

Aus der Vorstandssitzung am 1. September 1999

Wie zu allen Vorstandssitzungen standen zu Sitzungsbeginn die Bestätigung des letzten Protokolls und die Kontrolle der zuletzt gefaßten Beschlüsse auf der Tagesordnung. Danach wurde der Entwurf des Haushaltsplanes 2000 ausführlich erörtert. Die Mitarbeiter des Referates für Finanz-, Rechnungs- und Beitragswesen, sowie die ehrenamtlichen Mitglieder des Finanzausschusses hatten intensive Vorarbeit geleistet, um unsere gesetzlich fixierten und berufspolitischen Aufgaben mit den finanziellen Ressourcen in Einklang zu bringen. Die Aufstellung erfolgte im Vergleich zum „IST 1998“, da für diesen Jahresplan gesicherte Zahlen vorliegen. Ansteigende Personalaufwendungen durch gesetzliche Anpassung der Gehälter, Löhne, Lohnnebenkosten und sozialen Aufwendungen erfordern eine Haushalterhöhung um 53 TDM. Dem stehen trotz steigender Arztlizenzen - bei Zunahme der arbeitslosen Ärzte - geringere Einnahmen infolge beschlossener Beitragssenkung und gewährter Beitragsminderungen beziehungsweise -erlasse in besonderen Fällen entgegen. Allein daraus ergibt sich ein Einnahmen-Minus von 1,4 Mio. DM! Nicht zuletzt erfordern Beitragssäumige und leider auch zunehmende berufsrechtliche Auseinandersetzungen ansteigende Kosten. Trotzdem ist der **Entwurf des Haushaltsplanes 2000 summarisch sehr „ausgeglichen“**, das heißt er wurde insgesamt knapper kalkuliert als in den Vorjahren. Mit den vorhandenen Mitteln können keinerlei neue Stellen finanziert und neue berufspolitische Aufgaben zukünftig nur dann übernommen werden, wenn die Kostensteigerungen zum Beispiel auch für dazu benötigtes neues Personal auf die Beiträge umgelegt werden. Deshalb auch an dieser Stelle die Mahnung des Präsidenten: „Es ist ständig kritisch zu hinterfragen, was wir uns leisten können.“ Weil es immer mal wieder diesbezügliche kritische Äußerungen gibt, nochmals ein Wort zur Finanzierung des Kammergebäudes: Mittel- und langfristige ist ein eigenes Haus mit Sicherheit kostengünstiger, als jahrzehntelange Mietzahlungen für entsprechende Büroräume.

Nach intensiver Problemdiskussion wird der Haushaltentwurf für das Jahr 2000 von Finanzkommission und Vorstand einstimmig bestätigt und nunmehr der nächsten Kammerversammlung zur endgültigen Beschlußfassung vorgelegt.

Zur aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Lage standen die Gesundheitsstrukturreform beziehungsweise das **Bündnis Gesundheit 2000** zur Information und Diskussion auf der Tagesordnung. Nach anfänglicher Verweigerungshaltung der Bundesregierung scheint diese jetzt offensichtlich überwunden, aber die Gesprächsverläufe seien weiterhin abwechselnd frustrierend / erfolgversprechend. Der Widerstand gegen die Reform wächst von vielen Seiten, auch der Datenschutz will die Unverhältnismäßigkeit der Erfassung von Patientendaten erklärt haben. Der „Gläserne Patient“ / „Gläserne Arzt“ werden abgelehnt. **Die öffentliche Diskussion der Gesundheitsstrukturreform** wird von Politikern als „Verteilungskampf der Ärzte“ und als Konflikt zwischen Ärzten und Patienten verbreitet und die allgemeine Meinung zementiert, wir Ärzte würden uns nur verweigern. Das stimmt aber nicht!

Auch die Patienten fühlen sich zunehmend betroffen und sprechen gesundheitspolitische Probleme immer häufiger auch in der Sprechstunde an. Das Bündnis Gesundheit 2000 der Sächsischen Landesärztekammer beraumte themenbezogen für den 7. September 1999 ein informelles Gespräch mit SPD-Vertretern und für den 15. September 1999 eine Pressekonferenz im Kammergebäude an, um dabei seinen Standpunkt zur aktuellen Gesundheitspolitik zu vertreten.

Im weiteren Verlauf der Vorstandssitzung wurden unter anderem folgende **Beschlußvorlagen** beraten:

- Aktualisierung der internen Kammeranweisung zum Zahlungsverkehr.
- Gewährung von Unterstützung aus dem Fonds „Sächsische Ärztehilfe“.
- Neubesetzung der Berufsgerichte mit ehrenamtlichen Berufsrichtern. Es liegen Erklärungen zahlreicher Kollegen vor, dieses Ehrenamt auszuüben. Die Berufung soll auf der nächsten Kammerversammlung erfolgen.
- Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zur Rechtsverordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zum Transplantationsgesetz – Errichtung einer Kommission für die gutachterlichen Stellungnahmen im Zusammenhang mit Organtransplantationen (§ 8, Abs. 3 TPG).
- Neubesetzung der Prüfungs- und Widerspruchskommissionen.
- Vorbereitung der 13. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern, der 21. Kammerversammlung und einer gemeinsamen Vorstandssitzung auf Einladung der Kammer Baden-Württemberg nach Stuttgart.

Leider mußten wieder **Verstöße gegen die Berufsordnung** behandelt werden, weil Kollegen Briefbögen mit unzulässigen Berufsbezeichnungen und Informationen über Praxisleistungen auch für den Briefwechsel mit Patienten verwenden.

Der Präsident informierte über seine Antrittsbesuche bei Minister Dr. Geisler und bei dem Rektor der Technischen Universität Dresden, Prof. Dr. Mehlhorn, die in achtungsvoller Atmosphäre verliefen.

Als erfreulich beschreibt er die **aktuellen Kontakte mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**. Dieser Meinung schließt sich auch der Vizepräsident, Herr Dr. Bartsch, an, der über eine zunehmend gute Zusammenarbeit auf Regierungsbezirksebene in Chemnitz berichtet.

Herr Prof. Dr. Bach erwägt die Organisation einer Fortbildungsveranstaltung über die Anwendung des ICD 10, der ab 1. 1. 2000 verbindlich anzuwenden ist.

Herr Dr. Kirsch informiert über eine Veranstaltung in Bonn zum Thema „AEP / Fehlbelegungsüberprüfungen“ und gab zu beachten, daß Krankenhaus - Prüfungen zukünftig auch ohne akuten Anlaß stichprobenartig möglich sein werden.

Der Präsident bedankt sich abschließend für die intensive Diskussion insbesondere zum Thema Haushaltplan 2000.

Dr. med. Lutz Liebscher
Vorstandsmitglied

Bericht über die 13. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 18. September 1999 in Dresden

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete 9.00 Uhr die erste in der Legislaturperiode 1999/2003 turnusmäßig einberufene Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen im Max-Bürger-Saal des Kammergebäudes. Er begrüßte sehr herzlich die Standsvertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und die bei schönem spätsommerlichen Wetter angereisten 24 Vorsitzenden der Kreisärztekammern. Am Präsidiumstisch hatten Platz genommen Herr Prof. Dr. Jan Schulze; Herr Dr. Hans-Jürgen Hommel, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen; Herr Dr. Günter Bartsch, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer; Frau Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Bezirksstellenvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Chemnitz; Herr Dr. Johannes Baumann, Bezirksstellenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dresden; die Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Otto Bach und Herr Dr. Rudolf Marx sowie Herr Prof. Dr. Leonhardt, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Aktuelle Probleme und Schwerpunkte der gesundheits-, sozial und berufspolitischen Lage, insbesondere der Gesetzgebungsvorhaben der neuen Bundesregierung

Statement: Herr Prof. Dr. Jan Schulze

Es ist nicht nur zum jetzigen aktuellen Zeitpunkt der Reaktion der Ärzteschaft auf das überstürzte Gesetzesvorhaben der Bundesregierung zur Gesundheitsreform 2000 erforderlich, daß die ärztlichen Körperschaften in Sachsen - die Kollegenschaft - miteinander im Gespräch ist und miteinander Standpunkte und Positionen gegenüber Politik, gegenüber der Kassen anmahnt und kraftvoll einfordert.

Es geht bei der Gesundheitsreform 2000 nicht allein nur um die Angelegenheiten der Ärzteschaft. Wir Ärzte sind Anwälte und Vertreter für unsere Patienten. Das muß in der Öffentlichkeitsarbeit immer wieder deutlich gemacht werden. Das „Reformvorhaben“ des Bundesministeriums für Gesundheit in der jetzigen Form würde tiefe Einschnitte für alle Versicherten, Arbeitnehmer und für alle Leistungserbringer nach sich ziehen.

Dem am 14. Juli 1999 in Dresden gegründeten Sächsischen „Bündnis Gesundheit 2000“ gehören nunmehr 29 Körperschaften, Berufsgruppen und Verbände ärztlicher und nichtärztlicher Medizinberufe an. Leider sind bisher im Aktionsbündnis die Selbsthilfegruppen und andere Patientenverbände nicht vertreten.

Der Präsident der Landesärztekammer Sachsen betonte nochmals, daß an dem handwerklich schlechten Schnellschußgesetz der Rot-Grünen-Regierung umfangreiche inhaltliche Veränderungen vorgenommen werden müssen. Das

Sächsische „Bündnis Gesundheit 2000“ lehnt das „sogenannte Reformpaket der Bundesregierung“ in der vorliegenden Form ab. Das Ziel und die Strategie der gesamtdeutschen Ärzteschaft ist, durch „Handeln und Verhandeln“ in Gesprächsrunden, in Pressekonferenzen, in Demonstrationen die Schieflage zu geißeln, die mit dem Gesetzesvorhaben „Gesundheitsreform 2000“ eng verknüpft sind. Die Ablehnungsgründe des Sächsischen „Bündnisses Gesundheit 2000“ der Gesetzesvorlage sind eindeutig formuliert:

- **Steuerung eines Globalbudgets durch Krankenkassen führt zu Leistungsabbau, Zuteilung und Mehr-Klassen-Medizin.**

- **Machtfülle der Krankenkassen bedroht ärztliche Selbstverwaltung und soll mit überzogenen Qualitätskontrollen den gläsernen Arzt/Patienten ermöglichen.**

- **Die geplante monistische Krankenhausesfinanzierung (Kassenmonopol!) führt zu Betten- und Personalabbau, obwohl das Morbiditätsrisiko, das Fortschrittsrisiko und das Haftungsrisiko schwerer wiegen und somit zu Lasten der Leistungserbringer gehen.**

- **Dubios und abzulehnen ist auch die Strategie von Kassen und Politik, vorzutauschen, daß nach wie vor eine unbegrenzte Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt möglich und finanzierbar sei.**

- **Aus ostdeutscher Sicht besteht darüber hinaus dringender „Nachbesserungsbedarf“, um keine Zementierung des unterschiedlichen Versorgungsniveaus zwischen Ost und West zuzulassen.**

Die Datenschützer haben am 25. August 1999 in Schwerin eine umfassende und sehr ernstzunehmende Kritik an der „Gesundheitsreform 2000“ geübt und eine Entschließung verfaßt, ohne daß man den Datenschützern unterstellen kann, sie seien zum Beispiel wie die Ärzte unmittelbar betroffen. Nachdenkswerte Ansätze nach Auswertung der „Gesundheitsreform 2000“ finden sich, nicht nur nach Meinung der sächsischen



Die Spitzengremien beider Körperschaften: Dr. Günter Bartsch, Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Hans-Jürgen Hommel, Frau Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke und Dr. Johannes Baumann (v. l.)

Ärzte, in den vorliegenden Gesetzesvorhaben in folgenden Punkten:

- **Der Förderung der Prävention/Habilitatation.**
- **Der Stärkung der Hausarztfunktion.**
- **Der Verzahnung von mehreren Versorgungsebenen.**
- **Der Diskussion von Leitlinien und gegebenenfalls Positivlisten.**

Die Standpunkte der Bundesärztekammer zur weiteren Diskussion mit dem Bundeskanzler über die Gesetzesvorlage werden auch von Ärzten Sachsens getragen und unterstützt:

- **Stärkere Berücksichtigung des medizinischen Versorgungsbedarfes bei der Handhabung von Global- und Sektorbudget.**
- **Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Integrationsversorgung.**
- **Wahrung des bisherigen Versorgungsauftrages der Krankenhäuser im Rahmen einer Vertragspartnerschaft mit den Krankenkassen.**
- **Abbau der Regelungsbürokratie in der Qualitätssicherung und Begrenzung des Datenflusses auf das notwendige Maß.**
- **Aufhebung der getrennten Versorgungsgebiete Ost/West unter Einbeziehung der Krankenkassen (Ost) in einem bundesweiten Risikostrukturausgleich.**
- **Auswirkungen einer Bedarfszulassung auf die Berufsaussichten des ärztlichen Nachwuchses/Neuordnung der ärztlichen Approbationsordnung.**

Statement: Herr Dr. Hommel

Nach Darstellung von Herrn Dr. Hommel bleiben trotz inhaltlichen Korrekturen der systemverändernden Strukturreform 2000 wesentliche Kritikpunkte erhalten. Insbesondere das untaugliche Mittel eines Globalbudgets, ein unverhältnismäßiger „Machtzuwachs“ für die Krankenkassen, die geplante Möglichkeit des Abschlusses von Versorgungsverträgen an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei und völlig ungenügende Berücksichtigung der prekären

Situation der ambulanten Medizin in den neuen Bundesländern. Herr Dr. Hommel ist ebenfalls der Meinung, „das Gesundheitsstrukturgesetz in der jetzigen inhaltlichen Fassung muß weg“. Unsere beiden Körperschaften müssen zusammenarbeiten, zusammenhalten und es muß ein gemeinsamer Nenner mit allen Ärzten gefunden werden. **Ein getrenntes Marschieren der Ärzteschaft führt uns nicht weiter.**

Schwerpunkte der sachlichen und sehr lebhaften **Diskussionen** waren:

- *In dieser Zeit ist ein Bündnis der Berufe im Gesundheitswesen entscheidend.*
- *Gebot der Stunde: Ablehnung des Gesundheitsstrukturgesetzes.*
- *Es muß mit der Regierungskoalition verhandelt werden.*
- *Es wird ein Gesundheitsreformgesetz so oder so kommen. Die Ärzteschaften müssen mit guten alternativen Vorschlägen gesprächsbereit sein.*
- *Die Spitzengremien der Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Ärzte dürfen nicht auseinander divergieren.*
- *Die Aktionen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Medizinberufe müssen konzentriert und konzertiert erfolgen.*
- *Kampf um den Erhalt des deutschen Gesundheitswesens.*
- *Auch von den niedergelassenen Vertragsärzten wird das Globalbudget abgelehnt.*
- *Das mittlere medizinische Personal muß über die Folgen der angekündigten Strukturreform 2000 eingehend aufgeklärt werden.*
- *Der Vorschlag zur Gründung einer Ärztlichen Berufspartei (Dr. Petters) wurde nicht von allen Ärzten getragen. Die Befürworter einer Partei der Ärzte vertreten die Ansicht, daß die verfügbaren Anwartschaften aufgefordert werden könnten, in einer eigenen Partei mitzuarbeiten.*

Patientenrechte, Patientenschutz und Patienteninformation

Statement: Herr Dr. Rudolf Marx
Dieser Komplex hat zunehmende Be-

deutung in der täglichen Arbeit mit unseren Patienten und muß von der kompetenten Ärzteschaft auch in der Öffentlichkeitsarbeit behandelt werden. Wenn wir Ärzte diese umfassende Thematik nicht mit Leben und ärztlicher Kompetenz in unsere tägliche Arbeit integrieren, dann tun das „Drittanbieter“, die für gutes Geld bestimmte Informationen an unsere Patienten bringen und dieses sicher nicht in medizinisch untersetzbar geeigneter Form.

Herr Dr. Marx informierte und kommentierte den Entwurf einer Charta der Patientenrechte gemäß Beschluß der 70. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister vom 20./21. November 1997 in Saarbrücken.

Das Ziel einer Patientencharta soll die Stärkung der Patientenrechte in der Bundesrepublik Deutschland sein. Die Charta will sich auf die Darstellung der geltenden Rechtslage begrenzen. Sie muß über die wichtigen Rechte der Patienten und Versicherten informieren, Information und Beratung durch Krankenkassen und andere öffentliche Stellen sowie wichtige Pflichten der Patienten und Versicherten beschreiben.

Rechte auf gute und sichere Behandlung; Wahlrechte des Patienten; Recht auf gute Pflege und Versorgung; Mitwirkung des Patienten an der Behandlung; Dokumentation der Behandlung; Recht auf Einsicht in seine Dokumentation (der objektiven Befunde); Vertraulichkeit der Patientendaten; Tragen der Krankenbehandlungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung; Patientenrecht auf gute Information und Beratung; Einwilligungserklärung; Umfang, Zeitpunkt und Dokumentation der Information; Einsichtsrecht in die Dokumentation der Aufklärung; Information über Heilversuche und klinische Prüfungen; Patientenrecht auf angemessene Beteiligung an Entscheidungen des Versorgungssystems; Recht auf Hilfe im Sterben; Rechtsbehelfe im Schadensfall.

Kommentare und Stellungnahmen der Sächsischen Landesärztekammer und Bundesärztekammer zum Entwurf der

Charta der Patientenrechte können über die Geschäftsleitung beider Körperschaften angefordert werden.

Der derzeitige Entwurf der Charta der Patientenrechte findet nicht die Zustimmung der Sächsischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer. Im Frühjahr 2000 beabsichtigt die Bundesärztekammer einen eigenen Entwurf der öffentlichen Diskussion zuzuführen.

Herr Dr. Marx kam nach eingehender Analyse des Entwurfes der Charta der Patientenrechte zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die Patientenrechte sind in Deutschland bereits sehr stark ausgeprägt.
2. Die aktuelle Diskussion über Patientenrechte ist eine rein politische Hürde.
3. Patientenrechte müssen sich auch auf den Leistungsanspruch beziehen und damit gegen Rationierung wirksam werden können.

Über die Thematik „Patientencharta“ sind folgende weitere Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit geplant:

Oktober 1999 Pressehintergrundgespräch zur Thematik durch die Bundesärztekammer

9. November 1999 Aktionsforum zur Entwicklung von Strukturen und Grundlagen für ein qualitätsgesichertes, dezentral organisiertes Gesundheitssystem auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung Bundesministerium für Gesundheit

17. bis 19. November 1999 Koblenzer Patienten-Kongreß: Rechte, Schutz, Vertretung von Patienten

Frühjahr 2000 Entwurf einer Charta, erarbeitet von der Bundesärztekammer, soll der öffentlichen Diskussion zugeführt werden.

Statement: Herr Dr. Johannes Baumann
Herr Dr. Baumann stellte explizit die rechtliche Regelung der Patientenrechte dar. Patientenrechte finden in der Bundesrepublik auf den Gebieten des Verfassungsrechts, Zivilrechts, Strafrechts, Sozialversicherungsrechts sowie des ärztlichen Berufsrechts und in der Rechtsprechung ihren Niederschlag. Zentrale Bezugspunkte für Patientenrechte sind das in der Verfassung ge-

währleistete **Recht auf Selbstbestimmung** sowie das geschützte **Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit**.

Dieses beinhaltet das Recht des Patienten, über seine Krankheit sowie Chancen und Risiken der Behandlung aufgeklärt zu werden (Recht auf Aufklärung). Wegen der Wichtigkeit dieses Themenkomplexes wird Herr Dr. Baumann einen Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ publizieren.

Öffentlichkeitswirksamkeit und Zusammenarbeit ärztlicher Körperschaften

Statement: Herr Dr. Günter Bartsch
Von sich heraus hat ärztliches Handeln Öffentlichkeitswirksamkeit. In ärztlichen Körperschaften wird Handeln und dessen Wirkung auf die Öffentlichkeit gebündelt. Ärztliche Körperschaften haben demzufolge gerade hier eine große gemeinsame Verantwortung. Öffentlichkeitsarbeit richtet sich nach außen (die Öffentlichkeit) und nach innen (die Ärzte, Angehörigen der medizinischen Berufe). Elektronische Medien werden zukünftig in der Informationsbeschaffung eine ganz erhebliche Rolle spielen. Bei multimedialen Angeboten ergeben sich große Möglichkeiten der Zusammenarbeit ärztlicher Vereinigungen. Synergieeffekte können genutzt und die Kosten begrenzt werden. Hier steht unser Angebot an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen weiterhin, unsere Internetseiten mit zu nutzen und durch Zusammenarbeit mit zu gestalten.

Statement:

Frau Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke
Die Bundesgesundheitsministerin hat mit ihren harten Linie erreicht, daß im ganzen Land der Widerstand gegen die geplanten Reformvorhaben stetig zunahm und weiter wächst. Bündnisse und Runde Tische für Gesundheit haben sich in vielen Bundesländern konstituiert. Derzeit ist es aus der Sicht des Bezirksstellenvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Chemnitz, - wichtiger denn je - unsere Proteste in öffentlich breiter Front zu machen. Dabei kommt den ärztlichen Körper-

schaften eine besonders wichtige Rolle zu. Sie sind die Interessenvertretungen der Ärzte, sei es nun für den niedergelassenen oder stationären Sektor. Im „Bündnis Gesundheit 2000“ sind Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen maßgeblich eingebunden. Gemeinsam aufzutreten und sich nicht davor zu scheuen, einer breiten Öffentlichkeit auch schwierige Sachverhalte zu vermitteln, sind besonders notwendig. Bei Maßnahmen unter Federführung ärztlicher Körperschaften müssen sich die Ärzte auf die gemeinsame Berufspolitik konzentrieren. Dies haben leider nicht alle Kollegen und Berufsverbände erfaßt. Man macht sich an der Basis keinerlei Gedanken, warum und wogegen man „meutert“, weil man die Gesetzeslage nur unvollkommen kennt und sich zersplittert. Alle Berufsgruppierungen, gleichgültig ob Körperschaften oder Verbände, müssen an einem Strang ziehen. Gesprächsrunden und Diskussionen jeder nur möglichen Ebene sind erforderlich. Auch Frau Dr. Schwäblein-Sprafke sieht in dem Sächsischen „Bündnis für Gesundheit 2000“ eine schlagkräftige berufspolitische Legion, die hoffentlich auch dann Bestand hat, wenn uns das neue Gesetzgebungsverfahren Blessuren beigebracht hat.

Gesamteinschätzung der 13. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

- *Wille zur konstruktiven Zusammenarbeit beider Körperschaften*
- *Rege, aktive Teilnahme der anwesenden Ärzte beider Körperschaften*
- *Kollegiale Atmosphäre unter den niedergelassenen und angestellten Ärzten*
- *Harmonie zwischen den Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer und der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen*
- *Handeln und verhandeln nicht nur im Sächsischen Aktionsbündnis*
- *Geschlossene Ablehnung des überstürzten Gesetzesvorhaben der Bundesregierung zur Gesundheitsreform 2000 durch die beiden ärztlichen Körperschaften*

21. Kammerversammlung

13. November 1999

Tagesordnung

Tagungsort: Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal
Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen
mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

21. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 13. November 1999, Beginn 9.00 Uhr

1. Eröffnung der 21. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlußfähigkeit
Präsident Prof. Dr. Jan Schulze
2. Die Gesundheitsreform 2000 und ihre Auswirkungen für die sächsischen Ärzte/Ziele und Aufgaben für die berufspolitische Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 1999/2003
Bericht: Präsident Prof. Dr. Jan Schulze
3. Bildung von Ausschüssen und Wahl der Ausschußmitglieder gemäß § 12 Hauptsatzung
 - Ambulante Versorgung
 - Ambulante Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter
 - Arbeitsmedizin
 - Ärzte im öffentlichen Dienst
 - Ärztliche Ausbildung
 - Gesundheit und Umwelt
 - Krankenhaus
 - Notfall- und Katastrophenmedizin
 - Prävention und Rehabilitation
 - Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie
 - Sächsische Ärztehilfe
 - Junge Ärzte
 - Ärztinnen
 - Senioren
4. Wahl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag für 4 Jahre gemäß § 6 Abs. 2 Hauptsatzung
5. Vorschläge für die Bestellung der Berufsgerichte gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 6 SächsHKaG
6. Standpunkte und Erwartungen der Bundesärztekammer an eine Gesundheitsstrukturreform
Vortrag: Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
7. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
- Einführung der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“
Bericht: Prof. Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
8. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Saueremann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen
9. Finanzen
- Haushaltsplan für das Jahr 2000
Bericht: Dr. Helmut Schmidt, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
10. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Dr. Helmut Schmidt, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
11. Bekanntgabe des Termins für den 10. Sächsischen Ärztetag (22. Kammerversammlung), 23. Kammerversammlung
12. Verschiedenes

Die Kammerversammlung kann gemäß § 8 Abs. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes - SächsHKaG vom 24. Mai 1994 zur Vorbereitung ihrer Sitzungen und zur Beratung des Vorstandes Ausschüsse bilden.

Die Tagesordnung für die 21. Kammerversammlung am 13. 11. 1999 wird die Wahl von folgenden Ausschüssen vorsehen:

Ambulante Versorgung

Ambulante Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter

Arbeitsmedizin

Ärzte im öffentlichen Dienst

Ärztliche Ausbildung

Gesundheit und Umwelt

Krankenhaus

Notfall- und Katastrophenmedizin

Prävention und Rehabilitation

Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

Sächsische Ärztehilfe

Junge Ärzte

Ärztinnen

Senioren

Es wird hiermit aufgerufen, **Vorschläge und Bewerbungen für eine Kandidatur** in diese Ausschüsse **bis spätestens 30. Oktober 1999 schriftlich** bei der Hauptgeschäftsstelle **einzureichen**. Die Kammerversammlung kann weitere Kandidaten bis zum Schluß der Kandidatenliste vorschlagen.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin

In welchem Umfang darf der Arzt Patienten an Dritte verweisen? Darf der Arzt in seiner Praxis Produkte oder Dienstleistungen verkaufen?

In Beschwerden oder Beratungen von Ärzten taucht immer wieder die Frage auf, ob und unter welchen Voraussetzungen der Arzt Patienten an Dritte verweisen darf und ob er selbst Produkte oder Dienstleistungen in seiner Praxis verkaufen darf. Die Verweisung kann sich auf Ärzte, bestimmte Apotheken, Geschäfte, z. B. Anbieter von medizinischen Hilfsmitteln, Dienstleistungen wie z. B. ambulante Pflegedienste, beziehen.

I. Verweisung an ärztliche Kollegen

Die Berufsordnung enthält keine ausdrückliche Regelung, daß es dem Arzt verboten sei, bei Überweisungen von Patienten an andere Fachrichtungen ärztliche Kollegen namentlich zu benennen. Jedoch hat der Arzt bei solchen Anfragen des Patienten das Recht des Patienten auf freie Arztwahl (§ 7 Abs. 2 der Berufsordnung) zu beachten. In der Regel bestehen wohl keine berufsrechtlichen Bedenken, wenn der Arzt auf Anfrage des Patienten, wer die auf der Überweisung stehende ärztliche Leistung erbringen kann, mehrere ärztliche Kollegen benennt.

Aus dem Vertragsarztrecht läßt sich entnehmen, z. B. aus § 24 Abs. 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (Primärkassen), daß zur Gewährleistung der freien Arztwahl bei Überweisungen diese nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden sollen. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

II. Verweisung an Nichtärzte

Die Berufsordnung regelt demgegenüber eindeutig, daß es dem Arzt nicht gestattet ist, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen (§ 34 Abs. 5 der Berufsordnung).

Der Patient hat auch die Wahl, welche Apotheke, welches Geschäft oder welchen Dienstleistungsbetrieb er aufsuchen will, um sich die vom Arzt verordneten Medikamente, Dienstleistungen oder andere Heil- und Hilfsmittel zu beschaffen. Diese Wahlfreiheit des Patienten, die der Arzt für sich in Anspruch nimmt, würde durch Abreden zwischen Ärzten und Apothekern oder sonstigen Anbietern für den Patienten entfallen. Aus diesem Grunde sind derartige Abreden untersagt. Gibt es im Einzelfall einen vernünftigen Grund, eine bestimmte Apotheke zu benennen, weil sie vielleicht Rezepturen eines Arztes ausführt oder vorrätig hält, so ist eine Empfehlung im Einzelfall zulässig. Dies muß jedoch eine Ausnahme bleiben. Gleiches gilt für die Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus ist es den Apothekern auch berufsrechtlich nicht gestattet, eine solche Zusammenarbeit mit dem Arzt durchzuführen.

Die Frage der Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern war auch Gegenstand von einigen Rechtsstreitigkeiten. Das Landgericht Osnabrück hat in seinem rechtskräftigen Urteil vom 20. 3. 1998 einen Fall, in dem ein Versandhändler von Diabetikerbedarf Ärzte aufforderte, telefonische Bestellungen aufzugeben und einmal wöchentlich die gesammelten Rezepte an den Versandhändler zu schicken, als wettbewerbswidrig angesehen. Der Verstoß gegen die guten Sitten des Versandhändlers ergibt sich daraus, daß Ärzte gegen die ebenfalls in Niedersachsen geltende Vorschrift des § 34 Abs. 5 der Berufsordnung verstoßen würde. Zur Begründung heißt es ferner, daß nämlich durch dieses Verfahren dem Arzt angesonnen wird, die vertragliche Abschlußfreiheit des Patienten auszuschließen und einen bestimmten Anbieter ohne Prüfung eventuell besserer Konkurrenzangebote von vornherein den Vorzug zu geben.

Im Ergebnis ist also festzuhalten, daß Ärzte Patienten grundsätzlich nicht an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder

Anbieter von gesundheitlichen Leistungen verweisen dürfen.

III. Verkauf von Produkten oder Dienstleistungen in der Arztpraxis

Aus der Tatsache, daß der Arzt an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von Gesundheitsleistungen nicht verweisen darf, könnte die Anregung entstehen, daß der Arzt selbst Produkte oder Dienstleistungen in seiner Arztpraxis abgibt (z. B. Verkauf von Blutzuckerstreifen). Aus der Vorschrift des § 3 Abs. 2 der Berufsordnung ergibt sich, daß es dem Arzt untersagt ist, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren oder andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

Soweit Ärzte am allgemeinen Wirtschaftsverkehr teilnehmen wollen, mögen sie sich in diesem Zusammenhang an Frau Rätz, Sachbearbeiterin Berufsrechtliche Angelegenheiten, Telefon: (0351) 8267 424, oder an Frau Glowik, Juristische Geschäftsführerin, Telefon: (0351) 8267 421, wenden.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des Ausschusses
Berufsrecht

Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Patientenverfügung

Bei der Sächsischen Landesärztekammer häufen sich die Anfragen von Ärzten aber auch von Patienten, mit der Bitte um Vorlage von Mustern für Patientenverfügungen (auch „Patiententestamente“ genannt). Immer wieder weisen auch öffentliche Medien darauf, daß ohne dies abzusprechen, bei der Sächsischen Landesärztekammer Muster für Patiententestamente zu erhalten seien.

Hintergrund dieser Anfragen sind offensichtlich Wünsche von Patienten, welche Maßnahmen in dem Fall eines Krankheitsbildes zu treffen sind, in dem eine sonst angemessene Diagnostik und Therapie nicht mehr indiziert ist, sondern eine Begrenzung der Behandlung dem Arzt mitzuteilen, geboten ist. Hier tritt die palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Für den Arzt, dessen Aufgabe es ist, das Leben des Patienten zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen, ist es in der konkreten Situation schwierig, unter Beach-

tung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, den Willen des Patienten zu ermitteln.

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (abgedruckt im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 39 vom 25. September 1998, Seite 2366 ff.), ergibt sich, daß Patientenverfügungen, die auch „**Patiententestamente**“ genannt werden, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes sein können. Diese Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Der Arzt muß stets überprüfen, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen läßt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Dabei ist daran zu denken, daß solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfaßt wurden und daß die Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst.

Mit freundlicher Genehmigung der Ärztekammer Berlin hat uns diese Muster einer Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht sowie eine tabellarische Übersicht zur Verfügung gestellt. Diese können bei der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Bärwald, Sekretärin der juristischen Geschäftsführerin, Tel. 03 51/8 26 74 21, und Frau Hennig, Sachbearbeiterin Berufsrechtliche Angelegenheiten, Tel.-Nr. 03 51/8 26 74 23, telefonisch bestellt werden. Patienten können diese Formulare gegen Zusendung eines mit 3,- DM frankierten DIN A5 (C 5) Briefumschlages (230 x 60 mm), mit ihrer Adresse versehen, bei der Sächsischen Landesärztekammer anfordern.

Im Internet stehen die Muster unter der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer zum down load („herunterladen“) zur Verfügung (<http://www.slaek.de>).

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Übergangsregelung für niedergelassene Praktische Ärzte

Der Weiterbildungsausschuß möchte darauf hinweisen, daß die Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer § 23 Abs. 11 zum 31.12.1999 auslaufen.

Nach dieser Regelung können alle Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (einschließlich Praktische Ärzte), die bei Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung zum

01.01.1994 in eigener Praxis tätig waren, noch bis zum 31.12.1999 den Antrag auf Zulassung zur Facharztprüfung für die Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin stellen, wenn sie während der letzten acht Jahre vor der Antragstellung mindestens 6 Jahre allgemeinmedizinisch tätig waren.

Nach Ablauf dieser in der Weiterbil-

dungsordnung festgelegten Frist ist für Praktische Ärzte eine Beantragung auf Zulassung zur Facharztprüfung für das Gebiet Allgemeinmedizin nach diesen Übergangsregelungen (das heißt ohne Weiterbildung) nicht mehr möglich.

Prof. Dr. med. habil. Gruber
Vorsitzender Ausschuß Weiterbildung

Information für Senioren: Rentenrecht

Das Bundesverfassungsgericht hat am 28. April 1999 mehrere Urteile zur Regelung der „Rentenüberleitung“, das heißt, der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondersorgungssystemen der DDR verkündet. Um es vorweg zu nehmen: Nur ein sehr kleiner Teil von DDR - Rentnern mit Sonderrentenanspruch (ca. 330.000 Bürger) kann mit höheren Renten in der Zukunft rechnen. In Kürze zusammengefaßt, enthalten die umfangreichen Urteile folgendes:

1. Leiturteil: Die in der DDR erworbenen Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondersorgungssystemen genießen den Schutz des Art. 14 Grundgesetz (Eigentumsgarantie).

Daß die in der DDR bestehenden Zusatz- und Sondersorgungssysteme geschlossen und die darin erworbenen Ansprüche und Anwartschaften ausschließlich in die gesetzliche Rentenversicherung der Bundesrepublik überführt wurden, ist verfassungsmäßig nicht zu beanstanden (sog. Systementscheidung).

Dies wirkt sich aber insofern nachteilig aus, als die Anwendung der Beitragsbemessungsgrenze höhere Arbeitsverdienste kappt und das Sicherungsniveau in der gesetzlichen Rentenversicherung von ca. 90 auf ca. 70 % des im Lebensdurchschnitt erreichten Verdienstes abgesenkt wird. Als Begründung wird dazu angeführt, daß dieses Vorgehen einem wichtigen Gemeinwohlbelang dient, indem die Finanzierbarkeit der Sozialversicherung insgesamt erhalten bleibt. Mit dieser Entscheidung sind nunmehr alle Bemühungen und Hoffnungen endgültig hinfällig, daß die sogenannte „Intelligenzrente“ (Altersversorgung der Intelligenz - AVI) als **Zusatzversorgung anerkannt** und außerhalb des Rentenbezuges durch die BfA aus anderer Quelle - ähnlich dem Versorgungsanspruch an die VBL (Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) - gezahlt werden könnte.

Eine positive Veränderung ergibt sich hingegen für „Bestandsrentner“, das sind diejenigen, die bereits vor dem 3. Oktober 1990 Rentner waren. Deren Zahlbetragsgarantie (Weiterzahlung des Betrages, der im Juni 1990 gezahlt wurde) wird dahingehend verfassungskonform ausgelegt, daß der garantierte Zahlbetrag ab 1. Januar 1992 an die Lohn- und Einkommensentwicklung anzupassen ist, das bedeutet eine Teilhabe an der jährlichen Rentenerhöhung und kein sogenanntes „Abschmelzen“.

Die im AAÜG vom Juni 1993 rückwirkend verfügte Zahlbetragsbegrenzung auf maximal 2.700,- DM wird für nichtig erklärt. Dies dürfte für ca. 1.000 Professoren der ehemaligen DDR zutreffen und zu einer Nachzahlung führen.

Bereits bestandskräftige Rentenbescheide werden durch dieses Urteil nicht geändert. Eine Änderung wäre nur möglich, wenn der Gesetzgeber auch für diese bestandskräftigen Rentenbescheide eine gesetzliche Regelung erläßt. Von verfassungswegen verpflichtet ist er hierzu nicht.

2. Neuberechnung von Bestandsrenten: Für die Neuberechnung von Bestandsrenten der DDR mit Sondersorgungsanspruch soll nicht mehr wie bisher das Arbeitseinkommen während der **gesamten** Versicherungszeit für die Ermittlung der Entgeltpunkte (Ost) zugrundegelegt werden, sondern der - für die Versicherten in der Regel günstigere - letzte **20-Jahres-Zeitraum**, wie es auch bei den übrigen Rentnern (aus SVK und FZR) geschieht. Dies dürfte für die Zukunft zu höheren Altersbezügen für die Betroffenen führen (siehe oben).

3. Staats- oder systemnahe Versorgungssysteme: Die Absenkung des rentenwirksamen Arbeitsentgelts bei hauptamtlichen Mitarbeitern des Staatsapparates oder der Deutschen Volkspolizei war vom 1. Juli 1993 bis zum 31. Dezember 1996 (danach trat eine neue

Regelung in Kraft) mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und der Eigentumsgarantie unvereinbar.

Für die Entscheidungen unter Pkt. 2 und 3 gilt, daß der Gesetzgeber verpflichtet wird, bis zum 30. Juni 2001 eine entsprechende Regelung zu treffen. Für bereits bestandskräftige Rentenbescheide gelten die neuen Regelungen erst ab der Bekanntgabe des Urteils des Bundesverfassungsgerichts.

4. Kürzung von Versorgungsleistungen für Angehörige des MfS/AfNS (Ministerium für Staatssicherheit/ Amt für Nationale Sicherheit): Die

Berechnung eines rentenwirksamen Verdienstes unterhalb des Durchschnittseinkommens der DDR wird für unzulässig („nichtig“) erklärt, ebenso die Begrenzung des im Einigungsvertrag garantierten Zahlbetrages von 990,- DM auf 802,- DM. Dagegen bleibt die vom Gesetzgeber der DDR vorgenommene und als Bundesrecht fortgeführte pauschale Kürzung von Versorgungsleistungen auf 990,- DM monatlich bestehen.

Angefügt sei noch ein älteres Urteil des Bundessozialgerichtes Kassel (Az: B4 RA 27/97 R v. 24.03.1998), das für ärztliche Rentenempfänger interessant sein könnte. Die sogenannte Intelligenzrente (AVI) wird von der Bundesanstalt für Angestellte - BfA - bisher nur ab Ausstellungsdatum der Urkunde anerkannt. Wer zu einer Berufsgruppe gehörte, der die ehemalige DDR eine AVI gewährte - und dazu zählten zum Beispiel Ärzte -, hat nach dem Kasseler Urteil Anspruch auf die Anerkennung der AVI vom Beginn seines Berufslebens an, auch wenn das Datum der Urkunde wesentlich später liegt. Beispiel: Ein Wissenschaftler hat seit 1960 in einem Forschungsinstitut gearbeitet, aber erst 1980 eine Versorgungszusage für AVI erhalten. Bisher wäre ihm erst ab 1980 diese Zusatzrente berechnet worden. Nach dem Urteil können nun auch die Jahre 1960 bis 1980 in die Rentenbe-

rechnung einfließen. Auch wenn **keine Urkunde vorliegt**, aber für den ausgeübten Beruf nachprüfbar die Statuten der Zusatzversorgungssysteme zutreffen, wie dies beim ärztlichen Beruf der Fall ist, wird der Anspruch jetzt anerkannt. Ob und inwieweit dies im Einzelfall tatsächlich zu einer Rentenerhöhung führt, hängt von den individuel-

len Gegebenheiten ab. In jedem Fall wird aber eine Überprüfung **nur auf Antrag zur Neuberechnung der Rente** erfolgen. Einem solchen Antrag sollte eine Beratung vorangehen, entweder bei der BfA oder einem unabhängigen privaten Rentenberater: BfA, Versorgungsträger für Zusatzversorgungssysteme, Hirschberger Str. 4, 10317 Berlin. Tel.

(0 30) 8 65 - 1, Fax: (0 30) 86 52 72 40. Bundesverband der Rentenberater e.V., Postfach 26 01 50, 50514 Köln, Telefon: (02 21) 2 40 66 42, Telefax: (02 21) 2 40 69 46. Entsprechende regionale Beratungsstellen sind dort zu erfragen.

Prof. Dr. Helga Schwenke
im Namen des
Landesausschusses „Senioren“

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Donnerstag, 21. Oktober 1999, 19.30 Uhr

Sonderkonzert

Brillante Klaviermusik von Frederic Chopin

Prof. Walter Reinhold, Hannover

Fantasie f-Moll Op. 49; 4 Scherzi op. 20, 31 89, 54, 24 Préludes op. 28

Sonntag, 7. November 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Hans Pfitzner (1869 - 1949) und Richard Strauss (1864 - 1949)

Ehrung zum 50. Todestag

Aus dem Programm:

R. Strauss, Zuneigung; Der Morgen; Aller Seelen; Ach weh mir unglücklichem Mann

H. Pfitzner: An den Mond (Goethe); Nachts, Im Herbst, In Danzig

Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und Freunden sehr herzlich eingeladen.

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte „Junge Matinee“ besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch.

Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. (03 51) 8 26 71 10, Frau Arnold, gern entgegengenommen.

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

Jochen Rohde - „Farben sind Taten des Lichtes“ (Aus Goethes Farbenlehre)

Spektralstudien

Vom 26. August 1999 bis 22. Oktober 1999

Gemeinsames Projekt des Neuen Sächsischen Kunstvereins und der Sächsischen Landesärztekammer

„Mit anderen Augen gesehen“ - Malerei und Objekte

Gemeinsames Projekt Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf und

St. Marien-Krankenhaus Dresden (Klotzsche)

vom 25. Oktober 1999 bis 11. Januar 2000

Vernissage am Dienstag, dem 26. Oktober 1999, 19.30 Uhr

Einführung: Chefarzt Herr Dr. med. Friedemann Ficker

Kunsttherapeutin Frau Stefanie Tappe

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Ausstellung des Malers Erich Fraaß (1893 bis 1974)

Vom 12. Juli 1999 bis 31. Oktober 1999



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
1 FA für Chirurgie
Anteil einer Gemeinschaftspraxis

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15. 11. 1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (0371) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
1 FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 10. 1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (0371) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
1 FA für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 10. 1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (0371) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich
Landkreis Löbau-Zittau
1 FA für Allgemeinmedizin

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30.

Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15. 11. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipziger Land
1 FA für Allgemeinmedizin

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 13. 11. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Döbeln
1 FA für Allgemeinmedizin

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 8. 11. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Radiologisches Bild- und Datennetz als Voraussetzung telemedizinischer Kommunikation - Projekt Diagnostische Radiologie der Universität Leipzig

Klinik und Poliklinik für
Diagnostische Radiologie der
Universität Leipzig
und Siemens Medizintechnik,
Leipzig

Zusammenfassung

EDV-Systeme sind schon heute aus den meisten medizinischen Einrichtungen nicht mehr wegzudenken. Ihre weitere Entwicklung ist absolut zukunftssträftig. Derzeit sind digitale Systeme innerhalb und zwischen medizinischen Einrichtungen unterschiedlich ausgebaut und dementsprechend (un-)wirksam. In der vorliegenden Arbeit wird die schrittweise Einführung der EDV in eine radiologisch-diagnostische, traditionell gewachsene Großeinrichtung in alter Bausubstanz beschrieben. Die vorteilhaften Auswirkungen auf medizinische Betreuung, Forschung und Lehre sowie die Routinearbeit mit dem System sind als Qualitätssprung zu bewerten. Die Probleme gerade eines Stufenkonzeptes werden kritisch diskutiert, zum Beispiel läßt sich der theoretisch quantifizierbare ökonomische Nutzen hierbei nur abschätzen.

Zur Systemeinführung ist folgende Reihenfolge an Maßnahmen empfehlenswert: Zuerst muß eine einrichtungsbezogenen aufgabenspezifische, die medizinischen, finanziellen und or-

ganisatorischen Aspekte berücksichtigende Gesamtkonzeption definiert werden. Dem folgt eine sorgfältige Analyse aller Funktionsabläufe unter medizinisch-praktischen Aspekten und deren inhaltliche Übertragung auf das EDV-System. Darauf basierend sollte das Radiologieinformationssystem mit zwei Teilaufgaben eingeführt werden - als separater und gleichermaßen integraler Bestandteil eines Krankenhausinformationssystems für administrative Daten und als „Ordnungssystem“ für digital gespeicherte Bilder. Das platzsparende zentrale digitale Bildarchiv kann nunmehr mit der Anzahl angeschlossener Bilderzeugungssysteme wachsen und das Filmarchiv schrittweise ersetzen. Aufgabenspezifisch sollte die Bildkommunikation zuerst mit abteilungs-, dann klinikinternen und später -externen Auswerte- und Demonstrationseinheiten entwickelt werden. Diese Ausbaustufe halten wir für eine unverzichtbare Voraussetzung, telemedizinisch nutzbringend zu kommunizieren.

Einleitung und Aufgabenstellung

In allen Bereichen der Medizin, ob in Krankenhaus oder Praxis, in Lehre und Forschung, bei Abrechnung, Arbeitskräfteplanung oder Materialwirtschaft, gewinnt die Digitalisierung aller Informationen zunehmend an Bedeutung. Neubauten medizinischer Einrichtungen werden heute von vornherein als vollständig digitalisiert geplant; aufbauend auf bereits vorhandenen Erfahrungen, zum Beispiel im Sozialmedizinischen Zentrum Ost in Wien (500 Betten) und in der Berufsgenossenschaftlichen Klinik Berlin Marzahn. Bereits bestehenden Einrichtungen verbleibt nur die Nachrüstung, die sich verständlicherweise nur in Einklang mit den nicht gerade geringen Investitionen vollziehen kann. Beispiele dafür sind unter anderem das Universitätsklinikum Freiburg/Br. und das Städtische Klinikum Krefeld.

Wegen der großen anfallenden Datenmengen, der hohen technischen Innovation und der interdisziplinären Stellung als dienstleistendes Fach kommt der diagnostischen Radiologie innerhalb moderner Datennetze eine besondere Beachtung zu.

Als Modell für eine schrittweise Über-

führung aller Arbeitsprozesse vom konventionellen „Handbetrieb“ einer diagnostisch-radiologischen Großeinrichtung in digitale Informationstechnologien innerhalb eines Krankenhaus-Gesamtkonzeptes wird berichtet. Die Telekommunikation zwischen entfernten gelegenen Einrichtungen, dafür gibt es bereits funktionstüchtige Modelle wie zum Beispiel den Telemedizinverbund Ostbayern, ist ein weiterer Schritt zur praktischen Nutzbarmachung digitaler Informationen. Zweckmäßige organisatorische Voraussetzung dafür, auch das soll die vorliegende Arbeit zeigen, ist ein funktionierendes klinik- bzw. klinikuminternes Bild- und Datenkommunikationsnetz. Übliche Abkürzungen sind **KIS (Krankenhausinformationssystem)** und **RIS (Radiologieinformationssystem)** für administrative (Text-)daten sowie **PACS (Picture archive communication system)** für das digitale Bildnetz einschließlich Bildspeicherung.

Material und Methoden

Der Aufbau des Datennetzes an der Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie des Universitätsklinikums Leipzig wird beschrieben, die Funktionsweise der vernetzten Modalitäten gete-

stet und über die Einsatzmöglichkeiten in einer Universitätsklinik, einschließlich der Vorteile und Probleme, wird aus ärztlicher Sicht berichtet.

Ergebnisse

Netzkomponenten

Derzeit sind folgende Modalitäten in das Datennetz Sienet (Fa. Siemens) integriert: das RIS Simedos (Fa. Siemens), an Bilderzeugungssystemen: 2 CT (Fa. Siemens), 2 MRT (Fa. Siemens und Fa. General Electric) und 1 digitale Lumineszenzradiographie (DLR) der Fa. Siemens, an Auswerteeinheiten 9 klinikinternen und 9 klinikexternen aber klinikuminternen sowie 6 Laserkameras, davon 5 der Fa. Kodak und 1 Trockenlaser der Fa. 3M.

Netzaufbau

Erster Schritt war die Installation des RIS. Nach organisierter Systemschulung eines systembetreuenden Arztes, zweier MTR und eines Informatikers durch die Herstellerfirma und sehr sorgfältiger Systemanpassung an die individuellen Bedürfnisse der installierenden Einrichtung, was drei Monate intensiver Tätigkeit der genannten Personen be-

¹Siemens Medizintechnik Leipzig

durfte, wurde das RIS am 1. 1. 1997 als ausschließliches Patientenverwaltungs- und Dokumentationssystem in Betrieb genommen. Startschwierigkeiten, die zu keiner Zeit die klinikinternen Untersuchungsabläufe bedrohten, galten nach 4 Wochen als überwunden. Lediglich für spezifische Dokumentationsfunktionen des angiographischen und interventionellen Arbeitsbereiches dauerte die Anpassung bis zur uneingeschränkten Nutzung fast ein Jahr länger.

Als Netzkomponenten waren zu dieser Zeit aber bereits fünf Auswerteeinheiten klinikintern (Demonstrationssaal mit Projektionsmöglichkeit, zwei CT, MRT und Oberarztzimmer) und ein klinikextern zur CT-gestützten Bestrahlungsplanung (etwa 500 Meter entfernt) eingebunden.

Nach Installation einer DLR, einem zentralen digitalen Archiv und dem Netzausbau erfolgte am 1. 4. 1998, also 15 Monate nach RIS-Installation, die routinemäßige Inbetriebnahme der zentralen DLR- und Schnittbildarchivierung (vier Juke-Boxen mit je 150 CD-ROM) inklusive der erweiterten Netzkomponenten: weitere Auswerteeinheiten klinikintern, komplettiert für jedes Schnittbild-erzeugungssystem, am Sofortbefundungsarbeitsplatz und klinikextern an „Brennpunkten“ der Patientenversorgung, Intensivtherapiestationen (Chirurgie, Anaesthesie, Neurologie), Neurochirurgie, Unfallchirurgie. Weiterhin wurde eine nuklearmedizinische Auswerteeinheit (Hermes) eingebunden.

Unabhängig vom Sienet existiert ein Kodak-Netz als Verbindung zwischen vier dezentral an den Bilderzeugungssystemen aufgestellten Kodak-Laserprintern. Bisher nicht angeschlossen sind zwei Arbeitsplätze digitaler Subtraktionsangiographie (Siemens und Philips), zwei Durchleuchtungsarbeitsplätze (Philips) sowie eine Auswerteeinheit Easyvision (Philips), zwei Ultraschallgeräte (Toshiba) und der nicht digitalisierte konventionelle Bereich. Die Philipskomponenten DSA, Durch-

leuchtungsarbeitsplatz und Easyvision sind untereinander vernetzt.

Netzfunktion

Bilderzeugung:

Jede Untersuchung ist ein per Überweisung angeforderter und radiologieintern mittels RIS gehandelter Vorgang, der über Identifikationsnummern eindeutig zugeordnet ist. Die Patientendaten können aus dem RIS in das Bilderzeugungssystem geladen werden. Die Bilderzeugung erfolgt dezentral, in über mehrere Etagen verteilten Untersuchungsräumen und in drei separaten Containerbauten an den oben genannten Geräten.

Bildverarbeitung:

Bildnachbearbeitungsfunktionen sind in unterschiedlichem Umfang, differenziert nach dem jeweiligen Aufgabenprofil der Workstation möglich. Während die Leistung der radiologieinternen Workstations mit der der Bilderzeugungssysteme weitgehend übereinstimmt, sind die radiologieexternen entweder funktionell abgemagert, damit auch einfacher bedienbar (und bezahlbar), oder an die jeweiligen Bedürfnisse des Bildempfängers angepaßt. Die traditionellen Partner der Diagnostischen Radiologie - Strahlentherapie und Nuklearmedizin - verfügen über fachspezifische Software mit eingeschränkter diagnostischer Funktion.

Infolge Sienet-RIS-Koppelung kann zu den vorhandenen Bilddaten auf demselben Monitor einer Workstation auch auf die Befunde zugegriffen werden. Die externen Partner machen davon regen Gebrauch. Eine KIS-Anbindung existiert noch nicht, während radiologieintern die „Krankengeschichte“ routinemäßig mittels RIS gehandelt wird.

Bildarchivierung:

Die einst dezentrale Archivierung an den Bilderzeugungssystemen ist abgelöst durch eine zentrale. Diese erfolgt bedarfsgerecht und zeitlich gegliedert:

- temporär, etwa für die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten, auf schnellem Magnetplattenspeicher,
- mittelfristig, etwa für die Dauer von zwölf Monaten, auf vier Juke-Boxen mit jeweils 150 CD-ROM, was einem Speicherplatz für ungefähr 500 000 CT-Bildern je Jukebox entspricht, und
- langfristig werden die CD-ROM ausgelagert, müssen bei Altdatenbedarf dann allerdings von Hand eingelegt und wieder geladen werden.

Eine PACS-Datenbank verwaltet alle Informationen über archivierte Untersuchungen, gleich ob sich die Bilder noch im direkten Zugriff befinden oder ob sie schon ausgelagert sind. Treffen Bilddaten im Zentralarchiv ein, findet ein automatischer Abgleich der Patientendaten mit den Einträgen im RIS statt. Die Datenbank des Archives kann über Netzwerk von den angeschlossenen Bildkonsolen nach wählbaren Kriterien abgefragt werden.

Bildverteilung Sienet:

Nach Abschluß jeder Untersuchung werden die Bilder grundsätzlich an das Zentralarchiv versendet. Zusätzlich werden die in Speicherfolientechnik stationär angefertigten Röntgenaufnahmen nach dem Auslesen im DLR-System automatisch auf die entsprechenden Intensivstationen verschickt.

Auf das Zentralarchiv kann von allen radiologieinternen Workstations aus uneingeschränkt zugegriffen werden. Demgegenüber werden an radiologieexterne Workstations ausgewählte Bilder, Bildserien oder Vorgänge von Radiologen oder MTR aktiv geschickt. Daran gekoppelt ist dann allerdings, wie bereits erwähnt, der empfängerseitige Zugriff auf alle Befunde zum jeweiligen Patienten. Unabhängig davon können nahezu uneingeschränkt die Bilder fakultativ von den Bilderzeugungssystemen an die Workstations und zwischen den Workstations aktiv verschickt werden.

Bilddokumentation:

Sie erfolgt entweder nach herkömmlicher Art direkt von den bildgebenden Systemen dezentral auf Laserprinter (Kodak-Naßlaser, 3M-Trockenlaser) oder neuerlich von den Workstations nach gezielter Bildauswahl und -nachbearbeitung über einen ins Netzwerk integrierten Kameraserver auf dieselben Laserprinter.

Die Kodak-Laserprinter sind ihrerseits über ein eigenes separates Netzwerk miteinander verbunden und wahlweise ansteuerbar, um bei technischen Störungen, die selten sind, arbeitsfähig zu bleiben.

Administration:

Im RIS werden patientenbezogene Daten verwaltet. Es erfolgt die gesamte medizinische Dokumentation, die Leistungserfassung und über die Dokumentation der Verbrauchsmaterialien begrenzt auch Materialwirtschaft. Das RIS ist Steuer- und Bindeglied zum Bilddatennetz und bietet Anschluß zum geplanten KIS, von dem bislang nur zwei Kenngrößen, eine krankenhausweite Patientenidentifikationsnummer und die Kennung der anfordernden Einheit, existieren. Beide Angaben werden von Aufklebern mittels Barcodelesestift in das RIS übernommen. Die Patientendaten werden direkt aus dem RIS in den Bilderzeugungsprozeß übertragen. Demnächst wird auch das Vorladen von Bildern von vorangegangener Untersuchungen an den Befundungsarbeitsplatz beziehungsweise die zugeordnete Workstation möglich.

Diskussion

Wenn auch das beschriebene Bild- und Datennetz noch unvollständig ist, wird es von den Nutzern, und dazu zählen alle Berufsgruppen in einer radiologisch-diagnostischen Universitäreinrichtung, in unterschiedlichem Maße, aber überwiegend hoch akzeptiert.

Inwieweit die Erwartungen für die Anwender realisiert sind, soll anhand der

neuen Qualitäten, die mit einer Netzinstallation verbunden sind, kritisch diskutiert werden:

prozeßbezogene Qualität

Neu ist der gemeinsame, aktuelle und vollständige Zugriff auf Bilder, Befunde und administrative Daten an verschiedenen Orten der Patientenuntersuchung, Bildauswertung und Behandlung, Orten der klinischen Diskussion, bei Konferenzen und in Seminaren. Beim Netzaufbau konnten zwei Qualitätssprünge beobachtet werden: der erste Sprung mit der Einführung des RIS für die administrativen Daten und der zweite mit der Einführung der zentralen Bildarchivierung, wenn auch zunächst nur für digital entstehende Bilder. Weitere sind mit Vervollständigung der dezentralen Bildverteilung, der Einbindung von Teleradiologieanwendungen und der Inbetriebnahme des KIS zu erwarten.

Informationsverluste bleiben auf mehreren Ebenen aus: erstens durch volle Speichertiefe digitaler Bilder, auch nicht in komprimierter Speicherform und matrixreduziert nur unwesentlich. So wird auch später eine umfangreiche gezielte Bildnachbearbeitung möglich, worin ein enormes Forschungspotential begründet liegt. Wissenschaftliche Recherchen mittels RIS, Anlegen von sammlungswürdigen Fällen und Seminardemonstrationen sind kurzzeitig nach Inbetriebnahme zur Routine geworden. Zweitens sind trotz Ausleihe von Filmen alle Informationen verfügbar.

Qualitativ verbesserte Befunde und damit auch verbesserte Therapie resultieren nicht nur aus den bereits genannten Gründen, sondern auch aus der Datenübernahme aus dem KIS. Bereits durch die Einführung der krankenhausweiten Patientenidentifikationsnummer und der Kostenstellenummer, die beide anwendungsfreundlich per Barcodelesestift eingelesen werden, gehören Übertragungsfehler und Doppeleingaben der Vergangenheit an. Voraussetzung für aktuelle administrative Daten sind deren korrekte

Registrierung rund um die Uhr, das heißt ständige personelle Besetzung der „stationären Aufnahme“ durch Verwaltungspersonal adäquat den medizinischen Diensten. Das organisatorische Problem ambulanter und stationärer Verzahnung, das im Ergebnis der Kassenverhandlungen jährlich und arbeitsbereichsweise neu zu definieren ist, wird auch mittels EDV nicht besser lösbar.

Die organisatorische Einbindung der Teleradiologie, die technisch prinzipiell gelöst ist, sehen wir als grundlegende Voraussetzung für deren effizienten Einsatz, Sendung und Empfang von Bildern und Vorbefunden, das Handling und die gezielte Auswahl der Bilder eingeschlossen.

Kosten

Die bisherige Arbeit mit dem Bild- und Datennetz hat gezeigt, daß der Nutzen aus ärztlicher Sicht praktisch nicht meßbar ist. Wenn auch nach eigenen Berechnungen DM 0,07 für ein digital gespeichertes CT-Bild DM 0,35 für ein „fotographiertes“ CT-Bild durch Einsparung von Film, Chemikalien und Laserkameras gegenüberstehen, so wird dieser ökonomische Vorteil derzeit nicht umgesetzt, weil nach wie vor Filme für nicht netzintegrierte Stationen, Operationssäle und für weiterverlegte Patienten geprintet werden müssen. Dieser Vorteil jedoch ist zukunftsfruchtig.

Durch Organisation - beziehungsweise viel wichtiger - durch Neuorganisation der Arbeitsabläufe wird der Personaleinsatz in dem Maße effizienter, wie die technischen Möglichkeiten in die praktische Tätigkeit umgesetzt werden, zum Beispiel durch Befundung und entsprechenden Vorfilmvergleich am Monitor. Ein wesentlicher zusätzlicher Arbeitsaufwand, der hohe ärztliche Erfahrung voraussetzt, ist die gezielte Bildauswahl, nämlich der diagnoserelevanten Bilder, in Vorbereitung einer Bildversendung. Der erhöhte Personalaufwand für teleradiologische Aufgaben wird mit

den Einsparungen im Filmarchiv zumindest anfänglich nicht parallel gehen. Für Ausbildung und Lehre sowie klinische Demonstrationen erweisen sich unter bestimmten Stichworten angelegte Sammlungen und Fallrecherchen als enorm vorbereitungsverkürzend aus. Darüber hinaus ist eine tätigkeitsbegleitende Kontrolle der jungen Kollegen in Ausbildung ohne Wegstrecken über Korridore und Treppen möglich. Formale Untersuchungszahlen, Bereitschaftsdienstbetrieb und Arbeitsplatzauslastung sind recherchierbar. Die Terminplanung erfolgt wegen nutzerunfreundlicher Software weiterhin konventionell mittels Terminbuch.

Die Patientenliegezeit konnte bislang nicht als Effizienzparameter herangezogen werden; als ein erster Schritt werden die Funktionsabläufe in den vernetzten Funktionseinheiten transparent. Eine raumsparende digitale Archivierung birgt zahlreiche Einsparungsmöglichkeiten, die unterschiedlich rasch wirksam werden. Wenn auch die Altarchive entsprechend der Archivierungspflichtzeit bestehen bleiben müssen, so nimmt ihre Nutzungsfrequenz sehr rasch ab. Nach eigenen Erfahrungen reduzierten sich Botendienste und Archivarbeit in den insgesamt fünf Außenarchiven der Klinik um 20 - 25 %. Der Rücklauf trotz digitaler Speicherung zwecks Ausleihe geprinteter Bilder steht noch zur Lösung an, zumal die Filme häufig ungeordnet zurückgegeben werden. Das Handling der Filmausleihe erfordert zumindest in der Übergangszeit einen erhöhten Personalaufwand. Eine Wiederfindensrate von etwa 70 % im Handarchiv steht einer von über 90 % im digitalen Archiv gegenüber, eigene Erfahrungen bestätigen diese Angaben. Der Schwund im digitalen Archiv erklärt sich weniger durch technische Mängel als vielmehr durch Falscheingaben bei Notfällen, Namenswechsel und Fehlbedienung. Das Speicher- und Bildverteilungsregime bedarf strenger, organisatorisch vordefinierter und weitestgehend automatisierter Abläufe.

Zeitfaktor

Der Zugriff auf aktuelle Bilder ist sehr rasch realisierbar, zum Beispiel dauert das Laden von CT-Bildern vom temporären Magnetplattenspeicher 1 - 2 Sek. pro CT-Bild, von der Jukebox etwa 3 Sek. pro CT-Bild. Für eine mittelfristige Speicherung, 1 - 12 Monate nach Untersuchung sinkt die Zugriffshäufigkeit, halten wir diese Zeit für akzeptabel. Ein Zugriff auf über ein Jahr zurückliegende Untersuchungen erfolgt erfahrungsgemäß selten und rechtfertigt das „umständliche“ Einlegen der entsprechenden CD-ROM von Hand. Wesentlich für die Praktikabilität des Archivierungssystems ist das „automatische“ Vorladen der Archivbilder auf eine der aktuell angeforderten Untersuchung entsprechende Auswertekonsole bereits bei Anmeldung des Patienten. Damit wird erreicht, daß die relevanten Aufnahmeparameter für die Planung der aktuellen Untersuchung rechtzeitig verfügbar sind und die Bilddaten zum Vergleich vorliegen. Ein Nebeneinander auf ein und derselben Workstation ist zu fordern.

Systemakzeptanz

Bekanntermaßen steigt die Akzeptanz eines RIS-PACS-Systems unter den Mitarbeitern mit dessen Funktionalität. Aus eigener Erfahrung war das RIS dank guter Vorbereitung nach einem Monat Probelauf und einem Monat Eingewöhnung nach dem „heißen“ Start uneingeschränkt hoch akzeptiert. Systemmängel wurden entsprechend korrigiert. Nicht so unproblematisch verlief die PACS-Einführung, da mit der stufenweisen Funktionserweiterung permanent Anpassungen und Umstellungen, technisch wie individuell durch die Nutzer, notwendig wurden. Wenn auch die Befundung vom Monitor noch lange nicht Routine ist und noch immer reichlich Filme geprintet werden, ist die radiologieimmanente Hektik zur Beschaffung von Vorfilmen erfreulich reduziert. Neben dem radiologieinternen Bildzugriff (Bedienprinzip) steigert die unver-

zügliche „automatische“ elektronische Bild- einschließlich Befundverteilung radiologieextern zum Überweiser die Akzeptanz des Systems. Voraussetzung dafür ist jedoch eine gezielte Auswahl diagnoserelevanter Bilder, weil dem Überweiser nicht zugemutet werden kann, zum Beispiel 200 CT-Bilder durchblättern und relevante Grauwerte einstellen zu müssen. Dieses Serviceangebot durch den Radiologen bedarf technischer Unterstützung, ist personalintensiv und in unserem vorgestellten Projekt noch nicht befriedigend realisiert. Grundsätzlich sollten die Bilder nicht losgelöst vom Befund versendet werden, bekanntermaßen ist die Röntgenleistung erst mit dem Befund abgeschlossen und abrechnungsfähig. Hausinterne Sonderregelungen zeichnen sich - und das ist gewiß keine Ausnahme - in der Zusammenarbeit mit der Unfallchirurgie ab. Während die Systembedienung vernetzter Außenstellen durch radiologieexternes Personal nach gewisser Einarbeitung einfach und zuverlässig möglich ist, bereiten herstellerseitig aktualisierte Software-Versionen und nachgerüstete Hardware selbst Systeminsidern Anpassungsschwierigkeiten - wohl ein grundsätzliches Problem von Stufenkonzepten.

Bausteine der

elektronischen Krankenakte

RIS und PACS sind wie auch andere fachgebundene Systeme Bestandteile eines KIS. Die patientenbezogenen Daten bilden die elektronische Krankenakte mit allen Konsequenzen für den Schutz dieser Daten vor unbefugtem Zugriff. Solange Befund und Bilder gezielt versendet werden, wird nicht nur dem Datenschutz des Patienten, sondern auch den Urheberrechten der Bilderzeuger Rechnung getragen. Diese Bedingungen müssen erfüllt bleiben, wenn der Zugriff auf das radiologische Archiv über ein KIS auch für radiologieexterne Nutzer, zweifelsfrei ein großer Fortschritt der digitalen Bildkommunikati-

Amtliche Bekanntmachungen

Inhalt:

**8. Satzung zur Änderung der Satzung
der Sächsischen Ärzteversorgung**

8. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung

Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung in der Fassung vom 02. November 1991 genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14. November 1991, Aktenzeichen 52/802-3/98/91 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 12/1991, S. 525 und im Deutschen Tierärzteblatt 12/1991, S. 1083)

und der 1. Änderungssatzung vom 04. April 1992, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 04. Mai 1992, Aktenzeichen 52/8023/92 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 06/1992, S. 618 und im Deutschen Tierärzteblatt 07/1992, S. 679)

und der 2. Änderungssatzung vom 11. Oktober 1992, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 16. Oktober 1992, Aktenzeichen 52/8023/7437/92 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 11/1992, S. 1173 und im Deutschen Tierärzteblatt 02/1993, S. 138)

und der 3. Änderungssatzung vom 17. Oktober 1993, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 03. November 1993, Aktenzeichen 52/8870-1-000/49/93 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 02/1994, S. 83 und im Deutschen Tierärzteblatt 02/1994, S. 162)

und der 4. Änderungssatzung vom 08. Oktober 1995, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 13. November 1995, Aktenzeichen 32-5248-20-1/95 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 12/1995, S. 649 und im Deutschen Tierärzteblatt 02/1996, S. 164)

und der 5. Änderungssatzung vom 26. Oktober 1996, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 03. Januar 1997, Aktenzeichen 32-5248-12/4 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 02/1997, S. 58 und im Deutschen Tierärzteblatt 03/1997, S. 297)

und der 6. Änderungssatzung vom 28. September 1997, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 03. November 1997, Aktenzeichen 32-5248.12/11 (veröffentlicht im Ärzteblatt

Sachsen 12/1997, S. 554 und im Deutschen Tierärzteblatt 01/98, S. 75)

und der 7. Änderungssatzung vom 14. Juni 1998, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 23. Juni 1998, Aktenzeichen 32-5248.12/3 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 8/1998, S. 351 und im Deutschen Tierärzteblatt 8/1998, S. 852)

wird wie folgt geändert:

1. § 7 Abs. (5) Satz 4 wird wie folgt neu gefaßt:

„Der weitere Überschuß fließt in die Gewinnrückstellung, die zur gleichmäßigen Verbesserung von Leistungen und Anwartschaften verwendet wird.“

2. § 12 Abs. (2) Nr. 3 Satz 5 wird aufgehoben.

3. a) § 16 Abs. (1) Satz 2 wird aufgehoben.

b) § 16 Abs. (2) Satz 2 wird aufgehoben.

4. § 17 wird wie folgt neu gefaßt.

§ 17

(1) Beamte, Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten zahlen den Mindestbeitrag gemäß § 15 Absatz 4.

(2) Beamte, Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten können das Ruhen der Beitragspflicht beantragen. (§ 22 Absatz 4).

5. § 21 Abs. (4) wird wie folgt neu gefaßt:

„Für das Kalenderjahr, in dem die Mitgliedschaft begründet wird oder endet, darf die Summe aus Pflichtbeiträgen und freiwilligen Mehrzahlungen den Anteil des allgemeinen Jahreshöchstbeitrages (Absatz 2) oder der persönlichen Beitragsgrenze (Absatz 3) nicht übersteigen, der dem Mitgliedschaftszeitraum entspricht.“

„Für das Kalenderjahr, für das Versorgungsleistungen gezahlt werden, darf die Summe aus Pflichtbeiträgen und freiwilligen Mehrzahlungen den Anteil des allgemeinen Jahreshöchstbei-

trages (Absatz 2) oder der persönlichen Beitragsgrenze (Absatz 3) nicht übersteigen, der dem Mitgliedschaftszeitraum, für den keine Versorgungsleistungen gezahlt wird, entspricht.

6. § 23 Abs. (2) Satz 2 wird wie folgt neu gefaßt:

²Wird trotz Aufforderung durch die Verwaltung innerhalb der von ihr gesetzten Frist entweder das beitragspflichtige Berufseinkommen nicht gemeldet oder ein Einkommensnachweis nicht vorgelegt, wird der Pflichtbeitrag durch Schätzung des Berufseinkommens festgesetzt.

7. § 25 Abs. (2) wird wie folgt neu gefaßt:

„Endet die Mitgliedschaft, ohne daß eine Beitragsüberleitung nach Absatz 1 möglich ist, kann innerhalb einer Frist von drei Monaten seit Empfang des förmlichen Bescheides über die Beendigung der Mitgliedschaft die Beitragsrückgewähr beantragt werden. ²Die Beitragsrückgewähr beträgt 60 v.H. der Beiträge ohne Zinsen. ³Der Rückgewährbetrag wird mit Beitragsrückständen und empfangenen Versorgungsleistungen verrechnet. ⁴Die Beitragsrückgewähr ist ausgeschlossen, wenn die Summe der Punktwerte des Mitgliedes höher als 5 ist.“

8. a) In § 26 Abs. (1) Satz 1 wird „§ 45 Absatz 4“ durch „§ 45 Absatz 3“ ersetzt.
b) In § 26 Abs. (1) Satz 5 wird „§ 36 Absatz 4“ durch „§ 36 a“ ersetzt.

9. § 45 wird wie folgt neu gefaßt:

(1) In Abänderung des § 28 Absatz 1 haben Ärztinnen und Tierärztinnen, die bei Inkrafttreten dieser Satzung das 45. Lebensjahr vollendet haben, mit Vollendung des 60. Lebensjahres Anspruch auf Altersruhegeld, wenn sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben.

(2) ¹Ein Mitglied, das nach dem 31. Dezember 1996 und vor dem 01. Januar 2004 sein 65. Lebensjahr vollendet, kann bis spätestens 6 Monate vor Überschreiten dieser Altersgrenze mit der Sächsischen Ärzteversorgung vereinbaren, daß der Anspruch auf Altersruhegeld später als zu dem in § 28 Absatz 1 genannten Zeitpunkt entstehen soll. ²Der Anspruch entsteht spätestens mit dem 1. des Monats, der auf die Vollendung des 68. Lebensjahres folgt. ³Das Altersruhegeld erhöht sich in diesem Fall um 0,6 v.H. für jeden vollen Kalendermonat, der zwischen der Vollendung des 65. Lebensjahres und der Einweisung des Ruhegeldes liegt.

(3) ¹Ansprüche auf Versorgungsleistungen gemäß Absatz 1 sowie gemäß §§ 28, 29 (Altersruhegeld, vorgezogenes Altersruhegeld) bestehen für Mitglieder des Übernahmestandes (§ 42 Absatz 1) erstmals nach dem 31.12.1996. ²Die Bestimmungen über Mindestversorgungsleistungen gelten jedoch nur dann, wenn mindestens 5 Jahre lang Beiträge gemäß § 43 Ab-

satz 2 gezahlt wurden. ³Falls die Voraussetzungen des § 31 Absatz 1 Nrn. 1 bis 4 nicht vorliegen, bestimmen sich die Leistungen bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 58. Lebensjahres nach § 31 Absätzen 3 und 4.

(4) Ansprüche auf Hinterbliebenenversorgung gemäß §§ 33 und 34 entstehen, wenn das Ereignis, das den Versorgungsfall begründet, nach Inkrafttreten der Satzung eintritt.

10. § 46 a Nr. 3 wird aufgehoben.

Artikel II Inkrafttreten

In Abweichung zu § 47 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung in der Fassung vom 14.06.1998, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 23. Juni 1998, Aktenzeichen 32-5248.12/3 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 8/1998, S. 351 und im Deutschen Tierärzteblatt 8/1998, S. 852) treten die Änderungen

des § 26 Abs. 1 Satz 5	zum 01.09.1998
der §§ 21, 26 Abs. 1 Satz 1, 45 und 46 a	zum 01.01.1999
des § 12	zum 01.09.1999
und der §§ 7, 16, 17, 23 und 25	zum 01.01.2000

in Kraft.

Dresden, den 13. Juni 1999

gez. Schulze	Dienst-	gez. Liebscher
Prof.Dr.med.habil.Schulze	siegel	Dr.med.Liebscher
Präsident		Schriftführer
Sächsische		Sächsische
Landesärztekammer		Landesärztekammer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie hat mit Bescheid vom 08.09.1999, AZ 32-5248.12/3 IV, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 8. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekanntgemacht.

Dresden,	Dienst-	gez. Schulze
den 09. 09. 1999	siegel	Der Präsident
		Prof.Dr.med.habil.
		Jan Schulze

on, realisiert wird. Die elektronische Ausleihe aus dem PACS, Teleradiologie eingeschlossen, muß unbedingt kontrollierbar bleiben, das erfordert eine Abstimmung zwischen RIS, PACS und KIS, eine Umsetzung der Krankenhaushierarchie mit entsprechender Privilegiendefinition, zum Beispiel hinsichtlich des Datenzugriffs ausschließlich für Zuweiser.

In Anbetracht des erwarteten Datenumfanges macht sich ein strenges Organisationsprinzip notwendig, nicht nur für den Zugang zu relevanten Daten, sondern auch für den Schutz des Empfängers vor unnötiger Datenflut. Das Problem der mangelhaften Kontrolle des Datenerzeugers über die Verwertung der Daten bei externen Empfängern halten wir noch nicht für befriedigend gelöst. Zum Beispiel kann es zu Seitenverwechselungen kommen, wenn Bilddaten und das Bild charakterisierende Textdaten beim Empfänger separiert werden. Der Bedarf an Daten für die individuelle Herstellung von Prothesen und künstlichen Implantaten ist hoch und wird weiter wachsen.

verändertes Tätigkeitsprofil

Durch nachvollziehbare lückenlose Dokumentation aller Vorgänge einschließlich der Möglichkeit, diese im Streitfall sofort offenzulegen, hat sich die Arbeitsumgebung verbessert. Kontrolle und Steuerung von Suchvorgängen, Leistungsdokumentation, Befundausschreibung, Arbeitsplatzbelegung, Materialverbrauch und anderes erfolgen losgelöst vom Ort des Geschehens. Eilige Befunde und „Vorfilme“ sind vielerorts, so auch an beziehungsweise nahe den Untersuchungsräumen verfügbar. Diese Situation könnte durch teleradiologische Kommunikation noch verbessert werden. Filme verlieren an Bedeutung, Filmstöße verschwinden, RIS und PACS werden zu Ordnungshütern.

Nach eigenen Erfahrungen vermögen RIS und PACS tatsächlich räumlich und baulich bedingte Defizite an modernen

Funktionsabläufen in einer traditionell gewachsenen Alteinrichtung zu kompensieren. Das erfolgt allerdings nicht linear mit der Anzahl der digitalen Arbeitsplätze, sondern in dem Umfang, wie die Stufen der Systemfunktionen realisiert werden - erstens mit der RIS-Einführung und dann erst wieder mit der zentralen digitalen Archivierung gesamter Arbeitsbereiche, im vorgestellten Fall der Schnittbildverfahren.

Wenn auch die Vorteile für Patienten und die organisatorischen Abläufe in Radiologie und Krankenhaus unverkennbar sind, darf der Radiologe sich nicht zum Bildmanager abqualifizieren (lassen). Das „digitale Krankenhaus“ wird sich erwartungsgemäß auch auf das ärztliche Tätigkeitsprofil anderer Fachgebiete auswirken.

Schlußfolgerungen

Am Anfang steht die Definition des Projektes. Erster Schritt ist eine sehr sorgfältige abteilungsweise Analyse aller Prozesse und arbeitsorganisatorischer Abläufe, um diese dann auf das Rechnersystem zu übertragen (und nicht umgedreht!).

Das RIS ist als Organisations- und Steuerzentrale einer wie auch immer spezifizierten Radiologie unverzichtbar. Bei modernen Gesamtlösungen sind RIS und PACS integriert.

Bei allen Teillösungen ist im Rahmen des Gesamtkonzeptes vorzugehen.

Stufenkonzepte sind durchaus empfehlenswert und meist durch das Finanzierungskonzept vorbestimmt. Richtig realisierte Teillösungen sind besser als eine unterdimensionierte Gesamtlösung. Die teleradiologische Kommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungen setzt funktionstüchtige interne (Teil-)Lösungen voraus. In allen Phasen der Planung und Realisierung sind erstens eine optimale Kooperation von allen Beteiligten - zwischen medizinischem und technischem Personal sowie der installierenden Firma und Verwaltung - zweitens die kompetente Beratung und drittens die

praktische Demonstration der Funktionalität des geplanten Systems notwendig. Der DICOM 3.0-Standard ist ein derzeit sehr wichtiges Qualitätsmerkmal, aber noch keine Funktionsgarantie für Bild- und Datenetze. Eine kontinuierliche Firmenbetreuung auch über die Übergabe des Systems hinaus sind nicht nur für den Havariefall und die Softwarepflege, sondern auch für die immer wieder notwendige Softwareanpassung vor Ort unerlässlich.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für
Diagnostische Radiologie
Prof. Dr. med. Rainer Klöppel
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 3. 3. 1999
Artikel nach Revision angenommen:
13. 4. 1999

Bestimmungen zur Organspende in europäischen Urlaubsländern Gilt eine Erklärung zur Organspende auch im Ausland?



Eine Initiative des KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.

Ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit mit tödlichen Folgen können auch im Ausland passieren. Was bedeutet solch ein Tod in den Ferien für eine mögliche Organspende? Was sollten Urlaubsreisende, die eine Organspende ablehnen, bedenken?

„Grundsätzlich gilt das jeweilige Recht vor Ort. Wer in ein anderes Land fährt, unterwirft sich dessen Gesetzen“, erklärt Prof. Hans-Ludwig Schreiber, Direktor des Instituts für Arztrecht an der Juristischen Fakultät der Universität Göttingen und Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer. „Dies trifft auch für die jeweiligen gesetzlichen Regelungen zur Organspende zu.“

In **Spanien** gilt die Widerspruchslösung. Das bedeutet, daß jeder potentiell ein Organspender ist, der nicht dagegen Widerspruch eingelegt hat. Die Angehörigen müssen dabei laut Gesetz benachrichtigt werden, haben allerdings kein eigenes Widerspruchsrecht.

Auch in **Österreich** und **Belgien** regelt eine Widerspruchslösung die Organspende. Anders als in Spanien und Belgien ist ein Arzt in Österreich allerdings - zumindest gesetzlich - nicht verpflichtet, Angehörige zu informieren und nach einem möglichen Widerspruch des

Spenders zu forschen. In der Praxis hat sich jedoch ein anderer Umgang eingebürgert, und seit einigen Jahren gibt es in Österreich auch ein zentrales Widerspruchsregister. Einzig in Belgien sind Reisende übrigens von dem Grundsatz „Es gilt das Recht vor Ort“ ausgeschlossen: Das Transplantationsgesetz bezieht sich nur auf eigene Staatsangehörige - ganz im Gegensatz zu Österreich, das seine Widerspruchsregelung ausdrücklich auch auf Ausländer, die Österreich bereisen, ausdehnt.

Eine erweiterte Zustimmungslösung wie in Deutschland findet sich auch in der **Türkei**, in **Griechenland** und **Dänemark**. Das heißt: Neben dem Spender selbst, der einen Organspendeausweis oder eine andere Erklärung bei sich trägt, können auch Angehörige über eine mögliche Organspende entscheiden. Können die Ärzte weder den Willen des Spenders noch der Angehörigen herausfinden, dürfen keine Organe entnommen werden.

Wiederum eine andere Regelung zur Organspende haben **Italien** und **Schweden** getroffen. Grundsätzlich gilt hier die Informationslösung, wonach im Falle einer möglichen Organspende die Familie informiert werden muß, falls der Betreffende keine eigene Erklärung bei

sich hatte. Sowohl in Italien wie in Schweden müssen die Angehörigen dabei ihre Entscheidung in einer bestimmten Frist fällen. Lassen sie sie ohne Antwort verstreichen, kann auf jeden Fall explantiert werden.

Da die Transplantationsgesetze von Land zu Land wechseln, müssen Urlaubsreisende, die eine Organspende ablehnen, eines beachten: „Wer absolut sicher gehen will“, so Prof. Schreiber, „muß seinen Widerspruch schriftlich formulieren und immer bei sich tragen. Wer dagegen grundsätzlich einer Organspende zustimmt, dem ist es wohl gleichgültig, in welchem Land dies geschieht.“ Grundsätzlich sei jedoch davon auszugehen, daß die Ärzte im Ausland im Todesfall eines Touristen schon aus organisatorischen Gründen eher zurückhaltend mit dem Thema Organspende umgingen.

Informationen zur Organspende erhalten Sie beim
ARBEITSKREIS ORGANSPENDE,
Postfach 15 62, 63235 Neu-Isenburg,
Ansprechpartnerin für die Redaktion:
Anna Vieck, Tel. (0 61 02 / 3 59 - 2 25)
Pressestelle
ARBEITSKREIS ORGANSPENDE

Zweistellige Zuwachsraten bei Gästeankünften und Übernachtungen in Sachsens Reha- und Kurkliniken

Mit zweistelligen Zuwachsraten bei Gästeankünften und Übernachtungen in den 42 sächsischen Rehabilitations- und Kurkliniken beweist Sachsen in diesem Jahr seine zunehmende Attraktivität als deutscher Standort. So bewertet der Sächsische Heilbäderverband e.V. die jüngsten Angaben des Statistischen Landesamtes in Kamenz. Danach registrierten die Reha- und Kureinrichtungen von Januar bis April 1999 im stationären Bereich über 31.000 Ankünfte und etwa 777.000 Übernachtungen. Das

entspricht jeweils einem Zuwachs von mehr als 17 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum.

Die durchschnittliche Auslastung der etwa 8.800 Gästebetten in den Reha- und Kurkliniken lag in den ersten vier Monaten dieses Jahres bei 74 Prozent. Damit hat sich - auch angesichts leicht gestiegener Kapazitäten im Kurbereich - die Auslastungsquote seit der einschneidenden Gesundheitsreform vor zweieinhalb Jahren wieder kontinuierlich erhöht.

Wie der Sächsische Heilbäderverband e.V. weiter mitteilt, konnte Sachsen in den ersten Monaten 1999 bei den stationären Übernachtungen zugleich seinen Spitzenplatz in den neuen Bundesländern behaupten. Bundesweit liegt der Freistaat an siebenter Stelle.

Die Online-Präsentation des Sächsischen Heilbäderverbandes e.V. und seiner 40 Mitglieder ist unter der Adresse www.sachsenkur.de abrufbar.

Herstellung ortsgebundener Heilmittel in Kurmittelhäusern

Anmerkungen zu einem weitgehend unbekanntem Kostenfaktor

Zusammenfassung

Sowohl die gesetzlichen Grundlagen als auch die organisatorisch-technologischen Voraussetzungen ermöglichen es, Heilmittel sicher und in definierter Form anzuwenden und die Grundlage für eine wissenschaftlich fundierte Kurorthotherapie zu bilden. In der weiteren Diskussion zum Thema „Kur“ sollte diesem Punkt verstärkt Beachtung geschenkt werden, da insbesondere der finanzielle Aufwand zur Bereitstellung eines qualitätskontrollierten Heilmittels in jeder Hinsicht nachvollziehbar ist.

Es ist damit zu rechnen, daß die Kurmittelhäuser in naher Zukunft ihre Angebote durch die Balneo-Phototherapie ergänzen werden. Ihre Infrastruktur bietet sich hierfür in idealer Weise an.

Einleitung

Die Kur als vorbeugende Maßnahme zum Erhalt der Arbeitskraft beziehungsweise als wiederherstellende Maßnahme nach schwerer Krankheit oder Operation ist ins Gerede gekommen: Sie sei zu teuer, lautet ein häufig formulierter Vorwurf.

Ein zentrales Element der Kur ist die ärztlich verordnete Anwendung von „ortsgebundenen Heilmitteln“ in fester, flüssiger oder gasförmiger Form. Diese Heilmittel stehen zunächst kostenlos zur Verfügung, und auch die Art der An-

wendung erscheint nicht wesentlich aufwendiger als der Betrieb eines kommunalen Hallenbades.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur sachgerechten Anwendung von ortsgebundenen Heilmitteln im Rahmen von Kuren sind jedoch wesentlich komplexer und damit kostenträchtiger als dies zunächst den Anschein hat.

Gesetzliche Vorgaben

Die ortsgebundenen Heilmittel Meerwasser, Sole und die Peloide Schlick und Moor werden mit der Absicht angewandt, „Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern oder zu verhüten“, und erhalten damit den Status eines Arzneimittels oder, was die Peloide betrifft, Medizinproduktes.

Die Einstufung der ortsgebundenen Heilmittel als Arzneimittel und die Stellung der Kurmittelhäuser als öffentliche Einrichtung zwingt den Gesetzgeber, die Kurmittelhäuser im Sinne des Verbraucherschutzes mit allen Konsequenzen als pharmazeutische Hersteller einzustufen. Als Betriebe, in denen ortsgebundene Heilmittel gewonnen, aufbereitet und für therapeutische Zwecke abgegeben werden, müssen sie unter anderem nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) sowie der Betriebsverordnung

für pharmazeutische Unternehmer (PharmBetrV) arbeiten. Im Detail bedeutet das für die Kurmittelbetriebe:

1. Die Gewinnung und Bearbeitung von ortsgebundenen Heilmitteln ist nur mit einer Herstellungserlaubnis nach § 13 AMG, erteilt durch die zuständige Behörde (zum Beispiel Arzneimittelüberwachungsstelle des Landes) möglich.
2. Es muß ein Herstellungs-, Kontroll- und Vertriebsleiter gemäß § 15 AMG benannt sein.
3. Die Betriebsverordnung für pharmazeutische Unternehmer (PharmBetrV) muß umgesetzt werden. In diesem Regelwerk befinden sich detaillierte Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem, das Personal, die Beschaffenheit, Größe und Einrichtung der Betriebsräume, die Dokumentation, die Hygiene, die Selbstinspektion sowie Anforderungen an die Herstellung, Prüfung, Freigabe und Kennzeichnung der Heilmittel.
4. Die Qualitätskontrolle der hergestellten Arzneimittel muß in einem Auftragslabor nach § 12 PharmBetrV erfolgen.
5. Die einschlägigen pharmazeutischen EU-Richtlinien (zum Beispiel EU-GMP-Leitfaden der guten Herstellungspraxis für Arzneimittel) müssen berücksichtigt werden.

Die zuständige Behörde überwacht gemäß § 64 AMG die Einhaltung dieser Gesetzesvorgaben. Eine Herstellungserlaubnis wird zum Beispiel in Schleswig-Holstein erst dann erteilt, wenn folgende Forderungen erfüllt werden:

- Vorlage einer Heilwasser- beziehungsweise Peloidanalyse nach den „Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen“ des Deutschen Bäderverbandes e.V.
- Vorlage einer Schadstoffanalyse gemäß Anlage 2 der TrinkwV.
- Vollständige Qualitätsdokumentation des Rohproduktes.
- Drei einwandfreie Befunde des abgabefertigen Arzneimittels, jeweils entnommen aus jeder in Frage kommenden Abnahmestelle, aufeinanderfolgend im Abstand von jeweils zwei bis drei Wochen. Die Prüfprotokolle enthalten alle Parameter und Spezifikationen der Qualitätsstandards.
- Vorlage der gesamten technischen Dokumentation (Entnahmestelle mit Koordinaten/Flurstückbezeichnung, technische Spezifikationen, Fließschemata, Grundrißzeichnungen, Anlagenbeschreibung etc.).
- Abnahmebegehung durch die Behörde.

Die Anforderungen an pharmazeutische Produkte, Herstellungsweisen oder Testverfahren sind in Monographien der nationalen Arzneibücher vorgeschrieben. Für die ortsgebundenen Heilmittel existieren bisher keine vergleichbaren Spezifikationen. Lediglich in Schleswig-Holstein und seit August 1998 auch in Mecklenburg-Vorpommern sind sie - je nach therapeutischer Zweckbestimmung und Entnahmestelle - definiert. Dabei sind für jedes Produkt spezifische Anforderungen an die mikrobiologische sowie chemischphysikalische Qualität und die Kontrollintervalle festgelegt.

Aufbereitung von ortsgebundenen Heilmitteln als Arzneimittel

Neben dem beachtlichen Aufwand zur

Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben ist auch die sichere Bereitstellung des Heilmittels aus technisch hygienischer Sicht mit erheblichen Kosten verbunden.

Dies soll am Beispiel einer scheinbar simplen Kuranwendung, dem Meerwasserwannenbad, erläutert werden. Es erscheint hier zunächst in keiner Weise einsichtig, warum die Füllung einer Wanne mit Meerwasser für ein an der See gelegenes Kurmittelhaus mit irgendeinem nennenswerten Aufwand verbunden sein soll.

Das Problem beginnt allerdings bereits mit der Gewinnung des Meerwassers: Die Entnahmekonstruktionen müssen so beschaffen sein, daß sie den bekanntlich rauen Witterungsverhältnissen an der Küste einschließlich Stürmen oder Eisgang widerstehen können und gleichzeitig nicht versanden. Im Bereich des Wattenmeeres ist eine Direktansaugung aufgrund der örtlichen Gegebenheiten meistens sogar überhaupt nicht möglich. Hier müssen über Horizontalbrunnen unterhalb des Meeresgrundes gelegene Salzwasservorkommen erschlossen werden.

Weiterhin nachteilig sind die sehr korrosiven Eigenschaften des Salzwassers. Dies hat zur Folge, daß in weiten Bereichen der Wasserinstallationen nur hochwertige Materialien verwendet werden können, die zudem ständiger fachgerechter Wartung und Pflege bedürfen. Die letztendliche Schwierigkeit besteht nun noch darin, daß Meerwasser zum Baden hinsichtlich der Keimarmut Trinkwasserqualität besitzen muß, was natürlicherweise nicht der Fall ist. Eine einfache Keimreduktion mit aggressiven Methoden wie der Chlorung verbietet sich aufgrund der Forderung nach Naturbelassenheit des Heilmittels. Die Zielvorgabe kann also nur durch eine Kombination physikalischer Verfahren mit Schnellfiltration, UV-Durchflußdesinfektion und Konstantzirkulation durch Ringleitungen erreicht werden. Dies gelingt allerdings nur, wenn die Anlage kontinuierlich betrieben wird.

In der Summe bedeutet dies somit, daß bereits die reine Füllung einer Badewanne mit Meerwasser ungleich höhere Kosten verursacht, als dies bei Nutzung von Trinkwasser aus dem öffentlichen Leitungsnetz der Fall wäre. Eine analoge Situation findet sich auch bei anderen Heilmitteln. Die grundsätzliche Forderung, ein natürlich vorkommendes Heilmittel möglichst unverfälscht in technisch und hygienisch sicherer Weise einem Behandlungsbedürftigen zugänglich zu machen, ist zwangsläufig immer mit einem erheblichen kostenträchtigen Aufwand verbunden.

Literatur

1. Qualitätsstandards Schleswig-Holstein für die ortsgebundenen Heilmittel Meerwasser, Heilwasser und Peloid vom 28. Mai 1997, herausgegeben von der Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein und der Arzneimittelüberwachungsstelle Schleswig-Holstein

2. Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen, Deutscher Bäderverband e.V., Deutscher Fremdenverkehrsverband e.V. (Hrsg.), 10. Auflage, 1991

Dr. med. Stefan Neidhardt
Neue Siedlung 15
24790 Schacht Audorf
Tel. (01 71) 7 07 81 85

Consulting Herstellung und
Prüfung von Arzneimitteln
Dr. Eva-Maria Brunschweiler
Fachapothekerin für pharmazeutische
Analytik
Beselerallee 8
24105 Kiel
Tel. (04 31) 8 95 04 16
Fax (04 31) 8 95 04 15

Postgraduale Ausbildung zum Medizinischen Biometriker

Die Universität Heidelberg bietet eine postgraduelle Ausbildung zum Medizinischen Biometriker an. Diese Ausbildung ist bisher **einzigartig** in Deutschland.

Im Bereich Medizinische Biometrie arbeiten Mathematik, Informatik und Medizin eng zusammen. Die Medizinische Biometrie befaßt sich mit der Auswahl problemadäquater Modelle, Studiendesigns und Auswertungsmethoden sowie der sachgerechten Interpretation der Resultate der Medizin. Einsatzgebiete sind zum Beispiel die Evaluierung diagnostischer Maßnahmen, die Prüfung medikamentöser und anderer Therapien, die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, die Suche nach den Risikofaktoren für Krankheiten oder die Ent-

wicklung mathematischer Modelle in der medizinischen Grundlagenforschung.

Biometriker sind in Universitätsinstituten, in biometrischen Abteilungen der pharmazeutischen Industrie sowie in Beratungs- und Auswertungsfirmen an der medizinischen Forschung und Entwicklung beteiligt.

Zielgruppe des interdisziplinären Studienangebotes sind Mediziner und Mathematiker/Statistiker sowie Absolventen natur- oder sozialwissenschaftlicher Studiengänge mit entsprechenden Vorkenntnissen. Die Ausbildung kann flexibel in thematisch geschlossenen Blöcken mit individueller Kurswahl absolviert werden, so daß eine berufsbegleitende Weiterbildung möglich ist. Die

Kurse dauern in der Regel drei Tage, die Kosten pro Kurs liegen bei etwa 600 DM.

Für die gesamte Ausbildung erhalten die Teilnehmer nach Anfertigung einer Studienarbeit ein Universitätszertifikat mit Anerkennung der nationalen Fachgesellschaft GMDS.

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Adresse der Akademie für Weiterbildung an den Universitäten Heidelberg und Mannheim e.V., Friedrich-Ebert-Anlage 22 - 24, 69117 Heidelberg sowie auf der Homepage der Akademie für Weiterbildung an den Universitäten Heidelberg und Mannheim e.V. unter der Adresse <http://www.afw.uni-mannheim.de> oder bei Frau Dr. Birgit Stadler, Tel. (0 62 21) 54 78 15.

An das Redaktionskollegium
„Ärzteblatt Sachsen“

Herrn
Prof. Dr. med. Klug
Sächsische Landesärztekammer
Dresden

Sehr geehrter Herr Prof. Klug,
verschiedentliche Fragen, ja Unterstellungen, veranlassen mich, Sie zu bitten, beiliegende Erklärung zu veröffentlichen.
Es sei denn, Sie hätten Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Clemens Weiss

Zur Laudatio des Herrn J. Wilde zur Emeritierung von Prof. Hartig:

In den letzten Tagen und Wochen bin ich mehrfach mit der Frage überrascht worden, ob sich Prof. Hartig des ihm verliehenen Karl-Marx-Ordens nun schämen solle oder nicht.

Dies war und ist überhaupt nicht mein Thema!

Es muß ein jeder selbst beurteilen, wie sein Leben zu sehen ist.

Offensichtlich muß ich mich aber in meinen Bemerkungen Heft 4 des Ärzteblattes Sachsens mißverständlich ausgedrückt haben.

Die Bemerkungen sind doch eindeutig an Herrn Wilde gerichtet gewesen und betrafen Herrn Hartig nur mittelbar.

Ich wollte mich gegen das schamhafte Verschweigen der hohen Ordensverleihung in einer so umfassenden Laudatio wehren, und ich muß gestehen, daß ich Herrn Wilde nicht verstehe.

Ich weiß, daß er dem Redaktionskollegium der Ärztezeitung Sachsens gegenüber dies Verschweigen mit der unmittelbar nach der politischen Wende erfolgten Rückgabe des Ordens durch Herrn Hartig (die Meldung ging durch die Presse seinerzeit) begründete.

Diese Begründung empfinde ich als unbefriedigend und unaufrichtig.

Ich wiederhole deshalb meine Frage aus Heft 4: Wollen wir wirklich auf diese Weise die deutsche Vergangenheit in den Griff bekommen?

Clemens Weiss
Leipzig/Wurzen

10. Jahrestagung 1999 der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. am 23. und 24. Oktober 1999 in Berlin.

Beiträge zu folgenden Themen können angemeldet werden:

Katastrophenvorsorge im Krankenhaus, Schnittstellen in der Rettungsmedizin, Psychische Betreuung und Nachsorge, Notfallmedizin im Katastrophenfall, Seuchenvorsorge, Internationale Katastrophenhilfe, Katastrophen- und Notfallpharmazie.

Information und Auskunft:

Frau Bender, Sekretariat der Unfallchirurgischen Klinik, DRK-Kliniken Westend, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, Tel. (030) 30 35 36 27, Fax: (030) 30 35 28 90.

Technische Universität Dresden

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus

Der Aufsichtsrat für das Universitätsklinikums Carl Gustav Carus hat sich am 14. Juni 1999 in Dresden konstituiert.

Entsprechend den Regelungen des Sächsischen Hochschulmedizingesetzes hat der Sächsische Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, Prof. Dr. Hans Joachim Meyer, den Geschäftsführer der Arzneimittelwerk Dresden GmbH, **Prof. Dr. rer. nat. Claus Rüger**, zum **Aufsichtsratsvorsitzenden** bestellt. Als stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender fungiert Alfred Post, Kanzler der Technischen Universität Dresden.

Der Aufsichtsrat bestellte den Vorstand, der das Universitätsklinikum leitet. Medizinisches Vorstandsmitglied und damit **Vorstandssprecher** wurde **Prof. Dr. med. Otto Bach**, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psycho-

therapie des Universitätsklinikums. **Dr. rer. pol. Jörg Blattmann**, seit 1995 Verwaltungsdirektor des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, wurde zum **Kaufmännischen Vorstandsmitglied** bestellt.

Der Aufsichtsrat stimmte der Bestellung von Prof. Dr. rer. nat. habil. Achim Mehlhorn, Rektor der TU Dresden, zum Vorsitzenden der Gemeinsamen Konferenz von Medizinischer Fakultät der TU Dresden, Universität und Universitätsklinikum zu.

Mit den Entscheidungen des Aufsichtsrates ist die volle Arbeitsfähigkeit des Universitätsklinikums als rechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts entsprechend des am 1. Juli 1999 in Kraft getretenen Sächsischen Hochschulmedizingesetzes gegeben.

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Herr Prof. Dr. med. habil. Joachim Mössner wurde erneut zum Dekan der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig gewählt (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/1999, Seite 401)

Gewählter **Prodekan** an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig ist Herr **Prof. Dr. rer. nat. Klaus Arnold**,

Direktor des Instituts für Medizinische Physik und Biophysik; gewählter **Studiendekan der Humanmedizin** ist Herr **Prof. Dr. med. Wolfgang Reuter**, Leiter des Fachbereichs Gerontologie/Lipidstoffwechsel der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV und gewählter **Studiendekan der Zahnmedizin** ist Herr **Prof. Dr. med. dent. Thomas Reiber**, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 20. 4. 1999

Frau Undine Berndt aus Leipzig:

Untersuchung der Beteiligung psychischer Wirkfaktoren an Entstehung und Verlauf der Prurigo simplex subacuta

Herr Kai Griepentrog aus Leipzig:

Zur Biomorphose des menschlichen Kehlkopfes - Untersuchungen zu Altersabhängigkeiten des Epithels, der Drüsen und des Bindegewebes von Epiglottis, Taschenfalte, Morgagnischem Ventrikel, Stimmlippe und Cavum infraglotticum

Frau Sandra Loebel aus Leipzig:

In-vitro Testung von Photosensibilisatoren der zweiten Generation an Melanomzelllinien und Aderhautmelanomzellen

Frau Annette Müller aus Plauen:

Analyse des Antibiotikaverbrauchs an der Kinderklinik Plauen - Vergleich verschiedener Zeitetappen

Frau Anke Salzer aus Großpösna:

Korrekturingriffe im Kindesalter mit dem Fixateur externe

Frau Katja Beata Patricia Unkelbach aus Gießen:

Serologische und DNA-Typisierung von Plättchenalloantigenen

Fakultätsratssitzung vom 12. 5. 1999

Frau Julia Bertolini aus Markkleeberg:

Aminosäuretransport von Hirntumoren unter perkutaner Strahlentherapie - Prognostische Möglichkeiten mit J-123-Alpha-methylthirosine (IMT)

Frau Susann Elefant aus Radebeul:

Untersuchungen zur Herzbeteiligung bei systemischen Lupus erythematodes (SLE) in einer kardial asymptomatischen Patientengruppe und zum Zusammenhang zwischen pathologischen Herzveränderungen und Anti-Phospholipid-Antikörpern bei unselektierten SLE-Patienten

Herr Rainer Johannes Fruth aus Erfurt-Windisch-Holz:

Immunhistochemische Untersuchungen am Rattenhirn nach chronischer Hemmung der Proteinphosphatasen 1 und 2A - ein Tiermodell der Alzheimerschen Erkrankung

Herr Matthias Gresens aus Leipzig:

Heterotope Ossifikationen - eine Komplikation der Totalendoprothese des Hüftgelenkes

Frau Mirjam Händel aus Wolmirstedt:

Erfahrungen mit embryonalen Nierentumoren in einem 20-Jahres-Zeitraum, Retrospektive Analyse, Prognosefaktoren (1974 - 1993)

Herr Roman Hansky aus Rosenthal:

Blausäurehaltige Pflanzen und ihre toxikologische Bedeutung

Herr Lutz Herrmann aus Wilkau-Haßlau:

Die Meteorotropie von Tonsillektomienachblutungen

Frau Ines Hofmann aus Leipzig:

Hauterkrankungen bei Angehörigen der deutschen Wehrmacht, insbesondere des Heeres, 1934 bis 1945, als Gegenstand der Praxis und Forschung deutscher Dermatologen

Frau Berit Kläffling aus Ortrand:

Schlafapnoeuntersuchungen bei adipösen Patienten vor und nach Gewichtsreduktion

Frau Sabine Klinger aus Stuttgart:

Merkmale und Maße der Ohrmuschel in einer deutschen Population (Alter 18 - 50 Jahre) und ihre Bedeutung für die forensische Identifikation

Frau Sandra Kurbin aus Stuttgart:

Untersuchungen zur Lebensqualität bei Patienten mit inoperablem Bronchialkarzinom

Herr Marco Leitzke aus Leipzig:

Kniegelenkendoprothetik beim jugendlichen Patienten (eine Standortbestimmung in der Literatur)

Frau Kristin Pögel aus Dresden:

Ergebnisse der Anpassung von vergrößernden Sehhilfen

Frau Annett Raabe aus Nordhausen:

Änderungen der Zellkern- und Zellvolumina im Kerngebiet des Nervus hypoglossus im Hirnstamm nach peripherer Resektion mit oder ohne Anastomose am Tiermodell Ratte

Herr Jens Rautenberg aus Wilsdruff:

Nachuntersuchungsergebnisse ellenbogengelenksnaher Frakturen im Kindesalter

Herr Alexander Scharf aus Groitzsch:

Zusammenhänge zwischen Lipidstoffwechsel, Lipidperoxidation, Vitamin E und biologischem Alter - eine klinisch-experimentelle Studie

Frau Constanze Schmidt aus Leipzig:

Leben und Werk von Paul Morawitz unter besonderer Berücksichtigung seiner Leipziger Tätigkeit als Ordinarius und Direktor der Medizinischen Klinik

Herr Andreas Schulz aus Leipzig:

Die Bestimmung der zerebrovaskulären Reservekapazität - eine Methode zur Prädiktion von Risikopatienten hinsichtlich zerebraler Komplikationen nach koronarer Bypass-Operation?

Herr Jens Seidel aus Frankenberg:

Die Praxis der erbbiologischen Erfassung in den sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalten in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 - 1945

Frau Marlen Suckau aus Leipzig:

Untersuchungen zum sozio-medizinischen Umfeld untergeachteter Neugeborener in Dakar/Senegal

Frau Kerstin Wittig aus Zwickau:

Pathophysiologische Auswirkungen einer hyperosmolaren Salzlösung auf die Homöostase und den Metabolismus bei thermischen Verletzungen im Kindesalter

Herr Alexander Zeh aus Leipzig:

Untersuchungen zum Verhalten des Rotationsfehlers am Humerus nach suprakondylärer Humerusfraktur bei Kindern im Zeitverlauf unter Anwendung einer röntgenologischen und computertomografischen Methode zur Messung der Humerustorsion

**Rezension zu Grabensee, Bernd
(Herausgeber):
Checkliste Nephrologie**

Georg Thieme Verlag Stuttgart,
New York 1998
75 Abbildungen, 73 Tabellen,
452 Seiten, Preis 64,00 DM

B. Grabensee hat gemeinsam mit 16 Ko-Autoren die Checkliste Nephrologie herausgegeben. Wie im Vorwort ausdrücklich betont, sollen Checklisten vornehmlich für Assistenzärzte, fortgeschrittene Studenten in klinischen Semestern, Klinikärzte, die nicht auf das im einzelnen abgehandelte Fachgebiet spezialisiert sind, und niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen bestimmt sein.

Der Band ist in die Hauptabschnitte Grundlagen und Arbeitstechniken, ne-

phrologische Krankheitsbilder, interventionelle Therapie, Blutreinigungsverfahren und Nierentransplantation gegliedert. Damit sind gemäß dem eingangs formulierten Anspruch alle wichtigen Bereiche der Nephrologie erfaßt. Bei einer Neuauflage wäre zu überlegen, ob nicht auch ein eigenes Kapitel zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit Nierenkranker eingefügt werden soll; denn diese Fragen sind auch außerhalb gutachterlicher Problemstellungen äußerst praxisrelevant. Die Darstellung der einzelnen Abschnitte erfolgt vorwiegend im Telegrammstil. Die aufgelisteten Daten sind umfassend, modern und für die Praxis nahezu lückenlos. Die Abbildungen, Tabellen und Fließdiagramme ergänzen den Text in ausgezeichnete Weise. Insgesamt handelt es sich um eine hervorragende Informationsquelle, die nicht nur Stu-

denten und jüngeren Ärzten in Ausbildung oder Allgemeinärzten empfohlen werden kann; sondern auch der erfahrene Nephrologe wird in diesem Taschenbuch manch wichtige Auskunft rasch und unkompliziert auffinden. Für den täglichen Gebrauch und für die Kitteltasche sind die handliche Form und der strapazierfähige Plastikeinband besonders wertvoll.

Trotz der herausgehobenen Vorzüge kann oder will dieser Leitfaden weder Lehr- noch Handbücher der Nephrologie ersetzen. Umfang, Struktur und Darstellung der Fakten dienen der raschen Orientierung und Repetition. Komplexe Zusammenhänge und kritische Interpretationen zahlreicher Symptome und Befunde können oft nur angedeutet werden.

G. Hempel, Bautzen

**Meusel
Sport für Ältere
Bewegung, Sportarten, Training
Handbuch für Ärzte, Therapeuten,
Sportlehrer und Sportler**

1999.376 Seiten, 114 Abbildungen,
71 Tabellen, gelb.
DM 89,00 öS 715,00 sFr 89,00
ISBN 3-7945-1851-9

Der Autor dieses gut ausgestatteten Buches, Univ.Prof. Dr. Heinz Meusel, ist Sportwissenschaftler und bereits mit mehreren Publikationen zu Fragen des Sporttreibens im höheren Lebensalter hervorgetreten. Sie basieren auf einem breiten Fundament praktischer Erfahrungen, die in der Arbeit des Sportwissenschaftlichen Instituts der Universität Gießen mit Alterssportgruppen gewonnen wurden. Als sich bereits 1972 gewisse Besonderheiten dieses Bereiches sportlicher Betätigung abzeichneten

wurde begonnen, ihre Relevanz durch wissenschaftliche Untersuchungen in den bestehenden Übungsgruppen systematisch zu untersuchen und einschlägige Literatur beizuziehen. So konnten bis 1980 über 5000 und von 1980 bis 1996 weitere 5000 Publikationen aus den Bereichen Medizin, Gerontologie, Sportwissenschaft, Psychologie, Soziologie und Biologie gesichtet und dokumentiert werden.

Die vorliegende umfassende Darstellung der spezifischen Aspekte des Sports für Ältere liefert mit ihren über 1000 Titeln aus dieser Dokumentation geradezu eine Bibliographie zu der spezifischen Thematik. Im Untertitel wird die Monographie als Handbuch bezeichnet. Im Hinblick auf ihr äußeres Format könnte eine solche Bezeichnung zunächst durchaus einige Skepsis auslösen. Es erweist sich aber, daß das Buch mit vollem Recht dieser Kategorie zuge-

ordnet wird. Um das zu begründen sei es gestattet, - entgegen den Gepflogenheiten bei Rezensionen - die Inhaltsangabe (4 Seiten in Dezimalklassifikation) verkürzt zu zitieren: Der Stoff ist in drei Teile gegliedert. Teil A „Grundlagen“ mit den Abschnitten: 1. Was heißt Sport für Ältere. 2. Motive, Teilnahme und Barrieren Älterer im Sport. 3. Lebenslanges Sport treiben - Voraussetzungen schaffen, Barrieren abbauen, Aktivität fördern. Teil B „Eignung der Sportarten für Ältere“ mit den Abschnitten: 4. Wertungsversuche und Altersgruppen. 5. Bewegungsgruppen und Sportarten für alle. 6. Sportarten mit spezifischer Vorbereitung. 7. Sportarten für Erfahrene. 8. Weniger geeignete Sportarten und Übungsformen. Teil C „Sportliches Training“ mit den Abschnitten: 9. Überlegungen und Maßnahmen vor Trainingsbeginn. 10. Sportmotorische Testaufgaben und Fitnessstests für Ältere. 11. Trainingssteuerung und Belastungsdo-

sierung und 12. Wettkampf und Leistungsvergleiche. Alle 12 Themengruppen werden in zahlreichen Kapiteln eingehend erörtert. Ein umfangreiches Sachverzeichnis (7 Seiten) erleichtert das Auffinden von Einzelaspekten.

Der Leser wird sehr bald bemerken, daß trotz der inhaltlichen Vielfalt alle Einzelfragen wissenschaftlich fundiert, eingehend und kritisch, aber keinesfalls trocken erörtert werden. Auch der Erfahrene wird kaum Mängel finden und höchstens mit leichtem Erstaunen feststellen, daß zwar die Gesundheitsrelevanz sportlicher Aktivitäten immer unterstrichen wird und Bezeichnungen wie „Gesundheitssport“ oder „Konditionstraining“ erörtert werden, aber das Wort „Gesundheitstraining“, das die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte als „Unverzichtbaren Bestandteil des Rehabilitations-Konzeptes“ bezeichnet, überhaupt nicht vorkommt. Der Begriff wurde 1972 von ostdeutschen Sportmedizinern eingeführt und wissenschaftlich begründet. Auch könnte durch die gewählten Literaturhinweise der Eindruck entstehen, das jetzt mit Recht aktuelle „sanfte“ Training und „walking“ sei in den USA geboren. Es waren aber ebenfalls die frühen 70iger Jahre, in denen die gesundheitsdienlichen Wirkungen sanften Trainings und flotten Gehens, wie auch das Treppentraining für ältere Sporttreibende durch Untersuchungen ihrer Beeinflussung der Herz-Kreislauf- und Stoffwechselfunktionen objektiviert und im deutschen Schrifttum publiziert wurden - zu einer Zeit als die „Trimmklaverei“ und der „Leistungsfetischismus“ sich auszubreiten begannen. Im Interesse historischer Korrektheit wäre eine Berücksichtigung dieser Hinweise in einer sicher zu erwartenden weiteren Auflage zu begrüßen.

Das Buch könnte durch seine Fülle verwirrend wirken. Mit seiner didaktisch wirksamen und lebendigen Darstellung sowie den informativen Abbildungen

und Tabellen ist es jedoch ungemein anregend und in jeder Hinsicht praxisrelevant. Dabei wird allerdings auch deutlich gemacht, daß viele allgemeingültige Grundsätze zur Effizienz sportlichen Trainings für den Bereich der sportlichen Betätigung im höheren Lebensalter modifiziert werden müssen. Das gilt z. B., um nur einiges zu nennen, für das Verhältnis Belastung - Erholung; die Wichtung der Anteile Ausdauer, Kraft, Koordination; Charakter und Gesamtaufbau des Übungsprozesses und die Dosierung von Intensität, Häufigkeit und Dauer. Gleiches gilt auch für die Bedeutung freudvoller Übungsinhalte, für Individualisierung und Gesundheitsrelevanz, für die emotionalen und sozialen Aspekte sowie hinsichtlich des Wertes sportlicher Aktivität für die Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung und Lebensgestaltung im höheren Alter.

Dieses Buch ist nicht nur Sportpädagogen und -methodikern, Trainern, Heilsporthlehrern und Physiotherapeuten, die im Gesundheits- und Heilsport tätig sind, als zuverlässige Informationsquelle und Weiterbildungshilfe zu empfehlen. Selbstverständlich ist es auch für die interessierten älteren Sporttreibenden wertvoll.

Für Sportärzte und Ärzte, die auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation tätig sind oder tätig sein werden bietet das Buch eine inspirierende und zuverlässige Möglichkeit, einschlägiges Wissen zu vervollständigen bzw. zu vertiefen. Auch die in sportmedizinischen Kursen vermittelten, aber nicht selten zu kurz kommenden sportmethodischen Kenntnisse können damit untermauert und gefestigt werden.

Dieses Buch schließt eine Lücke, die zwischen medizinischer und sportwissenschaftlicher Literatur auf dem Gebiet des gesundheitsdienlichen Sporttreibens im höheren Lebensalter bestand.

S. E. Strauzenberg, Kreischa

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
DGN: <http://slaek.dgn.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Annett Neumann

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 72 28, Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 1. 1. 1999 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 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 11. Pfeiffer, Sigrun
02977 Hoyerswerda
1. 11. Dr. med. Reuther, Bernd
08058 Zwickau
1. 11. Dr. med. Thiele, Gertraud
09599 Freiberg
3. 11. Dr. med. Tier, Adolf
09337 Hohenstein-Ernstthal
5. 11. Dr. sc. med. Stöber, Günter
04736 Waldheim
6. 11. Prof. Dr. med. habil. Wehnert, Jörg
01279 Dresden
7. 11. Dr. med. Karch, Barbara
02708 Dürrhennersdorf
7. 11. Littmann, Barbara
09366 Stollberg
7. 11. Dr. med. Theß, Galina
01069 Dresden
9. 11. Dr. med. Halamoda, Wolfgang
01067 Dresden
9. 11. Dr. med. Schöne, Annelies
01259 Dresden
10. 11. Dr. med. Ziegler, Almut
04159 Leipzig
11. 11. Dr. med. Zinkl, Thomas
04654 Frohburg
13. 11. Prof. Dr. med. habil.
Handrick, Werner
04457 Mölkau
13. 11. Dr. med. Zobel, Stefanie
04157 Leipzig
14. 11. Dr. med. Pohle, Barbara
04275 Leipzig
14. 11. Dr. med. Zinkl, Marianne
08056 Zwickau
16. 11. Dr. med. Schauer, Johann
08523 Plauen
18. 11. Dr. med. Schwieger, Klaus
04277 Leipzig
20. 11. Dr. med. Rosenkranz, Erika
04683 Köhra
24. 11. Dr. med. Jähnichen, Eckhard
01454 Radeberg
24. 11. Dr. med. Müller, Heike
01827 Pirna-Pratzschwitz
25. 11. Dr. med. Müller, Rolf
04277 Leipzig
26. 11. Dr. med. Kraska, Klaus
09322 Penig
26. 11. Dr. med. List, Antje
04157 Leipzig
27. 11. Dr. med. Stegner, Ines
09376 Oelsnitz
28. 11. Dr. med. Lammel, Wilfried
02785 Olbersdorf
28. 11. Dr. med. Schliwa, Adolf
08228 Rodewisch
29. 11. Kühne, Roland
09390 Gornsdorf
29. 11. Dr. med. Richter, Rudolf
08349 Johanngeorgenstadt

65 Jahre

1. 11. Prof. Dr. med. habil.
Behrendt, Wolfram
04299 Leipzig
 1. 11. Dr. med. Merkel, Athos
09116 Chemnitz
 2. 11. Prof. Dr. sc. med. Künzel, Walter
01189 Dresden
 2. 11. Dr. med. Schalling, Siegfried
09518 Großbrückerwalde
 4. 11. Dr. med. Dörre, Christa
08294 Löbnitz
 5. 11. Dr. med. Ackermann, Bernhard
08058 Zwickau
 6. 11. Dr. med. Aderhold, Margret
09405 Zschopau
 9. 11. Dr. med. Künzel, Gunther
01877 Bischofswerda
 9. 11. Schnabel, Irene
09405 Zschopau
 11. 11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Martin
01324 Dresden
 12. 11. Dr. med. Pfeffer, Klaus
01129 Dresden
 12. 11. Dr. med. Rosigkeit, Isabella
04229 Leipzig
 13. 11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Jutta
01705 Freital-Wurgwitz
 14. 11. Dr. med. Streidt, Irmgard
01279 Dresden
 16. 11. Dr. med. Bulang, Eva
02625 Bautzen
 17. 11. Dr. med. Conrad, Renate
01277 Dresden
 19. 11. Dr. med. Böhme, Klaus
02625 Bautzen
 20. 11. Dr. med. von Großmann, Ingeborg
08056 Zwickau
 22. 11. Dr. med. Hessel, Anni
04155 Leipzig
 23. 11. Dr. med. Döll, Günther
02943 Weißwasser
 25. 11. Dr. med. Fröhler, Marie-Luise
04454 Holzhausen
 26. 11. Dr. med. Schubert, Maria
08538 Mißlareuth
 27. 11. Dr. med. Reinhold, Ursula
01217 Dresden
 29. 11. Dr. med. Zimmermann, Betty
04736 Waldheim
- ## 70 Jahre
1. 11. Dr. med. Johné, Dieter
04720 Döbeln
 7. 11. Dr. med. Mahmoud, Ali Abdul
09111 Chemnitz
 11. 11. Dr. med. Eder, Gerhard
04808 Kühren
 13. 11. Dr. med. Grobe, Gerhard
09212 Limbach-Oberfrohna
 27. 11. Dr. med. Berdau, Wolfgang
04439 Engelsdorf

29. 11. Dr. med. Dippmann, Ruth
01309 Dresden

75 Jahre

1. 11. Klose, Horst
09114 Chemnitz
1. 11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
1. 11. Petri, Gertraud
04668 Grimma
2. 11. Dr. med. Bernhardt, Johannes
01326 Dresden
19. 11. Dr. med. Frank, Rudolf
09126 Chemnitz
25. 11. Dr. med. Kleinschmidt, Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna

80 Jahre

5. 11. Dr. med. Heckemann, Gertraude
01259 Dresden
8. 11. Dr. med. Dittrich, Alice
04758 Oschatz
12. 11. Dr. med. Roghan, Ursula
08645 Bad Elster
16. 11. Dr. med. Kipping, Rolf
08058 Zwickau
17. 11. Bleischwitz, Günther
01454 Radeberg

81 Jahre

15. 11. Prof. Dr. med. habil.
Heidelmann, Gerhard
01259 Dresden
21. 11. Dr. med. Sieler, Heinz
04315 Leipzig
30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau

82 Jahre

16. 11. Dr. med. Farwick, Christine
01219 Dresden

84 Jahre

24. 11. Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice
09599 Freiberg

85 Jahre

21. 11. Dr. med. Schmidt, Siegfried
09114 Chemnitz
25. 11. Prof. Dr. med. habil.
Strauzenberg, Ernest
01731 Saida

87 Jahre

30. 11. Dr. med. Leistner, Elisabeth
08223 Falkenstein

90 Jahre

27. 11. Dr. med. Pacik, Franz
01936 Königsbrück

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich. Bitte lassen Sie uns das wissen.

Die Redaktion

Sonnenfinsternis 1999

Im Jahre 1953 erlebte ich eine fast totale Sonnenfinsternis von 99,8 % im fernen Suchumi, Kaukasus, wo unsere Familie seit Jahren interniert war.

Dieser Umstand verhinderte, daß ich die wenigen Kilometer bis in die totale Zone überwinden durfte, denn wir lebten nun einmal hinter Stacheldraht.

Zwei Eindrücke blieben mir unvergeßlich in Erinnerung. Der große Kummer über die verhinderte Gelegenheit, eine Korona der Sonne sehen zu können und die überraschende Erkenntnis, daß auch eine über 99prozentige Verfinsterung zwar eindrucksvoll ist, jedoch den letzten großen Donnerschlag vermissen läßt.

In Erinnerung ist mir deshalb vornehmlich ein Effekt geblieben, der den meisten Sonnenbeobachtern entgeht, nämlich die runden tanzenden Sonnenflecken unter einer Baumkrone auf dem Waldboden mit zunehmender Verfinsterung auch sichelförmige werden, wie die Sonne. Aber wer schaut schon auf den Boden, wenn es um das Sonnengestirn geht. Ich schwor mir damals, die nächste sich bietende Gelegenheit zu nutzen, eine totale Verfinsterung zu erleben.

So fuhr ich denn zusammen mit einem jugendlichen Nachbarssohn am 11. August 1999 um 3.00 Uhr in Richtung Donauwörth, welches ich dann gegen 9.00 Uhr erreichte.

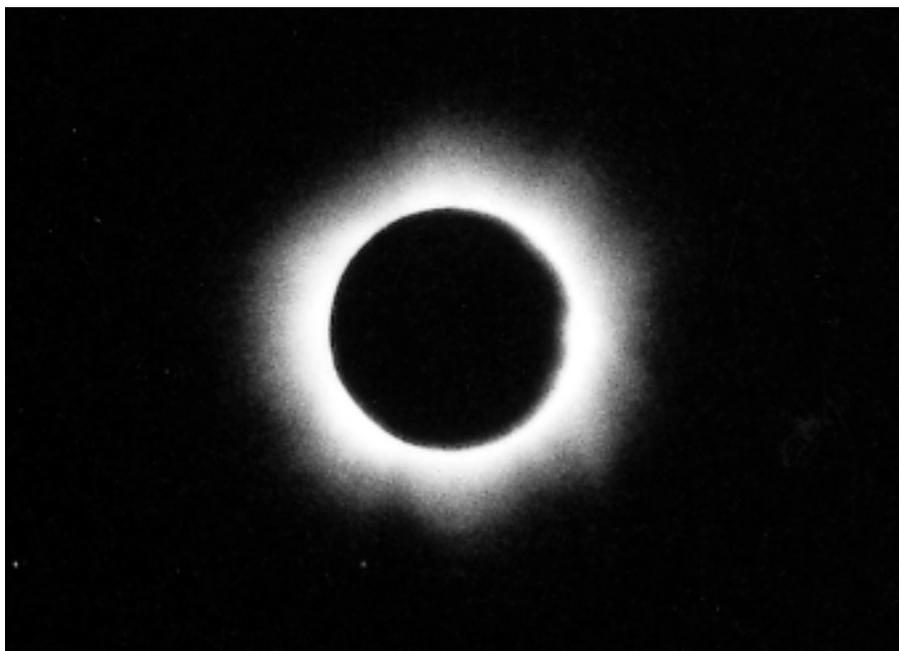
Es goß in Strömen.

Aber es zeigten sich dann Wolkenlücken, die meinen jungen Freund auf den Gedanken brachten, diesen Himmelsausblicken hinterherzufahren. So waren wir denn bis zur Verfinsterung damit beschäftigt, den treibenden Wolken nachzujagen.

Aber wir wurden belohnt.

Wir erlebten die totale Verfinsterung!

Ich hatte mir vorgenommen, dieses Erlebnis emotionslos zu beobachten, wußte ich doch, um was für physikalische Probleme es hier geht.



Als ich jedoch diese finstere Scheibe über der Sonne sah, die plötzlich keine Scheibe war, sondern ein abgrundloses schwarzes Loch, umgeben von dem Strahlenkranz der Sonnenkorona, als die Sterne aufleuchteten und die Finsternis das ganze Land überfiel, da schauderte es mich auf das Unheimlichste, die Haare standen mir zu Berge, und vollkommen gelähmt vergaß ich alles, was ich mir eigentlich vorgenommen hatte.

Wieso dieser Schauer, warum diese völlige Wehrlosigkeit den Emotionen gegenüber?

Ich begriff, daß unsere Vorfahren vor Entsetzen kopflos wurden bei einem solchen Ereignis.

Es wird wohl so sein, daß ein kosmischer Vorgang, wie diese Verfinsterung, unsere Wahrnehmung überfordert. Im Laufe der Evolution waren ja Vorgänge außerhalb unseres Planeten von zweitrangiger Bedeutung und äußerst selten wirksam auf die Entwicklung des Lebens. Uns fehlt einfach ein Sinnesorgan, welches uns dieses wunderbare System des Kosmos begreifen läßt.

Und wenn wir dann regelrecht hand-

greiflich mit diesem Kosmos in Berührung kommen, dann bleiben uns nur die zu Berge stehenden Haare.

Im Grunde ging es wohl den Astronauten auf dem Monde nicht viel anders.

Übrigens verblaßt die Erinnerung an die wenigen Sekunden ganz rasch, irgendwie ist das alles nicht mehr so recht vorstellbar.

Auch die Astronauten vermögen es sich im Anblick des Vollmondes heute nicht mehr vorzustellen, daß sie dort oben einmal herumgelaufen, ja sogar mit einem Auto unterwegs gewesen seien.

Ergo: Wir haben allen Grund, auf dem Boden zu bleiben, im wörtlichen wie übertragenen Sinne. Es reicht, wenn uns gelegentlich ein Schauer übermannt.

Dr. Clemens Weiss
Leipzig

Über das Anatomische Labor am Deutschen Hygienemuseum in Dresden

Das Deutsche Hygienemuseum nimmt einen festen Platz in der Museumslandschaft unserer Landeshauptstadt ein. In diesem Jahr begehen wir den 70. Jahrestag des Einzuges in das neue Museumsgebäude am Lingnerplatz.

Im Oktober 1929 verließ das Deutsche Hygienemuseum die bisherige Heimstatt in der Zirkusstraße und zog in den von Wilhelm Kreis geschaffenen Neubau.

„Wilhelm Kreis hat für die im wesentlichen zweckhaft gebundene Bauaufgabe eine Lösung gefunden, die sie als ein Werk der Kunst in Erscheinung treten läßt. Die Funktionen der Bauelemente sind mit überzeugender Sicherheit und formal so vollendet ausgedrückt, daß die äußere Einfachheit niemals als Dürftigkeit zu wirken vermochte.“ (4)

wasser „Odol“ viel Geld verdient und damit verschiedene gesundheitspolitische Initiativen unterstützt. So finanzierte er zum großen Teil die Internationale Hygieneausstellung und war später mit der wissenschaftlichen Leitung des National-Hygiene-Museums betraut.

Für das Hygienemuseum arbeiteten eine Reihe von Werkstätten, unter ihnen das Anatomische Labor. Lingner sah den Vorteil museumseigener Werkstätten so: „Eine besondere Eigenart des geplanten Museums, die auf die spätere Finanzgebarung von günstigem Einfluß sein wird, möchte ich hier erwähnen. Das Museum wird nämlich vor anderen den großen Vorzug haben, daß es in seiner weiteren Ausgestaltung und Ergänzung nicht darauf angewiesen ist, neues Material von auswärts zu Liebhaberpreisen heranzuholen ...“ (3)

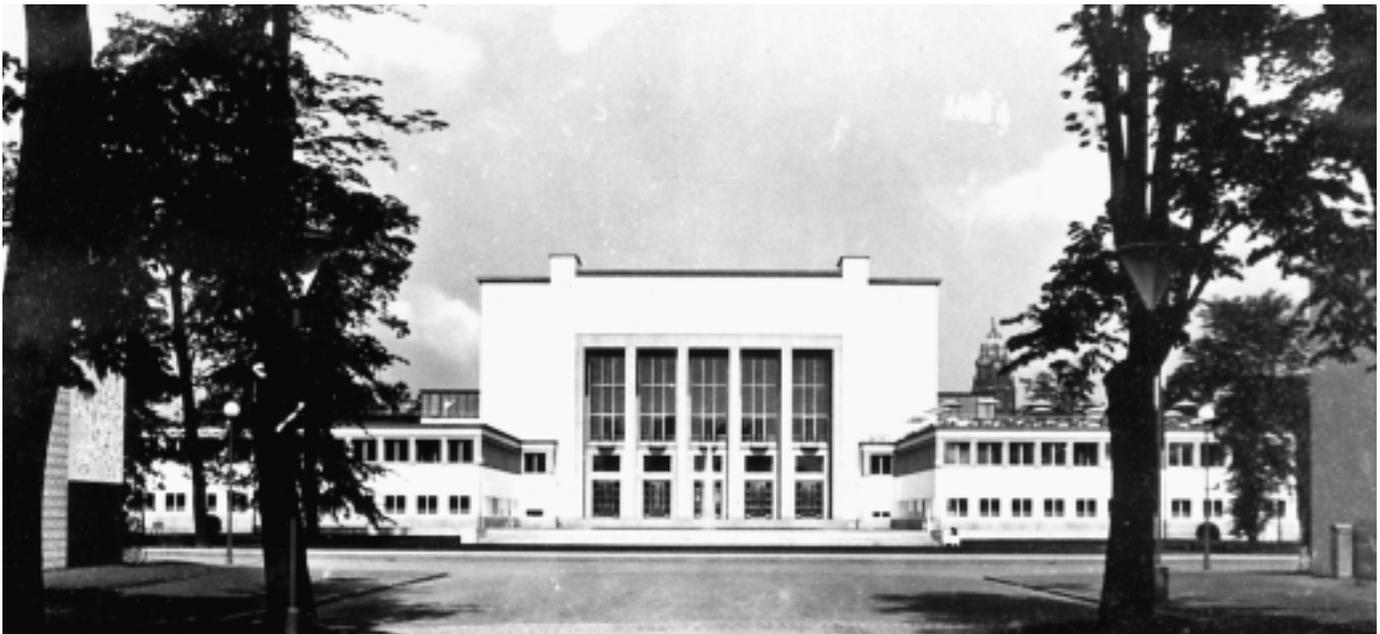


Abbildung 1: Neubau des Deutschen Hygiene-Museums

Das Deutsche Hygienemuseum war entstanden, nachdem die **I. Internationale Hygieneausstellung 1911** in Dresden großen Anklang gefunden hatte. Als Ursprung des Deutschen Hygienemuseums gilt die Gründung des „Vereines für das National-Hygiene-Museum e.V.“ am 3. März 1913. Das National-Hygiene-Museum war zunächst in der Großenhainer Straße untergebracht, nachdem dort der Mietvertrag abgelaufen war, zog es 1924 in die Zirkusstraße um, bis es 1929 den eigens errichteten Museumsbau als neue Heimstatt fand.

Die Errichtung des Deutschen Hygienemuseums ist in erster Linie dem Dresdner Industriellen **Karl August Lingner** zu verdanken. Dieser hatte durch sein allgemein bekanntes Mund-

Die Gründung des Anatomischen Labors geht auf einen **Vertrag zwischen Lingner und dem Leipziger Anatomen Werner Spalteholz** aus dem Jahre 1911 zurück, in dem festgelegt wurde: „Die Kosten dieses Laboratoriums trägt Herr Geheimrat Lingner beziehentlich die künftige Museumsverwaltung. Die Arbeiten für dieses Laboratorium erfolgen von seiten des Herrn Prof. Spalteholz selbstverständlich unentgeltlich, die in dem Laboratorium hergestellten Präparate sind ... in dem einzurichtenden Museum zur Ausstellung zu bringen.“ (6)

Das Anatomische Labor wurde ebenfalls in der Großenhainer Straße untergebracht. Hier wurden nach verschiedenen Me-



Abbildung 2: Fetus in Kunstharz

thoden Modelle für das Museum gefertigt. So entstanden Skelettpräparate, Moulagen und verschiedene Organpräparate. Ein wichtiges Verfahren dabei war das Spalteholz-Verfahren.

Bei diesem Verfahren war es möglich, Organe durchsichtig zu machen, indem das Organ in ein Material eingebettet wurde, das eine Entwässerung des Gewebes bewirkte und gleichzeitig als optisches Medium mit dem gleichen Brechungsindex wie das Gewebe diente.

Neben dem Spalteholz-Verfahren fand das Korrosionsverfahren im Anatomischen Labor Anwendung. Hierbei wurde eine Substanz in die Gefäße injiziert, diese erstarrte und anschließend konnte das Gewebe korrodiert werden.

Weiterhin wurden „Organe in Reihen feinsten Schnitte zerlegt und einzeln zwischen Glasscheiben gefügt, dann zum Buche zusammengeschlossen, daß man das Organ selbst gleichsam durchblättern konnte“. (7)

Nach der Gründung des Hygienemuseums bestand die Hauptaufgabe des Anatomischen Labors in der Wartung und Reparatur von Präparaten, die man von der I. Internationalen Hygieneausstellung übernommen hatte. Außerdem wurden Präparate menschlicher Organe für verschiedene Ausstellungen hergestellt. Dafür war die Beschaffung von Leichen vonnöten. In diesem Zusammenhang beklagte Lingner 1914: „... das Museum Schwierigkeiten in der Beschaffung von menschlichen

Leichenteilen habe. Herr Geheimer Rat Dr. Rumpelt ist geneigt, eine Verfügung zu erwirken, wonach das Hygiene-Museum in dieser Beziehung als gleichberechtigt mit Universitätsinstituten angesehen und behandelt werden soll. Die Stadt ihrerseits ist bereit, die städtische Leichenhalle für Sektionen zur Verfügung zu stellen.“ (5)

Durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges kam es zu drastischen Kürzungen der Mitarbeiterzahl des Anatomischen Labors. In dieser Zeit wurden vorwiegend Ausstellungsstücke zur „Verwundeten und Krankenfürsorge im Kriege“ hergestellt. Trotzdem konnten sowohl das Spalteholz-, wie auch das Korrosionsverfahren weiterentwickelt werden, nicht zuletzt, weil Prof. Spalteholz die wissenschaftliche Leitung der Lehrwerkstätten übernahm. In den schwierigen Nachkriegsjahren war es nur durch engagierte Ausstellungstätigkeit auf Wanderausstellungen sowie Produktion und Verkauf von Ausstellungsstücken möglich, daß das Hygienemuseum vor dem finanziellen Ruin bewahrt wurde. Die Lehrmittel dienten dem Schulunterricht im In- und Ausland.

Mit dem Umzug des Hygienemuseums in das neue Gebäude am Lingnerplatz erhielt auch das Anatomische Labor dort neue Arbeitsräume.

1930/31 fand im Hygienemuseum die II. Internationale Hygieneausstellung statt, sie zählte mehr als 3 Millionen Besucher. Der große Erfolg dieser Ausstellung ist unter anderem

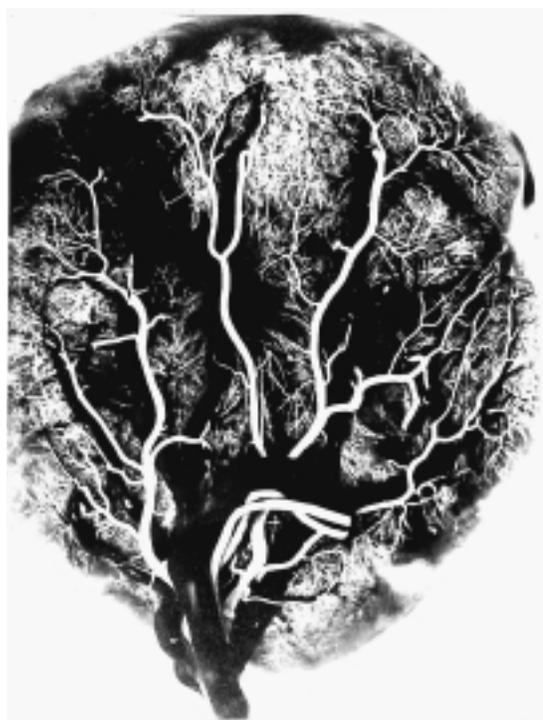


Abbildung 3: Injiziertes Gefäßsystem einer menschlichen Plazenta

den einfachen und doch ausdrucksstarken Darstellungsmethoden zu verdanken.

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 wurde auch die Produktion im Anatomischen Labor umgestellt und erfuhr einen Aufschwung. Durch mehrere Ausstellungen konnte der Bekanntheitsgrad des Hygienemuseums im Ausland erhöht werden und der Export der Spalteholz-Präparate erreichte 1936/37 ihren bisherigen Höhepunkt.

Mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges ging die Nachfrage zurück und die Produktion der Werkstätten des Hygienemuseums wurde auf „Kriegsbedarf“ umgestellt. Bei den Bombenangriffen auf Dresden im Februar 1945 wurde auch das Hygienemuseum mit seinen Werkstätten zerstört.

Nach Kriegsende waren die Mitarbeiter des Anatomischen Labors vorwiegend mit der Sicherung von Ausstellungsstücken beschäftigt; es wurden aber bereits 1946 auch neue Präparate hergestellt. In den Folgejahren kam es bei steigender Produktion erneut zu einem Mangel an menschlichem Leichenmaterial, die Situation entspannte sich erst, nachdem 1952 die „Anordnung für Übernahme und Bestattung Verstorbener durch wissenschaftliche Institute des Ministeriums für Gesundheitswesen“ erschienen war. Es wurden auch Leichen von Hingerichteten zur Präparation verwendet.

Nach wie vor hatten die Spalteholz-Präparate einen großen Stellenwert in der Produktion des Anatomischen Labors. 1957 wurden 1.144 Stück produziert, es konnten jedoch nur 610 verkauft werden.

Bis 1950 waren die Spalteholz-Präparate individuell angefertigt worden, später ging man dann zur Serienproduktion über, was mit Qualitätseinbußen verbunden war. Zusätzlich bekam das Anatomische Labor Konkurrenz vom Gesundheitsmuseum in Köln, in dessen Anatomischen Labor hochwertige Ausstellungsstücke hergestellt wurden.

Um den Verlust in der Produktion von Spalteholz-Präparaten abzufangen, gab es verschiedene Versuche zur Einbettung in unterschiedliche Kunststoffe, diese gelangten jedoch nicht zur Serienreife.

U. Keßler, eine ehemalige Mitarbeiterin, berichtete über ein weiteres Arbeitsgebiet des Labors: *„Für die im DHM (Deutsches Hygienemuseum, die Verfasser) hergestellten Gläsernen Menschen wurden Urmodelle (nur vom Skelett) präpariert. Für das Gläserne Pferd (1956) und die Gläserne Kuh (1958) wurden alle notwendigen Präparierarbeiten, die zur Abformung des gesamten Tieres (Außenhaut) sowie der einzelnen Organe und des Skelettes notwendig waren, ausgeführt.“* (2)

In den 60er Jahren verringerte sich die Produktion des Anatomischen Labors. 1968 konnte kein einziges der 469 hergestellten Spalteholz-Präparate exportiert werden. Die Absatzprobleme und die Qualitätsmängel sowie die gescheiterten Versuche der Weiterentwicklung des Spalteholz-Verfahrens führten 1971 zur Schließung des Anatomischen Labors. „Im

Januar 1971 lautete der Arbeitsauftrag, alles zu vernichten, was zum Anatomischen Labor gehörte, die Räume freizuräumen, alle Präparate, die zur Herstellung von Anschauungsmaterial konserviert waren, zu vernichten ...“ (2) Dabei wurden gut erhaltene Präparate von den beiden Mitarbeiterinnen des Labors ohne Wissen der Museumsleitung in Kellerräume des Museums verbracht. 1989/90 fand man diese Präparate, als die Kellerräume für das neu gegründete Anatomieinstitut der Medizinischen Akademie Dresden als Präpariersäle ausgebaut wurden. Da die Präparate in einem mangelhaften Zustand waren, der eine Ausstellung nicht mehr zuließ, lagerte man sie innerhalb des Museums um.

Dr. med. Torsten Beichler
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 der Technischen Universität Dresden
 Klinik und Poliklinik für Orthopädie
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



Abbildung 4: Gläserne Frau