

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 2|2000

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung am 12. Januar 2000	48
Berufspolitik	Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000	49
	Positionspapier Qualitätssicherung 2000	52
Amtliche Bekanntmachungen	Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche: auch Abbrüche mit Mifegyne® (Mifepriston®) meldepflichtig	57
	Risiken durch medizinische Handschuhe aus Naturkautschuklatex	58
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Zwischen- und Abschlußprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“	59
	Konzerte und Ausstellungen	61
	Impressum	61
	Rechtschreibreform im „Ärzteblatt Sachsen“	62
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	62
Originalien	Fachärztliche Versorgung von Patienten mit kardialen Erkrankungen im Freistaat Sachsen im Vergleich zum Bundesland Sachsen W. Eichler, R. Bach, J. Straube, F. Jung	63
	„Immer mehr Jugendliche nehmen Drogen?“ – Empirische Befunde zu einer Alltagsmeinung H. Petermann, M. Schmidt, M. Scholz	66
Verschiedenes	Voraussetzungen und Mindestanforderungen zur Pränatal- und Dopplerdiagnostik in der Geburtshilfe	69
	Hilfstransport der „Die Johanniter“ nach Wladimir Wolinski	75
Buchbesprechung	Akute Vergiftungen	61
	Public Health – Forschung und Anwendung	71
Personalia	Prof. Dr. Wolfram Behrendt zum 65. Geburtstag	77
	Geburtstage im März 2000	78
Beilage	Fortbildung in Sachsen – April 2000	

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 12. Januar 2000

Die erste Vorstandssitzung im neuen Jahrtausend begann mit einer Begrüßung durch unseren Präsidenten.

Nach der Protokollbestätigung und der Beschlusskontrolle der letzten Vorstandssitzung konnte zur eigentlichen umfangreichen Tagesordnung übergegangen werden.

Finanzen: In geschlossener Sitzung befasste sich der Vorstand mit der Haushaltsansprache per 30. 11. 1999.

Kurz vor Ende des Haushaltsjahres konnte ein ausgeglichener Haushalt in allen Bereichen nachgewiesen werden.

Arztshelferinnen: Der Vorstand hat einer Vorlage des Berufsbildungsausschusses zugestimmt, in der die Mitglieder für die regionalen und den überregionalen Prüfungsausschuss „Arztshelferinnen“ mit Wirkung vom 1. 2. 2000 für die Dauer von drei Jahren berufen wurden.

Berufsrecht: Leider musste sich der Vorstand auch in seiner ersten Sitzung des neuen Jahrtausends wieder mit berufsrechtlichen Angelegenheiten wegen Verstößen gegen die Berufsordnung beschäftigen. Vom Vorsitzenden des Ausschusses Berufsrecht, Herrn Dr. Prokop, wurden mehrere Anträge zur Erteilung eines Rügeverfahrens sowie ein Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens vorgetragen. Ein bereits eingeleitetes Rügeverfahren konnte durch Klärung über die Schlichtungsstelle ohne Erteilung einer Rüge abgeschlossen werden.

Weitere Themen:

- Bestellung der ehrenamtlichen Betreuer für die drei Bezirke.
- Vorbereitung und Erprobung eines elektronischen Arztausweises.
- Vorbereitung der 14. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 8. April 2000.
- Vorbereitung einer Veranstaltung zum 10-jährigen Bestehen der Sächsischen Landesärztekammer am 13. Mai 2000.
- Vorbereitung der Tagesordnung für den 10. Sächsischen Ärztetag am 30. 6. / 1. 7. 2000.
- Benennung der Mitglieder des Lenkungsausschusses und des Lenkungsgremiums für die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die aktuelle berufspolitische Lage gab Anlass zu ausführlicher Diskussion.

Der Präsident berichtete über eine geplante Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die zu einer Vereinfachung in der Handhabung, einer besseren Abgrenzung der einzelnen Fachgebiete und zu einer Reduzierung der Fachgebiete von derzeit 41 auf ca. 29 führen soll. Diese (Muster-)Weiterbildungsordnung soll neben der Gesundheitspolitik im wachsenden Europa ein Schwerpunkt auf dem 103. Ärztetag in Köln sein. Breiten Diskussionsstoff lieferte das in seiner „abgespeckten“ Form beschlossene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das seit dem 1. 1. 2000 in Kraft ist:

- Statt eines Globalbudgets gibt es sektorale Budgets für Ärzte, Zahnärzte, Kliniken sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittelausgaben mit jährlich neu auszuhandelnder Höhe, aber keine Obergrenze für die Verwaltungskosten der Krankenkassen.
- Für Budgetüberschreitungen haften die Ärzte bis 5 % der Überschreitungshöhe mit ihrem Gesamthonorar.
- Die Krankenhäuser bekommen ein neues Preissystem aus Fallpauschalen als Ablösung der bisher geltenden tagesgleichen Pflegesätze pro Fall und Bett.
- Die Rolle der Hausärzte wird gestärkt. Sie sollen zur Vermeidung teurer „Spezialistenmedizin“ Systemlotsen sein und erhalten einen eigenen Honoraropf.
- Krankenkassen können integrierte Versorgungsmodelle an den KVen vorbei mit einzelnen Ärzten, Gemeinschaften oder Kliniken abschließen.
- Regelung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleiches West - Ost in der Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2001 bis 2007.

Vor dem Hintergrund dieser Gesetzgebung ist nochmals auf die Wichtigkeit des „Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000“ zu verweisen, welches unter der Federführung der Sächsischen Landesärztekammer bereits am 17. 12. 1999 ein zweites Konsenspapier mit sechs Reformzielen und deren Lösungswegen erarbeitet hat.

Im Sächsischen Bündnis sind bereits 31 Verbände und Körperschaften vereint.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
das Scheitern des sogenannten GKV-Reformgesetzes der Koalition ist auch ein Erfolg des Aktionsbündnisses Gesundheit 2000!
Zentrale Kernaussagen

- zu einem fiskalisch ermittelten Globalbudget,
- zu der geplanten monistischen Krankenhausfinanzierung,
- zu einer gigantischen Datensammlung bei den Krankenkassen etc.

wurden in der Länderkammer gestoppt.

Allerdings bleibt es – wie 1999 – nun bei gedeckelten sektoralen Budgets, die an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen gekoppelt werden. Somit gibt es keinen Grund, die Hände in den Schoß zu legen.

Die Teilnehmer des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000 haben beschlossen, als starke Lobby der Leistungserbringer nicht nur in „Verweigerung“ zu verharren, sondern ihre Gedanken und Vorstellungen in dem nachfolgenden Thesenpapier zu formulieren und einer gesundheitspolitisch interessierten Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Das sächsische „Bündnis Gesundheit“ hat aus vielen allgemein diskutierten Gründen, die nachfolgend nicht nochmals ausgebreitet werden sollen, das Gesundheitsstrukturgesetz 2000 in weiten Teilen abgelehnt. Unzweifelhaft ist jedoch, dass erheblicher Reformbedarf besteht, weil durch die Verteuerung und Verbesserung medizinischer Leistungen, vor allem medizintechnischer und pharmakotherapeutischer Leistungen, durch eine Veränderung der Morbiditätsstruktur, bedingt u. a. durch die Erhöhung des Durchschnittslebensalters der Bevölkerung, durch Zunahme an Leistungsansprüchen einer aufgeklärten Bevölkerung eine Schere von Kostenanstieg einerseits und Reduzierung der Finanzzuflüsse ins System andererseits zu verzeichnen ist.

Unabhängig von wirtschaftlichen Zwängen der Gegenwart und der berechenbaren mittelfristigen Zeiträume sprechen aber auch andere Aspekte für eine durchaus zeitgemäße Reform.

Die Emanzipation der Bevölkerung hinsichtlich der Einsicht in gesundheitliche Risiken, präventiver Verhaltensstile und gesundheitlicher Eigenverantwortung, insbesondere auch die Sensibilität dafür, was eine vernünftigerweise forderbare Basisleistung ist und was in den Bereich eines mitteleuropäisch gehobenen-luxuriösen Standards an gesundheitlicher Versorgung gehört, ist deutlich angewachsen. Weiterhin lässt der allgemeine Lebensstandard heute durchaus zu, die Selbstbeteiligung zu erhöhen. Unsere Solidarsysteme stammen im wesentlichen aus Zeiten, in denen große Schichten der Bevölkerung unterprivilegiert und gesundheitlich dadurch gefährdet waren.

Aus derartigen Erwägungen werden folgende **Prämissen und Vorschläge für Reformen** von den im Sächsischen Bündnis

Gesundheit 2000 vertretenen Gruppen als konsensfähig angesehen:

Die 6 Reformziele:

1. *Beibehaltung des Solidarprinzips, aber Neustrukturierung*
2. *Zugang zum Versorgungssystem für alle*
3. *Optimale medizinische Versorgung unter Nutzung des medizinischen Fortschritts und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit*
4. *Einheitliche Grundsätze für die Krankenversicherungen*
5. *Selbstbestimmung der Versicherten*
6. *Neufassung der Vergütungssysteme*

1. Beibehaltung des Solidarprinzips, aber Neustrukturierung

Verbreiterung der Basis der Solidargemeinschaft durch:

- Abkopplung der Beiträge für die Krankenversicherungen vom Lohngefüge, Berechnung auf der Grundlage des Haushaltseinkommens der Familien
- Pflicht zur Versicherung für definierte Gesundheitsrisiken
- Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus allen Krankenversicherungen
- Härtefallregelungen als notwendiger Bestandteil der Solidargemeinschaft

2. Zugang zum Versorgungssystem für alle

Es wird ein System mit einer Verpflichtung zur Basisversicherung und -versorgung sowie einer Eigenbeteiligung der Patienten vorgeschlagen. Der Leistungskatalog der Basisversorgung wird durch den Gesetzgeber festgelegt.

Basisversorgung:

- eine Basisversicherung für alle Bürger als Prinzip der Solidargemeinschaft
- Abdeckung der Grundversorgung

Finanzielle Mitbeteiligung der Versicherten:

- Einführung einer finanziellen Mitverantwortung der Versicherten bei Leistungen, die über die Basisversorgung hinaus gehen

Selbstbeteiligung der Versicherten:

- Leistungen, die direkt selbst zu übernehmen sind, u. a.: Außenseitermethoden, psychosoziale Beratungen, kosmetische Operationen, Mehrleistungen in der Zahnmedizin (z. B. bei Füllungstherapien und bei Zahnersatz)
- Zuzahlung bei:
 - Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln
 - direkter Inanspruchnahme eines Facharztes unter Umgehung der häuslichen Koordinierung (außer Notfallsituationen)
 - Krankenhausbehandlungen
 - Zahnersatz

3. Optimale medizinische Versorgung unter Nutzung des medizinischen Fortschritts und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit

- Qualitätsförderung durch Erarbeitung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Gesundheitsberufe
- ambulante Versorgung: Hausarztprinzip heißt Koordinierung aller medizinischen Maßnahmen durch den Hausarzt, Information über alle medizinischen Maßnahmen an den Hausarzt
- stationäre Versorgung: Sicherung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und abgestuften Krankenhausversorgung
- Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung durch Aufbau von Informations- und Kommunikationssystemen zwischen allen Beteiligten (Telematik)
- wirtschaftliche Arzneimittelversorgung auf der Basis medizinischer Leitlinien
- präventive Maßnahmen im Rahmen der Basisversorgung auf wissenschaftlicher Grundlage (Screeninguntersuchung)
- indikationsgerechte Rehabilitation unter Kontrolle des individuellen Rehabilitationszieles

4. Einheitliche Grundsätze für die Krankenversicherungen

- Entwicklung eines kassenübergreifenden Kataloges medizinisch notwendiger Leistungen für die Basisversorgung
- bei den Zusatzleistungen treten die verschiedenen Krankenversicherungen in freien Wettbewerb

5. Selbstbestimmung der Versicherten

- freie Wahl von Krankenversicherungen und freie Arztwahl in den jeweiligen Stufen des Kooperationssystems Hausarzt-Spezialist-Krankenhaus
- Information über Basisversorgungskatalog für jeden Versicherten
- Aufbau von Versicherteninformationssystemen unter Einbeziehung von
 - Hausarzt
 - Selbsthilfegruppen
 - Patientenberatungsstellen bei den Selbstverwaltungsorganen der Leistungserbringer

6. Neufassung der Vergütungssysteme

- einheitliche Vergütung in Ost und West für alle Leistungserbringer
- neue Bundesärztegebührenordnung ersetzt die bisherige GOÄ- und EBM-Liste
- eine neue Bundeszahnärztegebührenordnung auf der Basis einer einheitlichen Leistungsbeschreibung
- Finanzierung der medizinischen Leistungen in DM-Beträgen unabhängig von den Einnahmen der Krankenversicherungen
- leistungsgerechte Vergütung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten (keine Einzelleistungsvergütung)
- Leistungen, die über die Basisversorgung hinausgehen, unterliegen nicht der Regulierung von Staat und Krankenkassen

Die Teilnehmer des Sächsischen Aktionsbündnisses Gesundheit 2000 sehen ihren Zusammenschluss nicht nur in der strikten Ablehnung des Gesundheitsstrukturgesetzes und des Reform-Torsos der Rot-Grünen Koalition an, sondern sie erarbeiteten ein Konsenspapier mit Reformgedanken als Gesprächsgrundlage mit Vertretern der Politik.

Es werden Wege zum Erhalt eines leistungsfähigen Gesundheitssystems unter **Wahrung des Solidaritätsgedankens „Gesunde für Kranke, Junge für Alte, sozial Starke für sozial Schwache“** aufgezeigt und die Eigenverantwortung des Patienten unterstützt.

Für das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000

Dresden, am 17. Dezember 1999

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Gisela Trübsbach
Vorstandsmitglied

Partner des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000

Sächsische Landesärztekammer; Kassenärztliche Vereinigung Sachsen; Sächsische Landesapothekerkammer; Apothekerverband Sachsen; Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen; Sächsische Landes Zahnärztekammer; Sächsische Krankenhausgesellschaft e.V.; Marburger Bund, Landesverband Sachsen; Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten; Landesverband physikalische Therapien; Sächsischer Heilbäderverband e.V.; Zahntechnikerinnung Westsachsen; Zahn technikerinnung Dresden-Leipzig; Landesinnungsverband Orthopädieschuhtechnik Sachsen; Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen; Hartmannbund-Landesverband Sachsen und Sachsen-Anhalt; NAV-Virchow-Bund; Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen e.V.; ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband ambulanter Dienste e.V.; Gesellschaft ambulante Krankenpflege e.V., bpa Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulante Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Sachsen-Thüringen; Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Sachsen e.V. – LAG; Vertragsärztliche Vereinigung Sachsen e.V.; Sächsischer Pflegerat; Deutsches Rotes Kreuz, Schwesternschaften Sachsen e.V.; Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e.V.; ÖTV Gesundheitswesen; Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.; VDB – Physiotherapieverband e.V., Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie; Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V. im BDA Deutschlands e.V.; ABVP Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege e.V.

Das erste Statement des „Bündnis Gesundheit 2000“ wurde im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/1999, Seite 500 bis 501, abgedruckt.

Positionspapier Qualitätssicherung 2000

Vorwort

Wenn auch in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) Qualitätssicherung (QS) in der Medizin in seinen Grundsätzen durch das Sozialgesetzbuch V geregelt wird, obliegt doch im Wesentlichen die Umsetzung wie auch die Einführung von Projekten und Methoden des Qualitätsmanagements (QM) in der Verantwortung der Länderhoheit. Das findet seinen Niederschlag im Heilberufs- und Landeskrankenhausgesetz und nicht zuletzt in der ärztlichen Berufsordnung.

Brückenbildend sind dabei einige bundesweite Institutionen beziehungsweise Einrichtungen wie die Arbeitsgemeinschaft der Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Krankenkassen zur Förderung der QS, die Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Förderung der QS (BÄK gemeinsam mit KBV) sowie das Bundeskuratorium QS von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemeinsam mit DKG, Krankenkassen, BÄK und Pflegeverband sowie nicht zuletzt die ständige Konferenz Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausbildung an der BÄK, die eine Zusammensetzung aller Ländervertreter darstellt.

Wann, wie und welche Zielstellungen und Methoden zur Sicherung der QS im Gesundheitswesen offiziell eingesetzt werden, bleibt letztendlich die Aufgabe der daran beteiligten Instanzen beziehungsweise Körperschaften und/oder Vereine einschließlich der Aufsichtsbehörde (Ministerium) des Freistaates Sachsen. Diese vom Gesetzgeber vorgegebenen Strukturen haben Vorteile unter Berücksichtigung der Landesspezifität hinsichtlich der Entscheidungsfreiheit und Nachteile für notwendige, bundesweite, vergleichbare Ergebnisse und Standortbestimmungen wie zum Beispiel Probleme eines bundesdeutschen Krebsregisters zeigen. Dennoch wird kaum einer den dabei zugrunde liegenden föderativen Gedanken missen wollen.

Umso mehr verlangt es von den Ländern, einige Positionen zu beziehen und dem Lande adaptierte Vorstellungen zu entwickeln, ja sogar zu fördern. Dies gilt auch für die Qualitätssicherung in der Medizin. Weder BÄK noch Landesärztekammer lassen Zweifel, dass die QS der Medizin in die Hand der Ärzteschaft gehört. Mehr denn je ist einerseits eine Bündelung des bisher Vorhandenen an vertraglichen Regelungen auf Landesebene gefragt und andererseits eine klare Zielstellung unter Berücksichtigung des Notwendigen und Machbaren. So wie die streng bemessenen finanziellen Ressourcen Effizienz abverlangen, so verlangt auch der Einsatz der kompetenten Instanzen und Experten Effektivität.

Es ist politischer Trugschluss, dass bei der schnellen und enormen wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin und Naturwissenschaften Rationierungen auf lange Sicht verhindert werden können. Umso mehr steht die Forderung nach breiter Anwendung eines fundierten, umfassenden Qualitätsmanagements

letztendlich nach dem Modell des Total Quality Management (TQM).

Dies ist der Grund, dass sich Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK), der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) mit dem Ausschuss Qualitätssicherung der SLÄK und der dort lokalisierten Projektgeschäftsstelle für QS zu einer gemeinsamen Position für Sachsen entschließen müssen. Dafür ist die vorliegende Publikation als ein Konsenspapier entworfen und zu betrachten, das sich nicht nur an die Ärzteschaft der SLÄK, sondern auch an die Vertragsärzte und damit an die KVS, an die KGS und auch an alle Vertreter der Krankenkassen wendet. Nach Auffassung des neu gewählten Ausschusses für Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der SLÄK sind es die nachstehenden Zielstellungen, die es mit allen hier aufgeführten Beteiligten gemeinsam zu lösen gilt.

Zielstellung

1. Schaffung einer gemeinsamen Vertragsbasis durch Zusammenführung der vorhandenen dreiseitigen Verträge unter Einbeziehung der KVS zur Qualitätssicherung mit der Möglichkeit der perspektivischen Erweiterung und Veränderung. Daraus ableitend Schaffung eines einheitlichen Lenkungsremiums.

2. Schrittweise und bedachte Fortführung bisheriger externer Qualitätssicherungsprojekte unter Einbeziehung der Qualitätssicherung von Fallpauschalen und Sonderentgelte und ihrer notwendigen Aktualisierung unter dem Aspekt, dass alleinige Erfassung von Fallpauschalen unzureichend ist. Nach wie vor stellt sich die Forderung, dass in Projekten der externen Qualitätssicherung das Krankheitsbild als Tracerdiagnose erfasst werden sollte und nicht nur der weniger komplizierte Casus.

3. Dringende Notwendigkeit einer projektbezogenen Qualitätssicherung konservativer Bereiche der Medizin, insbesondere der Inneren Medizin, aber auch der Neurologie, Allergologie, Dermatologie, Psychiatrie, um nur einige Fachgebiete zu nennen. Dabei Überprüfung der in der BRD vorhandenen Projekte beziehungsweise Register wie zum Beispiel der regionalen Herz- und Hirninfarktregister (zum Beispiel Land Berlin, Nordrhein-Westfalen) auf Übernahme beziehungsweise Nachnutzung.

4. Vermehrt Einsatz von Problemanalysen anstelle von Fallanalysen und verstärkte Orientierung auf die QS mittels Problemanalytik zur Klärung gemeinsamer, vordergründiger Probleme mit hohem interdisziplinärem Stellenwert (Ursachenanalysen der Rehospitalisierungen, Spezifizierung von Prognosefaktoren, Rezidivfrequenzen, Einweisungsverhalten, Therapiestrategien).

5. Ausbau und Entwicklung neuer Projekte und Methoden sowie Pilotstudien zur QS unter Bevorzugung der Schnitt-

stellenproblematik zwischen stationär und ambulant und ständige Hinzuziehung fachkompetenter Vertreter der KVS in die Ausschusstätigkeit. Vermehrt Peer Reviews wie in der Pathologie des Landes Brandenburg und Sachsen und Ausweitung der Peer Reviews auf klinische Fachdisziplinen. Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

6. Verstärkte Einflussnahme auf die innere QS unter Berücksichtigung der zukünftigen Zertifizierung von Krankenhäusern mit der Bildung einer für die Zertifizierung und Beratung zur inneren QS fachkompetenten Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für QS. Dabei Akkreditierung der im Freistaat Sachsen zugelassenen Zertifizierungsorganisationen.

7. Struktur- und Aufgabenerweiterung der Projektgeschäftsstelle zur QS an der SLÄK mit dem Ziel einer gemeinsamen Geschäftsstelle für QS in der Medizin aller Vertragspartner an der SLÄK.

8. Fortführung der Beteiligung des Ausschusses an der Aus- und Fortbildung auf dem Gebiete der Qualitätssicherung unter Federführung der Akademie für ärztliche Fortbildung mit dem Ziel, die Zahl der entsprechend qualifizierten Qualitätsbeauftragten zu erhöhen und Visitoren, Auditoren sowie auch Moderatoren auszubilden. Damit kann zugleich eine Plattform zum gegenseitigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch geschaffen werden, die für die Bewertung aktueller sowie Planung und Umsetzung zukünftiger Qualitätsprojekte eine wesentliche Voraussetzung schafft.

9. Beratung anderer Fachausschüsse der SLÄK zu Fragen der QS mit dem Versuch der Integration zum Thema QS und dem Ziel einer verstärkten kooperativen Zusammenarbeit („vernetzte“ Aktivitäten).

10. Bei berufsgruppenübergreifenden qualitätsrelevanten Themen Öffnung der Ausschusstätigkeit zum gemeinsamen Dialog und Erfahrungsaustausch.

Erläuterungen

Die gegenwärtigen zwei vertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen (KK), KGS und SLÄK zur externen QS im Allgemeinen und zur externen QS in der Chirurgie, Perinatalogie und Neonatologie sowie zur QS bei Fallpauschalen und Sonderentgelte, deren Umsetzung von zwei verschiedenen Gremien beaufsichtigt und gesteuert wird, sind im Sinne der Effektivität und Effizienzsteigerung einer veränderten Struktur mit erweiterter Zielstellung im Freistaat Sachsen zusammenzufügen, das heißt nur eine umfassende Vertragsbasis und ein Lenkungs-gremium. Dabei ist insbesondere die KVS bei allen wesentlichen Entscheidungen der QS mit einzubeziehen.

Als zukünftige Vertragsbasis wird der ursprüngliche dreiseitige Erstvertrag zur externen QS empfohlen, der aufgrund einer Öffnungsklausel jederzeit erweitert werden kann, zumal er dadurch

weiteren Maßnahmen der externen QS aufgeschlossen ist und diese auch zulässt.

Die bisherigen differenten Finanzierungsmodelle sind zunächst als zweitrangig und nicht vordergründig limitierend für eine derartige Vertragszusammenführung zu betrachten, da ohnehin ein neues Finanzierungskonzept zu erstellen wäre. Letzteres muss in einer Pauschalfinanzierung der Projektgeschäftsstelle münden, die der Projektgeschäftsstelle einerseits Innovationsspielraum lässt und andererseits die Möglichkeit zum erweiterten Leistungsangebot ähnlich einer Dienstleistung in die Hand gibt.

Darüber hinaus gilt es, durch Struktur- und Aufgabenerweiterung den Stellenwert der gemeinsamen Projektgeschäftsstelle an der SLÄK als eine integrierende und dynamische federführende, exekutive Instanz beziehungsweise Geschäftsstelle für die Ausführung von QS zu entwickeln. Mehr und mehr ist in der QS zusätzliche professionelle Qualifikation der dafür Verantwortlichen gefragt.

Dazu muss auch die Projektgeschäftsstelle in Zusammenarbeit mit den Ausschüssen und einzelnen Gremien einen gewissen selbständigen Aktionsradius auf dem Gebiet der QS erhalten, um flexibler auf die Abklärung aktueller Fragestellungen zu reagieren.

Voraussetzung ist eine veränderte Finanzierung mit Abweichung von der Fallbezogenheit und Übergang zur budgetähnlichen Leistungspauschale.

Entscheidend ist eine Zielstellung, die mit der externen QS zur Standortbestimmung gleichzeitig auf das innere Qualitätsmanagement und das Schnittstellenproblem Krankenhaus - ambulanter Bereich Einfluss nimmt.

Eine wesentliche Ausweitung externer QS auf der Basis stationärer Fallanalytik ist perspektivisch zu hinterfragen, da bisher ausschließlich operative Fachdisziplinen davon betroffen sind und die konservative Medizin zahlreicher Fachdisziplinen mit ihrem wesentlichen Einfluss auf die Hausarzt-tätigkeit bisher benachteiligt worden ist. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Zwar kann auf ein gewisses Maß externer Fallanalytik hinsichtlich der notwendigen Standortbestimmung auch zukünftig nicht verzichtet werden, doch ist es dringend erforderlich, dass

1. die konservativen medizinischen Bereiche wie beispielsweise Innere Medizin und Neurologie sowie
2. die ambulante Medizin

verstärkt in die QS mit einzubeziehen sind und dieses ganz besonders auf der Basis von ausgewählten Themen der Problemanalytik, so dass letztendlich die QS im Bereich der Schnittstelle mittels Problemanalytik zu favorisieren ist.

Zielstellungen sollten sein, die Therapiestrategien verstärkt zwischen stationärem und ambulantem Bereich abzustimmen, die Rezidivfrequenzen zu reduzieren und ebenso die Rehospitalisierungen. All dies muss jedoch messbar und evaluierbar sein, um letztendlich ablesbare Ergebnisse zu erhalten.

Bisherige QS, besonders die interne, reicht zukünftig nicht aus,

so dass parallel zur Krankenhauszertifizierung die Elemente des TQM sowohl gelehrt als auch umgesetzt werden müssten. Krankenhauszertifizierung der Kooperation für Transparenz und Qualitätssicherung am Krankenhaus (KTQ) beziehungsweise nach dem amerikanischen Modell von Joint Commission oder European Foundation for Quality Management (EFQM) - nicht aber nach DIN-ISO 9000 oder nach TÜV - schließen ein totales QM nicht aus, sondern unterstützen sich gegenseitig.

Um hier beratend tätig zu sein, empfiehlt es sich, **an der SLÄK eine Arbeitsgruppe des Ausschusses QS für Zertifizierung zu bilden**, um den Einfluss der Ärzteschaft dabei nicht nur zu erhalten, sondern weiter auszubauen. Keine Zertifizierung ohne entscheidende Einbeziehung der Ärzteschaft des Landes. Organisationen beziehungsweise Einrichtungen staatlicher oder privater Struktur, die im Freistaat Krankenhäuser zertifizieren wollen, müssen vorher sich mit der SLÄK und der KGS wie auch den Kassen abstimmen und von der Aufsichtsbehörde offiziell zugelassen sein.

Aus dem positionierten Konsensmodell leitet sich die Suche nach Zusatzfinanzierungen ab, die zum einen durch Leistungserweiterungen, zum anderen auch durch Stiftungen und Sponsoren sowie auch durch neue Aufgabenstellungen umgesetzt werden sollten. So ist es durchaus denkbar, dass die Projektgeschäftsstelle beziehungsweise zukünftige Geschäftsstelle für QS an der SLÄK Leistungen für Auftraggeber übernimmt, die nicht nur direkt aus der Ärzteschaft kommen (Pharmaindustrie, Versicherungen und andere).

Dies alles wird nur funktionieren, wenn auch vermehrt leitende Ärzte, Schwestern und Verwaltungsleiter über Qualifikationen auf dem Gebiete des QM in der Medizin verfügen, das heißt auch zukünftig eine Intensivierung der Fortbildung auf diesem Gebiet. Dies gilt auch gegenüber den Kostenträgern und dem medizinischen Dienst, der verstärkt direkt einzubeziehen ist. In der Qualitätssicherung darf keiner außen vorgelassen werden.

Bei all der Diskussion um die Methoden und Projekte der QS darf auf keinen Fall vergessen werden, dass **die Autopsie nach wie vor einen zentralen Stellenwert in der QS darstellt**. Hier sind die Gesetzgeber aber auch die Kassen gefragt, neue Wege zu gehen und Weichen zu stellen. **Die Autopsie als entscheidendes Element in der Reihe der QS gehört in die Budgetierung der Krankenhäuser**. Die Verwendung von Totenscheindiagnosen für gesundheitspolitische Statistiken und Konsequenzen ist unverantwortlich, da die hohe Fehlerquote eine irreal Situation widerspiegelt. Nicht zuletzt bleibt es mehr denn je Aufgabe des Ausschusses QS, Qualitätseinbrüche zu verhindern, besonders unter dem Aspekt von Standards, Leitlinien, Richtlinien und Rationalisierungen und darüber hinaus beratend wie auch integrierend zu wirken.

für den Ausschuss „Qualitätssicherung“
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Görlitz

Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche: auch Abbrüche mit Mifegyne® (Mifepriston®) meldepflichtig

Das Statistische Bundesamt weist darauf hin, dass die Inhaber von Arztpraxen und die Leiter von Krankenhäusern, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, entsprechend § 18 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) verpflichtet sind, die erforderlichen Angaben ohne Namensnennung der Schwangeren auf dem Erhebungs-

vordruck des Statistischen Bundesamtes jeweils nach Quartalsende zu melden.

Das gilt auch für Schwangerschaftsabbrüche unter Verwendung von Mifegyne® (Mifepriston®). Abbrüche mit diesem Mittel sind als „medikamentöser Abbruch“ zu melden.

Für Rückfragen beziehungsweise für die Anforderung der erforderlichen Unterla-

gen zur oben genannten Bundesstatistik steht das

Statistische Bundesamt

Zweigstelle Bonn

VII A 5, Dr. Köhler

Postfach 17 03 77

53029 Bonn

Tel. (0 18 88) 6 34 - 81 54

zur Verfügung.“

Risiken durch medizinische Handschuhe aus Naturkautschuklatex

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat eine Betreiber- und Anwenderempfehlung sowie eine Risikobewertung zum Umgang mit medizinischen Handschuhen aus Naturkautschuklatex erarbeitet.

Empfehlungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens und medizinisches Personal

Hintergrund

Latexallergien stellen sowohl in Deutschland als auch international ein erhebliches Problem dar. Im medizinischen Bereich liegt der Schwerpunkt des Risikos auf Untersuchungs- und OP-Handschuhen. Aber auch andere Medizinprodukte enthalten Naturkautschuklatex. Dies ist bei der medizinischen Versorgung von bereits sensibilisierten und Risikopatienten zu beachten.

Klinisches Krankheitsbild

Das Spektrum der Reaktionen reicht von lokalisierter oder generalisierter Kontakturtikaria, Ödemen, Rhinokonjunktivitis und Asthma bronchiale bis zum anaphylaktischen Schock.

Entstehung von Latexallergien

Allergischen Reaktionen auf Latex geht eine Phase der Sensibilisierung durch direkten Kontakt mit den Allergenen voraus. Dieser Kontakt kann

- über die Haut (zum Beispiel durch Tragen von Handschuhen),
- über die Schleimhäute (zum Beispiel bei Operationen, Katheterisierung) und
- inhalativ (durch Einatmen von mit Latexallergenen beladenen Puderpartikeln)

erfolgen. Über identische Wege können auch allergische Reaktionen ausgelöst werden.

Risikogruppen

Zu den bekannten Risikogruppen für eine Latexallergie gehören:

- Beschäftigte im Gesundheitswesen, die regelmäßig Latexhandschuhe tragen, wie Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Zahnärzte, OP-Personal;
- Personen mit häufigem Kontakt zu Latex, wie Beschäftigte in der Fertigung von Latexprodukten, Raumpfleger(innen), Friseur/Friseusen;
- Personen mit einer atopischen Veranlagung, wie zum Beispiel Heuschnupfen-, Asthma-, oder Neurodermitis-Patienten;
- Personen mit bestehenden Vorerkrankungen und -schädigungen der Haut, wie Handekzem;
- häufig operierte Patienten, insbesondere Kinder mit Spina bifida oder Patienten mit urogenitalen Fehlbildungen.

Risikofaktoren

Von medizinischen Latexhandschuhen geht ein besonderes Allergierisiko aus, wenn

- ihr Proteingehalt (als Maß für die Allergenität) nicht minimiert wurde,
 - sie gepudert sind (Latexallergene können über den Puder aerogen verbreitet und von einem unkontrollierbar großen Personenkreis aufgenommen werden, außerdem weisen gepuderte Latexhandschuhe in der Regel höhere Allergengehalte auf als ungepuderte) oder
 - sie Reaktionsbeschleuniger aus der Gruppe der Thiurame (hohes allergenes Potential) enthalten oder ihr Gehalt an anderen allergenen Hilfsstoffen nicht minimiert wurde.
- Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, geeignete Maßnahmen zur Risikominimierung zu treffen.

Maßnahmen

Risikoärmere Alternativen stehen grundsätzlich zur Verfügung. Nach den vorliegenden Informationen kann jedoch eine komplette Umstellung auf risikoarme Produkte nicht kurzfristig realisiert werden, da ausreichende Mengen für eine flächendeckende Versorgung des deutschen Marktes noch nicht verfügbar sind.

Das BfArM wird auf europäischer Ebene darauf hinwirken, dass nach einer angemessenen Umstellungsfrist nur noch risikoarme Produkte in den Verkehr gebracht werden. Solange dies noch nicht gewährleistet ist, sind die Belange des Infektionsschutzes gegen die Allergierisiken abzuwägen.

Gleichwohl kann bereits jetzt das Risiko durch eigenverantwortliche Maßnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens vermindert werden.

Im Einzelnen empfiehlt das BfArM für die medizinische Diagnostik, Behandlung und Pflege folgendes:

Vermeidung von Neusensibilisierungen

1. Es sollte geprüft werden, ob latexfreie Handschuhe verwendet werden können.
2. Bei Patienten aus Hochrisikogruppen (wie Kindern mit Spina bifida) sollte der Kontakt mit latexhaltigen Produkten grundsätzlich vermieden werden.
3. Wenn der Einsatz von Latexhandschuhen notwendig oder sinnvoll ist, sollten möglichst folgende Handschuhtypen beschafft werden (ggf. Zertifikat vom Hersteller anfordern):
 - möglichst proteinarmer Handschuhe (vorzugsweise mit einem Proteingehalt von $\leq 30 \mu\text{g}$ Protein/gHandschuh, gemessen mit der modifizierten Lowry-Methode),
 - ungepuderte und
 - thiuramfreie Handschuhe.
4. In jedem Fall sollte ein konsequenter Hautschutz zur Vermeidung von Handekzemen betrieben werden.

Vermeidung der Exposition bereits sensibilisierter Personen

1. Betroffenes medizinisches Personal sollte nur latexfreie Handschuhe tragen. Auch für die Versorgung von sensibili-

sierten Patienten sollten nur latexfreie Handschuhe verwendet werden. Gleiches gilt für das gesamte eingesetzte Instrumentarium.

2. Zum Schutz von Latexallergikern (medizinisches Personal und Patienten) sollte die Raumluft allergenfrei gehalten werden. Dies kann durch die ausschließliche Verwendung ungepuderter Latexhandschuhe erreicht werden. Falls kein latexfreier OP-Raum für Allergiker zur Verfügung steht, sollte die aerogene Exposition durch eine entsprechende OP-Planung minimiert werden.
3. Die anamnestische Erhebung einer Latexallergie sollte routinemäßig erfolgen (insbesondere vor operativen Eingriffen),

ggf. mit allergologischer Abklärung. Eine festgestellte Latexallergie oder Sensibilisierung sollte in einen Allergiepaß eingetragen werden.

4. Es sollte Vorsorge für Notfälle getroffen werden, da eine völlige Latexfreiheit nie gesichert ist und deshalb Komplikationen auftreten können.
5. Auch im notärztlichen Bereich sollten nach Möglichkeit latexfreie Produkte zur Verfügung stehen.

Die **ausführliche Risikobewertung** ist in der Zeitschrift „**Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**“ als auch auf der Homepage des BfArM (<http://www.bfarm.de>) veröffentlicht.

Zwischen- und Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“

Zwischenprüfung

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

**Freitag, den 7. Juli 2000,
8.00 - 10.00 Uhr**

Die Zwischenprüfung findet an folgenden Prüfungsorten statt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Berufliches Schulzentrum Gesundheit und Sozialwesen
Bautzener Straße 116, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Soziales
Carl-v.-Ossietsky-Str. 13 - 16, 02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10, 04860 Torgau

Die Schülerinnen oder Umschülerinnen gehen anschließend wieder zum Unterricht oder in die Arztpraxis. Die Freistellung zur Zwischenprüfung (§ 7 Berufsbildungsgesetz) umfasst nur den Zeitraum der Prüfung.

Teilnehmerinnen an der Zwischenprüfung sind Schülerinnen des zweiten Ausbildungsjahres und Umschülerinnen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat auf den bereitgestellten Formularen bis zum 5. Mai 2000 zu erfolgen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Abschlussprüfung

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

**Freitag, den 19. Mai 2000,
8.00 - 14.15 Uhr**

Folgende Prüfungsorte wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Carl-v.-Ossietsky-Straße 13 - 16, 02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Replitzer Weg 10, 04860 Torgau

Die Termine für die praktischen Prüfungen werden voraussichtlich im Juni 2000 liegen.

Zur Abschlussprüfung am 19. Mai 2000 können zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. Juli 2000 endet.

2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

3. Zulassung in besonderen Fällen gemäß § 40 Berufsbildungsgesetz

3.1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit

von 30 bis 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. Juli 2000 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung um maximal sechs Monate zur Abschlussprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die Leistungen das rechtfertigen.

Dabei sind gemäß Beschluss des Berufsbildungsausschusses vom 4. Dezember 1993 (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 1/94, S. 10) nachweislich folgende Bedingungen zu erfüllen:

- sehr gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis
- gute Lernmotivation und -ergebnisse mit Notendurchschnitt bis 1,8 in der Berufsschule
- Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

3.2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder bei Ziffer 2. und 3.2. die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. Für die Anmeldung zur Abschlussprüfung sind die Unterlagen vollständig bis spätestens 15. März 2000 einzureichen (gemäß § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“, veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“ Hefte 5/93 und 2/94). Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis sind zusätzlich die Nachweise gemäß Ziffer 3.1. und 3.2. zum gleichen Termin einzureichen.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass bei unvollständig und/oder verspätet eingereichten Unterlagen eine fristgemäße Bearbeitung durch die Sächsische Landesärztekammer nicht möglich und somit eine Zulassung zum gewünschten Prüfungstermin am **19. Mai 2000** in Frage gestellt ist.

Des weiteren möchten wir darauf aufmerksam machen, dass mit bestandener Abschlussprüfung das Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis beendet ist.

Veronika Krebs
Ltd. Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Akute Vergiftungen

Ratgeber zur Erkennung, Verlauf, Behandlung und Verhütung toxikologischer Notfälle

Von Prof. em. Dr. Reinhard Ludewig
9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 1999. 847 Seiten. Mit 72 vierfarbigen Abbildungen sowie mit Tabellen, Diagrammen und Mustern. Gebunden.
DM/sFr128,-/öS 934,-
ISBN 3-8047-1701-2
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart

In unübertroffener Breite führt dieses seit 30 Jahren eingeführte und international bekannte Standardwerk praxisrelevante Daten zu zahllosen Stoffen, Chemikalien, Arzneimitteln und Giftpflanzen auf. Durch eine klare Gliederung sowie durch ein beeindruckendes Schlag-

wortverzeichnis sind im Vergiftungsfall die wichtigsten toxikologischen Fragen in Minutenschnelle beantwortbar.

Die 9. Auflage wurde völlig überarbeitet und trägt dem enormen Datenzuwachs der vergangenen Jahre Rechnung durch:
- die zweckorientierte neue Gliederung in einen allgemeinen Teil zu grundsätzlichen Fragen der Diagnostik, Behandlung, Prophylaxe und einen speziellen, alphabetisch geordneten Teil mit Daten zu über 70 000 Stoffen,

- Hinweise zu weiterführender Literatur als Wegweiser für gezieltes Nachschlagen,

- Neuaufnahme toxikologisch wenig bekannter Stoffgruppen, wie Radionuklide, Dopingmittel, neuere Chemotherapeutika,

- das bekannte, umfangreiche Sachregister mit über 13 500 Stichwörtern.

Konzert und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 5. März 2000, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Jugend musiziert

Sächsische Spezialschule für Musik
Dresden

Teilnehmer am Landeswettbewerb
„Jugend musiziert“ in Leipzig
musizieren Werke von
Johann Nepomuk Hummel,
Wolfgang Amadeus Mozart,
Ludwig van Beethoven,
Richard Strauss,
Cesar Franck u. a.

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

Dr. med. Erich Thomas
**Unterwegs mit Zeichenstift
und Pinsel**
vom 14. März bis 19. Mai 2000
**Vernissage am Donnerstag,
dem 16. März 2000, 19.30 Uhr
im Foyer/Plenarsaal**

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**
**Moderne Kunst im alten
Rahmen**

Mechthild Mansel - Malerei und Grafik
Ausstellung ab Februar 2000

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 (Vi.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: 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.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Aue-Schwarzenberg

Facharzt für
Haut- und Geschlechtskrankheiten

Planungsbereich Zwickau- Stadt

Facharzt für Radiologie
(Anteil einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 2. 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.

Planungsbereich Zwickau- Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13. 3. 2000 an die Kassenärztliche Ver-

einigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Landkreis Bautzen

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 29. 2. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Landkreis Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin bzw.
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für
Haut- und Geschlechtskrankheiten

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum

15. 3. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin
mit der Schwerpunktbezeichnung
Kardiologie
(im Rahmen einer
Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin
(Diabeteschwerpunktpraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis 11. 3. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

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

Rechtschreibreform im „Ärzteblatt Sachsen“

Das „Ärzteblatt Sachsen“ setzt die neue deutsche Rechtschreibreform ab 1. Januar 2000 um. Unser Standesblatt richtet sich nach den Regeln des „Duden – Die deutsche Rechtschreibung“, 21. Auflage, auf der Grundlage der neuen amtlichen Rechtschreibregeln und neuen Schreibungen sowie nach „Duden – Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke –, 6. Auflage.

Auch künftig werden wir – lehren – und leeren – oder Seite – und Saite – unterscheiden müssen und das – richtige

Schreiben – nicht mit – das Richtige schreiben – verwechseln dürfen.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ richtet sich im Wesentlichen nach den Vereinbarungen der Presseagenturen, denen die Presse zum großen Teil gefolgt ist. So werden feststehende Begriffe aus Adjektiv und Substantiv auch weiterhin groß geschrieben – Ohmsches Gesetz -. Englische und amerikanische Fremdwörter, die sich aus Substantiven zusammensetzen, werden mit Bindestrich, beide Komponenten groß geschrieben – Beispiel: - Voice – Type. Im medizinischen Wissenschafts-

betrieb gebrauchte Fachwörter werden in der bisherigen Form geschrieben – Beispiel: Orthopädie, Anamnese, Myelographie. Die Zeichensetzung und die Trennregeln erfolgen nach den neuen Regeln. Alle Verfasser von berufspolitischen Beiträgen, amtlichen Mitteilungen, wissenschaftlichen Artikeln, Tagungsberichten und Leserbriefen werden von der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ gebeten, sich den neuen Rechtschreibregeln, Zeichensetzungen und gelten Trennregeln zu bedienen.

Klug

W. Eichler¹, R. Bach¹, J. Straube², F. Jung¹

Fachärztliche Versorgung von Patienten mit kardialen Erkrankungen im Freistaat Sachsen im Vergleich zum Bundesland Hessen

¹Dresdner Institut für Herz- und Kreislaufforschung
²Kardiologische Gemeinschaftspraxis Meißen

Zusammenfassung

Die Versorgung von Patienten hängt in hohem Maße von der Quantität der personellen Ausstattung sowie der Qualifikation der Ärzte ab. Daher wird im folgenden der Stand auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen in Sachsen mit dem eines in Größe, Bevölkerung, Bevölkerungsverteilung Stadt - Land und Industrialisierung ähnlichen westlichen Bundeslandes verglichen.

Die Anzahl der Betten zur internistischen Versorgung bezogen auf 1.000 Einwohner ist in den Krankenhäusern in Sachsen um 13 Prozent größer als in Hessen, wogegen die Anzahl der Betten in den Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen in Sachsen nur 32,7 Prozent der Kapazität von Hessen beträgt. Demgegenüber beträgt die Anzahl der in Sachsen tätigen Internisten pro 100.000 Einwohner mit 33 nur 57,9 Prozent gegenüber der Anzahl der in Hessen tätigen Internisten pro 100.000 Einwohnern. Ebenso ist auch die Anzahl der in Sachsen tätigen Kardiologen mit 0,79 Ärzten bezogen auf 100.000 Einwohner gegenüber der Anzahl der in Hessen tätigen Kar-

diologen mit 1,49 Ärzten deutlich geringer, sie liegt bei 53 Prozent.

Diese Zahlen verdeutlichen, daß zwar bezüglich der zur Verfügung stehenden Krankenbetten für Patienten mit kardialen Erkrankungen ein dem Bundesdurchschnitt entsprechendes Ergebnis erzielt wurde, daß jedoch bezüglich der fachärztlichen Versorgung der Patienten erheblicher Nachholbedarf besteht. Erstaunlicherweise ist nicht nur die Anzahl der Fachärzte, sondern auch die Zahl der insgesamt tätigen Ärzte in Sachsen erheblich niedriger als in Hessen.

Dies ist um so erstaunlicher, als die Morbidität bezüglich Koronarerkrankungen im Osten Deutschlands deutlich höher ist als im Westen, so daß selbst bei gleicher Bevölkerung und gleicher Arztdichte in Sachsen mit einer höheren Patientenzahl pro Arzt gerechnet werden muß.

Als zusätzlicher Nachteil für die Patienten erweist es sich, daß auch die Verteilung der niedergelassenen/ermächtigten Kardiologen über das jeweilige Bundesland in Sachsen wesentlich inhomogener ist.

Einleitung

Struktur und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens sind in Sachsen seit der Gründung des Freistaates tiefgreifend verändert worden [11]. Das angestrebte Ziel der Gesundheitspolitik war es, die gesundheitliche Versorgung für alle Bürger dauerhaft auf einem hohen - dem Standard der westlichen Industrienationen angepaßten - Niveau zu gewährleisten. In diesem Rahmen mußten unter anderem öffentliche und private Versorgungsstrukturen aus- und zum Teil auch neu aufgebaut werden. Dazu gehörte auch die kardiologische/kardiologische Versorgung von Patienten mit kardialen Erkrankungen.

Da die Versorgung der Patienten in hohem Maße von der Quantität der personellen Ausstattung sowie der Qualifikation der Ärzte abhängt, wird im folgenden der erreichte Stand in Sachsen mit dem eines - in Größe, Bevölkerung, Bevölkerungsverteilung Stadt - Land und Industrialisierung ähnlichen westlichen Bundeslandes - verglichen.

1. Einwohnerzahl in den Bundesländern Sachsen und Hessen

Für den Freistaat Sachsen liegt der Bericht des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen „Bevölkerungsstand des Freistaates Sachsen nach Alter und Geschlecht“ mit dem Stand vom 31.12.1997 [1] und für das Land Hessen der Bericht des Statistischen Landesamtes Hessen „Bevölkerung am 31.12.1997 nach Alter und Geburtsjahren“ [2] zugrunde.

In Tabelle 1 sind die Bevölkerungszahlen der beiden Länder, getrennt nach Altersgruppen, zum Vergleich gegenübergestellt:

Tabelle 1: Bevölkerung in den Ländern Hessen und Sachsen, getrennt nach Altersgruppen mit dem Stand vom 31.12.1997

	Bevölkerung bis 15 Jahre	15 - 65 Jahre	65 - 75 Jahre	75 und älter	Summe
Land Hessen:					
absolut	938.165	4.133.063	540.790	419.687	6.031.705
in Prozent	15,5	68,5	9,0	7,0	100
Freistaat Sachsen:					
absolut	637.621	3.105.955	442.785	336.051	4.522.412
in Prozent	14,1	68,7	9,8	7,4	100

Die Anzahl der Einwohner Sachsens in den verschiedenen Altersgruppen bezogen auf die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich damit gegenüber der des Bundeslandes Hessen wie folgt:

Tabelle 2:

Differenz der Anzahl der Einwohner Sachsens bezogen auf die Gesamtbevölkerung gegenüber dem Land Hessen

Altersgruppe	Differenz in %	absolut
bis 15 Jahre	-1,4	-63.313
15 - 65 Jahre	+0,2	9.044
65 - 75 Jahre	+0,8	36.179
75 und älter	+0,4	18.089

In der Altersgruppe bis 15 Jahre gibt es in Sachsen 1,4 % weniger Einwohner als in Hessen. Bereits seit den achtziger Jahren geht die Geburtenrate in Sachsen zurück. Dieser Prozeß ist durch die Wende weiter verstärkt worden und bis heute nicht abgeschlossen [11].

In allen anderen Altersgruppen 15 - 65 Jahre, 65 - 75 Jahre sowie 75 Jahre und älter gibt es in Sachsen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, mehr Einwohner als im Land Hessen (n der Summe 63.313 Einwohner). Speziell die Altersgruppe, die in verstärktem Maße eine kardiovaskuläre Betreuung in Anspruch nehmen muß, sind die Bürger, die älter als 65 Jahre sind. Insgesamt sind in Sachsen 54.119 Einwohner mit höherem Lebensalter mehr als in Hessen.

Es ist Allgemeingut, daß mit zunehmendem Alter die Krankheitsanfälligkeit und damit auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Form von ärztlicher Tätigkeit, Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten steigt. Gerade kardiovaskuläre Erkrankungen sind typische Erkrankungen des Alters (dies gilt auch für Erkrankungen des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates, Tumorerkrankungen und andere). 1994 wurde insgesamt die gigantische Zahl von 344,6 Milliarden DM im Gesundheitssystem aufgewendet [13]; davon allein für die Erkrankungen des Kreislaufsystems 42,6 Milliarden DM.

Bislang werden die Kosten noch nicht nach dem Alter aufgeschlüsselt, möglich ist jedoch eine altersspezifische Aufschlüsselung der Krankenhaustage. Dabei zeigt sich, daß die Zahl der Krankenhaustage generell - sowohl für Männer als auch für Frauen - mit dem Alter zunimmt. Mehr als 40 Prozent der Krankenhaustage entfallen dabei auf die über 65jährigen.

Differenziert man jetzt noch nach den Erkrankungen, so zeigt sich, daß die kostenintensiven kardiovaskulären Erkrankungen besonders altersabhängig sind; hier entfallen 66,2 Prozent der Krankenhaustage auf die Patienten über 65 Jahre [14].

Aus dieser Aufstellung ergibt sich allein aufgrund der unterschiedlichen Altersverteilung der Bevölkerung in Hessen und Sachsen eine erhebliche Mehrbelastung des Gesundheitssystems in Sachsen.

2. Fläche und Bevölkerungsdichte der Länder

Die Fläche und die Bevölkerungsdichte der Länder gibt Tabelle 3 wieder:

Tabelle 3:

Fläche und Bevölkerungsdichte der Länder mit dem Stand vom 31.12.1997 [3, 4]

	Fläche je km ²	Einwohner in km ²
Land Hessen	21.114,76	286
Freistaat Sachsen	18.412,11	246

Der Freistaat Sachsen umfaßt 12,8 Prozent weniger Fläche als das Land Hessen. Ebenso ist die Bevölkerungsdichte in Sachsen gegenüber Hessen um 14 Prozent (40 Einwohner je km²) etwas geringer.

3. Kardiovaskuläre Versorgung

Für die Ermittlung der Bettenkapazitäten zur internistischen Versorgung wurden die Berichte „Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Freistaat Sachsen“ mit dem Stand 31.12.1996 [5] und das „Verzeichnis der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Hessen“ mit dem Stand vom 31.12.1996 [6] verwendet.

In Tabelle 4 sind die Anzahl der Betten

Tabelle 4:

Bettenkapazitäten zur internistischen Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (Stand 31.12.1996)

	KH - Innere Betten		Reha - Innere Betten	
	gesamt	pro 1.000 Einwohner	gesamt	pro 1.000 Einwohner
Land Hessen	12.209	2,03	9.002	1,50
Freistaat Sachsen	10.552	2,33	2.238	0,49

zur internistischen Versorgung von Patienten in den Krankenhäusern und den Vorsorge- und Reha-Einrichtungen absolut und bezogen auf 1.000 Einwohner für beide Länder dargestellt.

Die Anzahl der Betten zur internistischen Versorgung bezogen auf 1.000 Einwohner ist in den Krankenhäusern in Sachsen mit 2,33 um 13 Prozent größer als in Hessen mit 2,03; wogegen die Anzahl der Betten in den Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen in Sachsen nur 32,7 Prozent der Kapazität von Hessen beträgt.

Hier ist ein Vergleich schlecht möglich, da gerade Hessen über ein – im gesamten Bundesvergleich – außerordentlich hohes Angebot an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verfügt. Dies ist historisch so gewachsen, da es in Hessen eine sehr große Zahl von Heilquellen und günstige klimatische Bedingungen gibt [12].

Für die fachärztliche Versorgung der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen wurde der Bericht „Im Gesundheitswesen tätige Personen in Hessen am 31. Dezember 1993“ [8], die Liste „Niedergelassene oder ermächtigte Kardiologen in Hessen“ vom Mai 1998 [9], die Liste „Ärzte 1994 - 1996 nach ausgewählten Fachgebieten“ des Freistaates Sachsen mit dem Stand 1996 [7] und eine Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen über die Anzahl der in Sachsen tätigen Kardiologen zugrunde gelegt.

Tabelle 5:

Fachärztliche Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen

Bundesland	Internisten		Kardiologen	
	gesamt	pro 100.000 Einwohner	gesamt	pro 100.000 Einwohner
Land Hessen	3.447	57	90	1,49
Freistaat Sachsen	1.502	33	36	0,79

Tabelle 5 zeigt, daß die Anzahl der in Sachsen tätigen Internisten mit 1.502 Ärzten bezogen auf 100.000 Einwohner mit 33 nur 57,9 Prozent gegenüber der Anzahl der in Hessen tätigen Internisten mit 3.447 Ärzten beziehungsweise 57 pro 100.000 Einwohnern beträgt.

Ebenso beträgt die Anzahl der in Sachsen tätigen Kardiologen mit 0,79 Ärzten bezogen auf 1.000 Einwohner gegenüber der Anzahl der in Hessen tätigen Kardiologen mit 1,49 Ärzten nur 53 Prozent.

Diese Zahlen verdeutlichen, daß zwar bezüglich der zur Verfügung stehenden Krankenbetten für Patienten mit kardialen Erkrankungen ein dem Bundesdurchschnitt entsprechendes Ergebnis erzielt wurde, daß jedoch bezüglich der fachärztlichen Versorgung der Patienten erheblicher Nachholbedarf besteht.

Möglicherweise ist dies ein Faktor, der dazu beiträgt, daß die Häufigkeit der Thrombolysebehandlung bei Herzinfarktpatienten niedriger als im Bundesvergleich oder etwa in Großbritannien ist, und auch daß die Herzinfarktrate - anstatt wie in den alten Bundesländern abzufallen - in Sachsen weiter ansteigt. Erstaunlicherweise ist nicht nur die Anzahl der Fachärzte, sondern auch die Zahl der insgesamt tätigen Ärzte in Sachsen erheblich niedriger als in Hessen (Tabelle 6).

Tabelle 6:

Anzahl der Ärzte in den Ländern Hessen und Sachsen in den Jahren 1993 und 1994

Bundesland	Ärzte 1993	Ärzte 1994	Ärzte/100.000 Einwohner
Hessen	24.554 [11]	24.881 [11]	407,1 bzw. 412,5
Sachsen	12.178 [10]	12.634 [7]	267,5 bzw. 279,4

In Klammern sind die jeweiligen Quellen angegeben.

Diese deutliche Imbalance ist erstaunlich, nachdem in den jetzt neun Jahren nach der Wende eigentlich ausreichend Zeit für einen Angleich bezüglich der Patientenversorgung bestanden hätte. Es bleibt nur zu vermuten, daß entweder in Hessen eine (nicht notwendige) Überversorgung besteht, oder daß die wirtschaftliche Situation in Sachsen einen Angleich an die Patienten-Versorgungssituation in Hessen verhindert.

Dies ist um so erstaunlicher, als die Morbidität bezüglich Koronarerkrankungen - ermittelt nach den Verordnungen [10] - im Osten Deutschlands deutlich höher ist als im Westen Deutschlands, so daß selbst bei gleicher Bevölkerung und gleicher Arztdichte in Sachsen mit einer höheren Patientenzahl pro Arzt gerechnet werden muß.

Als zusätzlicher Nachteil für die Patienten erweist es sich, daß auch die Verteilung der niedergelassenen/ermächtigten Kardiologen über das jeweilige Bundesland in Sachsen wesentlich inhomogener ist.

Tabelle 7:

Anzahl der Ärzte in den verschiedenen Regierungsbezirken der Länder Hessen und Sachsen im Jahr 1998

Regierungsbezirke in Hessen	Kardiologen/100.000 Einwohner
Gebietstand: 11.5.1998	
Darmstadt	1,74
Gießen	1,42
Kassel	0,87
Kreise ohne Kardiologie	6

Regierungsbezirke in Sachsen	Kardiologen/100.000 Einwohner
Gebietstand: Juni 1998	
Chemnitz	1,07
Dresden	0,68
Leipzig	0,90
Kreise ohne Kardiologie	17

In Hessen gibt es in sechs Kreisen keinen niedergelassenen oder ermächtigten Kardiologen, während in Sachsen davon insgesamt 17 Kreise betroffen sind. Insgesamt müssen damit in Hessen 1.038.227 Menschen oder 17,2 Prozent der Bevölkerung zumindest in den Nachbarkreis fahren, wenn sie einen Kardiologen aufsuchen müssen, während davon in Sachsen 2.121.324 Menschen oder 46,8 Prozent der Bevölkerung betroffen sind.

4. Ausblick

Während heute 16,8 % der sächsischen Bevölkerung über 65 Jahre alt sind, werden es im Jahre 2010 bereits 25,4 Prozent sein. Dies bedeutet, daß 2010 zirka 18 Prozent mehr Personen über 65 Jahre vorhanden sein werden. Da mit dem Alter die Morbidität in einer Population infolge arteriosklerotischer Erkrankungen ansteigt, ist eine wesentlich größere Zahl von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen aufgrund der veränderten Altersstruktur zu erwarten [11].

Lediglich 1,9 Prozent der Männer unter 50 Jahren weisen eine koronare Herzerkrankung auf, im Alter über 60 Jahre

aber sind es dagegen schon 14,5 Prozent; so daß der größere Anteil an Älteren in der Bevölkerung zu einem überproportionalen Anstieg an Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen führen wird [15].

Bereits heute werden 30 bis 40 Prozent der Kosten des Gesundheitssystems von den über 70jährigen verursacht, so daß sich ein Desaster abzeichnet, sofern

nicht rechtzeitig reagiert und der Anteil an Internisten und Kardiologen weiter erhöht wird. Bei dem hohen Qualitätsanspruch der aktuellen Medizin, der selbstverständlich auch weiterhin zum Vorteil des Patienten betrieben werden soll, wird man sich rechtzeitig auf die Konsequenzen der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung einstellen müssen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr.-ING. Friedrich Jung
Dresdner Institut für
Herz- und Kreislaufforschung
Forststraße 5
01159 Dresden

Artikel eingegangen: 22. 3. 1999

Artikel nach Revision angenommen: 11. 5. 1999

H. Petermann¹, M. Schmidt¹ und M. Scholz²

„Immer mehr Jugendliche nehmen Drogen?“ – Empirische Befunde zu einer Alltagsmeinung

¹Institut für Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Universität Leipzig

²Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Zusammenfassung

Sowohl gängige Alltagsmeinungen als auch einschlägige Meldungen in den Medien bescheinigen den heutigen Jugendlichen einen stetig zunehmenden Drogenkonsum im Zeitverlauf. Empirisch fundieren lassen sich solche Verallgemeinerungen nur durch ein Gegenüberstellen der Gebrauchsangaben zu psychotropen Substanzen von gleichaltrigen Jugendlichen unter-

schiedlicher Geburtsjahrgänge. Deshalb werden im folgenden die Angaben zum Konsum psychotroper Substanzen von 13jährigen sächsischen Jugendlichen vier verschiedener Geburtsjahrgänge im Zeitraum von 1993 bis 1998 verglichen. Die eingangs geäußerte Meinung einer stetigen Zunahme des Konsums läßt sich dabei empirisch nicht belegen.

Einführung

„Die Drogenkonsumenten werden immer jünger.“ „Immer mehr Kinder greifen zur Flasche.“ „Mittelschüler und Gymnasiasten putschen sich mit Ecstasy auf.“ Diese und ähnlich lautende Meinungen werden im Alltag häufig geäußert und durch Meldungen in den Medien mit Beispielen illustriert. Dabei gilt das bevorzugte Bevölkerungs- und Medieninteresse vor allem der Nutzung derjenigen psychotropen Substanzen, die zu den illegalen Drogen gerechnet werden (zum Beispiel Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene). Durch eine Reihe von Einzelfällen lassen sich die genannten Meinungen tatsächlich gut belegen.

Die Verallgemeinerung der Aussagen, daß psychotrope Substanzen „immer

mehr“ und „immer früher“ von „den“ Jugendlichen genutzt werden, ist aber höchst problematisch. Beispielfälle sind dafür mit Sicherheit die ungeeignete Datenbasis. Zur Überprüfung von Generalisierungen bedarf es stattdessen empirischer Analysen an Stichproben, die Jugendliche unterschiedlicher Geburtsjahrgänge zum gleichen Alterszeitpunkt miteinander vergleichen. Der vorliegende Beitrag verfolgt diese Zielstellung. Er basiert auf den empirischen Daten mehrerer Längsschnittstudien zur Suchtvorbeugung in Schulen des Freistaates Sachsen, die 1993 in Leipzig begannen und seit 1997 auch Schülerinnen und Schüler aus Dresden mit einbeziehen (Petermann, Müller, Kersch & Röhr 1997). Die Projekte wurden von der

Deutschen Forschungsgemeinschaft, sowie gegenwärtig vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie im Rahmen des Forschungsverbundes Public Health Sachsen gefördert.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf Schülerinnen und Schüler der 7. Klassenstufe (Durchschnittsalter: 13 Jahre), die den Kontrollklassen der Studien angehörten und kein spezifisches suchtpräventives Treatment erhielten. Von ihnen liegen die Gebrauchsmengen von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen zu vier Meßpunkten vor. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über Geburtsjahrgänge, Meßpunkte (MP), Größe der Untersuchungsstichprobe und Durchschnittsalter.

Erfassung des Gebrauchsverhaltens

Die Erfassung des Konsums psychotroper Substanzen erfolgte durch einen Fragebogen, der von den beteiligten Schülern zu jedem Meßpunkt anonym bearbeitet wurde. Dies geschah in der Situation des Klassenzimmers und dem Beisein von Mitarbeitern des Forschungsprojekts. Es handelt sich somit um Selbstberichte zu normabweichendem Verhalten, also um ein „heikles“ Befragungsthema. So gewinnen Fragen der Verlässlichkeit und Gültigkeit besonders bei den Angaben zum Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen an Gewicht. Die in der vorliegenden Studie genutzten Kontrollmöglichkeiten zur Gewährleistung eines ausreichenden Grades an Verlässlichkeit der Daten waren Anonymität der Befragung, die strikte Beachtung des Datenschutzes und die Festlegung, daß die Lehrer bei allen Formen der Datengewinnung und Auswertung nicht beteiligt waren. Unter psychodiagnostischem Aspekt ist zu erwähnen, daß das Gebrauchsverhalten bei allen Meßpunkten mit dem gleichen Fragebogen erfaßt wurde.

Ergebnisse

Zum Vergleich der berichteten Konsummengen der Jugendlichen aus der 7. Klassenstufe liegen Untersuchungsergebnisse für die psychotropen Substanzen Tabak, Alkohol, Cannabisprodukte und Ecstasy vor.

Die Daten zum Alkoholkonsum wurden durch Kombination von Häufigkeit des Trinkens (zum Beispiel Bier, Wein, Spirituosen) und der Glaszahl je Konsumereignis bestimmt. Dadurch ist die Berechnung der Alkoholmenge in Gramm im Drei-Monats-Prävalenzzeitraum für jeden Probanden möglich. Auf dieser Basis läßt sich jeder Schüler einer Gebrauchskategorie zuordnen, die von Abstinenz bis Vielgebrauch reichen. Hinsichtlich der Mißbrauchsgefährdung erscheint uns besonders die Kategorie der Nutzer über 900 g Reinalkohol in der

Drei-Monats-Prävalenz bedeutsam (sog. „Vieltrinker“). Diese Menge würde etwa einer Trinkeinheit (10 g) pro Tag oder sieben Trinkeinheiten am Wochenende entsprechen. Die Tabelle 2 zeigt absolute und prozentuale Häufigkeiten der Kategorie „Vieltrinker“ (900 g Reinalkohol im Drei-Monats-Prävalenzzeitraum) für die gleichaltrigen Jugendlichen im Zeitverlauf von 1993 bis 1998.

Die niedrigen Prozentzahlen weisen „Vieltrinker“ als eine relativ selten besetzte Kategorie für die 13jährigen sächsischen Jugendlichen aus. Es zeigt sich

weder eine signifikante Zunahme über den Zeitraum von 5 Jahren noch zwischen den einzelnen vier Meßpunkten. Der Tabakkonsum der befragten Jugendlichen besteht ausschließlich im Zigarettenrauchen. Als Kriterium der Zuordnung zur Gebrauchskategorie „Raucher“ wurde die Bejahung der Häufigkeit „drei- oder viermal in der Woche“ beziehungsweise „fast täglich“ für das Zigarettenrauchen gewählt. Die Ergebnisse des Vergleichs der Gebrauchshäufigkeiten im Untersuchungszeitraum finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 1:

Geburtsjahrgänge, Meßpunkte, Größe der Untersuchungsstichprobe und Durchschnittsalter

Geburtsjahrgang	Meßpunkt	Stichprobenumfang	Durchschnittsalter
1979/80	1993	N = 153	13,79
1981/82	1995	N = 222	13,08
1983/84	1997	N = 227	12,92
1984/85	1998	N = 277	13,16

Tabelle 2:

Vergleich „Vieltrinker“ (über 900 g Reinalkohol) von 1993 bis 1998

Meßpunkt	absolut	Häufigkeiten in Prozent	Signifikanz	Meßpunkt
1993	2	1,3	$\alpha_{MP93-MP95} = 0.255$	n.s.
1995	7	3,2	$\alpha_{MP95-MP97} = 0.487$	n.s.
1997	8	3,5	$\alpha_{MP97-MP98} = 0.491$	n.s.
1998	9	3,2	$\alpha_{MP93-MP98} = 0.229$	n.s.

n.s. ... nicht signifikant

Tabelle 3:

Vergleich „Raucher“ („fast täglich“ beziehungsweise „drei- bis viermal pro Woche“) von 1993 bis 1998

Meßpunkt	absolut	Häufigkeiten in Prozent	Signifikanz	Meßpunkt
1993	14	9,2	$\alpha_{MP93-MP95} = 0.053$	n.s.
1995	36	16,2	$\alpha_{MP95-MP97} = 0.691$	n.s.
1997	40	17,6	$\alpha_{MP97-MP98} = 0.028$	s.
1998	30	10,8	$\alpha_{MP93-MP98} = 0.612$	n.s.

n.s. ... nicht signifikant

s. ... signifikant

Die Werte für das regelmäßige Rauchen der 13jährigen Jugendlichen liegen deutlich höher als die Angaben der „Vieltrinker“. Betrachtet man den Tabakkonsum im Zeitverlauf, so verdoppelte sich die absolute Zahl der „Raucher“ von 1993 bis 1995. Dieser Unterschied ist allerdings nur auf dem 10 % - Niveau signifikant. Der Anstieg des Gebrauchs setzt sich aber nicht fort. Im Jahre 1998 findet sich im Gegensatz dazu eine signifikante Verringerung der Anzahl von „Rauchern“ um rund 7 Prozent. Zusammenfassend ergibt sich somit (analog dem Vieltrinken) im Zeitraum 1993 bis 1998 kein signifikanter Anstieg der „fast täglich“ beziehungsweise „drei- bis viermal pro Woche“ rauchenden Jugendlichen.

Beim Gebrauch **illegaler Drogen** ist es nicht möglich, vergleichbare Häufigkeiten wie beim Tabak- oder Alkoholkonsum anzugeben. So fehlen zum Beispiel Angaben zur Nutzung von Opioiden, Kokain oder Halluzinogenen. Nennenswerte Gebrauchsdaten liegen lediglich zu Cannabisprodukten (Marihuana und Haschisch) sowie MDMA (Ecstasy) vor. In Tabelle 4 sind die Häufigkeiten des Konsums dieser beiden Substanzen zusammengestellt. Dabei handelt es sich sowohl um „Probierer“ (Häufigkeitskategorie „weniger als einmal im Monat“) als auch um Schülerinnen und Schüler, die im 3-Monats-Prävalenzzeitraum mehrfach konsumierten (Häufigkeitskategorien „ein- bis dreimal im Monat“ oder „wöchentlich“). Bei einem Ver-

gleich der Prozentzahlen der Nutzung illegaler Drogen mit den Angaben zum Konsum der legalen Drogen Tabak und Alkohol ist deshalb ausdrücklich darauf zu verweisen, daß es sich beim Gebrauch illegaler Drogen auch um Schüler mit Probiervverhalten, bei den legalen psychotropen Substanzen aber ausschließlich um die Angaben zum Vielgebrauch handelt („Vieltrinker“ und „Gewohnheitsraucher“)

Die Anzahl der Probierer von Cannabis vervierfacht sich von 1995 zu 1997. Diese Entwicklung setzt sich im Folgejahr in geringerem Ausmaß fort. Der Anstieg von 1993 bis 1998 ist auf dem 5 % - Niveau signifikant. Bei der Partydroge Ecstasy zeigt sich ein geringfügiger (nicht signifikanter) Abwärtstrend des Probiervhaltens von 1997 zu 1998.

Abschlußbetrachtung

Eine Stichprobe von N = 879 Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Geburtsjahrgänge wurde in den Jahren 1993 - 1998 jeweils in der 7. Klassenstufe hinsichtlich des Gebrauchs psychotroper Substanzen befragt. Bei identischen Erhebungsinstrumenten, gleichem Prävalenzzeitraum und Befragungsablauf ließ sich für die 13jährigen Schülerinnen und Schüler aus Leipzig und Dresden kein signifikanter Anstieg des Konsums legaler Drogen und Ecstasy registrieren. Der Konsum von Haschisch zeigte eine signifikante Zunahme im Zeitraum von 1993 bis 1998, während der Gebrauch von Ecstasy für die unter-

suchte Altersgruppe leicht abnahm. Die Zahl der Nutzer und die Gebrauchsmengen liegen aber auf einem relativ niedrigem Niveau. Die Alltagsmeinung, „immer mehr Jugendliche nehmen Drogen“, konnte somit für die untersuchte Altersgruppe sächsischer Jugendlicher in ihrer Allgemeinheit empirisch nicht bestätigt werden.

Von Interesse ist bei epidemiologischen Daten zum Substanzgebrauch natürlich auch der Vergleich des Konsumverhaltens von Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. Der Vergleichbarkeit sind dabei aber enge Grenzen gesetzt. Es gibt in der deutschsprachigen Literatur keine Studie, die der vorgestellten Untersuchung bezüglich Befragungsinstrument (Angabe von Gebrauchsmenge und -frequenz), Prävalenzzeitraum (Drei-Monats-Prävalenz), gleiches Erhebungsalter (13 Jahre) zu vier Meßpunkten (von 1993 bis 1998) entspricht. Alle repräsentativen Untersuchungen fassen die Alterszeiträume sehr weit. So weisen die Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen (Herbst, Kraus & Scherer 1996) sowie die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) Gebrauchsangaben für die Lebensjahre 14 - 25 aus. Diese Daten scheiden somit für einen Vergleich mit den vorliegenden Ergebnissen völlig aus. Zumindest einen punktuellen Bezugswert können aber Einzelstudien liefern. Von Lösel und Bliesener (1998) wurden 1.162 Jugendliche der siebten

Tabelle 4:

Vergleich Häufigkeiten des Konsums illegaler Drogen („Probierer“ beziehungsweise „Mehrfach-Konsumenten“) von 1993 bis 1998

Meßpunkt	Haschisch			Signifikanz Meßpunkt	Ecstasy		
	absolut	in Prozent			absolut	in Prozent	Signifikanz Meßpunkt
1993	1	0,7		$\alpha_{MP'93-MP'95} = 0.794$ n.s.	-*		
1995	2	1,0		$\alpha_{MP'95-MP'97} = 0.061$ n.s.	-*		
1997	8	3,6		$\alpha_{MP'97-MP'98} = 0.520$ n.s.	10	4,4	$\alpha_{MP'97-MP'98} = 0.491$ n.s.
1998	13	4,7		$\alpha_{MP'93-MP'98} = 0.025$ s.	9	3,2	

* ... nicht erhoben

n.s. ... nicht signifikant

s. ... signifikant

und achten Klassen (Altersdurchschnitt 14,01 Jahre, Monatsprävalenz) in Nürnberg und Erlangen zu ihrem Substanzkonsum befragt. Die Autoren ermittelten einen Prozentsatz von 29,2 % der Mädchen (Jungen 19,7 %), die „mehrmals in der Woche“ bis „praktisch täglich“ rauchten. Bier, Wein oder Sekt tranken rund 10 % der Jugendlichen „mehrmals in der Woche“ bis „praktisch täglich“ (Likör/Spirituosen: 4,7 % der Jungen und 2,8 % der Mädchen). Keine Geschlechtsunterschiede fanden sich beim Gebrauch illegaler Drogen. Der Prozentsatz der Probierer und häufigeren Nutzer lag bei 11,5 %.

Die Nürnberger Jugendlichen geben also im Vergleich mit den Leipziger Stichproben bei allen Substanzarten einen

zum Teil beträchtlich höheren Gebrauch an. Allerdings gestatten Unterschiede in Alter, Prävalenzzeitraum und den Gebrauchskategorien keine weiterreichende Interpretation.

Der Wert der vorliegenden Studie liegt nicht im Bezug zu anderen Untersuchungen, sondern im Quersequenzdesign: Der Befragung unterschiedlicher Geburtsjahrgänge in den Jahren 1993 - 1998 jeweils in der 7. Klassenstufe hinsichtlich des Gebrauchs psychotroper Substanzen mit identischen Erhebungsinstrumenten, gleichem Prävalenzzeitraum und Befragungsaufbau. Festzuhalten bleibt, daß sicherlich für jeden Jugendlichen die Entwicklungsaufgabe besteht, den eigenen Weg hinsichtlich des Konsums von Alkohol, Tabak und ille-

gale Drogen zu bestimmen. Wir helfen dem Einzelnen dabei aber vielleicht weniger durch ständige Verweise auf eine apokalyptische Bedrohung durch Drogen als durch sachliche Informationen, Vorbildwirkung und Bemühungen um Alternativen zum Substanzmißbrauch.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und
Psychologie
Institut für Entwicklungspsychologie,
Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik
Prof. Dr. Harald Petermann
Seeburgstraße 14/20
04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 29. April 1999
Artikel nach Revision angenommen: 11. Juni 1999

Voraussetzungen und Mindestanforderungen zur Pränatal- und Dopplerdiagnostik in der Geburtshilfe

Eine Empfehlung der Ausbilder für Ultraschalldiagnostik in der Gynäkologie - Geburtshilfe in Sachsen

Die weiterführende differentialdiagnostische sonografische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko wird in Deutschland durch subspezialisierte Frauenärzte durchgeführt.

Grundgedanken dazu stammen von Hansmann (1982).

In den medizinischen Gesellschaften (DEGUM), KV-Bereichen und Landesärztekammern sind fast identische Richtlinien zu den Qualitätsansprüchen erarbeitet worden, die als Voraussetzung zur Durchführung der oben genannten Untersuchung gelten.

Die Anwendung dieser Richtlinien wird jedoch durch fehlende Detailempfehlungen erschwert.

Demgegenüber erfordern juristische und gutachterliche Fragen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik eine

möglichst genaue Umfangs- und Inhaltsbeschreibung dieser Untersuchungen. Deshalb wurden von den Ausbildern für Ultraschalldiagnostik der Gynäkologie und Geburtshilfe in Sachsen gemeinsame Vorschläge erarbeitet, die analoge Vorgehensweisen im Antragsverfahren im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer ermöglichen sollen.

Diese wurden im Vorfeld mit der DEGUM abgestimmt.

1. Fehlbildungsdiagnostik

1.1. Voraussetzung zur Eröffnung eines Antragsverfahrens

Die Grundlage zur Eröffnung eines Antragsverfahrens ist die Vorlage von 200 Untersuchungsprotokollen eigenständiger Fehlbildungsuntersuchungen definierten Inhaltes. Darunter sollen 30 fetale Fehlbildungen unterschiedlicher Organsysteme dokumentiert sein. Zehn

fetale Fehlbildungen davon dürfen während Hospitationen erworben worden sein. Diese „Hospitationsfälle“ sind speziell auszuweisen und vom Hospitationsleiter zu bestätigen. Bei allen diagnostizierten Fehlbildungen müssen in der Bilddokumentation der Name der medizinischen Einrichtung und des Untersuchers enthalten sein. Zum Untersuchungsprotokoll muß eine Mediendokumentation (zum Beispiel Print, Video) vorliegen.

„Softmarker“ oder „Hinweiszeichen“ für fetale Fehlbildungen werden als Kasuistik nur anerkannt, wenn der Nachweis der definierten Malformation oder chromosomalen Aberration geführt werden kann.

1.2. Mindestanforderungen

Die weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörung oder Verdacht auf

fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko soll folgende Inhalte beantworten:

1.2.1. Allgemeine Untersuchungen

Vitalität: ja/nein

Fruchtwassermenge:

normal, vermindert, vermehrt

Nabelschnur:

Zahl der Nabelschnurgefäße

Plazenta: Besonderheiten, Lokalisation, Struktur

1.2.2. Biometrie

Kopf: BPD, FOD, KU Cerebellum

Rumpf: quer, ap, AU

Extremitäten: Femur

1.2.3. Sonoanatomie

Kopf: Kontur

Hirnstruktur: Ventrikel, Kleinhirn

Gesicht: Profil, Aufsicht

Hals: Kontur

Wirbelsäule: Längs- und Querschnitte,

Hautkontur über WS

Thorax: Kontur

Lungen: Struktur

Herz: Frequenz und Rhythmus,

Vierkammerblick, Lage, Form, Größe

Zwerchfell: Kontur im Längsschnitt

Abdomen: Kontur, Größe,

Topographie und Struktur der Organe

Bauchwand: Nabelschnuransatz

Urogenitaltrakt: Topographie,

Größe, Struktur der Organe

Extremitäten: Arme und Beine,

Hände und Füße darstellbar

1.2.4. Untersuchungs- und Sichtbedingungen

gut, ausreichend, schlecht (Ursache?)

Diese Mindestanforderungen sind Bestandteil des schriftlichen Untersuchungsprotokoll. Aus ihm soll weiterhin die Indikation zur Untersuchung und das Untersuchungsergebnis dokumentiert hervorgehen.

1.3. Kolloquium

Hat der Antragsteller die genannten Voraussetzungen erfüllt, wird er grundsätzlich zu einem Kolloquium bei der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen oder der Sächsischen Landesärztekammer eingeladen. Hierbei soll der theoretische Kenntnisstand zur Pränataldiagnostik nachgewiesen werden. Die Prüfungsin-

halte zur Fehlbildungsdiagnostik bei der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer sind identisch, weswegen die gegenseitige Anerkennung der Prüfungsergebnisse gegeben ist.

Die weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen, fetale Erkrankungen oder bei erhöhtem Risiko beinhaltet den Ausschluss schwerer morphologisch erkennbarer Anomalien der fetalen Organe und Organsysteme. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch durch den erfahrenen Untersucher und in Abhängigkeit von den Schallbedingungen nicht alle fetalen Fehlbildungen erkannt werden können. Dazu zählen z. B. kleine Wirbeldefekte mit Spina bifida im Hautniveau des Rückens, kleine Defekte im Ventrikelseptum des Herzens und Anomalien der Finger und Zehen. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass einige fetale Fehlbildungen und ihre Folgen erst spät im Schwangerschaftsverlauf sich entwickeln können und dann erst sonomorphologisch erkennbar werden (z. B. Potter I, Achondroplasie, Aortenstenose und sekundäre Endokardfibroelastose).

Die Feindiagnostik kann Hinweis für chromosomale Anomalien des Feten erbringen, eine definitive Diagnose des pathologischen Karyotyps (z. B. Trisomie 21) ist durch die Ultraschall-diagnostik jedoch nicht möglich.

2. Dopplerdiagnostik fetomaternaler Gefäße

Die Grundvoraussetzung für den Qualifikationsnachweis zur Dopplerdiagnostik fetomaternaler Gefäße ist im KV- und LÄK-Bereich die Anerkennung zur Durchführung der Fehlbildungsdiagnostik.

Zur Dopplerdiagnostik werden 100 eigenständig befundete Fälle und ein absolviertes Kurssystem beziehungsweise eine viermonatige ständige oder 24monatige begleitende Hospitation bei einem Ausbilder verlangt. Eine Prüfung im KV- oder LÄK-Bereich erfolgt obligat.

Standards zur Dopplersonografie in der Schwangerschaft sind publiziert (Geburtshilfe und Frauenheilkunde 56 (1996) M 69 - M 73).

3. Fetale Echokardiografie

3.1. Voraussetzungen zur Eröffnung des Antragsverfahrens

Als Voraussetzung zum Erlangen der Qualifikation für die fetale Echokardiografie dient der Qualifikationsnachweis für die fetale Fehlbildungsdiagnostik. Es sind 100 eigenständige fetale Echokardiografien dokumentiert vorzulegen. In diesen 100 Fällen sollen zehn fetale Herzfehler enthalten sein.

3.2. Mindestanforderungen

Die fetale Echokardiografie soll folgende Untersuchungsinhalte beantworten und dokumentieren:

1. fetaler Organstatus
2. Herzgröße, -lage
3. Herzrhythmus
4. Vierkammerblick
5. Ausflußtrakte bds. mit Darstellung des Ventrikelseptums
6. kurze Herzachse mit Überkreuzung der großen Gefäße
7. Venenzufluß bds. (fakultativ)

Für die Untersuchung zur fetalen Echokardiografie ist ein Dopplersystem obligat.

4. Invasive Fetaldiagnostik und -therapie

Es existieren bisher keine Qualitätskriterien für die invasive Pränataldiagnostik und -therapie, so daß jeder Arzt invasive Maßnahmen am Feten durchführen kann. Deshalb wird aus **Gründen der Qualitätssicherung** vorgeschlagen:

- erstens die Genehmigung zu invasiven pränatalen Maßnahmen an die Genehmigung für die Fehlbildungsdiagnostik zu binden,
- zweitens sollen die ersten 30 Punktionen unter Anleitung eines Ausbilders vorgenommen werden.
- Bei eigenständigem Arbeiten sind 20 Eingriffe pro Jahr zur Aufrechterhaltung des eigenen Übungseffektes mindestens erforderlich.

PD Dr. Klaus Meinel, Dr. Gunter Mehner

G. Heeß-Erler, R. Manz, W. Kirch

Public Health – Forschung und Anwendung

Einige Worte in eigener Sache:

Warum benutzen wir das Wort Public Health und nicht eine deutsche Übersetzung oder Adaptation? Die Ideen zur „Volksgesundheitspflege“ sind keineswegs neu. Bereits im Altertum gab es rituelle Waschungen, Gebote zum Umgang mit Verstorbenen, Fleischbeschau, Sumpftrockenlegung sowie Bau von Wasser- und Abwasserleitungen. Die Neuzeit brachte die staatliche Verpflichtung, die Gesundheit der Bürger zu erhalten. Alfred Grotjahn (1904) definierte seinen Begriff der sozialen Hygiene „... sie müsse ... auch die Einwirkungen gesellschaftlicher Verhältnisse und des sozialen Milieus, in dem Menschen geboren werden, leben, arbeiten und genießen, sich fortpflanzen und sterben, eingehend studieren“. Im Nationalsozialismus wurde Massenhigiene zur Rassenhygiene pervertiert; viele Forscher, die zu diesem Zeitpunkt zu Fragestellungen der Volksgesundheit arbeiteten, emigrierten in die USA. Von dort kam, Ende der 70er Jahre, die Public Health Wissenschaft wieder nach Europa. Aus der vorgenannten Entwicklung heraus hat sich der Forschungsverbund entschlossen, den anglo-amerikanischen an Stelle des deutschen Terminus zu gebrauchen. Das im Juli 1999 erschienene Buch „Public Health Research and Practice“ enthält ausgewählte Beiträge zu Forschung und Anwendung gesundheitswissenschaftlicher Themen seit Bestehen des Forschungsverbundes Public Health Sachsen (FVPHS) in englischer Sprache. Damit möchte der seit 1994 bestehende Forschungsverbund der Internationalisierung, besonders in der Forschung, Rechnung tragen.

Dargestellt wird das Tätigkeitsspektrum des Forschungsverbundes mit seinen unterschiedlichen Themenbereichen, Zielen und Methoden. Besondere Berücksichtigung finden spezielle Ergebnisse zu den Themen Ökonomie im Gesundheitswesen, Resultate zur Pharmakoepidemiologie sowie grundsätzliche philo-

sophische Erwägungen zur Problemstellung Gesundheit und Ökonomie. Seit Bestehen des Forschungsverbundes Public Health Sachsen (FVPHS) wurden 55 Einzelprojekte initiiert, an denen mehr als 100 Forscher unterschiedlicher Fachausrichtung mitarbeiten.

Teil 1 gibt einen Überblick über die grundlegenden Forschungsmethoden der Gesundheitswissenschaften. Eine herausragende Bedeutung hat hierbei die Epidemiologie. Sie dient der quantitativen Erforschung der Verteilung und der Risikofaktoren (Determinanten) von unterschiedlichen Gesundheitszuständen in definierten Bevölkerungen und der Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse in Prävention und Intervention. Die Ergebnisse aus epidemiologischen Beobachtungen bilden die Grundlage zur Planung und Implementation von Gesundheitsprogrammen. Ein praktisches Beispiel hierzu ist der Beitrag zur Arzneimittelanwendungsforschung.

Teil 2 beschreibt einige der abgeschlossenen Projekte. Hier wurde Wert auf Vielfalt gelegt; so stehen Themen aus der zahnärztlichen Versorgungspraxis neben der gesundheitlichen Aufklärung durch Ausstellungen, dem Zusammenhang von Arbeitsorganisation und Gesundheitszustand sowie der sozialen Eingliederung von psychisch Kranken. Teil 3 enthält die mehr philosophische Auseinandersetzung mit gesundheitspolitisch relevanten Themen, denen sich Public Health gleichermaßen stellen muss.

Das vorliegende Buch und die beschriebenen Projekte im Teil 2 wurden gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (01EG94105 und 01EG97314).

In Übereinstimmung mit den generellen Zielen von Public Health ist es die Aufgabe auch der Public Health - Forschung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, in dem sowohl die Angebote der Gesundheitsversor-

gung optimiert wie auch der Umgang der Menschen mit der eigenen Gesundheit gefördert werden sollen.

Unterschiedliche Entwicklungen in der modernen Industriegesellschaft machen eine Neuorientierung in den Sozialwissenschaften, in der Medizin, in der Wissenschaft und der Politik notwendig:

- Die Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen, vor allem in den Industrieländern, hängt mit einem Rückgang der meist monokausalen Infektionskrankheiten und einem Anstieg von überwiegend multikausalen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungssystems zusammen. Chronische Erkrankungen machen in den industrialisierten Ländern 75 % der Todesursachen aus. Wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass die chronischen Erkrankungen meist mit Schmerzen einhergehen, die Lebensqualität negativ beeinflussen, häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach sich ziehen und somit auch hohe Kosten verursachen.
- Daher spielen ökonomische Überlegungen auch im Bereich Public Health eine immer größere Rolle. Den steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem steht jedoch eine Stagnation der Lebenserwartung gegenüber. Fokus in den entwickelten Ländern ist eine in höchstem Maße spezialisierte medizinische Versorgung. Die Schlagkraft gesundheitsfördernder und präventiver Strategien wird dabei meist nicht wahrgenommen beziehungsweise unterschätzt. So hat zum Beispiel eine verbesserte Wasserqualität, eine hohe Durchimpfungsrate sowie ein konsequent betreutes Nichtrauchertraining eine größere Auswirkung auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung als die Behandlung in vereinzelt hoch spezialisierten Krankenhäusern.
- Im Hinblick auf die heute häufigsten Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

kungen und Tumorleiden, muss sich unsere Aufmerksamkeit den damit verbundenen Lebensstilen zuwenden. Dazu gehören, um nur einige zu nennen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Umweltverschmutzung, außerdem individuelle Voraussetzungen wie sozialer Stress, Ernährung und Risikoverhalten. Die Analyse der Risikofaktoren und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand sowie die Entwicklung entsprechender Strategien zur Reduzierung bereits bestehender Risiken ist eine der größten Herausforderungen für die Public Health und alle beteiligten Wissenschaften.

Schon Evans et al. (1994) hat betont, dass Sozial- und Umwelteinflüsse essentiell für die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit sind; psychosoziale und Lebensstilfaktoren beeinflussen in ausschlaggebender Weise Gesundheit und Krankheit der Menschen. In diesem Zusammenhang soll auch die Arbeit von Antonovsky (1979) Erwähnung finden. Ein großer Teil unserer Projektkonzeptionen basiert auf seiner Theorie der Salutogenese im Gegensatz zu dem traditionell häufig benutzten Modell der Pathogenese.

Unsere Forschergruppe orientiert sich an dem Leitsatz der Amerikanischen Gesellschaft für die zukünftige Entwicklung von Public Health (1988). Danach ist es Aufgabe von Public Health, auf administrative und politische Bereiche im Gesundheitssystem Einfluss zu nehmen. Die Arbeit von Public Health in ihrem wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Kontext lässt sich anschaulich am Logo unseres Forschungsverbundes darstellen (Abb. 1).

Am Anfang befindet sich die wissenschaftliche Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, empirisch oder theoretisch, die eine Ausgangsbasis für problemorientierte Entscheidungen und Entwicklungen im Sinne gesundheitsre-



Abbildung 1: Public Health Spirale nach dem US Amerikanischen Committee for the Study of the Future of Public Health

levanten Programme und Kampagnen darstellt.

Die zweite Ebene entwickelt sich aus der ersten und entfaltet zielgerichtete Strategien zur erfolgreichen Problembewältigung.

Der dritte und wichtigste Schritt ist die Umsetzung der Strategie in den praktischen Gebrauch; hier muss sich die entwickelte Vorgehensweise bewähren, sich um- oder abwandeln lassen, bis sie eine optimale Lösung anbietet.

Schließlich müssen sich alle Aktivitäten, Strategien oder Initiativen einer Reevaluation bezüglich ihrer Wirkung und Wirksamkeit unterziehen.

Dieser konzeptionelle Rahmen beinhaltet eine Reihe von Implikationen für die Tätigkeit des Forschungsverbundes Public Health in Sachsen: alle von uns initiierten Projekte müssen einen Bezug zu Public Health relevanten Themen haben. Darüber hinaus muss gesichert sein, dass sich aus dem Projekt sowohl praktische wie auch wissenschaftliche Schlussfolgerungen ableiten lassen.

Für Deutschland haben derzeit fünf Paradigmen zu Public Health Gültigkeit (v. Troschke 1999):

- in traditioneller Weise trägt der Staat die Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger
- der Ärztestand ist verantwortlich für die Gesundheit der Bevölkerung
- Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung erfordern Multiprofessionalität
- Selbstverantwortung des einzelnen Bürgers für seine Gesundheit und
- die Behandlung und Pflege kranker und/oder alter Mitbürger wird durch gesetzliche Vorgaben gesichert und unterstützt.

Der Forschungsverbund Public Health Sachsen hat sich für den multiprofessionellen Ansatz entschieden. Aus dieser Entscheidung erwuchs die Einrichtung eines Postgraduierten Studienganges für Public Health, der an der Technischen Universität Dresden durchgeführt wird. Der Studiengang beinhaltet vier Semester und wird derzeit zum sechsten Mal durchgeführt. Diese strukturelle Voraussetzung garantiert die Integration von erhaltenen Resultaten der Public Health Wissenschaft in die praktische Umsetzung und in die Ausbildung der interessierten Gesundheitswissenschaftler.

Die in unserem Sammelband veröffentlichten Studien sind nach Titel, Studienleiter und beteiligten Einrichtungen zusammengefasst dargestellt.

Der Forschungsverbund Public Health Sachsen hat für das Jahr 2000 eine weitere Buchveröffentlichung in englischer Sprache vorgesehen. Wir werden darin über weitere abgeschlossene Projekte berichten. Interessierte Leser können sich an die unten angegebene Adresse wenden.

Anschrift für die Verfasser:
 Dr. G. Heeß-Erler, M.P.H.
 Forschungsverbund Public Health Sachsen
 Fiedlerstraße 27
 01307 Dresden

Hilfstransport der „Die Johanniter“ nach Wladimir Wolinski

Am 14. Oktober 1999 startete der mit zwei LKW, einem Minibus und einem Kleintransporter ausgestattete Hilfs-transport der „Die Johanniter“ (Anna-berg), unter der Leitung des Geschäftsführers, Herrn Marc Schwan, in Richtung Ukraine. Meine Frau, Leiterin der Sozialstation „Die Johanniter“ (Leipzig) und ich, als Dolmetscher und zugleich Fahrer, begleiteten diesen Transport.

Hier danke ich für die sehr großzügige finanzielle Unterstützung durch Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer, durch Mitglieder des Weiterbildungsausschusses der gleichen Kammer und durch den Rotary Club Wurzen, dessen Mitglied ich bin.

Es gab auch unglaublich große Sachspenden von den Schwestern des Kreiskrankenhauses Wurzen.

Für mich immer beeindruckend: das Engagement der Fahrer des Hilfstransportes, die nicht zum ersten Mal ihren Urlaub und ihre Kraft für unmittelbare Hilfe opfern. Sie alle haben schon Fahrten nach Weißrussland, die Ukraine, den Kosovo und Rumänien hinter sich.

Zunächst wurden die Wagen mit den Hilfsgütern im Zollhof Chemnitz verplombt und gegen Mittag erreichten wir Görlitz, wo wir nach langem Warten in den Zollbereich einfahren durften.



Mit Marc Schwan und Sascha auf dem Weg zum polnischen Zoll



Unterwegs in Polen – links erkennt man die Tabakspfeife des Autors

Wieder erforderten die Zollformalitäten, wie 1997, eine unsinnig lange Zeit. Es dunkelte bereits, als ich bemerken musste, dass eine Warteliste für die Abfertigung manipuliert wurde, was weitere Stunden des Abwartens bedeutete.

Ich entschloss mich deshalb zu einem energischen Protest, welcher in Russisch zunächst nicht verstanden werden wollte, letztlich jedoch dazu führte, dass wir außerhalb der Warteliste abgefertigt wurden.

Trotzdem war es nun inzwischen tiefer Abend.

Hinter Wroclaw schliefen wir ein paar Stunden in unseren Wagen in bitterer Kälte und erreichten dann gegen Mittag den Bug, die Ukrainische Grenze.

Wieder begann eine unverständliche Warterei, die bei Einbruch der Dunkelheit dann endlich mit der Überführung in den ukrainischen Zollhof kurz unterbrochen wurde. Nun begann ein bürokratischer Selbstlauf, den man im Grunde nicht mehr begreifen kann. Es galt 26



Warten vor der Ukrainischen Grenze

Stempel - in Worten: sechszwanzig - zu erringen, die die Voraussetzung für die Passage des letzten Tores waren. Weit nach Mitternacht wurde diese Hürde genommen und gegen 2 Uhr erreichten wir Wladimir Wolinski.

Natürlich fragt man sich bei diesen irren Verfahrensweisen - inzwischen trugen unsere Wagen drei Plomben übereinander: Warum man das macht? Stundenlanges Herumstehen im Regen, in Kälte, endlose Diskussionen mit den Beamten. Nun, die Antwort erhält man vor Ort, am Ziel.



Es wird abgeladen

Die Armut ist beängstigend. Auch wenn man natürlich weiß, dass die geleistete Hilfe nur ein „Tropfen auf den heißen Stein“ ist, so ist dann die Übergabe der Hilfsgüter eine sehr befriedigende Tatsache, sieht man doch mit den eigenen Augen, mit welcher Freude und Dankbarkeit all diese Dinge, die Hierzulande als entbehrlich gelten, aufgenommen werden. Das Waisenhaus mit über 300 Kindern, von denen ein nicht genau bekannter Teil keine Waisen, sondern „displaced people“ sind, wird vorzüglich und vor allem väterlich durch Petrovicz geleitet.

Die Anrede mit nur dem Vatersnamen gilt hier als allerhöchste Anerkennung und ist ein Zeichen der Ehrfurcht vor dem Träger dieses Namens. Die Kinder nennen ihn Vater. Man konnte sich für die sauber gekleideten Kinder, dieses ordentlich und liebevoll ausgestattete Heim mit großzügigen, in jeweils wechselnden Farbton gehaltenen Zimmern, die freundlichen Umgangsformen untereinander nur begeistern.



Herr Petrovicz

Schlimm stand es allerdings um das ebenfalls von uns besuchte Kreiskrankenhaus. Hier herrschte bedrückender Mangel. Seit Februar 1999 gab es keine Gehälter mehr, wie übrigens im ganzen Land. Die Ausstattung war erbärmlich. Die sauberen und hellen Räume konnten das düstere Bild nicht überdecken.

Hier fand dann in einem nach sowjetischem Vorbild üppig ausgestatteten Kulturraum ein Konzert uns zu Ehren statt, welches von Kindern der Musikschule, von Waisen und von Jugendlichen einer ebenfalls anwesenden Gruppe aus Chemnitz ausgestaltet wurde. Die mit großer Begeisterung und auch sehr gekonnt dargebrachten musikalischen Leistungen waren ein Genuss.

Anschließend besuchten wir den „Kindergarten“ des Waisenhauses, wo die Kleinsten leben.

Danach begann ein großes Festessen mit viel Wodka, Reden und Trinksprüchen, und vor allem mit viel Gesang, ohne den es nach wie vor, trotz der bedrückenden Lage, nicht geht in diesen Ländern.



Junge Musikanten

Musik und Singen ist eben Halt, Stütze und Trost bei aller Bedrängnis.

Unmittelbar nach diesem Festmahl ging es im Konvoi zurück an die offenbar diesmal informierte Grenze, denn zu unserer Überraschung ließ man uns sehr rasch passieren, die erwarteten 14 Stempel für die Ausreise mussten nicht erstanden werden.

Nach kurzem Schlaf hinter Lublin erreichten wir dann gegen 20 Uhr am 18. Oktober 1999 wieder Görlitz und waren bereits um Mitternacht in Annaberg.

Für meine Frau und mich endete diese Fahrt dann um 3 Uhr zu Hause am 19. Oktober 1999.

In Anbetracht der schwierigen finanziellen Situation des Kindes in der Ukraine, die ich zusammen mit den „Johannitern“ in Leipzig lösen möchte, bitte ich Kolleginnen und Kollegen um eine Geldspende, die auch als Spende quittiert wird. Empfänger ist „Die Johanniter“ Leipzig, Dresdner Bank, Konto-Nr. 0108086600, BLZ 860 800 00. Als Spendenzweck haben wir vereinbart: „Die Johanniter helfen André“.

Dr. med. Clemens Weiss
Vorstandsmitglied der
Sächsischen Landesärztekammer

Fotos: Dr. Clemens Weiss, Wurzen

Ergänzung

Der Mitautor der publizierten Originalie „Einführung der ICD-10 ab 1. 1. 2000“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2000, Seite 25, Herr Dr. Lochmann, ist an der „**Westsächsischen Hochschule Zwickau (FH)**, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften“ tätig.

Korrektur

In der Originalie „Die Prophylaxe des diabetischen Fußes steht im Vordergrund“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2000, Autor: OA Dr. med. Hannes Rietzsch, wurde der Fuß der Abbildung 2 körperseitenverkehrt abgedruckt: Korrekte Darstellung



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 Extensorsehne geführt.



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

Laudatio Prof. Dr. Wolfram Behrendt zum 65. Geburtstag

Am 1. November 1999 beging Herr Univ.-Prof. Dr. med. Wolfram Behrendt, Leiter der Selbständigen Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde/Plastische Operationen der Universität Leipzig, seinen 65. Geburtstag.

Er gilt als international ausgewiesener Spezialist seines Fachgebietes und interdisziplinär engagierter Arzt und Wissenschaftler. Neben seinen fachlichen Kompetenzen kennzeichnen ihn seine aufrechte und tolerante Art – sein zielstrebiges, konsequentes Denken und Handeln haben ihn zu einem liebenswürdigen, anerkannten Kollegen gemacht.

Wolfram Behrendt wurde 1934 in Leipzig geboren, verbrachte hier seine Kindheit und Jugend und nahm 1952 das Medizinstudium an der Alma mater Lipsiensis auf. Im Jahr seines Staatsexamens, 1957, promovierte er über „Das Spätschicksal der Bronchial-Karzinome“.

Schon damals zeichnete er sich durch seine große Begeisterung für die Medizin und für die Musik aus und begann gleichzeitig mit dem Medizinstudium ein privates Gesangsstudium bei bekannten Sängern wie Paul Reinecke und Fritz Polster, an dessen Abschluss ein Angebot als lyrischer Bariton an das Landestheater Altenburg stand. Er hat sich diese Liebe zum Gesang bis heute bewahrt, sein erstes berufliches Interesse galt zunächst der Pathologie. Im Leipziger Pathologischen Institut wurde er von 1960 bis 1963 zum Facharzt ausgebildet, erkannte jedoch in den folgenden Jahren seine Vorliebe für die HNO-Heilkunde. In der HNO-Klinik leitete er das hauseigene pathologische Labor und führte sämtliche histologischen Befunde durch. Unter seinem von ihm sehr verehrten Lehrer, Prof. Dr. Moser, erfolgte im Jahre 1966 die Ernennung zum Facharzt für HNO-Heilkunde und 1967 die Habilitation über „Immunhistochemische und planimetrische Untersuchungen zur Antikörperbildung der Tonsille“. Dem Einfluss Mosers ist es auch zu verdanken, dass er innerhalb der



HNO-Heilkunde seine wissenschaftliche Heimat schließlich in der Phoniatrie fand. Nachdem er von 1967 bis 1976 die Poliklinik der Leipziger HNO-Klinik leitete, übernahm er 1976 die Abteilung für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen, wobei der Sing- und Sängerstimme, insbesondere auch der kindlichen Singstimme sein besonderes wissenschaftliches Interesse galt. Unter seiner Leitung fanden in den Jahren 1979 bis 1999 in regelmäßigem Abstand sieben Internationale Phoniatrie-Symposien in Leipzig statt, die vor allem in den Zeiten der politischen Trennung Deutschlands eine wichtige Basis für den wissenschaftlichen Austausch darstellten. Prof. Behrendt betreut phoniatriisch seit nahezu 30 Jahren den Leipziger Thomanerchor sowie Kinder aus Chören in ganz Sachsen, wobei ihm die berühmten Sängerknaben genauso ans Herz gewachsen sind, wie die jungen Sänger in einer Kurrende oder im Schulchor ihres Heimatortes. Aus dieser engen Zusammenarbeit sind zahlreiche Studien hervorgegangen, deren Fragestellung häufig aus der chorpädagogischen Praxis entstanden und wertvolle Informationen für die phoniatriische Betreuung von Kindern mit einer erhöhten stimmlichen Belastung erbrachten. Neben diesem jüngsten sänge-

rischen Nachwuchs wenden sich auch die Gesangs- und Musikstudenten der Leipziger Hochschule für Musik und Theater „Felix Mendelssohn Bartholdy“, an der er seit 1974 einen Lehrauftrag für Stimmphysiologie begleitet, mit ihren stimmlichen Problemen an ihn. Gleichmaßen ist Prof. Behrendt als betreuender Arzt der Leipziger Theater für zahlreiche Sänger und Schauspieler der Ansprechpartner, wenn es um die Behandlung ihrer Stimme geht. Sie sehen ihre oft spezifischen stimmlichen Probleme bei einem Phoniater, der selbst eine Gesangsausbildung absolviert hat, in guten Händen.

Weitere wissenschaftliche Schwerpunkte stellten die chronische Laryngitis als Präneoplasie des Kehlkopfes, zytologische und histologische Studien zur Erforschung der Vorstadien der Larynxkarzinome sowie die Probleme des kehlkopflosen Patienten dar. Über 100 Vorträge, ca. 70 Veröffentlichungen, ein Buch über die chronische Laryngitis sowie die Betreuung von 3 Habilitanden, über 30 Promovenden und zahlreichen Diplomanten unterstreichen seine Tätigkeit als ausgewiesener Wissenschaftler der Leipziger Universität.

In den 40 Jahren der DDR-Herrschaft hat Prof. Behrendt viel Zivilcourage bewiesen, was seinem beruflichen und wissenschaftlichen Fortkommen nicht sehr förderlich war. Trotz der Habilitation im Jahre 1967 wurden erst nach dem Zerfall des DDR-Regimes seine wissenschaftlichen und klinischen Leistungen honoriert. Die Ernennung zum Universitätsprofessor erfolgte 1992. Als es am 13. März 1989 zu einem ersten Schweigemarsch von etwa 600 Personen durch die Leipziger Innenstadt kam, gehörte er zu den couragierten Demonstranten der ersten Stunde, die dadurch den Beginn der Montagsdemonstrationen markierten, welche Anfang Oktober 1989 ihren Höhepunkt erreichten.

Nach der Wiedervereinigung gehörte Prof. Behrendt der Initiativgruppe zur Erneuerung der Universität an und ist Mitglied des Fakultätsrates. Sein großes Herz für die Studenten und jungen

Wissenschaftler sowie sein Engagement für deren Belange dokumentiert seine Mitgliedschaft in der Kommission „Praktisches Jahr“ sowie der Vorsitz einer Promotionskommission der Medizinischen Fakultät. Außerdem arbeitet er im Paulinerverein, einer Bürgerinitiative zum Wiederaufbau von Universitätskirche und Augusteum in Leipzig, mit. In den Jahren 1992 bis 1995 realisierte er als kommissarischer Direktor die Rekonstruktion und den Umbau der Universitäts-HNO-Klinik Leipzig bei laufendem Kliniksbetrieb. Seinem Nachfolger, Prof. Bootz, konnte er im November 1995 eine hervorragend funktionierende Klinik mit sehr guten Arbeitsbedingungen und ein durch ihn maßgeblich geformtes Ärzte- und Mitarbeiterteam übergeben. Von den zahlreichen wissenschaftlichen Ehrungen dokumentieren an erster Stelle die Ehrenmitgliedschaften in der öster-

reichischen und in allen osteuropäischen phoniatischen Fachgesellschaften seine engen und freundschaftlichen Beziehungen zu diesen Kollegen, wobei er sich besonders nach der Wiedervereinigung die Unterstützung der durch die politischen Bedingungen nicht so begünstigten phoniatischen Abteilungen auf die Fahnen schrieb. Stellvertretend für Auszeichnungen seien der Preis für Medizin der Stadt Leipzig (1988) und die Gutzmann-Medaille (1989) genannt. Prof. Behrendt wurde im September 1999 in Luzern zum Präsidenten der Union Europäischer Phoniater gewählt. Anlässlich seines 65. Geburtstages wurde das Lebenswerk von Prof. Behrendt im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums am 12.11.1999 von den Vertretern der Leipziger Universität und von zahlreichen internationalen und nationalen Gästen und Freunden gewür-

digt. Am Abend bedankten sich Künstler aus allen Generationen, die er über eine Strecke Ihrer sängerischen Karriere phoniatisch betreut und begleitet hat, mit einem festlichen Konzert. Auch nach dem Ausscheiden aus seiner klinischen Tätigkeit im März 2000 will er sich wissenschaftlich engagieren und begonnene Projekte weiter betreuen. Ein besonderes Anliegen ist ihm die Unterstützung der HNO-ärztlichen Kollegen in Äthiopien mit der Organisation von medizinischen Geräten und Materialien sowie der Ausgestaltung von Operationskursen, beispielsweise für die Optimierung der Therapie von Larynxpapillomatosen bei Kindern. Mit Beginn des Herbstsemesters 2000 hat er sich außerdem für ein Studium der deutschen Geschichte an seiner Universität eingeschrieben.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Bootz und
Dr. Michael Fuchs

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 3. Dettke, Christa
02625 Bautzen
2. 3. Dr. med. Gamaleja, Barbara
01187 Dresden
2. 3. Prof. Dr. med. habil. Hunecke, Ingrid
04299 Leipzig
2. 3. Paisdzior, Kurt
01097 Dresden
2. 3. Sachse, Ingrid
04229 Leipzig
3. 3. Hofmann, Günter
04808 Wurzen
4. 3. Dr. med. Bartsch, Dagmar
09221 Neukirchen
4. 3. Dr. med. Scheuffler, Dieter
01465 Langebrück
4. 3. Dr. med. Seidel, Günter
09456 Annaberg-Buchholz
5. 3. Dr. med. Schindler, Benno
01833 Stolpen
6. 3. Prof. Dr. med. habil. Diettrich, Heinz
01326 Dresden
7. 3. Dr. med. Anderson, Uta
01445 Radebeul
7. 3. Hepburn, Ute
02763 Zittau

7. 3. Dr. med. Kögel, Manfred
09111 Chemnitz
8. 3. Dietz, Christa
09380 Thalheim
8. 3. Dr. med. Küsel, Brigitte
08228 Rodewisch
8. 3. Dr. med. Lenschow, Ekkehard
79837 St. Blasien
8. 3. Dr. med. Radke, Ingrid
08321 Zschorlau
9. 3. Pflug, Gunter
08606 Oelsnitz
10. 3. Dr. med. Haase, Günter
09557 Flöha
11. 3. Dr. med. Burck, Gerlinde
01277 Dresden
13. 3. Dr. med. Nindel, Wolf-Rainer
08547 Jöbnitz
13. 3. Wolf, Roswitha
09669 Frankenberg
14. 3. Dr. med. Puhlfürst, Ingeborg
08066 Zwickau
15. 3. Jochmann, Wolfgang
02991 Torno
15. 3. Dr. med. Umbreit, Brigitte
01744 Dippoldiswalde

16. 3. Dr. med. Barta, Bernd
09366 Niederdorf
17. 3. Groß, Helga
08115 Lichtentanne
17. 3. Dr. med. Schröfel, Hannelore
01587 Riesa
18. 3. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
Bocher, Rolf
04466 Lindenthal
18. 3. Hille, Horst
08606 Oelsnitz
18. 3. Dr. med. Uhlemann, Bernd
01445 Radebeul
19. 3. Dr. med. Mitbrodt, Klaus-Dieter
09123 Chemnitz/OT Klaffenbach
20. 3. Dr. med. Kirchbach, Hans-Jörg
08228 Rodewisch
20. 3. Dr. med. Pomplun, Siegfried
09599 Freiberg
20. 3. Dr. med. Rex, Anneliese
01640 Coswig
21. 3. Dr. med. Richter, Ilse
04668 Grimma
23. 3. Hesse, Marie-Luise
09405 Zschopau
23. 3. Dr. med. Müller, Harald
01662 Meißen

- 23. 3. Dr. med. Pöhlant, Klaus
04207 Leipzig
- 23. 3. Dr. med. Weise, Hannelore
04509 Delitzsch
- 24. 3. Dr. med. Oettler, Heide
01877 Bischofswerda
- 24. 3. Doz. Dr. med. habil. Schönfelder, Jost
04439 Engelsdorf
- 25. 3. Dr. med. Donaubauer, Bernd
04758 Oschatz
- 25. 3. Dr. med. Lutterberg, Hansjörg
09488 Schönfeld
- 26. 3. Dr. med. Gruner, Barbara
09212 Limbach-Oberfrohna
- 27. 3. Dr. med. Büchner, Edda
01069 Dresden
- 27. 3. Schmidt, Edelgard
01847 Lohmen
- 28. 3. Dr. med. Berndt, Ingrid
04680 Zschadraß
- 29. 3. Dr. med. Hausdorf, Ernst-Dietmar
01917 Kamenz
- 30. 3. Dr. med. Adrian, Barbara
01445 Radebeul
- 30. 3. Dr. med. Brendel, Sabine
04720 Döbeln
- 30. 3. Dr. med. Haustein, Brunhilde
04416 Markkleeberg
- 30. 3. Dr. med. Hönicke, Inge
01237 Dresden
- 31. 3. Dr. med. Sauerzapfe, Dietrich
04769 Mügeln
- 31. 3. Dr. med. Thomas, Gisela
09127 Chemnitz

65 Jahre

- 1. 3. Dr. med. Seidel, Gerda
04159 Leipzig
- 2. 3. Dr. med. Neytschew, Ingrid
04155 Leipzig
- 3. 3. Dr. med. Grimm, Isolde
01689 Weinböhla
- 3. 3. Prof. Dr. sc. med. Lauschke, Gerhard
01326 Dresden
- 3. 3. Dr. med. Steeg, Hans-Wilhelm
08301 Schlema
- 4. 3. Dr. med. Busse, Renate
08393 Meerane
- 5. 3. Dr. med. Behrendt, Gisela
04299 Leipzig
- 8. 3. Piechnik, Horst
04838 Naundorf
- 9. 3. Prof. Dr. med. habil. Furter, Hans
04347 Leipzig
- 10. 3. Dr. med. Schumann, Hannelore
04349 Leipzig
- 11. 3. Dr. med. Lill, Sieglinde
09111 Chemnitz
- 12. 3. Dr. med. Hanke, Dieter
01445 Radebeul
- 12. 3. Dr. med. Simon, Hans Dieter
01109 Dresden

- 16. 3. Dr. med. Dieck, Georg
04109 Leipzig
- 16. 3. Dr. med. Weller, Günther
08228 Rodewisch
- 18. 3. Dr. med. Haße, Manfred
02730 Ebersbach
- 20. 3. Dr. med. Bosch, Dietmar
01259 Dresden
- 21. 3. Böhm, Gertraude
04103 Leipzig
- 21. 3. Dr. med. Luttermann, Peter
09120 Chemnitz
- 21. 3. Dr. med. Rissler, Rosemarie
02791 Niederoderwitz
- 22. 3. Dr. med. habil. Vetter, Joachim
09366 Stollberg
- 23. 3. Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried
08525 Plauen
- 25. 3. Dr. med. Paulick, Ingrid
02977 Hoyerswerda
- 25. 3. Dr. med. Zumpe, Eberhard
01458 Ottendorf-Okrilla
- 27. 3. Dr. med. Kiene, Ingeborg
04416 Markkleeberg
- 27. 3. Dr. med. Schinko, Hildegard
08066 Zwickau
- 29. 3. Dr. med. Buschbacher, Richard
09111 Chemnitz
- 29. 3. Doz. Dr. med. habil. Föttsch, Rolf
01768 Reinhardtsgrμμα
- 29. 3. Thiele, Käte
08223 Falkenstein

70 Jahre

- 1. 3. Dr. med. Schröder, Gisela
01259 Dresden
- 2. 3. Prof. Dr. med. habil.
Rotzsch, Wolfgang
04416 Markkleeberg
- 9. 3. Dr. med. Weinhold, Dieter
04430 Rückmarsdorf
- 10. 3. Krause, Gerhard
02829 Girbigsdorf
- 16. 3. Dr. med. Beger, Diethard
08349 Johannegeorgenstadt
- 22. 3. Prof. em. Dr. med. Marek, Helga
04249 Leipzig
- 24. 3. Weigelt, Dieter
04523 Pegau
- 29. 3. Dr. med. Beer, Annemarie
09526 Rothenthal

75 Jahre

- 15. 3. Dr. med. Dörfelt, Ilse
09394 Hohndorf
- 15. 3. Dr. med. Teller, Dieter
04720 Döbeln
- 29. 3. Dr. med. Heimann, Margot
08058 Zwickau
- 30. 3. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden

80 Jahre

- 15. 3. Dr. med. Heil, Gerhard
08056 Zwickau
- 19. 3. Dr. med. Kluge, Rudolf
01796 Pirna

81 Jahre

- 31. 3. Dr. med. Will, Joachim
08606 Oelsnitz

82 Jahre

- 10. 3. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
- 15. 3. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden
- 31. 3. Dr. sc. med. Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick

83 Jahre

- 24. 3. Dr. med. Nenoff, Jontscho
04277 Leipzig

84 Jahre

- 16. 3. Dr. med. Knöfel, Reinhard
09599 Freiberg
- 27. 3. Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig

86 Jahre

- 2. 3. Dr. med. Kummer, Johannes
01662 Meißen
- 18. 3. Dr. med. Danner, Else
02826 Görlitz

87 Jahre

- 23. 3. Dr. med. Fischer, Erwin
08280 Aue

88 Jahre

- 23. 3. Dr. med. Ermisch, Ursula
04680 Zschadraß
- 28. 3. Dr. med. Müller, Johannes
01259 Dresden

89 Jahre

- 15. 3. Dr. med. Ranft, Wolfgang
08209 Auerbach

90 Jahre

- 20. 3. Dr. med. Geuder, Hans
01259 Dresden
- 24. 3. Krause, Hans
04683 Naunhof

91 Jahre

- 12. 3. Dr. med. Himmel, Josef
08233 Treuen