten

In den Tutorien erarbeiten sich die Studenten ihr Lernprogramm an Hand sorgfältig strukturierter „Lernfälle“, Papierfälle oder von Schauspielern simulierter Fälle. Zugrunde liegt eine tatsächliche Krankengeschichte. Ein typischer Leipziger POL-Fall begann beispielsweise: „Die Erkältung war endlich vorüber und Alice Köhler hat sich sehr auf den Spaziergang im Rosenthal gefreut. Jetzt lauf doch nicht so schnell!“ ruft sie ihrem Mann Heinz zu. Sie wunderte sich, dass sie ihm nicht mehr hinterherkam, früher war sie doch so sportlich. „Mit 35 fühle ich mich wie eine alte Frau, was ist bloß los mit mir?“ Nach einer halben Stunde spürte sie ein beängstigendes Beklemmungsgefühl in der Brust und atmete schwer. Es tat ihr zwar nichts weh, aber sie fühlte sich miserabel. Heinz Köhler erschrak, als er sie ansah. Kleine Schweißperlen standen ihr auf der Stirn. So blass und fahl hatte er sie noch nie gesehen...“ Solch ein Fall, der mit einer persönlichen Vorgeschichte des Patienten beginnt und schnell immer tiefer in die ärztliche Situation des wissensbasierten Entscheidens und Handelns führt, wird den Studierenden vom Tutor Blatt für Blatt ausgegeben. Ein Student liest den Abschnitt vor. Eine intensive Diskussion der Studierenden schließt sich an und führt dazu, dass die Studenten selbst ihre Fragen und Probleme strukturieren. Hierzu steht der Gruppe eine Auswahl von Lehrbüchern und ein Flipchart zur Verfügung. Der Tutor führt die Diskussion der Studenten mit größter Zurückhaltung. Er ist nicht der Wissensvermittler sondern er achtet darauf, dass die vorgegebenen Lernziele im Tutorium angesprochen und erreicht werden (in dem oben angegebenen Beispiel wird sich so die Diagnose einer Lungenembolie im weiteren Verlauf des Falles ergeben).



Realitätsnaher Weg zum Verunglückten

Methodisches Vorgehen

Zur aktuellen Bearbeitung der von den Studenten aufgeworfenen Fragen stehen jeder Tutoriumsgruppe ausgewählte Lehr- und Nachschlagewerke vor Ort und Datenbanken der Bibliothek zur Verfügung. Die Zeit zwischen den Tutorien wird von den Studenten für das Selbststudium genutzt, um verschiedene Lösungswege für Fragen und Probleme des Falls im Folgetutorium zu referieren. Die Motivation zum Selbststudium ist ein wichtiges Element für den Wissenserwerb durch die Studenten.



Einem „verunglückten Motorradfahrer“ wird der Helm vorsichtig abgezogen.

Auswertung der Kurse

Die scheinpflichtigen POL-Kurse werden mit benoteten Prüfungen abgeschlossen, die die selbständige Erarbeitung und Vorstellung eines Patientenfalles zur Grundlage haben. Die bisherigen Kurse sind bei Lehrenden und Lernenden auf eine überaus positive Resonanz gestoßen. Praktisch alle Studenten und Tutoren haben sich mit Nachdruck für eine Fortsetzung dieses neuen Unterrichtsprogramms an der Leipziger Fakultät ausgesprochen. Die praktischen Übungen des POL-Kurses Notfall- und Akutmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. Horst Adam und PD Dr. Wolfgang Heinke, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, hatten bei Studenten und Tutoren fast „Event-Charakter“, da hier, besonders praxisnah gezeigt werden konnte, wie Unfallverletzte auch in extremen Notfallsituationen ärztlich versorgt werden müssen.

POL-Kurs mit Feuerwehr und Sanitätern

Die Münchner Universität hat bereits Pionierleistungen in der Einbindung von Rettungskräften und Ärzten in das POL-Programm geleistet. In Leipzig wurden diese Ideen und Erfahrungen aufgegriffen und gemeinsam mit der Leipziger Feuerwehr und Rettungssanitätern ein Großeinsatz simuliert, damit die Bergung und Versorgung von Verletzten möglichst realitätsnah nachempfunden werden konnte. Der gewünschte Effekt war tatsächlich, dass gerade wegen des hohen persönlichen Einsatzes mit Begeisterung gelernt und gelehrt wurde: „So viel Motivation unter den Studenten, Ärzten, Feuerwehrleuten und Sanitätern ist selten! Man sollte das Praktikum im

nächsten Kurs am besten noch ausweiten, weil „Learning by doing“!!!“; „Alle drei Praktikumstage waren sehr spannend! Weiter so! Ich hätte nicht gedacht, dass Studieren so schön sein kann!“ oder „Der POL-Kurs ist ein absolutes Highlight des bisherigen Studiums! Herzlichen Dank an alle Beteiligten“ – um nur einige der begeisterten schriftlichen Kommentare der Studenten bei der Evaluierung zu nennen.

Strengere Prüfungsmaßstäbe

Zu den aktuellen Aufgaben des POL-Programms gehört die Bewertung der abschließenden Prüfungen durch die Kursdirektoren und Tutoren. „Die Prüfungen müssen stärker das reale Wissen und die Fertigkeiten der einzelnen Studierenden widerspiegeln.“, kommentiert Prof. Joachim Thiery die Situation. Dies erfordert auch neue Wege in den Prüfungsmodalitäten, wie „standardisierte Patienten“, interaktive Prüfungen mit Hilfe des Internet, Prüfungen von fallbezogenen Ablaufstationen, etc. Modelle hierzu werden in den Hochschullehrertrainingskursen durch die Lehrenden selbst erarbeitet.

„Alles in allem haben die Leipziger POL-Kurse ihr Ziel erreicht, den Studenten den Lehrstoff praxisnah zu vermitteln.“, bewertet der Studiendekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Jan F. Gummert, die positive Entwicklung des POL-Programms. Zum nächsten POL-Kurs „Medizin des Alters“ sind bereits die Vorbereitungen angelaufen.

Universität Leipzig, Pressestelle
Dr. Bärbel Adams, Ritterstraße 26, 04109 Leipzig



Mit der Feuerwehr aufs Dach

alle Fotos: Heiko Leske, UKL

Tagungsbericht

10 Jahre interdisziplinäres Zentrum für die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten am Universitätsklinikum Dresden

Am 30. April 2005 wurde eine interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung anlässlich des 10-jährigen Bestehens des interdisziplinären Zentrums für die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten am Universitätsklinikum Dresden durchgeführt. Teilnehmer waren HNO-Ärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Pädiater, Logopäden und Studenten.

Die Veranstaltung wurde gemeinsam von den Klinikdirektoren der beteiligten Fachgebiete, Herrn Prof. Uwe Eckelt, Herrn PD Thomas Zahnert und Herrn Prof. Winfried Harzer eröffnet. In seiner Begrüßungsansprache würdigte Herr Prof. Detlev Michael Albrecht (Vorstand des Universitätsklinikums), dass bereits vor zehn Jahren von Ärzten verschiedener Fachrichtungen ein Zentrum für die komplexe interdisziplinäre Behandlung einer bestimmten Patientengruppe gegründet wurde. Von Herrn Prof. Uwe Eckelt (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Dresden) wurde dann das Dresdner Spaltzentrum vorgestellt.

Als Gastreferent gab Herr Prof. Ullrich Joos (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster) einen Überblick über das funktionsorientierte Konzept zur Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Dabei legte er besonders Wert auf die frühzeitige Rekonstruktion der fehlorientierten Muskulatur und den Erhalt des Wachstumspotentials im Bereich des Gesichtsschädels.

Herr Prof. Rainer Müller (HNO, Universitätsklinikum Dresden) sprach über phoniatische Probleme bei Spaltkindern und stellte heraus,

dass häufig eine Nasenatmungsbehinderung nach dem Verschluss von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten resultiert.

Aspekte der kieferorthopädischen Rehabilitation wurden durch Frau Dr. Eve Tausche (Kieferorthopädie, Universitätsklinikum Dresden) erläutert. Sie stellte kieferorthopädischen Maßnahmen in den verschiedenen Entwicklungsphasen eines Kindes mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte dar. Die Vor- und Nachteile einer Gaumenplatte wurden durch die Anwesenden kontrovers diskutiert.

Der Vortrag von Herrn Dr. Dirk Mürbe (HNO, Universitätsklinikum Dresden) befasste sich mit der pädaudiologischen Diagnostik und Therapie bei Spaltpatienten, wobei spezifische Unterschiede zu Patienten ohne Spaltbildungen zu beachten sind.

Herr Prof. Günter Lauer (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Dresden) berichtete über die humanitäre Hilfe im Rahmen der Organisation „Ärzte der Welt“ bei der Behandlung von Spaltpatienten in Kambodscha. Spaltbildungen treten in Südostasien wesentlich häufiger auf als in Europa und führen dort zu einer sozialen Diskriminierung der Betroffenen. Die Operationsmethoden beim Verschluss von Spaltbildungen (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Meningoencephalozelen) müssen den besonderen Bedingungen der Dritten Welt angepasst sein.

Frau Dorothea Senf (Logopädin, Universitätsklinikum Dresden) stellte die pathologischen Befunde bei Spaltkindern und deren Diagnostik dar. Anhand von Beispielen ging sie auf altersentsprechende Übungen für die Spaltkinder ein.

Als Gastreferentin aus der Tschechischen Republik berichtete Frau Dr. M. Kotová

(Kieferorthopädie, Karls-Universität Prag) über ihre 6-jährigen Erfahrungen mit enossalen Implantaten zum Lückenschluss im Spaltbereich.

Über psychotherapeutisch-psychosomatische Aspekte in der Begleitung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und deren Angehörigen berichtete Herr Prof. Peter Joraschky (Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden). Basierend auf einer Studie forderte er eine professionelle Beratung der Eltern, wenn in der pränatalen Diagnostik eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte festgestellt wurde. Die Eltern können sich seelisch vorbereiten und der Bewältigungsprozess nach der Entbindung eines Spaltkindes wird erleichtert.

Im letzten Vortrag stellte Herr Prof. Ekkehart Paditz (Kinderklinik, Universitätsklinikum Dresden) den Zusammenhang zwischen Gaumenspalten und obstruktiver Schlafapnoe im Kindesalter dar. Besonders nach operativen Eingriffen, zum Beispiel der Velopharyngoplastik ist mit erhöhten perioperativen und passageren schlafbedingten Atmungsstörungen zu rechnen und die Indikation zu einer Schlaflaboruntersuchung sollte großzügig gestellt werden.

Die Fortbildungsveranstaltung stellte in hervorragender Weise das breite Spektrum der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete bei der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten dar, und die Initiatoren wünschen sich, dass diese enge Zusammenarbeit auch weiterhin realisiert werden kann.

Dr. med. Winnie Pradel
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Treffen der thüringischen und sächsischen Seniorenvertretungen



Teilnehmer der thüringischen und sächsischen Landesärztekammern

Am Samstag, dem 9. April 2005, besuchten wir (Frau Dr. med. Irmgard Kaschl und Herr Dr. med. Lothar Hilpert) als Vertreter des Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer auf Einladung der Landesärztekammer Thüringen eine Seniorenveranstaltung in Weimar. Diese fand im Rahmen der ärztewoche thüringen 2005 in dem Congress Centrum Neue Weimarahalle statt.

Leider war das Wetter nicht dazu angetan, um vor der Veranstaltung etwas Flair der Stadt Weimar zu atmen. Wir waren froh, dass uns die Neuen Weimarahallen gastlich aufnahmen. Bis zum Beginn der Veranstaltung konnten wir uns auf der Messe der Pharmaunternehmen wertvolle Informationen einholen, da wir, wie Schiller gesagt haben soll, nicht mehr Jünger sondern eher Opfer der hippokratischen Kunst geworden sind.

Um 13.00 Uhr stimmte uns ein Konzert des Thüringer Ärzteorchesters auf die Veranstaltung ein. Den Senioren angepasst hörten wir Stücke von Ludwig van Beethoven, Georges Bizet, Franz Schubert, unter anderem auch eine Uraufführung von Roland Garscha.

Herr Professor Dr. med. habil. Volker Hesse hielt einen beeindruckenden Vortrag „Friedrich Schiller unser Kollege“. Eine Darstellung Friedrich Schillers, die weit über unsere Schulinformation hinausging. Mit Bewunderung erfuhren wir, dass viele seiner bedeutenden Werke unter schwerer Erkrankung einer chronischen Tuberkulose, damals praktisch unbehandelt, entstanden.



Teilnehmer des Treffens

Frau Dr. Becker, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Thüringen, begleitete uns sehr aufmerksam und nach einem gemütlichen Beisammensein bei Kaffee und Kuchen nahmen wir an einer Sitzung der Thüringer Seniorenvertretung teil. Die Thüringer möchten kein „Ausschuss“ sein.

Die Begegnung und der Erfahrungsaustausch waren sicher für beide Seiten interessant und lohnend. Auch ein Gegenbesuch der thürin-

gischen ärztlichen Seniorenvertreter zum 10. Sächsischen Seniorentreffen wurde besprochen und vereinbart.

Aus diesen Veranstaltungen ist zu spüren, wie freudig die älteren ärztlichen Kollegen solche Begegnungen nutzen, um einer eventuellen Isolierung von der früheren geliebten Tätigkeit zu entgehen.

Dr. med. Lothar Hilpert
Strandbadweg 31, 04860 Torgau



Das Thüringer Ärzteorchester

Paul U. Unschuld
Der Arzt als Fremdling in der
Medizin? Standortbestimmung.

München, W. Zuckschwerdt Verlag
 München Wien New York. Mai 2005,

Herr Prof. Paul U. Unschuld, Vorstand des
 Instituts für Geschichte der Medizin in Mün-
 chen, ist es in bemerkenswerter Weise gelun-

gen, aktuelle gesundheitspolitische Rahmen-
 bedingungen und medizinische Ethik kritisch
 zu beleuchten. Welchen Weg nimmt die Medi-
 zin jetzt? „Das Primat der Ökonomie beginnt
 sich auf die Humanität in der Patientenver-
 sorgung auszuwirken“. Die Ideologie der
 Medizin wird durch die Ideologie des Marktes
 ersetzt. Der Patient ist „Kunde“. Wo Medizin
 ohne Ethik praktiziert wird, verdient sie nicht
 mehr die Bezeichnung Medizin, sondern sie
 ist gegebenenfalls ein strafbares Verhalten.

Solche und andere heute aktuelle wichtige
 Aussagen hat Unschuld zu Papier gebracht
 und aus fünf seiner Vorträge ein bemerkens-
 wertiges Buch geschrieben.

Eine lesenswerte Publikation, die allen Stu-
 denten, Ärztinnen und Ärzten und Gesund-
 heitsbehörden als Pflichtlektüre empfohlen
 wird.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

H. Huismans, „Lexikon der klinischen
Diabetologie“

Praxisorientierte interdisziplinäre
 Darstellung
 Deutscher Ärzte-Verlag, 2005

Dr. Huismans legt mit diesem Buch ein
 Nachschlagewerk für Ärzte vor, die Diabeti-
 ker behandeln. Einen wesentlichen Teil des
 Nachschlagewerkes stellen Ausführungen vor,
 die unter bestimmten, in der Praxis häufig
 auftretenden Stichworten aufgeführt sind.
 Dabei bemüht sich der Autor ganz zweifellos,
 für die Praxis wichtige Hinweise zu geben.
 Besonders gut gelungen aus der Sicht des
 Gutachters sind die Kapitel zur Blutzuckersel-
 bstkontrolle sowie zur Neuropathie. Interes-
 sant sind die anfänglichen Ausführungen zur
 Entdeckung des Insulins sowie zu den oralen
 Antidiabetika. Dabei sind für den Leser einige
 bisher wenig bekannte Fakten aufgeführt. Es
 ist allerdings bedauerlich, dass hier nicht die
 Eröffnung der ersten Diabetiker-Beratungs-
 stelle in Europa durch Prof. Rostski im Jahre
 1924 in Dresden sowie auch Prof. Hans
 Haller, der mit dem Buch „Perorale Diabetes-
 therapie“ in den 50er Jahren Neuland betreten
 hatte, aufgeführt sind.

Im Rahmen der Therapie wird auch auf
 Neuentwicklungen wie inhalierbares Insulin,
 GLP1-Agonisten und Pramlintide eingegan-
 gen. Die Ausführungen zur Insulintherapie
 sind ebenfalls sehr praxisrelevant. Allerdings
 fehlt hier z. B. jeglicher Satz zur Handhabung
 der Insulin-Pens.

Der Reviewer hat jedoch auch einige kritische
 Anmerkungen:

Die auf Seite 25 angegebene Adipositas-
 Klassifikation ist schlichtweg falsch (bei
 einem BMI von 25 bis 29,9 spricht man nicht
 von Adipositas Grad 1, sondern von Über-
 gewicht).

Auf Seite 26 ist die WHR bei Männern über
 94 und bei Frauen über 80 cm aufgeführt.
 Hier müsste es richtig Taillenumfang heißen.
 Es wäre wünschenswert, wenn die verfügba-
 ren Medikamente zur Adipositas-Therapie
 (einschließlich der Wirkmechanismen) ange-
 geben wären.

Seite 33: Glinide sind keine SH (Sulfonylharn-
 stoffe).

Ab Seite 29: Bei den Empfehlungen für die
 Metformin-Therapie gibt es Studiendaten, die
 gezeigt haben, dass eine optimale Therapie
 mit 2x 1.000 mg erzeugt werden kann.
 Außerdem wird generell empfohlen, mit 500
 mg Metformin zu beginnen, nicht mit 850 mg,
 wie in dem Buch geschrieben. Außerdem gibt
 es bei den Ausführungen zur Acarbose keine
 Hinweise für die einzusetzende Dosis.

Bei der Ausführung zur Atherosklerose sollte
 unbedingt auch das Aufbrechen der Plaques
 Erwähnung finden, da das der entscheidende
 Mechanismus für das Auftreten einer akuten
 Ischämie z. B. an den Koronararterien ist. Lei-
 der fehlt auch LDL-Cholesterol als Ursache
 für die Atherosklerose.

Auf Seite 35 ist die sofortige i. v.-Injektion
 bei Hypoglykämie von 20 – 40 mg (muss g
 heißen) von Glukose angegeben.

Für die Glitazone ist auf Seite 36 geschrieben,
 dass der Serum-Triglyzerid-Spiegel gesenkt
 wird. Dies trifft aber nur für Pioglitazon und
 (nach Studiendaten) nicht für Rosiglitazon zu.
 Bei der Darstellung des Test-Ablaufs des

Basalraten-Tests (Seite 39) ist dem Leser
 unklar, ob der Patient ein Mittagessen und
 Abendessen nun essen soll oder nicht.

Der Autor handhabt die SI-Einheiten sehr
 unterschiedlich. Es wird zwar eine Umrech-
 nungstabelle bei den Blutzuckerwerten ange-
 geben, aber bei einzelnen Kapiteln sind nur
 die Nicht-SI-Einheiten bzw. zum Teil auch
 nur die SI-Einheiten aufgeführt. Hier wäre
 ein einheitliches Vorgehen wünschenswert.

Der vollautomatische Pen-Injektor ist bei der
 Blutzuckerselbstkontrolle aufgeführt und
 gehört aber zur Therapie mit Insulin.

Das Pendra-Glukometer wurde inzwischen
 vom Markt genommen.

Es sollten die Handelsnamen der gängigen
 Normalinsuline aufgeführt werden.

In Abb. 36 (Seite 85) ist der beschriebene
 eingewachsene Großzehennagel so nicht
 erkennbar.

Das Lipoprotein Alpha wird üblicherweise
 als Lipoprotein(a) bezeichnet (Seite 139).

Im Buch sind einige Schreibfehler enthalten.

Im Literaturteil sind Lehrbücher, Übersichts-
 arbeiten, Biografien und Lexika sowie Original-
 und Übersichtsarbeiten im wesentlichen
 bis zum Jahre 2003 aufgeführt.

Trotz dieser Kritik betrachtet der Gutachter
 das Buch als einen wertvollen Beitrag als
 Informationsquelle für Ärzte, die Diabetiker
 behandeln. Für den Diabetologen fehlen eini-
 ge wesentliche Ausführungen.

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius

Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld zum 70. Geburtstag



Vor fünf Jahren hatten wir die Freude, Markolf Hanefeld zu seiner außerordentlich erfolgreichen Karriere als Forscher und Hochschullehrer zu gratulieren. Der Jubilar, damals noch Direktor des Institutes und Poliklinik für klinische Stoffwechselforschung der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, konnte zu Recht als Vater der Dresdner Stoffwechselschule angesehen werden, nachdem er das Erbe von Prof. Haller weiterentwickelt hatte. Zahlreiche Schüler, Mitarbeiter und Kollegen waren mit ihm gemeinsam dem Leitstern gefolgt: der Bekämpfung der Atherosklerose als Hauptfaktor der Morbidität und Mortalität der modernen Industriegesellschaften. Seine Monografien zu Fettstoffwechselstörungen, dem metabolischen Syndrom und zur Therapie des Typ-2-Diabetes sind Klassiker und gleichzeitig von ungebrochener Aktualität. Die zehn Lipidsymposien, zwischen 1973 und 1999 zusammen mit W. Jaross in Dresden veranstaltet, sind Legende. 1981 gibt er mit W. Leonhardt eine erste Beschreibung und Definition für das metabolische Syndrom. Das Konzept dieses Bündels metabolischer Wohlstandskrankheiten hat sich in der Praxis außerordentlich bewährt und erlebt gegenwärtig eine überwältigende internationale Renaissance. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres verlässt M. Hanefeld die Medizinische Fakultät und gründet das Zentrum für klinische Studien (ZKS) innerhalb der Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer (GWT) an der Technischen Universität Dresden. Aufgabe ist die klinische Erprobung neuer Medikamente im

Auftrag der Pharmafirmen. Dem Jubilar kommt dabei zustatten, dass er schon auf langjährige Kooperationen bei der Testung stoffwechselwirksamer Pharmaka zurückgreifen kann. Als Grundpfeiler erweist sich die Gewinnung geeigneter Patienten, die nur in breiter Öffentlichkeitsarbeit und in Abstimmung mit den Ärzten im Territorium möglich ist. Für die Patientencompliance ist über das Normalmaß hinausgehende Aufklärung und Betreuung unumgänglich. M. Hanefeld hat im ZKS hochmotivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um sich geschart, die sich für diese Aufgaben auch außerhalb der Einrichtung und normalen Arbeitszeit engagieren. So können Studien zur Wirksamkeit von Antidiabetika der zweiten und dritten Generation, zur Bekämpfung der Diabetesvorstadien, der Atherosklerose, aber auch zum Stand der Diabetesbetreuung in der ärztlichen Praxis, im multizentrischen und internationalen Rahmen beendet und weitergeführt werden. Neuerdings gelingt es, wissenschaftliches und organisatorisches Zentrum für multizentrische Studien zu werden.

Kann man neben diesem harten Geschäftsbetrieb noch der Wissenschaft frönen? Es ist umgekehrt richtig, dass nur die wissenschaftliche Reputation das ZKS in eine günstige geschäftliche Position gebracht hat und bringt. So gibt es über eine lange Liste neuer wissenschaftlicher Erfolge von M. Hanefeld zu berichten. Die RIAD-Studie (Risk factors for atherosclerosis and diabetes) führte zu international bekannten Erkenntnissen über die hohe Prävalenz von Prädiabetes, neu entdecktem Diabetes und Atherosklerose bei Patienten mit Diabetes-Familienanamnese oder Adipositas. In der oralen Therapie des Typ-2-Diabetes gelang es, den Erfolg von Kombinationstherapien unter Einbeziehung von Alpha-Glukosidasehemmern und Glitazonen nachzuweisen. Es zeigte sich, dass Acarbose nicht nur den postprandialen Glukoseanstieg, sondern auch die postprandiale Hyperlipidämie und die Aktivierung von NFκB sowie andere inflammatorische Antworten nach einer Mahlzeit reduziert. Dadurch werden die Effekte dieses Medikaments bei der Verhinderung kardiovaskulärer Komplikationen besser erklärbar.

Zahlreiche Medizinstudenten fertigen ihre Disserationsarbeit am ZKS unter M. Hanefeld an und stellen ihre Ergebnisse auf Kongressen vor. Unter seiner Regie finden alljährlich das Mitteldeutsche Expertenforum „Diabetes und

Stoffwechselkrankheiten“ und das Symposium „Das metabolische Syndrom“ statt. Foren, die neueste Forschungsergebnisse den interessierten Kollegen des Territoriums vermitteln und deren geselliger Teil einen beachtlichen Beliebtheitsgrad erreicht.

M. Hanefeld hat ein Gespür dafür, das Wissen auf den aktuellsten Gebieten der Stoffwechselforschung unter der Mitwirkung prominenter Autoren zu ordnen und zu kanalisieren. So entstehen in der Reihe des Unimed-Verlages nach „Statine. Neue Perspektiven der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen und Prävention der Arteriosklerose“ (1999) die wegweisenden Monografien „Alpha-Glukosidasehemmer. Klinische Anwendung und Prävention des Diabetes mellitus“ (2002) und „Fort-schritte in der Therapie des Typ-2-Diabetes mit oralen Antidiabetika: Gestörte Insulinsekretion im Fokus“ (2003).

M. Hanefeld hat bei den meisten wissenschaftlichen Vorhaben das metabolische Syndrom im Hinterkopf. Der Kreis schließt sich in mehreren Beiträgen zum 1st International Congress on ‚Prediabetes and the Metabolic Syndrome‘ in Berlin im April dieses Jahres. Das in Dresden anschließende Satellitensymposium ‚The Metabolic Syndrome – a postprandial disease‘ unter seiner Regie vereinigt Experten auf den Gebieten der Enterohormone, der Signaltransduktion, der endokrinen Fettgewebsaktivität, des Stress unter dem Gesichtspunkt der postprandialen Phase. Die Bedeutung dieser neuen Erkenntnisse leitet sich davon ab, dass unter Normalumständen der Mensch nur wenige Stunden am Tage im Nüchternzustand ist, sich aber entscheidende pathophysiologische und degenerative Prozesse in der postprandialen Phase abspielen und folglich dort zu therapieren sind.

Heute sehen wir die Tendenz, die Rentnergeneration im Zuge des demografischen Wandels zum Problem hochzustilisieren. M. Hanefeld demonstriert, wie’s anders geht: nämlich, wenn einem die Kraft gegeben, die Möglichkeit der aktiven Beschäftigung beherzt anzupacken, dabei jung zu bleiben, Arbeitsplätze und Werte zu schaffen. Wir sind stolz, dass er sich dabei als echter Sachse fühlt. In diesem Sinne wünschen wir dem Jubilar weiterhin Vitalität, Schaffenskraft und Freude in der Arbeit und im Privaten!

Prof. Wolfgang Leonhardt
Prof. Ulrich Julius
Prof. Jan Schulze

Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

- | | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------|--|--|---|--|
| 60 Jahre | | | | | | |
| 07. 11. | Dipl.-Med. Hösel, Sieghard
01705 Freital | 33. 11. | Dr. med. Tilch, Anita
08228 Rodewisch | 30. 11. | Dr. sc. med. Röthig, Werner
08297 Zwönitz | |
| 07. 11. | Steiner, Volker
09648 Altmittweida | 26. 11. | Dietz, Reiner
09114 Chemnitz | 30. 11. | Dr. med. Schmutzler, Werner
04299 Leipzig | |
| 12. 11. | Dr. med. Laqua, Ruth
01445 Radebeul-Wahnsdorf | 26. 11. | Dr. med. Hofstätter, Edith
09456 Annaberg-Buchholz | 80 Jahre | | |
| 12. 11. | Dr. med. Scheffel, Ralf-Achim
08645 Bad Elster | 26. 11. | Dr. med. Jank, Hans-Jürgen
04808 Wurzen | 02. 11. | Dr. med. Rentzsch, Gottfried
01723 Kesselsdorf | |
| 15. 11. | Dipl.-Med. Hahn, Herbert
02827 Görlitz | 27. 11. | Dr. med. Lötsch, Christel
08112 Wilkau-Haßlau | 17. 11. | Dr. med. Thomä, Brigitte
04105 Leipzig | |
| 16. 11. | Kutschke, Klaus-Peter
37181 Hardegsen | 27. 11. | Dr. med. Schettler, Reinhard
09366 Stollberg | 18. 11. | Dr. med. Kirmis, Hans-Joachim
02827 Görlitz | |
| 26. 11. | Dr. med. Staemmler, Ulrich
01462 Cossebaude | 28. 11. | Dr. med. habil.
Neumann-Oellerking, Dorothea
01277 Dresden | 21. 11. | Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz | |
| 29. 11. | Dipl.-Med. Trieglaff, Ursula
04651 Bad Lausick | 28. 11. | Dr. med. Weißbach, Rainer
09123 Chemnitz (Einsiedel) | 81 Jahre | | |
| 30. 11. | Dr. med. Fischer, Rainer
01477 Arnsdorf | 29. 11. | Dr. med. Deger-Voigtländer, Ingrid
01728 Possendorf | 01. 11. | Klose, Horst
09114 Chemnitz | |
| 65 Jahre | | | 29. 11. | Dr. med. Goldmann, Joachim
08115 Lichtentanne | 01. 11. | Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul |
| 01. 11. | Dr. med. Sierpinski, Lieselotte
04435 Schkeuditz | 29. 11. | Kirsch, Brigitte
02943 Weißwasser | 01. 11. | Petri, Gertraut
04668 Grimma | |
| 01. 11. | Dr. med. Staudte, Helga
09244 Lichtenau | 70 Jahre | | | 02. 11. | Dr. med. Bernhardt, Johannes
01326 Dresden |
| 02. 11. | Neubert, Ingrid
04207 Leipzig | 02. 11. | Dr. med. Endesfelder, Roland
09114 Chemnitz | 25. 11. | Dr. med. Kleinschmidt, Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna | |
| 02. 11. | Schug, Helga
08112 Wilkau-Haßlau | 03. 11. | Dr. med. Böttger, Gerhard
09217 Burgstädt | 82 Jahre | | |
| 02. 11. | Prof. Dr. med. habil. Stösslein, Falk
01728 Possendorf | 03. 11. | Dr. med. Gundlach, Helga
01640 Coswig | 03. 11. | Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim | |
| 03. 11. | Thunig, Uta
01855 Sebnitz | 06. 11. | Dr. med. Standau, Helga
04299 Leipzig | 15. 11. | Dr. med. Kahleyss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen | |
| 04. 11. | Dr. med. Schweitzer, Hannelore
01796 Pirna | 07. 11. | Dr. med. Beckert, Annerose
01279 Dresden | 26. 11. | Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz | |
| 04. 11. | Dr. med. Tandler, Gisela
04509 Delitzsch | 09. 11. | Hecker, Ellen
01324 Dresden | 83 Jahre | | |
| 05. 11. | Menzel, Gert
01129 Dresden | 10. 11. | Pechau, Ingrid
02826 Görlitz | 11.11. | Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
Schmidt, Hans
04683 Naunhof | |
| 05. 11. | Dr. med. Pilz, Dieter
01259 Dresden | 15. 11. | Dr. med. vet. Zintzsch, Ingo
04416 Markkleeberg | 84 Jahre | | |
| 07. 11. | Dr. med. Bochmann, Peter
08209 Reumtengrün | 16. 11. | Dr. med. Gerschner, Eva-Maria
01809 Heidenau | 04.11. | Dr. med. Lehnert, Herbert
09116 Chemnitz | |
| 08. 11. | Dr. med. Hennig, Maria
04103 Leipzig | 16. 11. | Dr. med. Richter, Dieter
08280 Aue | 08.11. | Dr. med. Großer, Rudolf
02826 Görlitz | |
| 10. 11. | Leimert, Christine
09112 Chemnitz | 20. 11. | Dr. med. Friedrich, Ruthild
08371 Glauchau | 85 Jahre | | |
| 11. 11. | Dr. med. Laves, Gisela
04275 Leipzig | 24. 11. | Dr. med. Schwenk, Klaus
08541 Großfriesen | 13.11. | Dr. med. Dluhosch, Winfried
04683 Naunhof | |
| 12. 11. | Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kunzelmann, Fred
09114 Chemnitz | 25. 11. | Dr. med. Haas, Sigrid
01097 Dresden | 21.11. | Dr. med. Berlet, Wolfgang
01277 Dresden | |
| 13. 11. | Neumann, Karin
02899 Ostritz | 25. 11. | Steiner, Brigitte
01445 Radebeul | 86 Jahre | | |
| 14. 11. | Dr. med. Oehlke, Waldemar
08064 Zwickau | 26. 11. | Lange-Rennau, Hannelore
09117 Chemnitz | 17.11. | Bleichschwitz, Günther
01454 Radeberg | |
| 15. 11. | Freund, Jürgen
01737 Pohrsdorf | 29. 11. | Ertel, Christine
01326 Dresden | 87 Jahre | | |
| 15. 11. | Dr. med. Geiger, Sieglinde
01326 Dresden | 30. 11. | Dr. med. Keil, Reinhard
04651 Bad Lausick | 30.11. | Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau | |
| 15. 11. | Richter, Gabriele
01904 Neukirch | 90 Jahre | | | 90 Jahre | |
| 17. 11. | Dr. med. Unger, Götz
08269 Hammerbrücke | 08. 11. | Dr. med. Hübler, Christa
01662 Meißen | 24.11. | Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice
09599 Freiberg | |
| 18. 11. | Dr. med. Drockner, Armin
01683 Nossen | 18. 11. | Dr. med. Gehrke, Günther
04157 Leipzig | 91 Jahre | | |
| 20. 11. | Dr. jur. Peter, Siegfried
04838 Eilenburg | 20. 11. | Dr. med. Naumann, Gisela
01069 Dresden | 25.11. | Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest
01731 Kreischa OT Saida | |
| 21. 11. | Dr. med. Pfob, Eveline
08349 Johannegeorgenstadt | 26. 11. | Lengfeld, Reina
01067 Dresden | | | |

Frühkindliche Karies – ein ungelöstes Problem

In den zurückliegenden zehn Jahren ist bei Kleinkindern die Karies zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen geworden. Aktuelle epidemiologische Daten aus Sachsen zeigen, dass etwa 10 Prozent der Zweijährigen von frühkindlicher Karies (early childhood caries – ECC) betroffen sind (Abb. 1). Die Zahl der deshalb an die Abteilung Kinderzahnheilkunde des Universitätsklinikums Dresden zur Gebissanierung überwiesenen Kleinkinder nimmt von Jahr zu Jahr zu. (Abb. 2)

Die häufigste Ursache für frühkindliche Karies ist das über das erste Lebensjahr hinausgehende suchtartige Trinken süßer/gesüßter Getränke aus Saugerflaschen. Deshalb wurde dafür auch die Bezeichnung Nuckelflaschenkaries oder Nursing Bottle-Syndrom geprägt. In jüngster Zeit werden auch Schnabeltassen (so genannte Trinklerntassen) oder Ventilflaschen (Rennfahrerflaschen) zum Dauernuckeln missbraucht. Flascheninhalt sind vermeintlich „gesunde“ Fruchtsäfte aller Art, Schorlen, Granulat-Tee oder selbst zubereiteter mit Haushaltszucker, Traubenzucker oder Honig gesüßter Tee. Neuerdings füllen die Eltern auch Eistees in die Nuckelflaschen. Eistees sind meist Zubereitungen aus Schwarztee und schon deshalb für Kleinkinder ungeeignet.

Andere Ursachen frühkindlicher Karies sind der heute selten gewordene Gebrauch eines Honig- oder Zuckerschnullers oder die häufige Verabreichung zuckerhaltiger Husten- oder Antibiotika-Säfte. Außerdem kann auch verlängertes – insbesondere nächtliches – Stillen nach Bedarf zu ähnlichen Gebissdestruktionen führen. Frauenmilch hat gegenüber Kuhmilch einen höheren Laktosegehalt und damit auch ein höheres kariogenes Potenzial.

Karies entsteht bekanntlich dann, wenn Bakterien des Biofilms Zahnplaque Zucker oder Zucker-Stärke-Kombinationen zu Säuren stoffwechseln. Diese Säuren demineralisieren die Zahnhartsubstanz. Normalerweise erfolgt anschließend über die Mineralien des Speichels eine Remineralisation. Bei häufiger und langanhaltender, insbesondere nächtlicher Zufuhr süßer Flüssigkeiten überwiegt jedoch die Demineralisation, weil für die Remineralisation zu wenig Zeit bleibt.

Vielfach wird im Zusammenhang mit der Entstehung frühkindlicher Karies vordergründig die Übertragung kariesauslösender Keime (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*) in die kindliche Mundhöhle durch Spei-

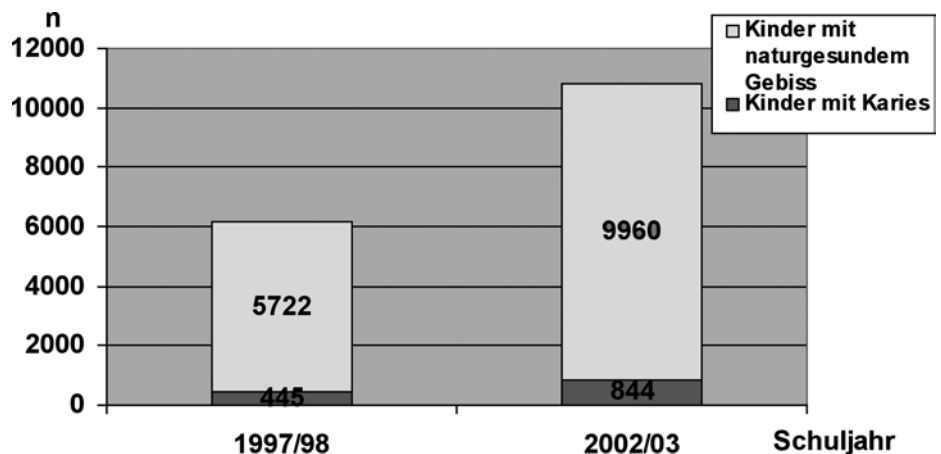


Abb. 1: Ergebnisse zahnärztlicher Reihenuntersuchungen 2-Jähriger in Sachsen

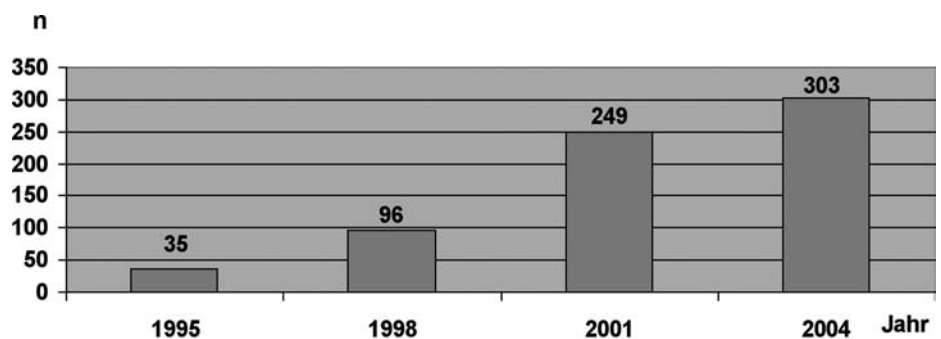


Abb. 2: Zahl der Neuaufnahmen von Kindern mit frühkindlicher Karies in der Abteilung Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum Dresden

chel der Mutter oder anderer Pflegepersonen diskutiert. Daraus resultiert zunächst die Möglichkeit, dass frühe, häufige Speichelkontakte beim Kind schützende immunologische Reaktionen auslösen. Eine „Keimübertragung“ lässt sich langfristig vermutlich auch gar nicht verhindern, denn sie erfolgt durch übliche soziale Kontakte. Es scheint daher unrealistisch, Müttern bestimmte Gewohnheiten (Vorkosten des Breies) oder gar Liebkosungen untersagen zu wollen. Selbstverständlich ist das Ablecken des auf den Boden gefallen Nuckels aus hygienischen Erwägungen nicht zu tolerieren! Bei allem Für und Wider einer „Keimübertragung“ bleibt jedoch die Tatsache, dass sich säurebildende Mikroorganismen

ohne regelmäßige Zuckerezufuhr nicht etablieren und vermehren können. Sie sind dann „Geschützen“ vergleichbar, die aber keine „Munition“ haben.

Die kariöse Zerstörung der Milchzähne beginnt noch im 1. Lebensjahr an den zuerst durchbrechenden oberen Schneidezähnen (Abb. 3). Häufig finden sich erste Kariesläsionen an den palatinalen Zahnflächen, weil dort der Nuckel direkt anliegt. Für den Laien ist es schwierig, Karies dort zu erkennen. Die unteren Schneidezähne sind durch die darüber liegende Zunge und den benachbarten Ausgang der Speicheldrüsen zunächst relativ geschützt. Beim Fortbestehen der Noxe erkranken im weiteren Verlauf in der Reihen-

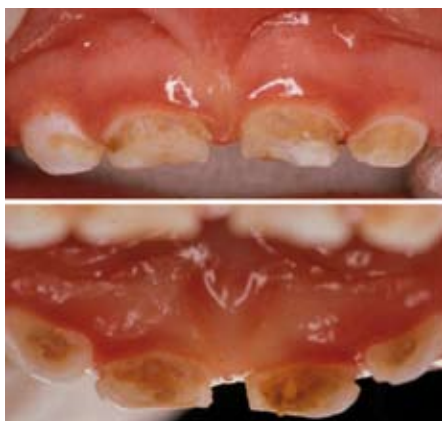


Abb. 3: Beginnende kariöse Veränderungen an den palatinalen Flächen oberer Milchschneidezähne eines 13 Monate alten Kindes.

folge des Durchbruchs die ersten Milchmolaren, die Milcheckzähne und zweiten Milchmolaren (Abb. 4). Je nach Stadium zeigen sich zunächst Initialläsionen (Kreideflecke), dann Kavitationen. Schließlich geht soviel Zahnschubstanz verloren, dass die gesamte Zahnkrone abbricht (Abb. 5). Vielfach werden die betroffenen Kinder dann erstmalig dem Zahnarzt vorgestellt, häufig mit der rechtfertigenden Diagnose der Eltern, das Kind sei gestürzt.

Unmittelbare Folgeerscheinungen der Milchzahnkaries sind chronische bzw. akute apikale Parodontitiden, die die Gesundheit des Kindes erheblich beeinträchtigen können. Daneben berichten die Eltern häufig über Schlafstörungen, Quengeligkeit oder Appetitlosigkeit ihrer Kinder, bzw. auch darüber, dass die Kinder von ihren Altersgefährten wegen ihres Aussehens gehänselt werden.

Frühkindliche Karies kann darüber hinaus zu schwerwiegenden Folgen im bleibenden Gebiss führen. Aufgrund einer apikalen Parodontitis eines Milchzahnes kann es am nachfolgenden bleibenden Zahn zu schweren Schmelzbildungsstörungen kommen (so genannter Turner-Zahn) (Abb. 6).

Außerdem resultieren im bleibenden Gebiss oft Zahndurchbruchsstörungen bzw. Zahnstel-



Abb. 4: Typisches Muster frühkindlicher Karies bei dreijährigem Kind.



Abb. 5: Komplette Zerstörung des Milchgebisses bei fünfjährigem Kind.

lungenanomalien.

Die Behandlung eines Kindes mit frühkindlicher Karies ist schwierig, zeit- und kosten-



Abb. 6: Fehlstrukturierter oberer Prämolare, sogenannter Turner-Zahn.

aufwändig und häufig nur unter Intubationsnarkose möglich. Frühkindliche Karies ist jedoch eine vermeidbare Erkrankung! Die wesentliche Maßnahme zur Prävention frühkindlicher Karies besteht darin, Kleinkinder nicht mit Saugerflaschen mit gesüßten Getränken zu beruhigen und die Kinder so zeitig wie möglich aus einer Tasse trinken zu lassen. Plakative Formulierungen, wie „Flasche zum Trinken, nicht zum Einschlafen“, „Tasse statt Flasche“ oder „Mit den ersten Milchzähnen zum Zahnarzt“ können dabei hilfreich sein. Diese Empfehlungen müssen bei der individuellen Mundgesundheitsaufklärung durch Ärzte und Zahnärzte und verstärkt auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung auf breiter Ebene propagiert werden, um ungünstige soziale Normen und Verhaltensweisen beeinflussen zu können.

Anschrift der Verfasserin:
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Leiterin der Abteilung Kinderzahnheilkunde
Frau Prof. Dr. G. Hetzer
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kommentar Frühkindliche Karies – ein ungelöstes Problem

Die Autorinnen G. Buske und G. Hetzer beschreiben dankenswerterweise ein Thema aus zahnärztlicher Sicht, dessen Bedeutung aus humanmedizinischem Blickwinkel oft noch erheblich unterschätzt wird. Sie verwenden insbesondere den passenden Begriff „...suchtartigem Trinken gesüßter Getränke...“

Neben den – oft schwerwiegenden – Problemen, die für das kindliche und langfristig auch für das Erwachsenen-Gebiss durch den Süßigkeiten-Konsum in flüssiger Form entstehen, liegt eine große und häufig nicht recht wahrgenommene Gefahr in der Geschmacksprägung der Kinder. Viele der Karies-Kleinkinder heute sind die übergewichtigen Erwachsenen von morgen. Erheblich unterschätzt wird die Gewöhnungsgefahr dieser Süßgetränke, die einem Suchtpotential nahe kommen kann. Das quengelnde Kleinkind wird nicht

selten zum Schulkind, das sein Taschengeld in Schokoriegeln anlegt. Und der dramatische Anstieg der Adipositas bei Jugendlichen mit all ihren Folgen korreliert möglicherweise nicht zufällig mit dem steigenden Angebot an Süßem schon für die ganz Kleinen.

Tatsache ist: Gegen die massive und äußerst suggestive Anpreisung solcher „Lebensmittel“ hat es die zahn-/ärztliche Aufklärung äußerst schwer. Inhaltsdeklarationen sind häufig irreführend. Gerade die tückischen Eistees und Instantgetränke stehen in Drogerie- und Supermärkten häufig in der Kinderabteilung. Und um der Werbung für die „gesunden Vitamine zwischendurch“ zu widerstehen, bedarf es neben Bildung auch einer gewissen Zähigkeit.

Auf Nuckelflaschen steht mittlerweile eine Warnung vor Dauergebrauch. Noch wichtiger aus meiner Sicht ist eine Warnung vor den Inhalten. Ersten

Versuchen des Verbraucherministeriums, die Deklarationen zumindest verständlicher zu fordern, setzte die Industrie erheblichen Widerstand entgegen, geht es doch hier um einen riesigen profitablen Markt.

Aber wenn wir es mit unserem Präventionsbemühen ernst meinen, gehört diese Auseinandersetzung unbedingt dazu. Im Interesse unserer Patienten sollte dies auch und verstärkt gemeinsam mit den zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen erfolgen.

Katharina Schmidt-Göhrich
Mitglied des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

Sulfonylharnstoffe – eine Facette im Behandlungskonzept vom Typ-2-Diabetes mellitus und metabolischem Syndrom – von der experimentellen Basis zur klinischen Effektivität

Prof. Dr. Jan Schulze mit Mitarbeiter von Prof. Dr. Ulrich Julius, Dr. Peter Schwarz; Priv.-Doz. Dr. Matthias Weck und Dr. Jan Wildbrett
2. Auflage 2004, Uni.-Med. Verlag AG, Bremen, ISBN 3-89599-789-7

Der Diabetes mellitus hat sich zu einer Volkskrankheit entwickelt. Die Prävalenz beträgt etwa 8 Prozent und nimmt mit dem Alter zu. Über 90 Prozent der Diabetiker sind dem Typ-2-Diabetes zuzuordnen. Für den Betroffenen bringt er Leiden, für die Gesellschaft erhebliche ökonomische Belastungen. Mikro- und Makrovaskuläre Komplikationen bedingen letztendlich eine Gefäßkrankheit von hoher Morbidität und Letalität. Eingebettet in das metabolische Syndrom führten Bewegungsmangel, Über- und Fehlernährung in den Industrieländern zu einer Häufigkeitszunahme, mit der auch in den kommenden Jahren gerechnet werden muss. Kinder und Jugendliche sind bereits mit eingeschlossen. Folglich werden mit dem Diabetes nicht nur diabetologisch spezialisierte, sondern nahezu alle medizinischen Fachrichtungen konfrontiert.

Experimentelle und klinische Studien haben auf die Bedeutung einer an der Pathogenese orientierten Prävention und Differentialtherapie hingewiesen. Einem erheblichen Erkenntniszuwachs stehen jedoch beträchtliche Mängel in der Praxis der Diabetesbetreuung gegenüber. Diese Kluft überbrücken zu helfen, ist die Zielstellung des nunmehr innerhalb von vier Jahren bereits in 2. Auflage erschienenen Buches von J. Schulze und seiner Mitarbeiter. Die Autoren entstammen der Dresdner Stoffwechselschule, aus der bereits 1959 und 1966 von H. Haller und S. T. E. Strauzenberg erstmalig ein zusammenfassender Überblick zur „Oralen Diabetestherapie“ vorgelegt wurde. Die 2. Auflage wurde gründlich überarbeitet und aktualisiert. Die seit der 1. Auflage neu vorliegenden experimentellen und großen klinischen Studien (z.B. DCCT, UKPDS und andere Interventionsstudien) führten zu einer Neubewertung der antidiabetischen Thera-

pie, die die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität möglichst schon in den Frühstadien, ja eine Primärprophylaxe einschließen. Der gegenüber der 1. Auflage modifizierte Titel „Sulfonylharnstoffe – eine Facette ...“ weist auf die Komplexität der Diabetesbehandlung hin, die durch Leitlinien und Disease-Management-Programme flankiert wird. Nutzen, Risiko und Grenzen einer Sulfonylharnstofftherapie werden in Abhängigkeit von Diabetesstadien und Begleiterkrankungen und unter Berücksichtigung der Möglichkeiten einer Kombinationsbehandlung kritisch abgewogen. Die Therapie des Typ-2-Diabetes mellitus ist nicht nur auf die Normalisierung des Blutzuckers gerichtet, sondern auch auf zielstrebige Kontrolle von Übergewicht, Hochdruck und Fettstoffwechselstörungen, die das atherogene Risiko potenzieren und zur Exzessmortalität beitragen. Auf 127 Seiten werden nach einem kurzen historischen Abriss die pathophysiologischen Ursachen des Typ-2-Diabetes besprochen. Entsprechend der Konzeption des metabolischen Syndroms werden Insulinresistenz, Insulinsekretionsstörung, Dislipidämie usw. eingehend erörtert. Auf die Notwendigkeit, Bedeutung und Durchführung der Bewegungstherapie und Gewichtsreduktion wird nachdrücklich hingewiesen. Der Wirkmechanismus der insulinotropen Sulfonylharnstoffe aller drei Generationen, der Glinide sowie der nichtinsulinotropen Medikamente (Alpha-Glukosidasehemmer, Metformin, Glitazone) wird klar verständlich dargestellt. Auswahl, Indikation und Kontraindikationen der einzelnen Medikamente, Kombinationsmöglichkeiten, primäres und sekundäres Sulfonylharnstoffversagen werden besprochen. Ausführlich wird auf die Frage Sulfonylharnstoffe oder/und Insulin und die Bedeutung der basalunterstützten oralen Therapie (BOT) eingegangen. Ein besonderes Kapitel ist dem Thema „Alter und Diabetes“ gewidmet. Die Ausführungen reflektieren nicht nur den aktuellen Stand wissenschaftlicher Kenntnisse, sondern auch die langjährige klinische Erfahrung der Autoren und ihre herausragenden gesundheitspolitischen Aktivitäten. Diese führten zu positiven Ergebnissen des Sächsischen Diabetesversorgungssystems und werden gemeinsam mit den in der Praxis seit langem

bewährten Sächsischen Leitlinien, die von den Landesärztekammern der neuen Bundesländer und der Freien und Hansestadt Bremen als praktikabler Handlungskorridor empfohlen werden, dem Leser zugänglich gemacht. Wer sich vor allem über die praktischen Aspekte der Betreuung des Typ-2-Diabetes orientieren will, wird mit großem Nutzen das Kapitel „Leitlinien für die rationale Behandlung des Typ-2-Diabetes“ studieren. Hier werden Früherkennung, die Frage der Risikogruppen, Behandlungsziele für Patient und Arzt sowie Schnittstellen der Behandlungskette vom Hausarzt bis zur stationären Diabeteseinrichtung aus praxisrelevanter Sicht dargestellt. Es wird darauf hingewiesen, dass der hervorragenden wissenschaftlichen Qualität des nationalen Leitlinienprogramms der DDG leider eine zu geringe Patienten- und „Outcome“-Orientierung gegenüberstehen. Das RSA-Disease-Management-Programm wird unter Berücksichtigung bereits vorliegender positiver evaluierter Versorgungsprogramme, zum Beispiel in Sachen einer kritischen Analyse unterzogen. Eine übersichtliche Tabelle über sinnvolle Dosierung und Kontraindikation der oralen Antidiabetika gestattet eine rasche Orientierung. Angesichts der Häufigkeitszunahme des Typ-2-Diabetes bereits im Kindes- und Jugendalter wird in einem Schlusskapitel auf die große gesundheitspolitische Bedeutung und Notwendigkeit der Prävention eingegangen. Unter Hinweis auf die einschlägigen Präventionsstudien werden Zielwerte zur Lebensstil-Intervention und damit zur Verhinderung oder Verzögerung des Diabetes mellitus formuliert. Alle Kapitel sind mit übersichtlichen Tabellen, farbigen Grafiken und einer Zusammenstellung wichtigster Literaturangaben versehen. Ein umfangreiches Stichwortverzeichnis erleichtert das Studium. Das Buch kann jedem empfohlen werden, der sich rasch über die theoretischen Grundlagen und Praxis der Betreuung des Typ-2-Diabetes einschließlich der Prävention informieren will. Auch der diabetologisch Versierte wird wertvolle Anregungen und für den Praxisalltag wichtige Hinweise finden.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch,
Klinikum Hoyerswerda