

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 1|2000

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung am 1. Dezember 1999	4
Berufspolitik	Standpunkte und Erwartungen der Bundesärztekammer an eine Gesundheitsstrukturreform	5
Amtliche Bekanntmachungen	Krebsregistrierung in Sachsen Das Fahrtenbuch Zertifikat Schutzimpfungen	14 17 18
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Beitragswerte der SÄV und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung Termine für das Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge im Jahr 2000 Impressum	19 20 20
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Begründung zum Haushaltsplan 2000 Konzerte und Ausstellungen 4000. Facharztprüfung 10-jährige Mitarbeit im Redaktionskollegium	21 21 22 22
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	23
Originalien	Einführung der ICD-10 ab 1.1.2000 H. Kunath, U. Lochmann Die Prophylaxe des diabetischen Fußes steht im Vordergrund H. Rietzsch	25 28
Tagungsberichte	Viertes Sächsisches Seniorentreffen 3. Vogtländischer Ärztetag in Bad Elster	32 33
Personalia	Dr. med. Rudolf Marx zum 60. Geburtstag Prof. Dr. med. habil. Hans-Joachim Dietzsch zum 80. Geburtstag Geburtstage im Februar 2000	34 35 35
Feuilleton	Also: 2000	39
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – März 2000 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“
sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, im DGN unter
<http://slaek.dgn.de> und per e-Mail: dresden@slaek.de zu erreichen/abrufbar.

Aus der Vorstandssitzung am 1. Dezember 1999

Die letzte Vorstandssitzung im Jahr 1999 fällt auf den Welt-Aids-Tag - Aids eine neue Geisel der Menschheit.

Zu Beginn jeder Vorstandssitzung wird mit der Protokollbestätigung der letzten Sitzung und der Beschlusskontrolle die Kontinuität der Arbeit wieder aufgenommen. Es bleibt immer wieder festzustellen, dass bedauerlicher Weise das Berufsrecht viel Raum in unserer Arbeit einnimmt.

In geschlossener Sitzung folgt dann die Erörterung der Haushaltansprache. Es gehören auch die Ordnung der Geschäfte im Hause und untereinander dazu. Die Arbeit wird getragen von der Besonnenheit und die von der auf ausgleichen-des Verständnis zielende Art des Präsidenten.

Ein unvermeidbarer neuer Kostenfaktor wird der Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin darstellen. Es wird bei aller finanzieller Belastung begrüßt, dass die Bundesärztekammer dann am Ort der Geschehnisse präsent ist. Die Kosten werden auf die Landeskammern umgelegt. Als Bauland wird ein Areal in Berlin-Mitte diskutiert.

Im weiteren Verlauf der Sitzung werden die Ergebnisse der 21. Kammerversammlung am 13. 11. 1999 erörtert und die nächste Tagung der Kreisärztekammervorsitzenden vorbereitet.

Die Wahl der Ausschüsse zur Kammerversammlung war sehr gut verlaufen. Als Arbeitsmaterial liegt den Vorstandsmitgliedern eine Aufstellung der Ausschüsse mit den gegenwärtigen Betreuungsaufgaben vor.

In Leipzig hat die Kreisärztekammer einen neuen Vorstand gewählt. Der Vorsitzende ist jetzt Herr Prof. Keller, nachdem die vorangegangenen Legislaturperioden ehrenvoll von dem ehemaligen Vizepräsidenten Herrn Dr. Schwenke geleitet wurden. Als stellvertretender Kreiskammerer ist ein Vorstandsmitglied gewählt - Herr Dr. Windau. Die Kreiskammer Leipzig wird ihr neues Domizil in der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen in Leipzig einnehmen. Ein weiteres gutes Zeichen, dass die Gremien näher zusammenrücken werden.

Die aktuelle gesundheitspolitische Lage beschäftigte auch diesmal die Gemüter. Eine Wiedervorlage des Gesetzesentwurfes der Bundesgesundheitsministerin wird es nach der totalen Ablehnung im Bundesrat nicht geben. Trotzdem wird ein Torso dieser Reform kommen mit sektoralen Budgets und mit Integrationsmodellen, die die Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen untergraben. Es werden alle die Dinge umgesetzt werden, die nicht bundesratszustimmungspflichtig sind.

Besondere Sorge bereitet das Arzneimittelbudget, welches Anfang Dezember 1999 überschritten sein wird und somit droht die Kollektivhaftung. Analysen der GKV haben ergeben, dass sich zirka 90 % der Ärzte richtgrößengerecht verhalten. Die Kollektivhaftung muss abgewendet werden. Dafür setzt sich der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer auf politischer Ebene und in der Öffentlichkeit ein. All diese Sorgen und Probleme machen deutlich, dass ein Reformdruck besteht.

Im „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ liegt jetzt aus allen Gruppierungen Arbeitsmaterial für eine gemeinsame Konzeption vor. Das aus diesem Material entstehende Konzeptionspapier soll für alle Bündnispartner relevante Schwerpunkte enthalten.

Der Präsident berichtet von einem Ministergespräch am 27. November 1999, bei dem die vorgenannten gesundheitspolitischen Probleme erörtert wurden. Dabei wurden auch die Nachwuchsprobleme in der Allgemeinmedizin besprochen. Das Problem kommt spätestens in fünf Jahren zum Tragen. Das Weiterbildungsangebot mit der finanziellen Stützung wird nur unzureichend angenommen. *Es gibt zu wenig Weiterbildungsassistenten.* Im stationären Bereich sind noch zu wenig Umwidmungen von fachärztlichen Stellen in allgemeinärztliche Stellen erfolgt. *Ab dem 1. 1. 2000 werden allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten in Sachsen mit 2.000 DM gefördert.* So wurde es auf der letzten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen beschlossen.

Ausführlich wurde die Einbeziehung der Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in das Gesetz zur Förderung der außergerichtlichen Streitigkeiten beraten. Der Vorstand ist der Auffassung, dass die Schlichtungsstelle die entsprechende Kompetenz hat und deshalb die Aufgabe von ihr weiterhin wahrgenommen wird. Es ist mit einer hohen Zahl von Verfahren zu rechnen. Schon jetzt ist die Schlichtungsstelle stark in Anspruch genommen. Die Schlichtungsstelle wurde heute mit einem weiteren ehrenamtlichen Arzt besetzt.

Im Weiteren wurden wiederum berufsrechtliche Angelegenheiten beschieden, Mitglieder für die Ethikkommission und für die Prüfungskommission bestimmt und berufen.

Eine arbeitsreiche Sitzung hat dann 23.00 Uhr ihr Ende gefunden mit guten Wünschen für die Advents- und Weihnachtszeit.

Dr. Gisela Trübsbach
Vorstandsmitglied

Standpunkte und Erwartungen der Bundesärztekammer an eine Gesundheitsstrukturreform¹⁾

Ich weiß es als ein Privileg zu schätzen, wenn ich als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer in Ihrer Kammerversammlung zu diesem so wichtigen Thema reden und mit Ihnen diskutieren darf.

Ihr Präsident, Professor Schulze, hat mich ausdrücklich ermuntert, bei meinen Ausführungen den Blick in die Zukunft zu richten. So möchte ich mit Ihnen gemeinsam die Chance nutzen, und eine Zukunftswerkstatt einrichten, in der auch quer gedacht werden darf. Dies bedeutet dann aber auch, dass nicht alles, was ich Ihnen vortrage abgestimmtes Gedankengut oder feste Beschlusslage der Bundesärztekammer ist. Meine Ausführungen möchte ich untergliedern:

- *Nach erstens, einem kurzen Bericht zur Lage beim Gesetzgebungsverfahren, möchte ich*
- *zweitens eingehen auf die Frage „Brauchen wir überhaupt eine Gesundheitsreform?“*
- *die Antwort hängt drittens von den Problembereichen, in denen wir stecken, ab und*
- *ich werde viertens die Forderungen nach mehr Ehrlichkeit und Transparenz begründen sowie*
- *fünftens Lösungsansätze auf den verschiedenen Verantwortungsebenen zur Diskussion stellen.*
- *Im sechsten Teil meines Beitrages werde ich der Frage nachgehen, ob das Solidarprinzip in einem rationierenden Gesundheitswesen erhalten bleiben kann.*

1. Lagebericht

Was das Gesetzgebungsverfahren angeht, so können wir nur hoffen und wohl davon ausgehen, dass es scheitert. Die Mehrheit im Bundesrat wird den Gesetzentwurf, der im Bundestag am 4. November unter chaotischen Bedin-



Prof. Dr. Fuchs

gungen verabschiedet wurde, auch im Vermittlungsausschuss nicht so verbessern können, dass aus ihm noch ein gutes Gesetz wird. Denkbar wäre allenfalls, dass das Vermittlungsverfahren noch über die Zeit bis nach den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und auch Nordrhein-Westfalen verschleppt wird – quasi als Wahlkampfthema. Wahrscheinlicher ist es, dass wir Anfang des Jahres 2000 ein reines zustimmungsfreies Kostendämpfungsgesetz bekommen.

Wenn wir bis zum 1.1.2000 kein neues Gesundheitsstrukturreformgesetz bekommen, dann ist dies erst mal gut so. Denn das, was die Bundesregierung, auch gegen den Rat ihr wohlgesonnener Experten, versucht durchzusetzen, ist durch seine alleinige ökonomische Orientierung im Kern patientenfeindlich und zerstört die Patienten-Arzt-Beziehung. Aus ideologischen Gründen wird mit planwirtschaftlichen Mitteln und mit Bürokratisierung im Übermaß ein international anerkanntes Gesundheitswesen zerstört.

Bei dieser cursorischen Bewertung möchte ich es belassen und lediglich anfügen, daß die deutsche Ärzteschaft es der Gesellschaft schuldig war und ist, auf die schlimmen Fehlentwicklungen in diesem Gesetzentwurf öffentlich hinzuweisen. **Wir haben durch die Protest-**

aktionen im „Bündnis Gesundheit 2000“ auf Bundesebene und Sie mit dem „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ auf Landesebene, ebenso wie die anderen Landesärztekammern, sehr viel erreicht:

den erstmaligen Zusammenschluss nahezu aller Gesundheitsberufe gegen diesen Gesetzentwurf. Die Verhinderung dieses Gesetzes zum 1.1.2000 wäre ein großartiger Erfolg. Erfolge in der Politik bedeuten ja nicht immer nur die Frage, was man erreicht hat, sondern auch, was man verhindert hat.

Die Ärzteschaft muss sich aktiv und konstruktiv weiterhin in die Gestaltung unseres Gesundheitswesens einmischen. Die Verhältnisse sind zu komplex, als dass wir sie den Politikern allein überlassen dürfen. Ich denke, wir müssen den Politikern, die ja für unser Gesundheitswesen die Letztverantwortung tragen, klugen Rat und diesen überzeugend erteilen. Nur dann haben wir als Ärzteschaft und als ärztliche Selbstverwaltung die Chance, ernst genommen zu werden. Es versteht sich von selber, dass es in dieser Diskussion nicht um Arztein kommen geht, sondern um das Gewicht, das die Gesellschaft dem Rat der Ärzteschaft beimisst.

Nur wenn wir ernst genommen werden, können wir mitgestalten, nur wenn wir mitgestalten können, bleiben die gute Patientenversorgung in Deutschland und die Motivation der Ärztinnen und Ärzte erhalten. Ich sehe im übrigen auch die Chance, dass im kommenden Jahr ein gruppen- und parteienübergreifender Dialog zur Neugestaltung des Gesundheitswesens begonnen wird. Auf diesen Neuanfang müssen wir uns vorbereiten. Aber auch wenn ein solcher Dialog nicht zustande kommen sollte, müssen wir die eigenen Vorstellungen einer guten Patientenversorgung als Meßlatte für Vorschläge Dritter permanent fortschreiben und öffentlich machen.

2. Brauchen wir eine Strukturreform? Die Frage, ob wir überhaupt eine Gesundheitsstrukturreform brauchen, habe

¹ Herr Prof. Dr. Fuchs hielt diesen Vortrag auf der 21. Kammerversammlung der SLÄK am 13. 11. 99 in Dresden

ich mittelbar schon bejaht. In Deutschland und auch in Europa sind die Medizin und die Gesellschaft in einer solch dynamischen Entwicklung, dass es immer wieder der gesetzlichen Nachjustierung bedarf. **Drei Gründe** will ich nur nennen:

1. *Zwingenden Handlungsbedarf sehe ich allein deshalb, weil 10 Jahre nach der Wende der Risikostrukturausgleich in Deutschland vereinheitlicht werden muss mit der Zielsetzung, die heute noch existierenden unterschiedlichen Versorgungsrealitäten in Ost und West zu überwinden.*

2. *Die Bundesregierung hat sich durch das auf ein Jahr befristete Vorschaltgesetz in unnötigen Zugzwang und in zusätzliche Finanzierungsprobleme durch die Rücknahme bei den Zuzahlungen gebracht. Dabei wurde die Dimension der an sich zu regelnden Fragen ebenso verkannt wie von der Vorgängerregierung. Die zentrale Frage lautet nämlich: Was ist, wenn die Mittel nicht reichen?*

3. *Wir dürfen die Augen nicht länger vor der Tatsache verschließen, dass die Mittel zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens durch die beitragspflichtigen Einnahmen in der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht mehr gedeckt werden können. Es ist verantwortungslos und unredlich, wenn von politischer Seite weiterhin der Bevölkerung vorgegaukelt wird, auch der medizinische Fortschritt sei in Zukunft durch die Erschließung von Einsparreserven noch zu finanzieren.*

Diese Mittelknappheit will ich nun im dritten Teil meiner Ausführung näher begründen.

3. Problembereiche

Im Kern sind verschiedene Problemkomplexe anzusprechen.

Ich will beginnen mit der Ausgabenseite der GKV:

Hier sehe ich das Problem eines gewaltigen kostenintensiven medizinischen Fortschritts. Allein die neuesten Entwicklungen im Arzneimittelbereich zur

Behandlung von AIDS-Patienten, von Hepatis-C-Trägern oder von neurodegenerativ Erkrankten sind milliarden-schwer, können aber den Patienten nicht vorenthalten werden. Gleiches gilt für den Sektor Organersatz oder im Bereich der Genmedizin. Dieser medizinische Fortschritt ist nicht nur in sich kostenintensiv. Er produziert auch gesunde Alte und länger lebende Kranke. Walter Krämer spricht von der „Fortschrittsfalle“. Ich teile seine These, wonach wir nicht deshalb viele Kranke haben, weil die Medizin untätig ist, sondern weil so viele Menschen überleben, die früher längst gestorben wären. Dies wollen wir und wir können stolz auf diese Entwicklung sein. Nur hat diese Entwicklung ihre Kehrseite: Das Gesundheitssystem wird unersättlich.

Der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem aus Greifswald hat bei der Anhörung zum GKV-Reformgesetz 2000 auf folgende Zahlen hingewiesen: Von 1976 – dem Beginn der Kostendämpfungspolitik in der alten Bundesrepublik – bis heute stieg das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um etwa 4,3 % pro Jahr. Die Leistungsausgaben der GKV wuchsen weniger stark, nämlich 4,1 %. Entscheidend ist der Hinweis, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV nur um 3,3 % gewachsen sind. Hier öffnet sich eindeutig eine Schere, die in die Zukunft projiziert, nach meiner festen Überzeugung in eine Rationierung führen muss. Andere Ökonomen verweisen auf die rückläufige Lohnquote, die Folge einer hohen Arbeitslosigkeit und vieler Billigarbeitsplätze ist. Die Kopplung der GKV-Einnahmen an die Lohnentwicklung ist vor diesem Hintergrund höchst problematisch. Die negative Lohnsummenentwicklung von -0,48 % in den neuen Bundesländern wird eben nicht flankiert von einer rückläufigen Krankheitslast. Die Krankheitslast wird eher größer!

Zur Ausgabenseite:

Ebenso deutlich und selbstkritisch sollte

die Ärzteschaft aber auch die Probleme auf der Ausgabenseite der GKV identifizieren und angehen, die mit Überversorgung, Verschwendung und ineffizientem Einsatz der noch zur Verfügung stehenden Mittel verbunden sind. Als Beispiel nenne ich nur die Verbesserungsmöglichkeiten auf den Sektoren ambulant/stationäre Integration, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Wir müssen uns kritisch mit den Überkapazitäten im Gesundheitswesen auseinandersetzen.

Andererseits wäre es aber auch vermessens zu behaupten, dass der konsequente Ausbau der Qualitätssicherung mit flächendeckender Anwendung von evidenz-basierten Leitlinien unser Gesundheitssystem billiger macht. Wir alle kennen Versorgungssektoren, in denen Mangelsituationen festzustellen sind. Als Beispiele nenne ich nur Gerontopsychiatrie und Drogentherapie oder die Behandlung von Hepatitis C.

Machen wir uns nichts vor:

Infolge von Mittelknappheit werden Einmalartikel wiederverwendet, werden Patienten vorzeitig aus Krankenhäusern entlassen, weil noch Gefährdetere aufgenommen werden müssen und werden weniger gute Medikamente verordnet, weil sie billiger sind. Es handelt sich dabei in meinen Augen um Fälle, in denen suboptimale Versorgung stattfindet und wo Risiken eingegangen werden. Dies geht über Rationalisierung hinaus.

Ich habe damit Beispiele benannt, wo aus Gründen der aktuellen Mittelknappheit auf kostengünstigere Maßnahmen zurückgegriffen wird und statistische Risiken eingegangen werden, die im Einzelfall noch vertretbar sein mögen, weil sie das Maß des Notwendigen eventuell noch nicht unterschreiten. Diese Einschätzung ist deshalb möglich, weil für viele Versorgungsbereiche das medizinisch notwendige nicht so klar umrissen ist, dass eine rationierende Unterversorgung auch klar belegbar wird.

Deshalb mag es überzogen sein, ein sol-

ches Ausnutzen von Ermessensspielräumen als Rationierung zu bezeichnen. Es handelt sich um ein verdecktes und impliziertes Absenken des Versorgungsniveaus, was aber einen Verstoß gegen den ‚State of the Art‘ darstellen kann.

Die Ärzteschaft muss deshalb die Gefahr erkennen und benennen, die besteht, wenn Patienten unzureichend versorgt werden. Der Übergang zum Vorenthalten von medizinisch notwendigen Maßnahmen ist verschwommen.

Meine nüchterne Zwischenbilanz lautet: Es besteht kein Zweifel, dass auch in dem so reich ausgestatteten deutschen Gesundheitswesen rationiert wird. Es ist nicht die Frage, ob diese Rationierung stattfindet, sondern eher in welcher Form. Auf keinen Fall darf es dazu kommen, dass notwendige Maßnahmen aus Kostengründen unterlassen werden.

So plädiere ich dafür, mit dem Begriff ‚Rationierung‘ differenziert und behutsam umzugehen. Die Anwendung des Begriffs ‚Rationierung‘ ist vielfältig und schillernd. Die einen verwenden diesen Begriff schon, weil nicht alles medizinisch sinnvolle oder wünschenswerte auch realisiert werden kann. Dabei wird verkannt, dass die Mittel naturgemäß begrenzt sind und verteilt werden müssen. Würde man dies leugnen, wäre es schon Ausdruck von Rationierung, wenn nicht alle Menschen Luxusartikel wie z. B. Kreuzfahrten zur Verfügung haben.

Eine andere Situation stellt sich dar, wenn auf einer Kreuzfahrt das Schiff untergeht und die Rettungsboote knapp sind. In dieser Situation mit Triageähnlichem Charakter ist es durchaus angebracht, von Rationierung zu sprechen. Es scheint aber auch nicht zwingend geboten, den Begriff ‚Rationierung‘ an akute Notsituationen, an Kriege oder an Katastrophen zu binden.

Angemessen erscheint es eher, von Rationierung in der Medizin dann auszugehen, wenn die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen unter dem Niveau des anerkannt medizinisch notwendigen liegen. Meines Erachtens

liegt dann Rationierung vor, wenn aus Gründen der Mittelknappheit an sich notwendige medizinische Maßnahmen vorenthalten werden müssen. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies bewusst oder unbewusst geschieht und auch nicht, ob die Knappheit der Mittel naturgegeben ist wie bei Organen zur Transplantation, oder administrativ vorgegeben, so etwa als Gesetz oder als Verordnung.

Es werden verschiedene Formen der Rationierung beschrieben:

Als harte Rationierung gelten solche Formen, in denen ein Zukauf der Leistungen nicht möglich ist. Von weicher Rationierung spricht man, wenn die Mittel über das Maß der Zuteilung hinaus noch beschafft werden könnten. Ein Übergang zwischen harter und weicher Rationierung ist vor allem dann dankbar, wenn bei offenen Grenzen die angestrebte medizinische Leistung im Ausland zugekauft werden kann. Die ist, wenn auch selten, bei der Nierentransplantation zu beobachten.

Bei der direkten Rationierung handelt es sich um eine konkrete Einzelfallentscheidung auf der Mikroebene. Eine indirekte Rationierung liegt dann vor, wenn oberhalb der Mikroebene Rationierungsentscheidungen unter statistischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Von verdeckter Rationierung sollte man sprechen, wenn keine Transparenz über die Zuteilungskriterien besteht und wenn die Rationierung nicht deklariert, sondern verschleiert wird.

So wurden die Zugangsbeschränkungen zur Dialysebehandlung bei über 60jährigen im National Health Service von Großbritannien durch das Instrument der ‚barmherzigen Lüge‘ zum Teil kaschiert. Verdeckte Rationierung kann nur auf den ersten Blick sozial verträglich sein, weil sie bei den Betroffenen auf mehr Akzeptanz stößt. Letztlich beruht sie aber auf einem Indikationschwandel. Die Leistungsbegrenzung

wird mit schicksalhaften Fakten umschrieben oder es werden Komplikationsmöglichkeiten einer an sich notwendigen Behandlung so übertrieben dargestellt, dass die Patienten Abstand nehmen. Die konsentierten Verteilungsmechanismen erfolgen heimlich. Heimliche oder verdeckte Rationierung ist ein verhängnisvoller gesellschaftlicher Sprengsatz.

Mit Nachdruck ist zu fordern, dass, wenn Rationierung unabdingbar ist, dies offen geschieht. Dies bedeutet Transparenz der Zuteilungskriterien unter medizinischen, ökonomischen, ethischen und sozialpolitischen Aspekten. Nur eine offene Rationierung ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der individuellen und gesellschaftlichen Verteilungsentscheidungen. Dies gilt letztlich auch für diejenigen, die negativ betroffen sind.

Explizite Rationierung bedeutet der ausdrücklich Ausschluss von Patienten oder Patientengruppen von einem bestimmten Leistungsgeschehen nach von außen festgelegten Regeln. Als ein solches Ausschlusskriterium wurde in den Niederlanden z.B. eine Altersgrenze für herzchirurgische Eingriffe diskutiert. Ein Beispiel für explizite Rationierung liefert das Gesundheitssystem in Oregon, wo Lebertransplantationen bei Sozialhilfeempfängern nicht durchgeführt werden.

Demgegenüber ist die implizite Rationierung die nicht ausdrückliche, unabänderliche vom System oder von der Natur vorgegebene Notwendigkeit der Mittelzuteilung. Neben den Beispielen aus der Transplantationsmedizin nennt Eckard Nagel Engpässe bei bereitgestellten Verbrennungsbetten oder in der onkologischen Chirurgie. Letztlich ist die implizite Rationierung nicht neu. Es handelt sich um den Umgang mit Versorgungsengpässen, die seit Jahrzehnten bekannt sind und deren beschränkende Wirkung es täglich zu überwinden gilt. Es wird versucht, innerhalb des vorgegebenen Rahmens den jeweils größtmöglichen Nutzen für den Patienten zu erzielen.

Soweit mein Exkurs zum Begriff Rationierung.

Die Antwort der rot-grünen Koalition auf die verschiedenen Formen der Rationierung in unserem Gesundheitswesen ist völlig unzureichend. Die gesetzliche Fixierung eines Budgets, das starr an die Lohnentwicklung gekoppelt ist, verkennt den ordnungspolitischen Auftrag des Gesetzgebers. Dieser Auftrag lautet: Orientierung am Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Politik nach Kassenlage muss sich rächen.

Für die Ärzteschaft und auch die übrigen Leistungserbringer wird die Lage insofern prekär, als sie durch Budgets unterschiedlichen Rechtskreisen unterworfen sind. Es handelt sich um den unauflösbaren Konflikt zwischen Patienteninteresse und Budgets. In Deutschland findet dieser Konflikt seinen Ausdruck im Spannungsfeld zwischen Arzthaftungsrecht und Sorgfaltsstandards einerseits und sozialrechtlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches V andererseits. Nachfolgende Übersicht zeigt deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Ärzteschaft befindet:

1. *Das Betrachtungsziel ist nach den Gesichtspunkten des Arzthaftungsrechtes immer der individuelle Patient. Wird durch das Sozialrecht ein Budget vorgegeben, sind statistische Erwägungen und Risiken einzubeziehen.*

2. *Die Entscheidungsebene ist nach dem Arzthaftungsrecht die Mikroebene: also das konkrete Arzt-Patienten-Verhältnis, das Sozialrecht erfordert Betrachtungen auf der Makroebene: also der politischen Entscheidungsebene.*

3. *Die Risikobewertung erfolgt nach dem deutschen Arzthaftungsrecht bis hin zum Strafrecht immer ex post, d.h. im Nachhinein. Bei vorgegebenen Budgets müssen die statistischen Risiken ex ante, d.h. für die Zukunft eingegangen werden.*

4. *Dahinter verbirgt sich ein Wandel im Verständnis des Wirtschaftlichkeitsbegriffes der Ökonomen. Über viele Jahr-*

zehnte wurde in Deutschland der Wirtschaftlichkeitsbegriff nach dem Minimalprinzip definiert. Dies bedeutet, dass der Arzt ein bestimmtes Therapieziel vor Augen hat und dieses Ziel mit minimalem Ressourceneinsatz zu erreichen trachtet. Bei vorgegebenen Budgets muss das Maximalprinzip des Wirtschaftlichkeitsbegriffes gelten, dies bedeutet, der Arzt prüft als erstes, wie viel Mittel ihm zur Verfügung stehen und definiert davon abhängig sein Behandlungsziel. Dies kann heißen, dass das Ziel Gesundheit des Patienten nicht verfolgt wird, weil es zu teuer ist.

5. *Die davon berührte Rechtsmaterie ist einmal die Berufsordnung der deutschen Ärzte, in der festgeschrieben ist, dass die Sorgfaltsstandards einzuhalten sind. Diese Rechtsmaterie steht im Widerspruch zum Kassenarztrecht, das die Einhaltung der Budgets regelt.*

Wir müssen feststellen, dass die Einhaltung der Rechtsordnung nicht gewahrt ist. Die Sorgfaltsstandards im Zivilrecht stehen im Widerspruch zu den Forderungen des Sozialrechtes. Man kann vom Arzt nach dem Haftungsrecht nicht mehr erwarten, als es ihm das Sozialrecht ermöglicht.

Perfide ist dann der zusätzliche Trick, dass die sektoralen Budgets für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel an das Arzteinkommen gekoppelt werden. Dies bedeutet im Prinzip, dass der Arzt an sich notwendige medizinische Leistungen den Patienten vorenthalten muss, wenn er sein Einkommen schützen will. Dies entspricht der Situation, dass einem Feuerwehrmann das Gehalt gekürzt wird, weil er bei einem Löscheinsatz mehr Wasser verbrauchte als ursprünglich geplant.

Man kann nur hoffen, dass der Feuerwehrmann nicht aus persönlichem Interesse handelt, nämlich es brennen zu lassen. Ärzte lassen es jedoch nicht brennen. Es lässt sich zweifelsfrei belegen: Trotz des Stellenabbaus beim Krankenhauspersonal wird die Patientenversorgung nur noch aufrecht erhal-

ten durch viele Millionen unbezahlte Überstunden. Diese Überstunden können wegen des Personalmangels noch nicht einmal abgefeiert werden!

Was hier passiert, ist die Verlagerung des Morbiditäts-, Fortschritts- und Haftungsrisikos auf die Leistungserbringer. Wenn das Gesetz so käme, würde der Gesetzgeber letztlich die heimliche Rationierung durch Ärzte provozieren. Das Patienten-Arzt-Verhältnis würde damit systematisch zerstört.

4. Mehr Transparenz und Ehrlichkeit

Ich plädiere statt dessen dafür, einen gesellschaftlichen Diskurs zu eröffnen, der die Probleme und Zielkonflikte im deutschen Gesundheitswesen identifiziert. Anstelle von Machtspielchen und Schuldzuweisungen plädiere ich für mehr Ehrlichkeit und Transparenz zu der Frage, ob und wenn ja wie die medizinisch notwendigen Leistungen innerhalb unseres Solidarsystems finanziert werden sollen.

Unser Solidarsystem genießt eine breite gesellschaftliche Akzeptanz. Es wagt aber doch kaum ein Politiker anzusprechen, dass unser Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar ist, und dass das Solidarsystem durch Rationierung hochgradig gefährdet wird.

Mehr Ehrlichkeit und Transparenz bedeuten erstens, dass wir Ärzte uns selbstkritisch mit dem Vorwurf der Verschwendung auseinandersetzen müssen. Wir müssen zweitens bereit sein, das medizinisch-notwendige aus beiden Richtungen zu durchleuchten, nämlich aus dem Blickwinkel der Unterversorgung wie auch der Überversorgung. Dass Falschabrechnungen und Betrug zu ahnden sind, versteht sich dabei von selber.

Ein neues und großes Anliegen ist drittens das Thema Patienteninformation. Dabei geht es nicht nur um die Aufklärung über medizinische Sachverhalte und um den offenen Umgang mit Patientenrechten. Gerade weil die Mittel knapp sind, wollen und müssen die Pa-

tienten in Zukunft stärker als bisher über das individuelle Leistungsgeschehen aufgeklärt sein. Gerade weil heimliche Rationierung die große Gefahr für ein intaktes Patienten-Arzt-Verhältnis ist, stellt der für die Patienten nachvollziehbare Umgang mit den knappen Ressourcen einen Schutz gegen die Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt dar.

An einzelne Politiker und an die Arbeitgeberseite adressiert kann ich mir viertens im Zusammenhang mit der Forderung nach mehr Ehrlichkeit den Hinweis auf den Mythos von den angeblich so fatalen Lohnnebenkosten nicht verkneifen. Der Politologe Bernhard Braun aus Bremen hat kürzlich auf einer Tagung in Hannover vorgerechnet, dass eine Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV um 10 % den Preis eines tausend Mark teuren Produktes nur um eine Mark steigern würde. Die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ist somit wohl nicht fundamental gefährdet! Ehrlicher wäre es fünftens, auch den Verschiebepark mit den versicherungsfremden Leistungen zu beenden. Hier geht es um zweistellige Milliardenbeträge. Mutterschaftsgelder sind ein berechtigtes gesellschaftliches Anliegen. Mutterschaft ist keine Krankheit. Daher gehören diese Gelder steuerfinanziert und nicht finanziert aus GKV-Beiträgen. Im übrigen, wäre nicht der Beitragssatz der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner auf 11 % festgelegt worden, hätten die Gesetzlichen Krankenversicherungen 12 Milliarden DM mehr Einnahmen. Die nun vorgesehene Begrenzung des Rentenzuwachses auf die Inflationsrate führt zur Mindereinnahme in der GKV in Höhe von 3 Milliarden. Dies sind nur zwei Beispiele politischer Verschiebeparkhöhe auf der Einnahmenseite.

Ich denke, ein offener Umgang mit solchen Verwerfungen und Fehlentwicklungen bringt uns eher weiter als jedes Versteckspiel.

5. Lösungsansätze

Wenn es um die Entwicklung von Lösungsansätzen geht, so müssen wir mehrere Aspekte im Auge behalten:

1. Rationalisierung und Rationierung und
2. die Fragen der Verbesserung der Finanzierungslage der GKV, sowohl auf der Ausgaben- wie auf der Einnahmenseite.

Angesichts dieses Mixes von Problemfeldern ist es hilfreich, sich klarzumachen, auf welchen Verantwortungsebenen Entscheidungen getroffen werden müssen:

Ich unterscheide **3 Ebenen** :

1. *Makroebene (Politik): Gesetzliche Rahmenbedingungen; Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt; Festlegung der Budgets.*
2. *Mesoebene (Verwaltung): Verhandlungsebene der Selbstverwaltung; Aufteilung des Budgets auf verschiedene Bereiche wie Prävention und Gesundheitsförderung, kurative Medizin, Rehabilitation; Einteilung von Bevölkerungsgruppen nach regionalen Kriterien, Alter, Geschlecht oder Krankheitsgruppen;*
3. *Mikroebene (Arzt oder andere Gesundheitsberufe): Aufwendungen für den konkreten Einzelpatienten; Diagnose- und Therapieentscheidungen.*

Wichtig bei diesem Modell ist es, allein schon die Frage zu klären, von welcher Ebene das Primat der Steuerung ausgehen soll. So kann man anhand dieses Modells Gesundheitssysteme vergleichen:

In der Zeit der DDR ging das Primat der Steuerung von der Makroebene aus. Das war Planwirtschaft. Die Ebene 2 – sofern es eine gab – und insbesondere die Ebene 3 mussten sehen, wie sie mit der Mitelvorgabe der Ebene 1 auskam.

Für die Bundesrepublik gab es bis zum Ende der achtziger Jahre eine Prädominanz der Ebene 3: Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den alten Bundesländern erfolgte nach dem Bedarf. Je mehr jedoch die Kosten im

Gesundheitswesen aus dem Ruder zu laufen drohten, desto stärker wurden gegensteuernde Kräfte. Die zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbarten Richtgrößen, Sonderentgelte und Fallpauschalen, Pflegesätze und Arzneimittelbudgets sind m.E. Ausdruck für eine zunehmende Dominanz der Ebene 2. Diese Dominanz war und ist so lange in Ordnung, wie auf dieser Ebene ausreichende Budgets und in fairer Partnerschaft verhandelt werden. Es geht um ein Gleichgewicht der Kräfte.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zerstört dieses Gleichgewicht, in dem ein von der Makroebene diktiertes Budget dem Gesamtsystem übergestülpt wird und die GKVen zum Erfüllungsgeliefen dieses Preisdiktates degenerieren. Administrativ wird es für die Kassen dadurch einfacher. Für die Patienten und die Leistungserbringer ist diese Entwicklung fatal. Anscheinend haben dies nun einige Kassenvertreter auch erkannt. Ich möchte mit großem Nachdruck dafür plädieren, dass das Prinzip der Dominanz von Ebene 2 nicht nur beibehalten sondern auch ausgebaut wird, und zwar in fairer Partnerschaft.

Gerade wenn es in Zukunft verstärkt um Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen geht, hat die Ebene 2 noch am ehesten die erforderliche Kompetenz. Die Politik ist völlig überfordert, allein schon mit dem medizinischen Fortschritt angemessen umzugehen. Ihre Letztverantwortung für alles ist unbestritten, sie sollte sich jedoch auf die Formulierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen beschränken und von dirigistischer Regelungswut ablassen.

Wenn nun schon rationiert werden muss, so kann dies aus ordnungspolitischen Gründen nur unter statistischen Gesichtspunkten geschehen, z.B. durch Bereitstellung einer bestimmten Zahl von Rettungshubschraubern in einem Bundesland oder durch die Ausweisung einer bestimmten Zahl von herzchirurgischen Zentren. Die Dichte dieser Einrichtungen beeinflusst dann die Länge

der Wartelisten, auf denen u.U. auch Leben bedroht ist.

Die Mesoebene kann dafür keine Verantwortung übernehmen. Die Verantwortung liegt allein bei der Makroebene. Die Mesoebene kann wohl aber fachlichen Rat erteilen und weitergeben, wenn auf der Mikroebene Versorgungsdefizite auftreten.

In jedem Fall müssen die Verantwortungsträger auf der Mikroebene soweit wie irgend möglich davor geschützt werden, rationierende Entscheidungen zu treffen.

Ergänzend zum Zusammenspiel der drei Ebenen möchte ich die Erwartungen an die jeweiligen Ebenen skizzieren.

5.1 Die Ärztinnen und Ärzte auf der Mikroebene tragen eine große Verantwortung. Es geht in erster Linie um den Schutz und die angemessene Versorgung der Patienten in einem von Rationierung geprägten Gesundheitssystem. Die knappen und noch verfügbaren Mittel müssen optimal eingesetzt werden. Ich fürchte, dass es mit dem Ausbau der Qualitätssicherung, auch wenn dies in aller Konsequenz geschieht, allein nicht getan ist. Optimaler Einsatz knapper Mittel wirft die Fragen nach der gerechten Verteilung auf. Es geht um ethische Prinzipien, nach denen zugeteilt werden kann. Dies setzt bei den Entscheidungsträgern hohe ethische Kompetenz voraus. Im übrigen ist diese Problematik nicht völlig neu. Wir kennen sie z.B. aus der Transplantationsmedizin.

Ich gehe davon aus, dass von all dem das Berufsbild der Ärzte nicht unberührt bleibt.

5.2 Wichtigste Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung auf der Mesoebene wird es sein, die Ärztinnen und Ärzte auf der Mikroebene in ihrer Berufsausübung so zu unterstützen, dass es diesen Freude bereitet, ihren Beruf auszuüben. Vor allem motivierte Ärzte sind gute Ärzte. Verstärkt wird es auf der Mesoebene darum gehen müssen, Handreichungen

zu entwickeln, zu speziellen Fragen der Berufsausübung auf den Gebieten des medizinischen Fortschritts, der Ethik, des Rechts oder der Ökonomie. Ich halte wenig davon, das gesamte Gesundheitswesen mit Leitlinien zu überziehen: Allerdings gehe ich davon aus, dass im Gesundheitswesen der Zukunft case-management und evidence based medicine an Bedeutung gewinnen.

Absehbar ist auch, dass die ärztliche Selbstverwaltung sich dem Thema „Vernetzte Versorgung“ stärker zuwenden muss. Dabei geht es nicht nur um eine Optimierung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und um Schutz des Sicherstellungsauftrags. Ein Gesundheitssystem der Zukunft, das ärztlicherseits patientenzentriert ist, muss Versorgungsketten vorsehen, beginnend bei der ambulanten Versorgung, über die stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation. Auch wenn ich um die Brisanz der Thematik weiß, werfe ich die Frage auf, ob nicht mittelfristig der ärztliche Sicherstellungsauftrag neu definiert werden muss, d.h. die ambulant und stationär tätigen Ärzte sollten zusammengeführt werden. Fernziel wäre dann eine einheitliche ärztliche Selbstverwaltung. Alle Verhandlungen auf der Mesoebene müssten sich orientieren am Versorgungsbedarf der Versicherten und den Kranken. Die von den Kassen und von der Krankenseite gemeinsam mit der Ärzteschaft gestaltete Selbstverwaltung braucht Freiräume und keine bürokratischen Fesseln. Ausdruck einer fairen Partnerschaft wäre, dass die Gesundheitsdaten gemeinsam gesammelt und ausgewertet werden und dass Modellprojekte gemeinsam vereinbart und evaluiert werden. In diesem Zusammenhang messe ich der Vereinbarung von Versorgungszielen große Bedeutung bei. Zu den Vorschlägen der Ärzteschaft gehört auch die Einrichtung eines Steuerungsgremiums auf der Selbstverwaltungsebene:

Die Leistungserbringer und die Kassen sollten gemeinsam mit dem Bundesge-

sundheitsministerium ein kontinuierliches Prüf- und Frühwarnsystem mit dem Ziel einrichten, dass festgestellt wird, ob das Globalbudget eine ausreichende Finanzierungsgrundlage darstellt und wo medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr bezahlbar sind und das Budget deshalb den medizinischen Notwendigkeiten angepasst werden muss.

5.3 Was die Makroebene anbelangt, so wird diese – ich erwähnte es schon – die Letztverantwortung für die rationierenden Rahmenbedingungen übernehmen müssen. Besonders wichtig wäre in diesem Zusammenhang die Änderung des Haftungsrechts mit dem Ziel, dies mit dem Sozialrecht und seinen Budgetvorgaben in Einklang zu bringen.

Erwähnt sei auch, dass dem Bundesgesetzgeber die Verpflichtung obliegt, die Entwicklung des europäischen Rechts auf dem Sektor Öffentliche Gesundheit und Sozialschutz im Auge zu behalten und mitzugestalten.

Mit diesen Hinweisen habe ich versucht, darzulegen, dass die Themen Mittelknappheit und Rationierung im Gesundheitswesen nicht in ein Horrorszenarium münden müssen, wenn man sie ehrlich und offen angeht. Die Themen sind keine Objekte der Schuldzuweisung, sie können vielmehr in einem öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs – wenn auch schwierigen – Lösungen zugeführt werden. Dies vor allem dann, wenn die jeweiligen Entscheidungsträger auf den drei Ebenen ihre spezifische Verantwortung übernehmen.

6. Solidarsystem und Rationierung?

Durch das Ringen um Lösungen im Spannungsfeld zwischen Rationalisierung und Rationierung als glaubwürdig ausgewiesen, ist es dann auch legitim, wenn die Ärzteschaft an die Gesellschaft die Frage stellt, ob nicht doch mehr Mittel für das Gesundheitswesen bereitgestellt werden müssen, um den Rationierungsdruck zu mindern.

Würde jemand riskieren, eine solche Vi-

sion zu entwickeln, müsste er bestimmte Prämissen beachten, die sich gegenwärtig als konsolidierte gesellschaftliche Präferenzen und als Megatrends identifizieren lassen. Dazu zähle ich:

1. Bestmögliche medizinische Versorgung
2. Beibehaltung des Solidarprinzips
3. Selbstbestimmung der Versicherten
4. Zugang zum Versorgungssystem für alle
5. Wettbewerb
6. Effizienter Einsatz der Mittel
7. Teilhabe am medizinischen Fortschritt.

Es käme der Quadratur des Kreises nahe, wollte man alle Prämissen in einem Modell gleichermaßen füllen wollen.

Als gedankliche Anregung könnte vielleicht folgendes diskutiert werden:

1. *Aufbau von Versicherteninformationssystemen*
2. *Versicherungsfremde Leistungen durch Steuerfinanzierung*
3. *Entwicklung eines kassenartenübergreifenden Katalogs medizinisch notwendiger Leistungen*
4. *Prozentuale Finanzierung des Leistungskatalogs aus dem Solidarsystem (Beihilfemodell), z. B. 90 % ?*
5. *Finanzierung alles Übrigen in Eigenverantwortung, freiwillig und im Wettbewerb (inklusive Härteklausele)*
6. *Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen der GKV (z.B. Einnahmen aus Mieten und Kapitalvermögen).*

Diese Vision hat den Charme, dass die Patienten in die Lage versetzt werden, aus eigener Kompetenz mitentscheiden zu können. Sie können Zusatzleistungen wählen und auf bestimmte Angebote wie Akupunktur oder Phytotherapie ausdehnen, ohne dass es auf Kosten der Solidargemeinschaft geht.

Die Flurbereinigung des Leistungskatalogs, die Eliminierung versicherungsfremder Leistungen aus dem GKV-System und die Verbreiterung der GKV-Einnahmen in Verbindung mit der erzie-

herischen Wirkung der Eigenbeteiligung mit dem Ziel der Eigenverantwortung wird es dann noch länger ermöglichen, auch teuren medizinischen Fortschritt zu finanzieren.

Ich fasse in einigen Punkten zusammen: Diese Punkte sind nur eine Auswahl dessen, wo mir eine vertiefende Diskussion erforderlich erscheint.

1. *Das Patienten-Arzt-Verhältnis muss bei allen einschlägigen gesetzlichen Regelungen geschützt bleiben. Dazu gehört die professionelle Entscheidungsfreiheit des Arztes und der uneingeschränkte Schutz des Patientengeheimnisses.*

2. *Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf dem im Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Umfang des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden zurückgeführt werden. Es ist klar, dass dies wirtschaftlich erbracht werden muss. Verschwendung darf es nicht geben. Auch nicht durch Ärzte.*

3. *Versicherungsfremde Leistungen, die aus gesellschaftlichem Interesse und aus politischen Gründen gewährt werden, müssen entweder aufgegeben oder durch Steuermittel finanziert werden.*

4. *Leistungen, die nicht wissenschaftlich begründet sind oder mehr der individuellen Lebensführung dienen als der Gesundheit, dürfen nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Dies gilt auch für populistische Maßnahmen wie fachfremde Verbraucherberatung. Die gesetzliche Krankenversicherung ist keine Lifestyle-Agentur.*

5. *Es ist zu prüfen, inwieweit die Finanzierungsbasis der GKV über Arbeitseinkommen hinaus auf weitere Einkommensarten ausgedehnt werden kann.*

6. *Die Steuerung des Gesundheitswesens muss durch partnerschaftliche und vertragliche Bindungen der Beteiligten erhalten bleiben. Das Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Partnern der Selbstverwaltung darf nicht aufgelöst werden.*

7. *Die Selbstverwaltung muss transpa-*

rent und frei von staatlichem Dirigismus sein.

8. *Rationalisierung, Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollten soweit wie irgend möglich von der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Kassen und Leistungserbringern in fairer Partnerschaft vorangetrieben werden. Staatliche Eingriffsverwaltung ist dabei fehl am Platz.*

9. *Auf der Selbstverwaltungsebene brauchen wir Mechanismen der permanenten Überprüfung dessen, was medizinisch notwendig ist. Dieser Leistungskatalog sollte kassenartenübergreifend im Solidarsystem finanziert werden.*

10. *Darüber hinaus gehende Leistungen sollten eigenverantwortlich getragen werden.*

11. *Eigenbeteiligung und Wettbewerb sind solange geeignete Instrumente der Steuerung, wie sie das Interesse der sozial Schwachen und das Solidarsystem respektieren.*

12. *Wir müssen uns darauf einstellen, dass vor allem in Folge des medizinischen Fortschritts an sich notwendige medizinische Maßnahmen nicht mehr innerhalb des Solidarsystems heutiger Prägung finanziert werden können. Es geht darum, eine neue Balance zu finden zwischen dem, was dem einzelnen zumutbar ist und was die Solidargemeinschaft zu tragen hat.*

13. *Auch ist die Frage zu klären, wie die knappen Mittel gerecht zugeteilt werden. Es geht dann um mehr als um die Effizienzprobleme. Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist letztlich ein genuin-ethisches Problem. Dies bedeutet, wir müssen uns der Frage zuwenden, welche ethischen Prinzipien der Mittelzuweisung zugrunde liegen sollen.*

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

Krebsregistrierung in Sachsen

Sächsisches Staatsministerium
für Soziales, Gesundheit,
Jugend und Familie

Im Artikel 13 des Staatsvertrages ist die **Fortgeltung des Krebsregistergesetzes des Bundes über das Jahr 1999** hinaus geregelt, damit sind die gesetzlichen Grundlagen zur Krebsregistrierung vorhanden. Um möglichen Unsicherheiten der sächsischen Ärzte wegen des Auslaufens des Krebsregistergesetzes entgegenzutreten, bittet das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie um die nachfolgende Veröffentlichung zum Krebsregister:

In der Behandlung und Diagnose von Krebserkrankungen wurden in den vergangenen Jahren große Fortschritte erzielt. Eine unerlässliche Voraussetzung für eine wirksame Krebsbekämpfung und die Suche nach den Ursachen sind genaue Erkenntnisse über die räumliche und zeitliche Verteilung der Krebserkrankungen. Ob Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen sowie therapeutische Fortschritte das Überleben von Krebspatienten verlängern, kann nur mit Hilfe von Erkrankungszahlen festgestellt werden.

Historische Entwicklung

Die Versuche, das Ausmaß von Krebserkrankungen mit Hilfe statistischer Quellen zu erfassen, gehen bis in die Anfänge unseres Jahrhunderts zurück. Dabei waren die ersten epidemiologischen Initiativen von ähnlichen Fragestellungen geleitet wie heute: Man wollte Häufigkeit und Verbreitung einer Krankheit erfassen, der zunehmend mehr Menschen zum Opfer fielen und die bereits damals Medizin und Wissenschaft vor ungelöste Rätsel stellte. Um die Jahrhundertwende gelang es der Medizin, durch sozialhygienische Maßnahmen sowie den Aufbau des Impfwesens Infektionskrankheiten als eine der Haupttodesursachen entscheidend zurückzudrängen. Im Zuge dieser Entwicklung rückten Krebserkrankungen in der Todesursachenstatistik auf einen der vordersten Plätze. Über die

Mortalitätsstatistik versprach man sich, einen Überblick über den tatsächlichen Umfang an Krebserkrankungen in der Bevölkerung zu gewinnen, um sich im Weiteren den Fragen der Ursachen und wirkungsvoller Behandlungsmethoden zu nähern.

Die Erfahrung, dass die Analyse der Sterbedaten nicht zu den gewünschten Erkenntnissen führte, war Ausgangspunkt der ersten Morbiditätsstatistiken. Am 8. Februar 1900 wurde unter dem Vorsitz von Ernst von Leyden, Professor an der 1. Medizinischen Klinik der Königl. Charité in Berlin, eine Krebserhebung als Stichtagszählung durchgeführt. Aus heutiger Sicht die wohl brauchbarste Erfassung der Krebserkrankungen war das Mecklenburgische Modell einer „laufend fortgeschriebenen individuellen Morbiditätsstatistik“, welches 1937 eingerichtet wurde.

Insgesamt blieben jedoch die ersten epidemiologischen Bemühungen nicht zuletzt auf Grund der vielfach unvollständigen Datenbasis erfolglos. Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges kamen zunächst sämtliche epidemiologischen Aktivitäten zum Stillstand.

Nach der Gebietsreform im Jahre 1952 wurde in der DDR mit dem Aufbau eines einheitlichen Geschwulstmeldewesens auf gesetzlicher Basis für das gesamte Gebiet der DDR begonnen. Die erste „Verordnung über die Meldung von Geschwulsterkrankungen“, in der bereits eine Meldepflicht verankert war, wurde am 24. Juli 1952 verabschiedet. Ziel des Gesetzes war vorrangig, die medizinische Versorgung und Nachsorge von Krebspatienten durch die Errichtung eines koordinierten Versorgungsnetzes zu verbessern. Im Zuge dieser Entwicklung wurden kreisweise „Betreuungsstellen für Geschwulstkranken“ eingerichtet. Am 1. Oktober 1952 schlug die Geburtsstunde des Nationalen Krebsregisters der DDR, welche zunächst als „Abteilung für die Statistik der Geschwulsterkrankungen“ an der Geschwulstambulanz der Charité etabliert wur-

de.

Der gesetzlich verankerten Meldepflicht der Ärzte und dem gut funktionierenden Kooperationsnetz zwischen regionalen Betreuungsstellen, Ärzten und dem Register ist es zu verdanken, dass das Nationale Krebsregister der DDR eine flächendeckende Registrierung von etwa 95 Prozent der aufgetretenen Krebsfälle erreichen konnte. Der Datenbestand des Registers beläuft sich heute auf über 2,3 Millionen Erkrankungsfälle, die rechnerisch ab 1961 auswertbar sind. Bei einer Basispopulation von 17 Millionen Einwohnern und diesem hohen Vollständigkeitsgrad in der Erfassung hat sich das Register von einer kleinen Abteilung für Statistik zu einem der international größten und weltweit anerkanntesten Krebsregister entwickelt.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands entfiel zunächst die Rechtsgrundlage für das Fortbestehen des Nationalen Krebsregisters der DDR ebenso wie für eine weitere Erfassungstätigkeit. Um vorerst den Datenbestand zu verwahren und vor unbefugtem Zugriff zu sichern, wurde zum 1. Januar 1992 ein Verwaltungsabkommen zwischen dem Bund sowie den neuen Ländern und Berlin abgeschlossen. Zum Beginn des Jahres 1993 trat das Krebsregistersicherungsgesetz in Kraft, das auf bundesgesetzlicher Basis wieder eine Verarbeitung und Nutzung der Registerdaten ermöglichte.

Gesetzliche Grundlagen

Zum 1. Januar 1995 ist das Gesetz über Krebsregister (Krebsregistergesetz - KRG) vom 4. November in Kraft getreten. Es ist zeitlich auf fünf Jahre befristet und läuft am 31. Dezember 1999 aus. Im Artikel 13 des Staatsvertrages über das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen wird die Fortgeltung des Krebsregistergesetzes des Bundes über das Jahr 1999 hinaus geregelt, damit sind da und dort noch zu bemerkende Unsicherheiten unbe-

gründet. Mit dem Inkrafttreten des Staatsvertrages über das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen ist das Gesetzgebungsverfahren zur Krebsregistrierung in Sachsen auf absehbare Zeit abgeschlossen.

Mit den Bestimmungen dieses Staatsvertrages werden die ostdeutschen Länder verpflichtet, bevölkerungsbezogene Krebsregister zu betreiben, die den Auftrag haben, eine flächendeckende krebsepidemiologische Datengrundlage für Wissenschaft und Gesundheitsplanung für Ostdeutschland aufzubauen. Das Sächsische Krebsregistergesetz verpflichtet die Ärzte und Zahnärzte zur Meldung der Krebserkrankungen an das Gemeinsame Krebsregister (GKR). Damit gilt die Meldepflicht in Sachsen seit 1993 lückenlos.

Melddaten

Das Bundesgesetz legt klare Vorgaben hinsichtlich des in den Registern zu erfassenden Datensatzes fest, die sich auf die Empfehlungen von Experten stützen. Neben personenidentifizierenden Daten wie Name, Geschlecht, Wohnort, Geburtsdatum und gegebenenfalls Sterbedatum sind dabei folgende Daten zur Krebserkrankung zu erheben:

- Tätigkeitsanamnese
- Tumordiagnose, Lokalisation, Morphologie
- Monat und Jahr der Tumordiagnose
- Stadium der Erkrankung
- früheres Tumorleiden
- Art der Therapie
- Todesursache/Autopsiebefund.

Nach dem Staatsvertrag sind folgende epidemiologische Daten zu erheben und zu melden:

- **bei Frauen die Anzahl der Geburten, aufgeschlüsselt nach Lebend-, Tot- und Fehlgeburten,**

- **bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres die Lebensdauer bis zum Tag der ersten Tumordiagnose und gegebenenfalls von diesem bis zum Tod.**

Wenn dem Gemeinsamen Krebsregister aus einer Todesbescheinigung eine noch nicht gemeldete Krebserkrankung bekannt wird, so ist es ihm gestattet, bei Ärzten/Zahnärzten, die den Verstorbenen zuvor behandelt oder untersucht oder die dessen Leiche obduziert haben, ergänzende Daten zu erheben.

Die Meldewege

Bei Meldung der Daten an das Krebsregister kann der Arzt zwischen zwei Meldewegen wählen. Ärzte und Zahnärzte können die Meldungen entweder direkt an die Vertrauensstelle des Gemeinsamen Krebsregisters richten oder an das regional zuständige Tumorzentrum weiterleiten. Von den Tumorzentren werden sie gesammelt dem Gemeinsamen Krebsregister übermittelt. Diese letztgenannte Möglichkeit wird von den am Gemeinsamen Krebsregister beteiligten Ländern empfohlen.

Zur Meldung dient ein einheitlich gestalteter Vordrucksatz, der aus jeweils sechs Meldebögen besteht.

Bei direkter Meldung an das Gemeinsame Krebsregister sind davon nur drei Meldebögen zu benutzen: Diagnose/Primärbehandlung (rot), Behandlung (gelb), Abschluss (blau). Die kompletten Meldebogensätze für Direktmeldungen an das Gemeinsame Krebsregister sind bei der Vertrauensstelle des Krebsregisters erhältlich. Im Krebsregister werden alle gemeldeten bösartigen Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien erfasst. Zusätzlich sind die Gesundheitsämter durch das Krebsregistergesetz dazu verpflichtet, Kopien aller Leichenschau-scheine an die Vertrauensstelle des Krebsregisters weiterzuleiten, welche erfassungstechnisch wie eine Meldung behandelt werden. Dadurch können auch die dem Register nicht gemeldeten

Krebserkrankungen anhand der Totenscheindiagnose erfasst beziehungsweise dem Register bereits gemeldete Krebserkrankungen abgeschlossen werden.

Die Vergütung von Tumormeldungen

Laut Krebsregistergesetz (§ 3 Abs. 4) sind Meldungen an das Krebsregister über Tumorfälle „... von den Ländern nach einheitlichen Sätzen zu vergüten“. Jedem Arzt wird eine Aufwandsentschädigung pro Meldung erstattet. Die Höhe des jeweiligen Betrages ist in der Vergütungsrichtlinie der am Gemeinsamen Krebsregister beteiligten Länder festgelegt. Die Vergütungsrichtlinie sieht eine Staffelung zwischen 3 DM und 6 DM für Meldebögen sowie 16 DM für Diskettenmeldungen von Tumorzentren vor.

Zur Abrechnung muss der Meldung - sofern sie an das Gemeinsame Krebsregister direkt gerichtet ist - unbedingt eine Anforderung zur Vergütung beigelegt werden. Erstmelder erhalten entsprechende Vordrucke von der Vertrauensstelle des Gemeinsamen Krebsregisters. Meldet der niedergelassene Arzt Krebserkrankungen an ein Tumorzentrum, werden sämtliche Abrechnungsmodalitäten von dort aus geregelt.

Um Probleme durch Doppelmeldungen und damit verbundene Rückbuchungsvorgänge zu vermeiden, sollte sich der Arzt jedoch auf einen der beiden Meldewege festlegen. Das Gemeinsame Krebsregister vergütet nur Tumormeldungen von Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen oder Thüringen haben. Prinzipiell werden alle Meldungen bösartiger Neubildungen, deren Frühstadien, Basaliome, Metastasen unbekannter Primärtumoren, Therapiemeldungen eines Primärtumors und Abschlussmeldungen mit Autopsieergebnissen vergütet. Nicht vergütet werden Metastasen und Rezidive bereits gemeldeter Ersterkrankungen, Therapiemeldungen von Metasta-

sen und Rezidiven, Kontroll- und Nachsorgemeldungen sowie Abschlussmeldungen ohne Autopsieergebnis.

Neben dem Praxisstempel, Datum und Unterschrift des Arztes dürfen auf keinen Fall Angaben zur Anzahl sowie Art der Meldungen auf der Vergütungsanforderung fehlen.

Der Datenschutz

Spätestens seit dem Reaktorunfall von Tschernobyl stand jedoch nicht nur für Epidemiologen, sondern auch für die Vertreter des Datenschutzes außer Frage, dass nur eine flächendeckende Krebsregistrierung Klarheit über das Ausmaß dieses Erkrankungsgeschehens in Deutschland bringen kann.

Im Gegensatz zu früher arbeitet die Epidemiologie heute mit komplexen und leistungsstarken Computertechniken. Um bereits im Vorfeld Möglichkeiten des Datenmissbrauchs abzufangen, sind zum Schutz der persönlichen Angaben zum Patienten laut Bundesgesetz strenge organisatorische Vorgaben einzuhalten. Das KRG bestimmt, dass Datenerfassung, -speicherung und -auswertung sowohl räumlich und organisatorisch als auch personell voneinander zu trennen sind. Zu diesem Zweck sind im GKR eine Vertrauens- und eine Registerstelle als zwei selbständig arbeitende Bereiche eingerichtet worden. Die zeitlich begrenzte Erfassung und Anonymisierung der personenidentifizierenden Daten in der Vertrauensstelle und die dauerhafte Speicherung der anonymisierten epidemiologischen Daten in der Registerstelle ist die herausragende Forderung, die diesem zweistufigen Bundesmodell zugrunde liegt.

Meldesituation

Nach der Wiedervereinigung veränderten sich die bereits bestehenden Meldestrukturen sowohl in gesetzlicher als auch organisatorischer Hinsicht. Das Meldeaufkommen ging in den Jahren 1990 bis 1993 bezogen auf das Jahr 1985 von 90 % auf 65 % deutlich zurück.

Seit 1995 ist der Vollständigkeitsgrad erheblich gestiegen. Er wird vom GKR mit ca. 70 % bis 75 % angegeben. Brandenburg als bestes Land hat nach dieser Berechnung bereits zirka 75 bis 80 % erreicht. Nach Meinung von Epidemiologen, aber auch des Sächsischen Datenschutzbeauftragten ist eine Meldequote von mindestens 90 % notwendig, um verlässliche Aussagen zu Krebserkrankungen der Bevölkerung treffen zu können. Sichere und fundierte Aussagen zum Krebskrankungsgeschehen des Freistaates Sachsen können nur unter folgenden Voraussetzungen und damit unter aktiver Mitbeteiligung der Ärzte getroffen werden:

- **flächendeckende Erfassung der Krebsfälle**
- **hoher Vollständigkeitsgrad der Registrierung**
- **hoher Sicherungsgrad der Diagnose**
- **niedriger Anteil der Totenscheindiagnosen.**

Nur allzu häufig wird die Frage sowohl in der politischen Landschaft als auch von Seiten der medizinischen Einrichtungen, aber auch von den Trägern des GKR gestellt, wann mit konsistenten Zahlen für Berlin zu rechnen ist. Die Antwort kann nur lauten: ohne Meldungen sind Aussagen über die Krebsinzidenz nicht möglich.

Das Meldesystem hat sich im Einzugsgebiet des GKR in enger Kooperation mit den Tumorzentren entwickelt. Zur Verbesserung des Meldeablaufs wurde in Zusammenarbeit mit diesen Zentren ein Meldebogen entwickelt, der sowohl den Belangen der klinischen Tumordokumentation als auch den epidemiologischen Erfordernissen des GKR entspricht.

Parallel dazu wurde eine Datenschnittstelle zwischen dem in den klinischen Tumorzentren verwendeten Gießener Tumordokumentationssystem und dem Datenerfassungsprogramm des GKR erstellt. Über den favorisierten Meldeweg

Tumorzentrum - GKR gehen inzwischen zirka 70 % aller Meldungen aus dem gesamten Einzugsgebiet ein.

Nach Aussagen der sächsischen Tumorzentren ist eine Steigerung der Meldequote im Wesentlichen nur möglich, wenn das Meldeverfahren zu den Tumorzentren und dem GKR angeglichen wird. Eine Lösung dieses Problems wird schon seit Jahren mit dem Sächsischen Datenschutzbeauftragten gesucht, bisher ohne Erfolg.

Die Meldepflicht

Im Freistaat Sachsen und seit 1998 auch in Mecklenburg-Vorpommern besteht bei Krebserkrankungen Meldepflicht. Der Arzt hat den Patienten nach fachlichem Ermessen zu unterrichten, der Patient hat jedoch kein Recht, der Meldung an das Gemeinsame Krebsregister zu widersprechen.

Die Meldepflicht ist, weil sie gesetzlich normiert ist, eine Standespflicht. Zwar hat der sächsische Gesetzgeber darauf verzichtet, Verstöße gegen die Meldepflicht im Krebsregister zu ahnden (etwa durch Strafbewehrung), jedoch wird es Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer sein, im Rahmen ihrer Selbstverwaltung die sächsischen Ärzte in geeigneter Weise zu unterrichten, zu belehren und gegebenenfalls auch mit Nachdruck des Standesrechts dazu anzuhalten, ihrer Meldepflicht zu genügen.

Leistungsspektrum des GKR

Mit seinen Daten steht das GKR sowohl Ärzten als auch klinischen Einrichtungen für unterschiedliche wissenschaftliche Anliegen zur Verfügung. Regelmäßige statistisch-epidemiologische Auswertungen, zum Beispiel für die Gesundheitsberichterstattung, gehören ebenso wie die Bereitstellung von Datenmaterial für wissenschaftliche Forschungsvorhaben, klinische Studien, Promotionen, Vorträge, Medien und Bürgeranfragen zum Aufgabenspektrum der Registerstelle.

Neben deskriptiven Untersuchungsver-

fahren, wie sie bei diesen Auswertungen zur Anwendung kommen, regelt das Bundesgesetz die Möglichkeit, unter Beachtung datenschutzrechtlicher und gesetzlich abgesicherter Festlegungen, analytische Studien wie Fall-Kontroll- und Kohorten-Studien durchzuführen. Die validen Daten des GKR fanden Eingang in die Standardwerte der IARC (International Agency for Research on Cancer) „Cancer Incidence in five Continents“ Vol. VII sowie „International Incidence of Childhood Cancer“ Vol. II. Unter Federführung des dänischen Krebsregisters beteiligte sich das GKR an einer europäischen Studie im Rahmen

des Programms „Europa gegen Krebs“ zu Kinderkrebserkrankungen, die sich mit der Inzidenz, Überlebensrate und dem Risiko für Zweittumoren beschäftigt. 1994 wurde mit dem „Atlas der Krebsinzidenz in der DDR 1961 - 1989“ die bislang umfassendste Zusammenstellung des GKR über das Krebserkrankungsgeschehen in der DDR veröffentlicht. Auf Grund des Umfangs und der Vollständigkeit der hier verarbeiteten Daten war es beispielsweise möglich, repräsentative Aussagen zum Erkrankungsgeschehen bei selteneren Tumorerkrankungen zu machen. Zudem erlaubte die Analyse geografischer Häufigkeits-

unterschiede Hypothesen über mögliche Risikofaktoren und Hinweise auf regionale Cluster.

In diesem Zusammenhang soll nur an die Frage Radon und Krebshäufigkeit erinnert werden. Der Aufbau eines bevölkerungsbezogenen Krebsregisters sollte von Medizinern und Epidemiologen als Chance für eine verbesserte Krebsbekämpfung genutzt werden.

gez. Zenner
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie

Das Fahrtenbuch

ERNEUT: *Angabe des Patientennamens in dem zu steuerlichen Zwecken geführten Fahrtenbuch durch Ärzte - Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen*

Wir hatten im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/1998, Seite 42, sowie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/1999, Seite 242, berichtet, dass das Bundesfinanzministerium die Auffassung vertritt, dass im Fahrtenbuch des Arztes die Namen der Patienten genau zu bezeichnen seien.

Offensichtlich haben die Bemühungen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und auch die Bemühungen des Sächsischen Datenschutzbeauftragten dazu geführt, dass nunmehr das Bundesfinanzministerium mit Schreiben vom 23. Juli 1999, welches uns unabhängig voneinander durch den Sächsi-

schen Datenschutzbeauftragten sowie durch die Bundesärztekammer im Herbst dieses Jahres zugänglich gemacht worden ist, folgendes zusammenfassend dargestellt:

Das Fahrtenbuch ist dem Finanzamt von dem Steuerpflichtigen nicht unaufgefordert vorzulegen, sondern auf Verlangen des Finanzamtes. Dabei hat das Finanzamt bei dem Verlangen zu prüfen, ob die Aufforderung zur Vorlage des Fahrtenbuches verhältnismäßig, insbesondere erforderlich und zumutbar ist. Dies bedeutet, dass das Verlangen nur dann ermessensfehlerfrei ist, wenn tatsächlich Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an der Richtigkeit oder der Vollständigkeit der Eintragung begründen und die Zweifel anders nicht auszuräumen sind. Daraus ergibt sich für die Berufsgeheimnisträger, also insbesondere für Ärzte,

dass zunächst zu Reisezweck, Reiseziel, Reiseroute und aufgesuchtem Geschäftspartner neben der Angabe des Datums, des Kilometerstandes und des Zielortes grundsätzlich die Angabe „Patientenbesuch“ als Reisezweck ausreichend ist, wenn Name und Adresse des aufgesuchten Patienten vom Arzt in einem vom Fahrtenbuch getrennt zu führenden Verzeichnis festgehalten worden ist.

Gegen eine solche Verfahrensweise bestehen keine Bedenken, wenn sichergestellt ist, dass die Zusammenführung von Fahrtenbuch und Patientenverzeichnis leicht und einwandfrei möglich ist und keinen erheblichen Aufwand verursacht.

Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Zertifikat Schutzimpfungen

Die Rechtsgrundlage für Schutzimpfungen in der Bundesrepublik Deutschland findet sich im derzeit gültigen Bundesseuchengesetz in Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I, S. 2262) in § 14, zukünftig im „Infektionsschutzgesetz“ (der Referentenentwurf vom 15.10.99 liegt vor) in § 20-22. Danach ist und bleibt Impfrecht in der föderativen Struktur der Bundesrepublik Landesrecht.

Für den Freistaat Sachsen gilt derzeit die „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen und die Durchführung unentgeltlicher Schutzimpfungen (VwV Schutzimpfungen)“ vom 30. September 1999 (SächsABl. Nr. 42, S. 866-867 vom 21. Oktober 1999) und die Neufassung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Stand: 01.01.2000“ (Beilage zum Ärzteblatt Sachsen 1/2000).

Danach kann jeder approbierte Arzt, der die **entsprechende Qualifikation** besitzt, impfen. Ausgenommen sind Gelbfieberimpfungen und es wird die Empfehlung gegeben, Tollwutschutzimpfungen von speziell erfahrenen Ärzten durchführen zu lassen.

Diese entsprechende Qualifikation wird nach Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) vom 6. Oktober 1999 (3. Vorstandssitzung unter BV Nr. 20) durch die Teilnahme an einem Fortbildungskurs Schutzimpfungen Teil 1 und Teil 2 (Grundkurs) erworben und durch ein „Zertifikat Schutzimpfungen“ der SLÄK mit Unterschrift des Präsidenten bescheinigt. Diese Kurse werden jährlich in jedem der drei Regierungsbezirke Sachsens (Chemnitz, Dresden und Leipzig) angeboten. Der Grundkurs umfasst in Sachsen 20 Stunden. Die Lehrinhalte wurden ebenfalls durch den Vorstands-

beschluss der SLÄK bestätigt und sind im Detail aus der Anlage ersichtlich.

Von dieser Empfehlung sind ausdrücklich Fachärzte ausgenommen, bei denen inhaltlich Schutzimpfungen in der Weiterbildungsordnung zu Facharzt enthalten sind, d.h. Kinderärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin.

Darüber hinaus wird allen Ärzten alle drei Jahre eine Fortbildung in Fragen Änderungen von Impfempfehlungen, neue Impfungen usw. im Rahmen der Kreisärztekammern und von Ärzttestammtischen von 1-2 Stunden angeraten.

Die geschilderte Verfahrensweise wird in Sachsen seit 1994 praktiziert, sie ist durch den oben erwähnten Vorstandsbeschluss der SLÄK vom 06.10.99 für Sachsen offiziell anerkannt und eingeführt worden.

Lehrinhalte 20 Stunden Impfgrundkurs Sachsen

I. Allgemeines

2 h Internationale Bedeutung von Schutzimpfungen (Expanded Programme on Immunization - EPI, WHO Weltgesundheitsbericht) klinische, epidemiologische und immunologische Begründung von Schutzimpfungen gesetzliche Regelungen, ordnungsgemäße Durchführung von Impfungen

2 h SIKO-Impfempfehlungen
E 1 Impfkalender
E 2 Allgemeine Kontraindikationen
E 5 Impfabstände
E 6 Impfungen und Operationen
E 7 Impfungen und Hygiene
E 8 Aufklärungspflichten bei Impfungen
E 9 Dokumentation von Impfungen
E10 Atypische Impfverläufe

II. Schutzimpfungen gegen die einzelnen Krankheiten

Es werden jeweils abgehandelt
- Begründung der Schutzimpfung

- Impfstoffe
- Impfkalender (Indikation, Kontraindikation)
- Reaktogenität und Nebenwirkungen
- Kontrollprogramme (Falldefinition, Surveillance)
- Eradikationsprogramme, Herdbekämpfungsprogramme

2 h Tetanus-, Diphtherie-, Pertussis-Impfung (Vollkeimimpfstoff und azellulärer Impfstoff) und
E 3 Empfehlungen zur Pertussisimpfung
E 4 Empfehlungen zur Tetanusprophylaxe

2 h Masern-, Mumps-, Röteln-Impfung

2 h Poliomyelitis-, Tollwut-, FSME-Impfung (Poliomyelitis-Eradikationsprogramm)
E11 Immunisierung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis-Schutzimpfung)

2 h Impfung gegen Hepatitis A und B

2 h Influenza-, BCG-, Varicellen-Schutzimpfung

2 h HIB-, Meningokokken-, Pneumokokken-Impfung

2 h Impfungen bei:
- Auslandsreisen (incl. Gelbfieber-, Typhus-, Cholera-, Japanenzephalitis-, Malariaprophylaxe)
- Asylbewerbern
- Allergikern
- arbeitsmedizinischer Betreuung
- Impfungen in der Schwangerschaft
- Impfungen bei chronischen Erkrankungen

2 h sonstige Impfungen - Entwicklungsstrategie und moderne Trends in der Immunprophylaxe, Ausblick
E 10 Atypische Impfverläufe

Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle Bundesländer:		19,30 %
	Arbeitgeberanteil	9,65 %
	Arbeitnehmeranteil	9,65 %
2. Beitragsbemessungsgrenze	neue Bundesländer	alte Bundesländer
	7.100,00 DM/Monat	8.600,00 DM/Monat
	85.200,00 DM/Jahr	103.200,00 DM/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Höchstbeitrag	1.370,30 DM/Monat	1.659,80 DM/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Höchstbeitrag)	137,03 DM/Monat	165,98 DM/Monat
3) halber Mindestbeitrag	68,52 DM/Monat	82,99 DM/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht für die Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 44 der Satzung der SÄV)	3.425,75 DM/Monat §§ 21 und 44	4.149,50 DM/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 1999 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge sowie die Anwartschaftsmittelung wird Ihnen bis spätestens zum 31. März 2000 zugeschickt.

Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich folgende Beitragswerte:

	neue Bundesländer	alte Bundesländer
1) Höchstbeitrag für Pflichtversicherte	1.370,30 DM/Monat	1.659,80 DM/Monat
2) Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte freiwilliger „Anwartschaftserhaltungs- Beitrag“ für Rente wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit	121,59 DM/Monat	121,59 DM/Monat
3) Regelbeitrag für Selbständige	702,52 DM/Monat	864,64 DM/Monat

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

1) Beitragssatz	spezifisch für jede Krankenkasse	
2) Beitragsbemessungsgrenze	5.325,00 DM/Monat 63.900,00 DM/Jahr	6.450,00 DM/Monat 77.400,00 DM/Jahr

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,7 %	1,7 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	5.325,00 DM/Monat 63.900,00 DM/Jahr	6.450,00 DM/Monat 77.400,00 DM/Jahr

Termine für das Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge im Jahr 2000

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2000 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 24 Abs. (3) der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung werden die Beiträge für angestellte Mitglieder monatlich jeweils zum Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder quartalsweise jeweils am Ende des Quartales eingezogen.

1. Monatlicher Lastschrifteinzug

Monat	Termin
Januar	25.01.2000
Februar	25.02.2000
März	24.03.2000
April	25.04.2000
Mai	25.05.2000
Juni	23.06.2000
Juli	25.07.2000
August	25.08.2000
September	25.09.2000
Oktober	25.10.2000
November	24.11.2000
Dezember	15.12.2000

2. Quartalsweiser Lastschrifteinzug

Quartal	Termin
I.	30.03.2000
II.	29.06.2000
III.	29.09.2000
IV.	20.12.2000

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank beziehungsweise Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer bei dem jeweiligen Kreditinstitut zirka zwei bis vier Tage später. Wir bitten darum, dass die abzubuchen-

den Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

Informationen zum EURO

Am 1. Januar 1999 wurde der EURO als eine eigenständige Währung eingeführt. Zwar wird der EURO für eine Übergangszeit von drei Jahren noch nicht als Bargeld verfügbar sein, aber als sogenanntes Buchgeld in vielen Bereichen des Geschäftslebens schon eine Rolle spielen.

Die Sächsische Ärzteversorgung befasst sich seit geraumer Zeit mit dieser Problematik und bereitet die Umstellung auf die neue Währung intensiv vor.

Was ergibt sich für die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung?

Seit dem 01.01.1999 ist der Transfer von Beiträgen und Leistungen wahlweise in DM oder in EURO möglich. Die Umrechnung übernimmt dabei das jeweilige Bankinstitut.

Bis zum 31.12.2001 werden die Beitragskonten und Anwartschaften weiter in DM geführt, ebenso werden die Beitragsabrechnungen und Leistungsbescheide (Versorgungsleistungen) in DM ausgestellt. Für die Beitragsüberleitung und Nachversicherung von Anwartschaften nach oder aus anderen Versorgungseinrichtungen gelten die dort getroffenen Festlegungen.

Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten in Bezug auf die Währungsumstellung für den Bereich der Sächsischen Ärzteversorgung haben, so informieren wir Sie gern.

Rufen Sie dazu am besten Ihre zuständige Bearbeiterin oder die Geschäftsführerin (Tel.: (03 51) 8 26 72 50) an.

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. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
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.

Begründung zum Haushaltsplan 2000

Der 21. Kammerversammlung am 13. 11. 1999 lag der 11. Haushaltsplan seit Bestehen der Sächsischen Landesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000 zur Beschlussfassung vor.

Ziel des Planes ist es, die zu erwartenden Tätigkeiten des Vorstandes, der Ausschüsse und der Geschäftsführung finanziell abzusichern. Inhaltliche Aspekte dieser Kammerarbeit werden in den jährlichen Tätigkeitsberichten ausführlich dargestellt und sind nicht vordergründig bei der Erörterung.

Messlatte für die Aufstellung des Haushaltsplanes 2000 war nicht der Plan des Vorjahres, sondern das Ist von 1998. Bei der Erarbeitung des Haushaltsplanentwurfes nahm die Geschäftsführung diese konkret vorliegenden Zahlen zum Maßstab, da teilweise sinkende Erträge eine harte Kalkulation zwingend erforderlich machen.

Mit dem jetzt vorliegenden Etat können die Aufgaben unserer Kammer für das nächste Jahr abgesichert werden. Eine Erweiterung - sei es durch Übertragung zum Beispiel von staatlicher Seite oder durch uns selbst gewollt - erfordert auch zusätzliche Mittel. Diese wären aber bei einer eher ungewissen Prognose zu den ärztlichen Einkünften sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor aus Kammerbeiträgen nicht zu leisten und müssten hauptsächlich über Gebühren erwirtschaftet werden.

Zu den Zahlen:

Der Haushalt 2000 hat ein Gesamtvolumen von **21.091,5 TDM** und liegt damit um **214,8 TDM** unter dem des Vergleichszeitraumes.

Die geplanten Kammerbeiträge sinken um **325,9 TDM**.

Hier wirkt die von uns beschlossene Änderung der Beitragsordnung, die etwa 700 Kammermitglieder vom Beitrag freistellt, weil sie arbeitslos sind, sich in Mutterschafts- oder Erziehungsurlaub befinden, Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, u. a.

Die Gebühren laut Gebührenordnung und die für Fortbildung sind um **53,1 TDM**

geringer geplant; Gründe hierfür sind eine geringe Teilnehmerzahl bei Lehrgängen und die gebührenfreie Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit fachübergreifenden Themen.

Weiterhin vermindern sich die Kapitalerträge um **37,3 TDM**

und die sonstigen Erträge um **386,3 TDM**

Die Erklärung hierfür findet sich vor allem in einem gefallenem Zinsniveau, einer Verringerung der Betriebskostenpauschale von der Sächsischen Ärzteversorgung infolge von Einspareffekten durch rationelle Gebäudebewirtschaftung und dem Verzicht auf die Kalkulation eventuell eingehender, jedoch unkalkulierbarer Sponsormittel und Zuschüsse (zum Beispiel für Fortbildung).

Bei den Aufwendungen ergibt sich folgendes Bild:

Die Personalaufwendungen steigen um **509,2 TDM**

Die Gründe für diesen Mehraufwand finden sich in der tariflichen Anpassung der Gehälter nach BAT Ost für das Jahr 2000 und in der davon abhängigen

Erhöhung der gesetzlichen und freiwilligen Sozialaufwendungen.

Der Aufwand für die Selbstverwaltung steigt um **96,0 TDM** durch eine planmäßige Erhöhung der Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche.

Die Sachaufwendungen erhöhen sich um **283,3 TDM**

Diese Erhöhung verteilt sich auf alle Positionen mit Ausnahme der Reise- und Tagungskosten, die vermindert ausgewiesen sind.

Die Abschreibungen verringern sich um **512,9 TDM**

und werden damit auf das normale Maß zurückgefahren.

Auch bei den Rücklagen und dem Zinsaufwand kommt es zu einer Verringerung der Aufwendungen um **322,7 TDM**

vor allem durch verminderte Zinsen für die vorzeitige Reduzierung des von der Sächsischen Ärzteversorgung ausgereichten Darlehens.

Dr. Helmut Schmidt
Vorsitzender des Finanzausschusses
der Sächsischen Landesärztekammer

Konzert und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 6. Februar 2000, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Jugend musiziert

Sächsische Spezialschule für Musik
Dresden

Vorbereitungskonzert der Teilnehmer
des Landeswettbewerbes

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.

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Siegfried Adam -

Malerei und Grafik

vom 18. Januar bis 10. März 2000

**Vernissage am Donnerstag,
dem 20. Januar 2000, 19.30 Uhr**

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Moderne Kunst im alten
Rahmen**

Mechthild Mansel - Malerei und Grafik

**Eröffnung am Mittwoch,
dem 9. Februar 2000, 18.00 Uhr**

4 000. Facharztprüfung in der Sächsischen Landesärztekammer

Am 15. Dezember 1999 bestand Herr Holger Palisch, geboren am 27. 4. 1966, tätig im Krankenhaus Friedrichstadt in Dresden, seine Facharztprüfung für Innere Medizin.

Neben der Urkunde wurden ihm vom Professor Gruber, dem Vorsitzenden des Ausschusses Weiterbildung und Vorsitzenden dieser Prüfungskommission Innere Medizin, Blumen überreicht, weil es die 4 000. Facharztprüfung seit Bestehen der Sächsischen Landesärztekammer war. Mit dem neuen Facharzt (2. von links) freuen sich Herr Prof. Gruber, Frau Dipl.-Med. Gäbler, Ärztin in der Geschäftsführung für Weiterbildung/Prüfungswesen, Herr Prof. Bauch und Prof. Porst (v. l.).



10-jährige Mitarbeit im Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“

Herr Dr. Queißer hat darum gebeten, die ehrenamtliche Tätigkeit im Redaktionskollegium zu beenden. Die Mitglieder des Kollegiums haben die Entscheidung von Herrn Dr. Queißer in seinem 71. Lebensjahr respektiert.

Bereits bei der Konzeption des ersten Heftes „Ärzteblatt Sachsen“, das im Juli 1990 erschien, hat Herr Dr. Queißer mitgearbeitet. In den letzten zehn Jahren hat er im Redaktionskollegium seine fachlichen Erfahrungen nicht nur in seinem Spezialgebiet Infektiologie, sondern auch in allen anderen Schwerpunkten des Fachgebietes Innere Medizin eingebracht und dargestellt. Im „Ärzteblatt Sachsen“ wurde seine Originalarbeit „Rationelle Diagnostik und Therapie akuter infektiöser Darmerkrankungen“ im Heft 6/96 publiziert.

Herr Dr. Queißer hat durch seine fachspezifischen Beurteilungen und fundierten Diskussionen im Redaktionskollegium die inhaltliche Qualität und die Wertigkeit „Ärzteblatt Sachsen“ mitbestimmt und dadurch die Akzeptanz die-



ser Ärztezeitschrift ständig erhöht. Das Redaktionskollegium war für seine Aussagen und für seine verbal dargestellten Meinungen und kritischen Einschätzungen immer dankbar.

Wir wünschen Herrn Dr. Queißer auch

in der Zukunft beste und stabile Gesundheit, Schaffenskraft, Wohlergehen und ein aktives langes Leben. Wir bedanken uns alle herzlich für seine ehrenamtliche intensive und konstruktive Mitarbeit.

Das Redaktionskollegium

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 Freiberg

1 FA für Innere Medizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 01. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 24. 01. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 Zwickauer Land

1 FA für Neurologie u. Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 01. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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

Anteil einer Gemeinschaftspraxis

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 01. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 12. 02. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 Aue-Schwarzenberg

1 FA für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 02. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 eines Partners einer Gemeinschaftspraxis folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Dresden-Stadt

1 FA für Kinderheilkunde

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 28. 01. 2000 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fort-

führung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Dresden-Stadt 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 31. 01. 2000 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Weißeritzkreis 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 31. 01. 2000 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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 31. 01. 2000 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 Torgau-Oschatz 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 12. 02. 2000 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 12. 02. 2000 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 Leipzig Stadt 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 18. 02. 2000 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipzig Stadt 1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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 12. 02. 2000 an die o.g. Bezirksstelle.

H. Kunath¹ und U. Lochmann²

Einführung der ICD-10 ab 1.1.2000

¹Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät der TU Dresden

²Hochschule Zwickau (FH), Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Zusammenfassung

Ab dem 1. Januar 2000 wird die Verschlüsselung von Diagnosen nach der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen gesetzlich vorgeschrieben. Auswirkungen ergeben sich für die Diagnosenverschlüsselung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und den Abrechnungsunterlagen. Für die Ärzte im stationären Bereich ist nur die Diagnosenkodierung nach § 301 SGB V betroffen. Als Grundlage für die Verschlüsselung dient die ICD-10-SGB V, eine an die

Erfordernisse des SGB V adaptierte und verkürzte Form der deutschsprachigen ICD-10-Vollversion. Die ICD-10-SGB V beinhaltet eine Untermenge von Diagnosen und zugehörigen Schlüsselwerten, den Minimalstandard. Dieser kann im hausärztlichen Bereich sowie im organisierten Notfalldienst sowie von Ärzten in der fachärztlichen Versorgung im Falle gebietsfremder Diagnosen zur Vereinfachung der Verschlüsselung genutzt werden. Zur Anwendung und Qualitätssicherung in der Verschlüsselung werden Hinweise gegeben. Ebenfalls wird auf die Notwendigkeit weiterer gesetzlicher Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung der ICD-10-SGB V verwiesen.

Nach Jahren der Ankündigungen und vieler kontroverser Diskussionen **wird ab dem 1. 1. 2000 die Verschlüsselung von Diagnosen nach der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)** durch „alle an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen“ vorgeschrieben. Die Einführung der ICD ist durch die Bekanntmachung über die Inkraftsetzung eines Schlüssels zur Angabe von Diagnosen gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die das Bundesministerium für Gesundheit am 24.6.1999 erlassen und am 8.7.1999 im Bundesanzeiger veröffentlicht hat, gesetzlich geregelt. Als Grundlage der Verschlüsselung dient die an die Erfordernisse des SGBV adaptierte und vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene deutschsprachige Version mit der amtlichen Bezeichnung ICD-10-SGBV. Aus der Bekanntmachung ergeben sich hieraus ab dem 1. 1. 2000 folgende Konsequenzen:

Im **vertragsärztlichen Bereich** sind auf den Abrechnungsunterlagen für erbrachte vertragsärztliche Leistungen und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen die Diagnosen und sonstige Kontakt- und Behandlungsanlässe aufzuzeichnen. Die Diagnosen sind zusätzlich nach der ICD-10-SGBV zu verschlüsseln. Diese Regelungen gelten natürlich auch für sonstige ambulante Behandlungseinrichtun-

gen, z. B. in Krankenhausambulanzen und Hochschulpolikliniken.

In der **stationären Gesundheitsversorgung** (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) wird der für die Dokumentation und Verschlüsselung von Diagnosen zutreffende § 301 SGB V ebenfalls modifiziert. Die bisher benutzte, seit 1979 im deutschsprachigen Raum angewandte, im Gesundheitswesen der DDR seitdem gesetzlich verbindlich vorgeschriebene ICD-9 wird ebenfalls zum 1.1.2000 durch die ICD-10-SGB V abgelöst. Das geschieht unabhängig von der Tatsache, dass die nach § 301 SGB V maschinenlesbar zu erfolgende Datenübermittlung zwischen den stationären Einrichtungen („Leistungserbringer“) und den Krankenkassen („Kostenträger“) trotz gesetzlicher Vorgabe seit dem Jahr 1995 im überwiegenden Teil der ca. 2250 deutschen Krankenhäuser heute noch immer in manueller Form, das heißt im kosten- und personalintensiven Briefverkehr, geschieht. Die Diagnoseschlüsselnummern müssen unter anderem im Zusammenhang mit den Aufnahme- und Entlassungsmeldungen in Vorbereitung der Rechnungslegung an die Krankenkassen übermittelt werden und dienen darüber hinaus der Ermittlung der pauschalierten Entgelte (Fallpauschalen/Sonderentgelte) sowie der Erstellung von Diagnosenstatistiken, die nach der Bundespflegesatzverordnung 1995 (BpflV'95) als sog. L4-Statistiken der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) wesentliche Grundlagen für die jährlichen stattfindenden

Pflegesatzverhandlungen darstellen.

Die in der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) gesetzlich verankerte, jährlich einmal abzugebende Meldung aller Krankenhausfälle (bis 30.6. des Folgejahres), beinhaltet ebenfalls eine Diagnosenangabe in Form der zum Zeitpunkt der Entlassung bekannten Hauptdiagnose. Diese Angaben bilden eine Grundlage von länder- und bundeseinheitlich zusammengefassten Statistiken und sind eine wichtige Basis für die Gesundheitsberichterstattung.

Erstaunlicherweise sind BpflV und KHStatV in der Bekanntmachung des BMG v. 24.06.1999 nicht erwähnt. Die Logik zwingt zu der Annahme, wonach auch diese Gesetze mit der ICD-10-Einführung zum 1. 1. 2000 geändert werden müssen.

Welche Ressourcen stehen für die Verschlüsselung zur Verfügung?

Die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) wurde von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1990 beschlossen und in ihrer englischsprachigen Version 1992/94 in drei Bänden herausgegeben. Sie wird weltweit zur Klassifizierung von Krankheiten und Todesursachen benutzt und dient unter anderem der epidemiologischen Beschreibung von Morbidität und Mortalität. Änderungen und Ergänzungen aufgrund des Fortschritts der Medizin und veränderter Dokumentationsanforderungen werden von der WHO in jährliche Ak-

tualisierungen (Updates) eingearbeitet. Bis zur Herausgabe der ICD-9 in 1976 wurde ein etwa zehnjährigen Abstand zwischen den einzelnen Revisionen eingehalten. Eine Version ICD-11 ist zur Zeit nicht vorgesehen.

ICD-10, ein internationaler Kompromiss und die Notwendigkeit für nationale Adaptationen

Als einzige international verbindliche Krankheitsklassifikation kann die ICD hinsichtlich nationaler Bedürfnisse und unterschiedlicher Entwicklungslevel im Gesundheitswesen der zirka 160 Mitgliedsländer der WHO nur einen Kompromiss darstellen. In den Ländern wurden deshalb nationale Adaptationen für verschiedene Anwendungen im Sinne von Erweiterungen oder Verfeinerungen oder von Einschränkungen erarbeitet, die aber stets darauf gerichtet sind, den internationalen semantischen Konsens nicht zu verlassen und die logische Kompatibilität zu erhalten.

Für die Bundesrepublik Deutschland wird die vollständige amtliche deutschsprachige Ausgabe der ICD-10 vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Dateiform in drei Bänden herausgegeben. Das geschieht in Abstimmung mit den verantwortlichen Institutionen der Schweiz und Österreichs als gemeinsame deutschsprachige Ausgabe.

• **Band 1: Systematisches Verzeichnis.** Einführung, dreistellige allgemeine und vierstellige ausführliche Systematik, M-Klassifikation, Sonderverzeichnisse, Definitionen und Nomenklaturvorschriften.

• **Band 2: Regelwerk.** Hinweise zur Todesursachen- und Diagnosenverschlüsselung (Mortalität und Morbidität), Anleitungen zur statistischen Auswertung und Präsentation sowie eine ausführliche Beschreibung der aktuellen ICD-10 und der historischen Entwicklung der ICD insgesamt.

• **Band 3: Alphabetisches Verzeichnis** für Krankheiten und Verletzungen, für die äußeren Ursachen von Verletzungen (Unfälle unter anderem) sowie für die Verschlüsselung von Arzneimitteln und

Chemikalien bei Vergiftungen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen.

Im Buchhandel sind verschiedene Verlagsausgaben der vollständigen amtlichen Fassung erhältlich. Es ist darauf zu achten, dass ab 1.1.2000 die Version 1.3 gültig ist.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung der ICD-10-Einführung ergab sich bald die Notwendigkeit dafür, die vollständige Version der ICD-10 für die unterschiedlichen Zwecke des SGB V zu adaptieren. In den Jahren 1996/97 erfolgte diese Überarbeitung. Als Ergebnis liegt nunmehr eine modifizierte und reduzierte Fassung als sogenannte **ICD-10-SGBV** (Systematisches Verzeichnis) vor, die als Untermenge den sogenannten „Minimalstandard“ enthält. Der Minimalstandard ist auch als „**ICD-10-Basisschlüssel**“ bekannt geworden: Er besteht aus einem semantischen und einem alphabetischen Verzeichnis.

Ein Ziel der Überarbeitung bestand in einer geeigneten Auswahl der wesentlichen Diagnosenbezeichnungen und deren Schlüsselnummern, ohne die Kompatibilität mit der vollständigen ICD-10 zu verletzen. Dadurch sollen die angemessene Verschlüsselungstiefe und der zumutbare Verschlüsselungsaufwand zweckmäßig und situationsgerecht gestaltet und auf das für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderliche Maß reduziert werden. Die volle Kompatibilität der ICD-10-SGBV zur ICD-10 der WHO ist eine Voraussetzung dafür, internationale Verpflichtungen und Vergleiche zu ermöglichen.

Zuverlässigkeit und Validität in der Verschlüsselung

Die Probleme hinsichtlich einer zuverlässigen und validen Kodierung von Diagnosen mit Hilfe der ICD vor allem in der medizinischen Dokumentation und Kommunikation sind auch in der ICD-10 gegenüber ihren Vorgängern nicht wesentlich besser gelöst worden. Obwohl als Klassifikation bezeichnet, ist die ICD-10 eher ein Verzeichnis von (Standard-)Begriffen für die Bezeich-

nung von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme oder eine Nomenklatur; sie enthält wenig Vorschriften für die Klassifikation. Hinzu kommt das Problem der wenig standardisierten und zwischen den einzelnen medizinischen Fachgebieten unterschiedlichen medizinischen Terminologien. Es bleibt dem Anwender weitestgehend überlassen, sich diese Klassifikationsregeln zu beschaffen und die richtige Zuordnung synonyme Bezeichnungen (Benennung einer Diagnose durch verschiedene Wörter) zu den ICD-Namen zu treffen. Das kann zu erheblichen Kommunikationsfehlern führen. Zur Lösung des Terminologieproblems wurde deshalb nach einer Initiative des Frankfurter Instituts für Medizinische Informatik und seinem Direktor, Prof. Dr. Giere, ein ICD-Diagnosenthesaurus entwickelt, dessen Version 2.3 nun ebenfalls als Ressource für die Kodierarbeit zur Verfügung gestellt wird.

Anmerkungen zur Struktur der ICD-10 und ICD-10-SGBV

Die Struktur der ICD-10 entspricht prinzipiell ihrer Vorgängerversion und bringt dem ICD-9 vertrauten Arzt keine prinzipiellen Neuerungen in der Verschlüsselungsarbeit. Die vorgenommene inhaltlichen Erweiterungen stellen sich nunmehr in 21 Kapiteln dar. Die Kapitel sind nach Merkmalen der Ätiologie, Topographie, Morphologie und der Altersabhängigkeit geordnet. Zur Erhöhung des Vorrates an verfügbaren Schlüsselwerten und der besseren Handhabbarkeit wurde auf einen alphanumerischen Schlüssel durch Hinzufügen eines Buchstabens am Anfang der Schlüsselwerte umgestellt. In den Kapiteln I bis XIX entspricht sie weitestgehend der ICD-9. Als wichtige Veränderungen sind die Aufspaltung des ICD-9-Kapitels „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ in die nunmehr drei ICD-10 Kapitel VI (Nerven-), VII (Augen-) und VIII (Ohrenkrankheiten) und die Einordnung der ICD-9 E- und V-Klassen in die ICD-10-Kapitel XX und XXI hervorzuheben.

Für die Durchführung der Kodieraufgaben nach SGB V ist die ICD-10-SGB V relevant. Sie ist eine echte Teilmenge der vollständigen deutschsprachigen ICD-10. Sie enthält zunächst alle dreistelligen Kategorien der wichtigen Kapitel I bis XIX sowie vierstellige Erweiterungen. Stark an den Erfordernissen des SGB V ausgerichtet wurden die Kapitel XX (äußere Ursachen) und XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen). Eine weitere Verdünnung der Hauptliste wurde durch die Ausgliederung der vierstelligen Schlüssel sogenannter für die mitteleuropäische Region exotischer Diagnosen und deren Ablage in einen Anhang vorgenommen. Deren Dreisteller sind allerdings in der ICD-10-SGBV Hauptliste erhalten geblieben. Sie wurden aber nicht in den Minimalstandard aufgenommen. Alle verbliebenen vierstelligen Schlüssel sind darauf geprüft worden, ob sie dem Minimalstandard zuzurechnen sind. Der **Minimalstandard** stellt demnach eine Untermenge der ICD-10-SGBV dar und ist die minimale Differenzierung für Verschlüsselungen, die an keiner Stelle unterschritten werden darf.

Die ICD-10-SGB V enthält die Option zur Dokumentation von Attributen der Diagnosesicherheit und der Seitenlokalisierung. Diagnoseschlüssel können deshalb durch jeweils ein Attribut für den Sicherheitsgrad, wie V für Verdachtsdiagnose und die Seitenlokalisierung, wie R/L/B für rechts/links/beidseitig, ergänzt werden.

Hinweise zur Anwendung

Generell gilt als Basis für die Durchführung von Verschlüsselungsaufgaben nach SGB V die ICD-10-SGB V. Die Verschlüsselung sollte so detailliert wie möglich vorgenommen werden, jeweils auch im Hinblick auf den jeweiligen Kommunikationszweck ausgerichtet. Der Minimalstandard - Untermenge der ICD-10-SGB V - kann von allen Ärzten in der hausärztlichen Versorgung (§73 Abs. 1 SGB V) und im organisierten

Notfalldienst sowie von Ärzten in der fachärztlichen Versorgung, sofern sie gebietsfremde Diagnosen verschlüsseln, angewendet werden. Welche Diagnosen gebietsfremd sind, wurde nicht festgelegt. Hier führt die Anwendung des Minimalstandards nicht zum Vergütungsausschluss nach § 303 SGB V. Alle Ärzte in der fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der genannten Sonderbedingungen sowie die Ärzte im stationären Bereich haben die vollständigen ICD-10-SGB V anzuwenden.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung müssen ab dem 1.1. 2000 auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen dort, wo bisher Diagnoseeinträge in Klartextform gefordert waren, zusätzlich die ICD-10-SGBV relevanten Schlüssel eingetragen werden. Zu jedem Schlüssel können jeweils zwei Zusatzmerkmale für Sicherheitsgrad der Diagnose und die Seitenlokalisierung hinzugefügt werden. Es besteht die Möglichkeit, mehrere Diagnosen für die Dokumentation z. B. von Multimorbidität oder verschiedener Kontaktpunkte anzugeben, allerdings nur dann, wenn sie für das jeweilige Quartal relevant sind. Im Falle des Überweisungs/Abrechnungsscheins ist vom überweisenden Arzt in das Feld „Auftrag“ die Diagnose in Klartextform zu vermerken. Der ausführende Arzt trägt in das Feld „Diagnose“ den relevanten ICD-10-SGB V-Schlüssel ein. Auf allen anderen Belegen, wie z. B. Arztbriefen und Krankenhauseinweisungen, wird die Verschlüsselung der Diagnosen nicht gefordert, aber trotzdem empfohlen.

In der stationären Versorgung ergeben sich für den Arzt bis auf den Umstieg von der ICD-9 auf die ICD-10-SGB V keine wesentlichen Neuerungen. Die Erstellung der Abrechnungsunterlagen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten in den Verwaltungen der Krankenhäuser erfordert aber höchstwahrscheinlich zu Beginn des kommenden Jahres einen zusätzlichen Umkodieraufwand (ICD-10-SGB V nach ICD-9).

Erhöhung der Reliabilität und Validität der Verschlüsselung

Die Umstellung auf die ICD-10-SGB V im stationären Bereich sowie die Einführung der Diagnosenverschlüsselung im vertragsärztlichen Sektor sollten durch qualitätssichernde Maßnahmen begleitet werden, um die Ziele der Verschlüsselung durch unreliable (nicht reproduzierbare) und nichtvalide (inhaltlich falsche) Verschlüsselungen, die alle Auswertungen und Aufwendungen ad absurdum führen würden, zu verkleinern. An dieser Stelle kann nur auf die angegebene Fachliteratur, den Diagnosethesaurus, die relevanten Veröffentlichungen im Internet, insbesondere die des DIMDI, auf Fortbildungsangebote der Selbstverwaltungen sowie auf die Möglichkeit der Unterstützung durch geeignete Computerprogramme hingewiesen werden. Die Anbieter von Praxis- und Krankenhaussoftware stellen die relevanten Dateien für die ICD-10-SGB V zur Verfügung.

Danksagung:

Herrn Dr. Bernd Graubner, vormalig Institut für Medizinische Informatik an der Universität Göttingen, jetzt Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) Köln, danken wir herzlich für die Beratung und die Bereitstellung von Informationen.

Literaturquellen und Informationsressourcen:

Bundesanzeiger vom 08.07.1999:
„Bekanntmachung über die Inkraftsetzung eines Schlüssels zur Angabe von Diagnosen gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ vom 24. Juni“
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1999
Graubner, B.: ICD-10-SGB V
Deutscher Ärzteverlag, 1999

www.dimdi.de (Homepage des DIMDI mit zahlreichen Möglichkeiten für das Downloaden)
www.gmds.de (Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie/ Arbeitsgruppe Klassifikation)
www.slaek.de (Homepage der Sächsischen Landesärztekammer, Fortbildungsangebote)

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath,
Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden
Fetscherstr. 74, 01309 Dresden,
www.imib.med.tu-dresden.de

H. Rietzsch

Die Prophylaxe des diabetischen Fußes steht im Vordergrund

Medizinische Klinik III
Universitätsklinikum Dresden

Zusammenfassung

Diabetische Fußkomplikationen nehmen unter den Folgekrankheiten des Diabetes ständig zu. Die Zahl der betroffenen Patienten ist in Anbetracht einer zu erwartenden hohen Dunkelziffer sehr hoch. 28.000 Amputationen pro Jahr in Deutschland weisen auf die Bedeutung des Problems hin. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die Beherrschung einer Komplikation haben sich in den zurückliegenden Jahren grundlegend erweitert, wenn es auch in der Praxis noch große Reserven zu erschließen gilt. Dafür wurde das Heft Diabetische Fußkomplikationen [1] im Rahmen der Sächsischen Diabetesleitlinien erstellt. Die Diagnostik wird in Befunde zur Neuropa-

thie, Angiopathie und zur Verletzung bzw. Infektion unterteilt. Die Behandlung der eingetretenen Läsion nach klaren Richtlinien verfolgt immer das Ziel der Amputationsvermeidung. Im Vordergrund sollten aber die Bemühungen stehen, derartigen Läsionen vorzubeugen. Dabei muß die ärztliche Untersuchung der Füße durch eine wirksame Selbstkontrolle in Verbindung mit einem griffigen Fußpflegekonzept ergänzt werden.

Schlüsselwörter:

Diabetische Folgeschäden; Diabetischer Fuß – Diagnostik, Therapie und Prophylaxe; Diabetes – Fußambulanz, Medizinische Fußpflege für Diabetiker

Die Vorstellungen zur Behandlung des diabetischen Fußes haben sich grundlegend gewandelt.

Der „Diabetische Fuß“ steht als Begriff für eine schwere diabetische Komplikation. Über viele Jahrzehnte wurde er ausschließlich als durchblutungsgestörtes Organ angesehen. Daraus resultierten therapeutische Ansätze, die überwiegend in einer Amputation durch den Chirurgen gipfelten. Der Diabetes mellitus mit seiner in aller Regel bestehenden Stoffwechsellage blieb unbeachtet. Letztendlich müssen die heute beklagten Amputationsraten auch auf diese historischen Gesichtspunkte der Behandlung dieses Krankheitsbildes zurückgeführt werden.

In den letzten 15 Jahren haben sich die pathogenetischen Vorstellungen zum diabetischen Fuß grundlegend geändert. Die Bedeutung einer guten Stoffwechseleinstellung für die Wundheilung wurde aus diabetologischer Sicht hervorgehoben. Gleichzeitig wandelten sich die Vorstellungen über die Entstehung des diabetischen Fußes. So wird heute nicht die Durchblutungsstörung allein, sondern die diabetische Polyneuropathie in der überwiegenden Zahl der Fälle als vorrangige Ursache angesehen. Weiterhin begründen auch die Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Durchblutungsstörung die Forderung, dass die frühzeitige Amputation am diabetischen Fuß der Vergangenheit angehören muss. Wegbereiter in der Durchsetzung dieser Behandlungskonzepte waren in den ver-

gangenen Jahren Diabetologen, welche in sogenannten diabetologischen Fußambulanz interdisziplinäre Behandlungskonzepte praktizieren, und so zu einer drastischen Senkung der Amputationsraten führten. **Die Koordination und Kooperation von Diabetologie, Angiologie, Radiologie, Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Orthopädienschuhmacherhandwerk, Orthopädietechnik ist sinnvoll in der Akutversorgung.** Die Zusammenarbeit von Hausarzt, Diabetologe, Angiologe, medizinischer Fußpflege und Orthopädienschuhmacher in der Prophylaxe und Nachsorge erfordert Betreuungsstrukturen, die logistisch aufwendig, aber in der Amputationsvermeidung sehr wirksam sind.

Die Forderung von Saint Vincent formulierte unter anderem das Ziel, die Amputationen an Diabetikerfüßen um 50 % zu reduzieren. Bei Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten ist dieses Ziel mehr als realistisch. Leider sind wir am 10. Jahrestag von Saint Vincent noch weit davon entfernt.

Der diabetische Fuß ist ein Teil des diabetischen Spätsyndroms.

Folgekrankheiten des Diabetes mellitus nehmen einen vorrangigen Platz unter den kostenverursachenden Faktoren bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ein. Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Entwicklung haben wir mit einer ständig zunehmenden Zahl an Diabetespatienten zu rechnen. Dabei

steht der Patient mit Typ-2-Diabetes im Vordergrund. Diese unter zivilisatorischen Einflüssen zunehmend manifestierende Erkrankung kommt in der Bevölkerung mit über 5 % vor und ist mit einer hohen Dunkelziffer belastet. So kann durchaus von einer Prävalenz von 10 % Diabetes in der Bevölkerung ausgegangen werden. Diese Schätzungen sind um so berechtigter, weil die diagnostischen Kriterien zur Stellung der Diagnose „Diabetes mellitus“ durch Absenken des kritischen Nüchternblutzuckers von 7,6 auf 7,0 mmol/l den Erfordernissen einer optimalen Diabetestherapie angepasst wurden (ADA 1997). Diabetische Folgekrankheiten treten in Abhängigkeit von der Diabetesdauer und Stoffwechselqualität auf. In Anbetracht der überwiegend durchschnittlichen bis unbefriedigenden Stoffwechselparameter und dem zunehmenden Lebensalter der Population muss zwangsläufig mit einer Zunahme von Folgekrankheiten gerechnet werden, da eine stetig zunehmende Personenzahl in das Manifestationsalter des Diabetes mellitus eintritt und somit summarisch immer mehr Diabetesjahre in unserer Bevölkerung erlebt werden. Die unveränderten hohen Amputationsraten können auf die Zunahme der Zahl und des Alters der Patienten, aber auch auf konservatives therapeutisches Vorgehen zurückgeführt werden.

Herzinfarkt, Schlaganfall, Erblindung, terminale Niereninsuffizienz, sensomotorische und autonome Neuropathiefol-

gen, pAVK und nicht zuletzt die Extremitätenamputation stellen diabetesassoziierte Endpunkte dar, die in ihrer Behandlung sehr aufwendig sind und außerdem eine erhebliche Minderung der Lebensqualität der Betroffenen zur Folge haben.

Die therapeutischen Kapazitäten zur Behandlung von Folgeschäden sind unterschiedlich entwickelt. Es gibt leistungsfähige Behandlungsangebote, Herzzentren, Stroke units, Dialyseeinheiten, spezialisierte Augenkliniken und Transplantationszentren für Niere und auch Pankreas. Leider ist die Behandlung der diabetischen Fußkomplikation ein vergleichsweise schlechter gelöstes Problem. Deutschlandweit werden hochgerechnet alljährlich 28.000 Amputationen vorgenommen. Eine Zahl, die nach vorsichtigen Schätzungen eher im Steigen begriffen ist.

logische Probleme. Lange Verweildauern komplizieren den Verlauf auch aus Kostengründen und führen nicht selten zur Entlassung mit Restläsion.

Aus der beschriebenen Situation heraus wurden in der zurückliegenden Zeit Behandlungsstrategien entwickelt, die sich auf das vorrangig internistische Management der Erkrankung konzentrierten und dabei die kollegiale Zusammenarbeit nicht selten belasteten. Aus der Kenntnis der vielgestaltigen und komplexen Probleme bei der Behandlung ergibt sich die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, um dem Behandlungsziel näher zu kommen. Für die genannten komplizierten Fälle haben sich Behandlungszentren als erfolgreich erwiesen, wo die interdisziplinäre Zusammenarbeit umgesetzt werden konnte. In den vergangenen Jahren haben sich sogenannte Fußzentren mit vergleichbaren

senen Patienten mit Läsionen prä- und poststationär in Zusammenarbeit mit ambulanten Kollegen. Im gleichen Hause befindet sich eine internistisch-diabetologische Station zur stationären Behandlung der Patienten. Die räumliche Nähe gestattet den nahtlosen Übergang zwischen beiden Behandlungsebenen. Interdisziplinäre Partner stellen die Radiologen (mit Interventionsmöglichkeiten), Chirurgen/Gefäßchirurgen, Orthopäden, Orthopädietechniker, Orthopädienschuhmacher und der Bereich der medizinischen Fußpflege dar.

Die guten Ergebnisse bei der Amputationsvermeidung an diabetischen Füßen in unserer Fußambulanz und Station ist von dem Zusammenspiel mit den ambulant tätigen Hausärzten und Diabetologen wesentlich geprägt. Die Mehrzahl der Diabetiker wird in allgemeinmedizinischen hausärztlichen

Diabetesbedingte Komplikationen in der BRD: Versorgungslage von Diabetikern unzureichend! [2]

Erblindungen	Dialyse	Amputationen	Herzinfarkte
Inzidenz: jährlich	Inzidenz: jährlich	Inzidenz: jährlich bei	Risiko:
4.000 Diabetiker	9.000 Diabetiker	28.000 Diabetikern	3 - 4 x häufiger bei Diabetikern

Für die Behandlung der diabetischen Fußkomplikation gibt es Leitlinien.

Die unverändert hohe Zahl an Amputationen weist darauf hin, dass die Behandlungsrealität bei der diabetischen Fußläsion nicht genügen kann. Eine Wunde am Fuß leitet den betroffenen Patienten noch immer in der Regel zum Chirurgen. Das sich daraus ergebende Behandlungsregime führt oft nicht zur Heilung der Wunde. Die Patienten werden mit ambulant nicht zu beherrschenden Wunden stationär eingewiesen. Die Amputationsindikation wird entweder initial zurückgestellt oder ergibt sich aus chronischen Wundheilungsstörungen. In der Regel bereiten die Patienten erhebliche allgemeininternistische und diabeto-

Strukturmerkmalen zu etablierten Behandlungseinrichtungen entwickelt. Die Effizienz einer solchen Behandlungsform ist erwiesen [3].

Eine Fußambulanz betreut die zugewie-

Praxen betreut. Dort treten offensichtlich auch die Fußkomplikationen in Erscheinung, was aus der Überweisungsstruktur der Patienten in die Fußambulanz ersichtlich wird.

Überweisungen zur Mitbehandlung in die Fußambulanz 1997/98

Facharzt für Allgemeinmedizin	296	54,5 %
Facharzt für Innere Medizin	81	14,9 %
Diabetologe	134	24,7 %
Facharzt für Chirurgie	15	2,8 %
Facharzt für Orthopädie	7	1,3 %
Praktischer Arzt	9	1,6 %
Facharzt für Hautkrankheiten	1	0,2 %
Gesamtzahl	543	100,0 %



Neuropathischer diabetischer Fuß. Schwere lokale und allgemeine Infektion. Die Läsion ist durch einen unbehandelten onychomykös veränderten Nagel in die Weichteile eingebrochen und hat zu einer Infektausbreitung über die Extensorensehne geführt.



Gleicher Fuß nach etwa 6 Wochen Lokalthherapie (Nekrektomie, Abtragung der Nagelveränderung, Wundspülung, Verband und konsequente systemische Antibiose). Es ist die Stabilisierung des Befundes und besonders auch der Extensorensehne gelungen.

Unsere Erfahrungen waren bei der Erstellung der Leitlinie zur Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms im Rahmen der Sächsischen Diabetesleitlinien von großem Wert. Das Leitlinienkonzept beschreibt ein abgestuftes Betreuungsgeschehen, in dem Versorgungsaufträge und Handlungsanleitungen für die Hausärzte, Schwerpunktpraxis und Diabetes-

Fuß-Ambulanzen definiert und zur Anwendung empfohlen werden.

Die Behandlung der diabetischen Fuß-Läsion erfolgt nach Grundsätzen.

An erster Stelle bei der Behandlung steht die mechanische Entlastung der Läsion. Die Folge der **Behandlungsschritte** bei einer diabetischen Fuß-Läsion wird durch das Vorgehen nach einem grundsätzlichen Prinzip bestimmt:

I Infektbeherrschung - Stoffwechseleinstellung mit Insulin

R Revaskularisation - falls erforderlich: nach entsprechender Diagnostik

A Amputation - falls erforderlich: so sparsam wie möglich

N Nachsorge der defektbehafteten Extremität

Die Einteilung des Schweregrades der Läsion kann nach den Wagner-Stadien erfolgen. Die lokale Behandlung der Wunde erfolgt nach angepassten chirurgischen Prinzipien entsprechend der Stadien der Wundheilung. Der Einsatz von Antibiotika ist in den allermeisten Fällen bis zum Abschluss der Wundheilung erforderlich. Oberflächliche, nicht in die Tiefe infizierte Wunden stellen eher die Ausnahme dar. Eine Operation zur Deckung der Wunde oder die Amputation sollten erst nach Beherrschung der Infektion erfolgen.

In den letzten Jahren haben sich weitere Behandlungsoptionen für die Fuß-Läsion sprunghaft entwickelt, deren Einsatz ein erfahrenes Behandlungsteam erfordert. Dazu gehören unter anderem Wachstumsfaktoren, komplexe Wundauflagen, Keratinozytenkulturen, Hyaluronsäure und andere. Die Wundbehandlung sollte durch ein stabiles Team erfolgen. Im Vordergrund stehen Entlastung und Feuchthalten der Wunde im Verband mit Ringer-/Kochsalzlösung, Reinigung und Nekrektomie, Abtragung der Hornhautränder, Fettung der Umgebung und der sich entwickelnden Epidermis bis hin zur Stabilisierung der Narbe und Entlastung im Schuhwerk.

Die diabetische Fußkomplikation ist ein plötzlich einsetzendes Ereignis. Der diabetische Fuß entwickelt sich langsam.

Die Pathogenese des diabetischen Fußes begründet das diagnostische und therapeutische Vorgehen. Chronisch schlechte Stoffwechselkontrolle, Neuropathie, Angiopathie und letztlich eine Verletzung, gefolgt von einer Infektion, bilden die Kausalkette, welche zu einer Läsion führt. Folgeschäden können in ihrer Entwicklung durch gute Stoffwechseleinstellung aufgehalten, niemals aber 100-%ig vermieden werden. So kann sich der Patient durch eine Verletzung und Infektion praktisch über Nacht aus einem beherrschten Stadium des unverletzten diabetischen Fußes in einen hoch amputationsgefährdeten Patienten entwickeln. Daraus ergibt sich die Forderung auf regelmäßige Suche nach hinweisenden Symptomen. Die frühzeitige Entwicklung der Neuropathie stellt ein grundsätzliches Problem in der Diagnostik dar, weil der Patient durch den voranschreitenden Gefühlsverlust der Patient einen zunehmenden „Körperneglect“ erleidet und dadurch trotz Zunahme objektivierbarer Symptome eher weniger Beschwerden äußert.

Diabetische Polyneuropathie

Die diabetische Polyneuropathie ist eine Systemerkrankung mit spezieller Ausprägung am Fuß. Bei Hinweisen auf eine Neuropathie sollte in jedem Falle auf die Auswirkungen im autonomen Bereich am Herzen, im Urogenitaltrakt und Darm geachtet werden.

Nicht zuletzt beobachtet man gleichzeitig eine Einschränkung der Hirnleistung, wodurch die Kommunikation mit dem Patienten nicht selten nachhaltig erschwert wird.

Diabetische Angiopathie

Die Claudicatio intermittens ist beim Diabetes ein problematischer Parameter. Der Ischämieschmerz wird bei Neuropathie nicht wahrgenommen. Bei Zunahme der Neuropathie kann eine vorbestehen-

Diabetische Polyneuropathie

Beschwerden, die auf eine Neropathie hinweisen	Befunde, die eine Neuropathie erhärten
<ul style="list-style-type: none"> - Kribbeln und Taubheitsgefühl - Schmerzen in Ruhe, besonders nachts - Gangunsicherheit - Schwellungen - Krämpfe 	<ul style="list-style-type: none"> - Plantare Schwielen an Hauptbelastungsstellen (Fersen, MP-Gelenken, Zehenspitzen) - trockene, rissige Haut - Krallenfuß - Stimmgabeltest unterhalb der altersentsprechenden Norm (4/8 an der Großzehe) - 10 Gramm-Filament wird nicht gespürt

Diabetische Angiopathie

Beschwerden, die auf eine Angiopathie (pAVK) hinweisen	Befunde, die eine Angiopathie (pAVK) erhärten
<ul style="list-style-type: none"> - Kalter Fuß - Livide Verfärbung - Krämpfe - Mycosen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Fußpulse - Handy - Doppler Pulsverlust - Verschluss Monophasisches Signal - Stenose; Mediasklerose - Zusatzuntersuchung: Duplexsonographie, Angiographie - (Gehstreckenverkürzung)

de Gehstreckenverkürzung wieder „verschwinden“. Die Patienten laufen dann im wahrsten Sinne des Wortes über das Stadium III in der Stadium IV hinein.

Die Verletzung und die Infektion ist die eigentliche Gefahr für den diabetischen Fuß.

Siehe Tabelle Seite 32.

Forderung ist Prophylaxe und Therapie am unverletzten Fuß.

Die Entstehungsgeschichte der diabetischen Fußkomplikation überstreicht einen langen Zeitraum. Erkennbar und zu behandeln sind die Folgeschäden Neuropathie und Angiopathie in der Regel vor Entstehung einer Läsion.

Die Anpassung der prophylaktischen Maßnahmen an den Grad der Vorscha-

digung kann ganz maßgeblich der Entstehung einer Läsion vorbeugen.

Deshalb sind

- die Schulung des Patienten
- die Fremdkontrolle der Füße
- die regelmäßige Kontrolle auf angiopathische und neuropathische Symptome
- die adäquate Therapie von Neuropathie und Angiopathie
- die lokalen Maßnahmen am Fuß wie Schuhversorgung, Weichbettung, medizinische Fußpflege für Diabetiker und
- die fortwährende Information und Motivation der Patienten

in der Behandlungsstrategie der Diabetiker von Anfang an und in allen Betreuungsebenen als denkbar einfache,

wenn auch mühevoll, aber sehr wirksame Maßnahmen weiter zu entwickeln.

Allein schon die Beachtung der Füße durch den Arzt weckt die dauernde Aufmerksamkeit des Patienten gegenüber seinen Füßen (Empowerment). Es sollte erreicht werden, dass der Patient seine Füße täglich kontrolliert und pflegt und bei auftretenden Veränderungen aus eigenem Engagement Hilfe sucht. Ziel der Fuß-Schulung ist neben der Kenntnis möglicher Gefahren und Veränderungen vor allem das Verständnis seitens des Patienten, dass der Fuß aufgrund von Neuropathie und Angiopathie hoch gefährdet ist und jede Verletzung oder Entzündung einen Notfall darstellt, der schnellstmöglich zum Arzt führen soll.

Die medizinische Fußpflege für Diabetiker stellt ein basales Versorgungserfordernis dar. [4] Aus dem beklagten Mangel an durch Fortbildungsnachweis des ZFD (Zentralverband der Fußpfleger Deutschlands) qualifizierten medizinischen Fußpflegern erwuchs der Wunsch nach schneller Abhilfe. Seit 1993 haben wir erfolgreich ein rasch greifendes Konzept verfolgt. Mehrere examinierte medizinische Fußpfleger ließen wir über längere Zeit in unserer Fußambulanz hospitieren. Danach erfolgte der Einsatz in enger Nachbarschaft beziehungsweise in Schwerpunktpraxen. Dort, wo dieses System eingeführt werden konnte, hat sich die Situation für die betreuten Patienten deutlich verbessert. Ungeklärt ist weiterhin die Kostenfrage für die Behandlung.

Nur ein Gedanke zur Schuhversorgung. Der unkomplizierte diabetische Fuß profitiert ganz wesentlich von sogenannten diabetesadaptierten Weichbettungen in entsprechend weiten, weichen Schuhen. Dagegen erfordert die Anfertigung von Maßschuhen für Diabetiker ein solides rasch arbeitendes Handwerk, andererseits aber auch die Kontrolle durch den verordnenden Arzt.

Vielleicht gelingt es, damit der Flut an Fußkomplikationen und Amputationen entgegenzuwirken und so dem Patienten

Viertes Sächsisches Seniorentreffen

Verletzungen und Infektionen am diabetischen Fuß

Ursachen und Verletzungen

1. Chronisches Schuhproblem
Druckstellen seitlich und an PIP-Gelenken Schuh zu eng
Plantare Blasen Keine Weichbettung
Pressulzera zwischen den Zehen Hallux valgus, zu enger Schuh
Nageleinblutungen Zu kurzer Schuh
2. Selbstmanipulation oder Fußpflegeverletzung
3. Traumatische Verletzung
Barfußlaufen
Fremdkörper im Schuh
Verletzung

Infektionen am Fuß finden ihre Eintrittspforte

1. Mycosen
Interdigitalmycose
Onychomycose und Nagelfalzproblem
2. Rhagaden durch Hornhauteinrisse
3. Verletzungswunden

Symptome, die auf eine Verletzung und Infektion hinweisen

1. Rötungen, Schwellungen, Verfärbungen
2. Weißverfärbung der Hornhaut
3. Absonderungen jeglicher Art
4. Fußgeruch

einen Teil der Angst vor der Krankheit zu mildern. Der Weltdiabetikertag am 14.11.1999 war ein willkommener Anlass, einen Beitrag zu leisten, das Leben mit Diabetes durch Beschränkung auf notwendige Maßnahmen zum rechten Zeitpunkt zu erleichtern. Nicht nur erfolgreiche spektakuläre Therapien zur Abwendung einer drohenden Amputation, sondern vor allem wirksame Beratung, Behandlung und Begleitung der Patienten vom Beginn der Erkrankung stabilisieren den Gesundheitszustand und erhöhen die Lebensqualität.

Und zum Schluss:

Die Prophylaxe und frühzeitige, weil einfache Behandlung, spart Kosten und vermeidet Krankheit. Ersparen wir durch unser Handeln und nicht durch Selbstbeschränkung dem wenig klagenden

den Diabetiker mit seiner Neuropathie das Erwachen in einer leidvollen Komplikation und uns allen die daraus entstehenden Kosten.

Anschrift des Verfassers:
OA Dr. med. Hannes Rietzsch
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Medizinische Klinik III, Ambulanz
„Diabetischer Fuß“
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel. (03 51) 4 58 44 26

Auswahl Übersichtsliteratur:

- [1] Sächsische Leitlinie zur Behandlung des diabetischen Fußes. Modellprojekt des BMG. Universitätsklinikum Dresden, 1998
- [2] Standl, E.; Willms, B.: Versorgungslage von Diabetikern unzureichend. Diabetes und Stoffwechsel 4 (1995) 289
- [3] Reike, H.: Diabetisches Fuß-Syndrom. de Gruyter, Berlin, New York, 1998
- [4] Chantelau, E., Spraul, M.: Amputation - Nein Danke. Verlag Neuer Merkur GmbH, München 2. Aufl. 1999

Wem wurde Schloß Pillnitz bei Dresden zum Geschenk gemacht?

Es war die Gräfin Cosel, die Mätresse des Augusts des Starken. Sie fiel allerdings bereits 1713 in Ungnade, wurde verbannt und hat die späteren Erweiterungsbauten nie gesehen. Das alles wissen ca. 600 ärztliche Senioren Sachsens, für die der Seniorenausschuss der Sächsischen Landesärztekammer zum vierten Mal einen Erlebnistag organisierte. Wegen der großen Teilnehmerzahl wurde die Veranstaltung am 21. und 28. September 1999 sowie am 5. und 12. Oktober 1999 abgehalten. Nach Anfahrt mit dem Bus folgte ein Spaziergang mit Führung durch die wunderschöne und interessante Parkanlage Pillnitz, anschließend war im Kammergebäude ein niveauvolles Mittagsbuffet vorbereitet. Das Programm im Plenarsaal begann mit dem Erlebnis einer hervorragenden Klaviermusik: Bei den Veranstaltungen im September erklang die Fantasie c-Moll von W. A. Mozart, vorgetragen von den Leipziger Musikern, Dr. med. Dietrich Ebert resp. Frau Ulrike Gottlebe, im Oktober war Chopin zu hören (Fantasie-Impromptu cis-Moll und Etude c-Moll), vorgetragen von Frau Berit Diettrich, die neben ihrem Medizinstudium eine Musikausbildung absolvierte und eine ebenfalls professionelle Leistung geboten hat.

Eine besondere Attraktion war wieder ein Vortrag des schon im vergangenen Jahr bekannten Leipziger Klinischen Pharmakologen Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig, diesmal über Todesursachen und Reliquien Wolfgang Amadeus Mozarts. Spannend aufgebaut war die Darstellung eines faszinierenden Meinungsstreits vieler Experten sowie eigener wissenschaftlicher Untersuchungen. Mit Sicherheit konnte Herr Ludewig eine Quecksilbervergiftung Mozarts sowie ein Schädelhirntraum ausschließen. Damit wurde zugleich eine langjährige Diskussion um die Echtheit eines in



Salzburg aufbewahrten „Mozart-Schädels“ endgültig beendet, und zwar mit ablehnendem Ergebnis. Eindrucksvoll waren CD-Einspielungen der letzten von Mozart komponierten Passagen seines Requiems und die Projektion seiner Notenschrift fünf Stunden vor seinem Tod, als er den Stift für immer aus der Hand gelegt hat. Die Weiterführung der Komposition erfolgte durch seinen Schüler Süßmayr, was ebenfalls in Schrift und Ton vorgestellt wurde. Jedes Mal schlossen sich viele Fragen an den Referenten an. Angeregt und zufrieden wurde nach dem abschließenden Kaffeetrinken von allen die Heimreise angetreten.

Prof. Dr. med. Helga Schwenke
im Namen des Landesausschusses Senioren
der Sächsischen Landesärztekammer

3. Vogtländischer Ärztetag in Bad Elster

Die Kreisärztekammer des Vogtlandkreises hatte zum 3. Vogtländischen Ärztetag am 25. September 1999 in die Vogtlandklinik nach Bad Elster eingeladen. Der Vorsitzende der Kreisärztekammer des Vogtlandkreises, Herr Dr. Steiniger, konnte neben dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. J. Schulze, den Landrat des Vogtlandkreises, Herrn Dr. T. Lenk, als Schirmherr des Ärztetages, und zahlreiche Zuhörer begrüßen.

Dr. Lenk nutzte in seiner Ansprache die Gelegenheit, um sich im Namen des Landkreises bei der Ärzteschaft des Vogtlandes für die geleistete Arbeit zu bedanken. Dank des medizinischen Fortschrittes erhöhte sich die Lebenserwartung im Vogtlandkreis um 4 bis 5 Jahre. Der Landrat erinnerte an die Grenzöffnung vor zehn Jahren, zog eine Bilanz zum Aufschwung im Vogtlandkreis, der unter anderem neben einer guten Infrastruktur, den modernsten Nahverkehr auch eine niedrigere Zahl an Arbeitslosen als andere Regionen hat. Die Gesundheitsreform 2000 bezeichnete er in der jetzigen Form als skandalös, da

deren Inhalte nicht passen. Der Vogtlandkreis habe daher die Sächsische Staatsregierung gebeten, im Bundesrat dieser Reform nicht zuzustimmen.

Das anspruchsvolle wissenschaftliche Programm zur Entwicklung, zu den Folgekrankheiten und zur Therapie des Diabetes mellitus wurde von anerkannten Experten gestaltet und war gleichermaßen für Kliniker und Niedergelassene hochinteressant und informativ. Mit Nachdruck wurde diesbezüglich auf eine Qualitätssicherung hingewiesen, zu der die Sächsischen Leitlinien zum Diabetes mellitus einen wichtigen Beitrag leisten. Die regen Diskussionen im Anschluß an die Vorträge bestätigten, daß mit diesem Fortbildungsprogramm die richtige Themenwahl getroffen wurde.

Der 3. Vogtländische Ärztetag wurde darüber hinaus zu einer Mitgliederversammlung mit einem kurzen Rechenschaftsbericht zur Arbeit der Kreisärztekammer genutzt. Der neue Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, der auch einer der Referenten war, bedankte sich für die Einladung und überbrachte die

besten Grüße der Geschäftsstelle und des Vorstandes. Er berichtete über die Arbeit der Landesärztekammer, insbesondere nahm er Stellung zur Selbstverwaltung und zur ärztlichen Fortbildung, zur Qualitätssicherung und zur Bedeutung der Schlichtungsstelle. Ferner informierte er über eine gemeinsame Vorstandssitzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, in deren Ergebnis ein gemeinsames Aktionsbündnis zwecks Modifizierung der Gesundheitsreform 2000 beschlossen wurde. Nachdrücklich lehnte er die beabsichtigte Allmacht der Krankenkassen ab und rief zur Geschlossenheit der Ärzteschaft auf.

Summa summarum war auch dieser Ärztetag dank seines wissenschaftlichen Programms und der Referenten, seiner brillanten Organisation und seiner angenehmen Atmosphäre in der Vogtlandklinik eine gelungene Fortbildungsveranstaltung. Die gewachsene Teilnehmerzahl läßt hoffen, daß der jährlich stattfindende Ärztetag des Vogtlandkreises ein fester Bestandteil im Fortbildungsprogramm der vogtländischen Ärzte wird.

Dr. med. Götz Unger (Bad Elster)

Herrn Dr. med. Rudolf Marx zum 60. Geburtstag

Am 3. Januar 1940 in Bad Schandau, kurz nach Ausbruch des 2. Weltkrieges geboren, hat Kollege Rudolf Marx die schlimmen Jahre Deutschlands als Kinder- und überlebt.

So brannte sich in das Gedächtnis unauslöschlich ein, was ein totaler Krieg – total auch gegen die Zivilbevölkerung – bedeutet.

Zudem wollte es der Zufall des Schicksals, dass Kollege Marx in jenem Teil Deutschlands die sonst unbeschwerten Jahre eines Menschen verbrachte, in dem die Wiederaufbauphase in einem quälend langsamen Prozess abließ – fehlgesteuert, wie sich später herausstellte.

Die Grundschule besuchte Rudolf Marx in seinem Geburtsort, es folgte eine Lehre als Dreher in Heidenau und von 1956 bis 1959 der Besuch der „Arbeiter- und Bauernfakultät“ (ABF) an der Technischen Hochschule im nahen Dresden.

Die Ausbildung in der Humanmedizin wurde in Bukarest aufgenommen und in Dresden mit der Approbation nach einem Pflichtassistentenjahr in Frankenberg abgeschlossen.

Die Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie erfolgte im Krankenhaus Mittweida und bei dem hervorragenden Hochschullehrer Doz. Dr. Johannes Hempel in Karl-Marx-Stadt. Die Promotion 1969 zum Dr. med. folgte einer Dissertation bei Professor Strauzenberg zu einem Thema über das Sportverhalten der Bevölkerung auf dem Lande. Unmittelbar nach seiner Anerkennung zum Facharzt übernahm Dr. Marx die Stelle eines Kreisjugendarztes im Kreis Mittweida mit klinischem Hintergrunds-



im Krankenhaus Mittweida, Tätigkeit im Rettungsdienst und Ambitionen für die Sportmedizin.

Rudolf Marx konnte sich trotz seiner in den letzten DDR-Jahren staatlichen Tätigkeit die gewohnte Freiheit bewahren, keiner Partei anzugehören.

In der Wende und seither unentwegt setzt er sich für den Aufbau eines Gesundheitswesens ein, das demokratischen Spielregeln folgt – wenn diese auch oft äußerst beschwerlich sind, wie es sich zeigt.

So ist er seit der Wende Amtsarzt im Kreis Mittweida und sehr engagiert auch für berufspolitische Ziele im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer tätig. Naturgemäß gilt hier sein Hauptinteresse dem öffentlichen Gesundheits-

dienst, obwohl er sich wie jedes Vorstandsmitglied nicht als Lobbyist versteht. Sein Auftreten hier, wie im Kamerausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“, den er leitet, ist sehr offen, oft mit verschmitztem Humor und verlässlich dadurch, dass er auch meint, was er sagt.

Zur politischen Umsetzung seiner Ziele ist er maßgeblich beteiligt an der Erarbeitung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen und er ist Mitverfasser der Verordnung zur Schulgesundheitspflege. Das „Ärzteblatt Sachsen“ unterstützt als Mittler diese und andere seiner Intentionen – Dr. Marx ist Mitglied des Redaktionskollegiums.

So bereichert Kollege Marx die ärztliche Zusammenarbeit, wofür ihm der gesamte Vorstand sehr herzlich dankt. Am Ende von sechs Lebensjahrzehnten, am Beginn des neuen und am Beginn auch eines neuen Jahrtausends, seien alte Wünsche wiederholt – Gesundheit, um Freude an der Arbeit und am übrigen Leben haben zu können, innerer und äußerer Frieden und Freunde, mit denen man dies alles teilen kann. Die Begleitung seiner lieben Frau möge ihm in Zukunft wie in der Vergangenheit Stärkung sein.

Noch etwas? Eventuell nicht ganz uneigennützig, auch weiterhin den Willen zur und die Freude an der berufspolitischen Mitgestaltung.

Dr. med. Günter Bartsch
Vizepräsident

Gratulation zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. med. habil. Hans-Joachim Dietzsch

Am 18. Januar 2000 vollendet der weit über die Grenzen seiner sächsischen Heimat hinaus bekannte Kinderarzt sein 80. Lebensjahr. Dazu gratulieren wir ihm alle von Herzen. Viele ehemalige Patienten, Studenten, Mitarbeiter und Kollegen erinnern sich mit Dankbarkeit seines Wirkens. Er hat Maßstäbe gesetzt und trotz widriger Umstände viel erreichen können. Das kranke Kind stand im Mittelpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit.

Hans-Joachim Dietzsch kam 1952 nach Abschluß einer internistischen Fachausbildung an die damals von Frau Dr. Marianne Zwingenberger (1896 – 1967) geleitete Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt, aus dem 1954 die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ wurde. Unter Prof. Dr. Dr. Georg-Oskar Harnapp (1903 – 1980), der 1955 als erster Ordinarius für Kinderheilkunde berufen wurde, habilitierte er sich 1961. Von 1963 bis 1968 war er Chefarzt der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt. 1968 wurde er als Nachfolger Harnapps auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde und zum Direktor der Kinderklinik der Carus-Akademie berufen. Hier wirkte er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1985. Mit der jetzigen Universitäts-Kinderklinik, aber auch mit seiner Geburtsstadt Dresden und ihrer kulturellen Tradition



fühlt er sich noch immer sehr verbunden. Opern-Aufführungen und Konzerte der Staatskapelle versäumt er selten.

Prof. Dietzsch war ein sehr erfahrener Kliniker, der noch das Gesamtgebiet der Kinderheilkunde beherrschte. Mit seiner diagnostischen Genauigkeit und seinen differentialdiagnostischen Fähigkeiten war er allen ärztlichen Mitarbeitern ein unerreichtes Vorbild.

In seiner Dissertation „Diffuse Aneurysmen der Herzkranzarterien“ (Halle 1945)

hatte er lange vor Kawasaki einen Fall von tödlich verlaufender muko-kutaner Lymphadenopathie bei einem 1 1/2-jährigen Kinde beschrieben und so einen Beitrag zur Differenzierung atypischer Exanthemkrankheiten des Kindes geleistet. In Lehre und Forschung wurden die Erkrankungen der kindlichen Atemorgane sein Schwerpunkt, von der Tuberkulose über Bronchiektasen und Fehlbildungen bis zum Asthma und der Mukoviszidose. Seine Habil.-Schrift trug den Titel „Die Bedeutung der Bronchologie für Diagnostik und Therapie der intrathorakalen Primärtuberkulose und ihrer Folgeerscheinungen im Kindesalter“. In einem „Beitrag zum Krankheitsbild der congenitalen cystischen Pankreasfibrose im Säuglingsalter“ beschrieb er schon 1954 als erster in Ostdeutschland und Osteuropa an Hand mehrerer Fälle das Krankheitsbild der Mukoviszidose (CF). Damals verstarben fast alle derartigen Kranken im Säuglings- oder Kleinkindesalter. Auch über seine Emeritierung hinaus war er an den Problemen dieser Erkrankung besonders interessiert. Die verbesserte Betreuung der CF-Patienten hat dazu geführt, daß heute die mittlere Lebenserwartung dieser Kranken 30 Jahre beträgt. Das ist auch mit ein Verdienst unseres Jubilars. Wir danken ihm.

Peter Wunderlich, Dresden

Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

60 Jahre

- | | | |
|--|--|---|
| 1. 2. Dr. med. Herberger, Barbara
04445 Liebertwölkwitz | 4. 2. Pihun-Sander, Helga
09217 Burgstädt | 9. 2. Dr. med. Geipel, Helmut
08371 Glauchau |
| 1. 2. Dr. med. Tautenhahn, Hildegund
01069 Dresden | 6. 2. Dr. med. Günther, Bernd
01877 Bischofswerda | 9. 2. Dr. med. Teßmar, Ute
02763 Zittau |
| 2. 2. Dr. med. Ehrig, Ernst
08064 Zwickau | 6. 2. Dr. med. Kellner, Isolde
04209 Leipzig | 10. 2. Bohne, Wolfram
04668 Grimma |
| 2. 2. Dr. med. Lehmann, Anne-Lore
01809 Heidenau | 7. 2. PD Dr. med. habil. Horn, Klaus
01326 Dresden | 11. 2. Dr. med. Lischke, Jürgen
01612 Diesbar-Seußlitz |
| 2. 2. Dr. med. Zschuckelt, Roselis
04838 Sprotta-Siedlung | 7. 2. Klipphahn, Ilka
08645 Bad Elster | 11. 2. Dr. med. Wenzel, Waltraud
04275 Leipzig |
| 3. 2. Dr. med. Köhler, Helga
01307 Dresden | 7. 2. Dr. med. Liewers, Christine
01454 Großberkmannsdorf | 12. 2. Dr. med. Keßner, Bernd
01683 Nossen |
| 3. 2. Dr. med. Reinicke, Peter
07985 Elsterberg | 8. 2. Dr. med. Brunner, Eckhard
04179 Leipzig | 12. 2. Dr. med. Pürsten, Barbara
08373 Reinholdshain |

13. 2. Dr. med. Drewniok, Klemens
04680 Zschadraß
15. 2. PD Dr. sc. med. Böhme, Bernd
01326 Dresden
15. 2. Dr. med. Löffler, Falk
01309 Dresden
15. 2. Dr. med. Schmidt, Christel
08056 Zwickau
16. 2. Dr. med. Gerlach, Gisela
01217 Dresden
17. 2. Dr. med. Naßler, Hannelore
01705 Freital
17. 2. Dr. med. Steuber, Joachim
04299 Leipzig
17. 2. Dr. med. Stockklauser, Rainer
04177 Leipzig
18. 2. Dr. med. Schmidt, Gerlinde
04129 Leipzig
18. 2. Dr. med. Thomas, Heinz-Peter
01768 Glashütte
19. 2. Krones, Helga
08209 Auerbach
19. 2. Dr. med. Wölflick, Albin
09366 Stollberg
21. 2. Dr. med. Heckmann, Ute
04229 Leipzig
21. 2. Dr. med. Rockstroh, Wolfgang
01259 Dresden
21. 2. Dr. med. Schneider, Reina
08149 Vielau
22. 2. Dr. med. Knabe, Renate
08280 Aue
22. 2. Prof. Dr. med. habil.
Vitzthum, Hans-Ekkehart
04157 Leipzig
22. 2. Dr. med. Winter, Bernd
09114 Chemnitz
23. 2. Dr. med. Wenzel, Hans-Jürgen
01774 Höckendorf
25. 2. Jaschke, Wolfgang
01257 Dresden
26. 2. Dragull, Helmut
08062 Zwickau
27. 2. Dr. med. Petzold, Gerd
09224 Grüna
29. 2. Dr. med. Faßbender, Ute
01309 Dresden
29. 2. Dr. med. Menz, Lothar
09661 Pappendorf
29. 2. Mittenzwei, Peter
09376 Oelsnitz
29. 2. Dr. med. Zimmermann, Jürgen
04299 Leipzig
- 65 Jahre**
1. 2. Götze, Helga
04889 Gneisenaustadt Schildau
2. 2. Dr. med. Schumacher, Maria
01217 Dresden
3. 2. Dr. med. Notzke, Marianne
02828 Görlitz
3. 2. Dr. med. Schneider, Gerd
01326 Dresden
6. 2. Dr. med. Keller, Hans-Peter
04454 Holzhausen
8. 2. Dr. med. Zetzsche, Jochen
04720 Döbeln
9. 2. Dr. med. Wolf, Karl-Heinz
08056 Zwickau
10. 2. Dr. med. Winde, Edda
09114 Chemnitz
15. 2. Dr. med. Alberts, Hannelore
04277 Leipzig
15. 2. Dr. med. Riegel, Ursula
09130 Chemnitz
16. 2. Prof. Dr. med. habil. Marré, Marion
01157 Dresden
16. 2. Noack, Hannelore
02730 Ebersbach
18. 2. Dr. med. Fischer, Walter
04552 Borna
19. 2. Dr. med. Küttler, Ursula
08523 Plauen
23. 2. Dr. med. Bressau, Manfred
08393 Meerane
23. 2. Dr. med. Kluge, Helga
09482 Oberwiesenthal
23. 2. Dr. med. Schäffner, Jörg
04668 Grimma
24. 2. Dr. med. Knorn, Marianne
01445 Radebeul
24. 2. Dr. med. Kruschwitz, Horst
08547 Jöbnitz
24. 2. Dr. med. Maschke, Peter
04720 Döbeln
24. 2. Taubert, Günter
01855 Sebnitz
26. 2. Prof. Dr. med. habil. Flach, Michael
01324 Dresden
- 70 Jahre**
2. 2. Lehmann, Hans
01159 Dresden
8. 2. Dr. med. Mauroschat, Luise
09120 Chemnitz
9. 2. Dr. med. Lange, Ruth
08499 Mylau
12. 2. Dr. med. Eisold, Manfred
09669 Frankenberg/Sachsen
18. 2. Dr. med. Arnold, Peter
09456 Annaberg
19. 2. Dr. med. Münch, Heinz
08209 Auerbach
20. 2. Dr. med. Kochan, Erhard
02625 Bautzen
22. 2. Dr. med. Geikler, Helmut
04129 Leipzig
22. 2. Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
Harych, Horst
01069 Dresden
25. 2. Dr. med. Böhme, Hella
01326 Dresden
- 75 Jahre**
16. 2. Dr. med. Löffler, Herbert
08280 Aue
16. 2. Dr. med. Stephan, Christine
04103 Leipzig
18. 2. Prof. Dr. med. habil. Crasselt, Carl
01324 Dresden
18. 2. Dr. med. Schmiedel, Annelies
01326 Dresden
19. 2. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau
- 80 Jahre**
15. 2. Dr. med. Franck, Gerhard
08349 Erlabrunn
16. 2. Dr. med. Fischer, Helmut
04564 Böhlen
24. 2. Dr. med. Böhringer, Jutta
09429 Wolkenstein
28. 2. Osswald, Samuel
08058 Zwickau
29. 2. Dr. med. Kerber, Jürgen
09114 Chemnitz
- 81 Jahre**
19. 2. Dr. med. Leidholdt, Hans-Günther
08315 Bernsbach
- 84 Jahre**
17. 2. Nawka, Joachim
02627 Radibor
27. 2. Dr. med. Pastrnek, Johann
04509 Delitzsch
29. 2. Prof. Dr. sc. med.
Sachsenweger, Rudolf
04277 Leipzig
- 85 Jahre**
3. 2. Dr. med. Krause, Helmut
01307 Dresden
28. 2. Dr. med. Lawonn, Heinz
04680 Zschadraß
- 87 Jahre**
18. 2. Dr. med. Dr. med. dent.
Becker, Heinz
08371 Glauchau
24. 2. Dr. med. Schmerl, Elisabeth
02977 Hoyerswerda
- 88. Jahre**
20. 2. Dr. med. Kunzmann, Annie
04460 Kitzen
- 89 Jahre**
1. 2. Dr. med. Seefried, Johannes
01326 Dresden
7. 2. Dr. med. Biskupski, Franz
04469 Lützschena

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

Die Redaktion

Also: 2000

Obwohl es doch allgemein bekannt ist und die Zeitungen darauf verweisen, wird es einfach nicht zur Kenntnis genommen, dass der eigentliche Beginn des bejubelten Neuen Jahrtausends mit dem Jahr 2001 einsetzt.

Es muss an der Zahl liegen.

Und daran, wie gezählt wird. Es wird nämlich „nach“-gezählt, nach Christi Geburt.

Also es geht eben nicht um Äpfel oder Birnen, ein oder zwei, sondern um Zeit-zählung. Offensichtlich empfinden wir die gehäuften Nullen mit der nun auftretenden „2“ als das, was sie nicht sind, nämlich als Zeichen eines Beginns.

Es zeigt sich, dass Zahlen eben nicht nur mathematisch exakte Größen sind, sondern sie sind gleichzeitig Symbole und senden Signale aus.

Die „0“, obwohl am Ende unsere Dekade stehend, verführt uns, namentlich in ihrer Häufung, zu einem falschen Schluss.

Wer kennt nicht die stürmische Freude und Atemlosigkeit beim Anblick des Kilometerzählers, dessen vier oder fünf Neunen sich anschicken, gemeinsam und wie am Strick gezogen, sich plötzlich in Nullen zu verwandeln.

Die Gattin küsst dich stürmisch, die Kinder jubeln, und das eigentliche Ereignis des Beginns einer neuen Hunderttausendtour, nämlich die sich verschämt einschleichende „1“, wird gar nicht mehr wahrgenommen.

Zahlen haben da ihr Eigenleben.

Offenbar stehen die Neunen für Dy-

namik und Veränderung, und mit geradezu saugender Kraft ziehen sie uns ins angebliche Neue - zu lauter langweiligen Nullen.

Prof. Gustav Hertz, Nobelpreisträger und Naturwissenschaftler liebte es mit fast kindlichem Eifer, Wahrscheinlichkeitslehre zu betreiben, also ein Spiel mit Zahlen.

Das Spielen bezog sich nur auf Zahlen. Musik, die man ja auch spielen kann, war für ihn als Summe von Frequenzen ein „Geräusch“, und wenn es sich bei Geselligkeiten nicht vermeiden ließ, zuhören zu müssen, so schritt er behend mit kleinen Schritten die größte Entfernung von der „Geräuschquelle“ ab und setzte sich dort ergeben und leidend in die Ecke.

Dies nur nebenbei.

Aber er machte auch Experimente.

So stellte er ein Glas, gefüllt mit Bohnen, vor das Auditorium und ließ die Studenten schätzen, wie viele Bohnen in dem Glas seien. Er tat dies vor verschiedenen Auditorien und mit wechselnden Körnern. Das Ergebnis, wenn ich ihn richtig verstanden habe, überraschte. Zunächst war klar, dass die weit größere Zahl der Studenten eine Schätzung mit einer „0“ am Ende abliefern würde. Die übrigen Ziffern unseres Zahlensystems erschienen aber mit erstaunlicher Regelmäßigkeit bei allen Schätzungen in wie festgelegter Reihenfolge: Nach der „0“ tauchten mit absteigender Tendenz die „8“, die „5“, die „3“, die „7“ und so weiter auf.

Und als man Lebensangaben auf alten Grabtafeln verglich aus einer Zeit, wo jeder sein eigentliches Alter zu schätzen pflegte und es keine Geburtsurkunden gab, fand man die gleiche Häufigkeit der Endziffern wie bei den „Erbsenschätzern“.

Offensichtlich hat ein Jeder einen ganz persönlichen Bezug zu einer Zahl. Bei mir ist es die „4“. Wie dem auch sei, der Jahreswechsel wird mit großem Aufwand, viel Gekrach und gewaltigem Jubel gefeiert. Jedermann glaubt an einen Neubeginn, und doch wird sich nichts ändern, gar nichts. Die Völker werden weiterhin aufeinander „einschlagen“, der Arme wird arm und der Reiche reich bleiben, der Fromme wird weiter beten und der Gottlose fluchen, es wird weiter geliebt, gezeugt und gestorben werden.

A propo: sterben.

Eines ist nun in diesem Zeitenablauf absolut sicher: Alle, die diesen Tag und diese Nacht feiern, ob Säugling oder Greis, niemand wird einen weiteren Jahrtausendwechsel erleben, sei es am richtigen oder am falschen Tage.

Wie steht es geschrieben an der großen Uhr des Neuen Rathauses zu Leipzig?

- MORS CERTA HORA INCERTA -
Der Tod ist sicher, die Stunde ungewiss.

Nicht nur mein Vater - viele andere auch - kalauerte gern vor seinen Kindern und Enkeln: „Todsicher geht die Uhr falsch.“

Na also, in Bezug auf die Feierlichkeiten des 31.12.1999 stimmt es ja!

Voilà!

Dr. Clemens Weiss
Leipzig/Wurzen

Korrektur/Ergänzung

Frau Kornelia Kuhn, Assistenzärztin im Kreiskrankenhaus Dippoldiswalde, beteiligte sich aktiv an der Diskussion zur 21. Kammerversammlung am 13. November 1999 in Dresden. Der Familienname von Frau Kuhn wurde im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/1999 auf Seite 561, unkorrekt gedruckt.



Im Artikel „www.slaek.de – 1 Jahr im Internet“ „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/1999 auf Seite 570 bis 571, fehlte die Legende:

„Zugriffsstatistik für die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer im Zeitraum von Oktober 1998 bis Oktober 1999“

unter der zweiten Abbildung.