

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 10|2000

|   |   |            |
|---|---|------------|
| <b>Die erste Seite</b>                  | Von Aktionen zu Reformen  | <b>448</b> |
| <b>Berufspolitik</b>                    | Vorstandssitzung 10. September 2000   | <b>449</b> |
|   | Erstes Treffen der Sächsischen Qualitätsbeauftragten  | <b>450</b> |
| <b>Gesundheitspolitik</b>               | Stand und Bekämpfungsstrategie bei der Tuberkulose im Freistaat Sachsen   | <b>452</b> |
| <b>Amtliche Bekanntmachungen</b>        | Podiumsdiskussion „Bündnis Gesundheit 2000“   | <b>455</b> |
| <b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b> | 23. Kammerversammlung –<br>11. November 2000  | <b>456</b> |
|   | Urteile der Berufsgerichte für Heilberufe Ärzte   | <b>457</b> |
|   | Einführung der freiwilligen Mitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer  | <b>458</b> |
|   | Konzerte und Ausstellungen  | <b>458</b> |
|   | Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ – Winter 2001   | <b>459</b> |
|   | Impressum   | <b>459</b> |
| <b>Mitteilungen der KVS</b>             | Ausschreibung von Vertragsarztsitzen  | <b>460</b> |
| <b>Originalien</b>                      | Lipidsenkende Pharmakotherapie – können wir uns das trotz Budgetzwang leisten?<br>U. Julius                               | <b>461</b> |
|   | Ernährung des gesunden Säuglings<br>J. Henker   | <b>465</b> |
|   | Die Anwendung von Ultracision bei der gynäkologischen Laparoskopie – ein Erfahrungsbericht<br>Petra Meyer, M. Schollmeyer | <b>474</b> |
| <b>Personalia</b>                       | Professor Dr.Dr.h.c. Fritz Meißner zum 80. Geburtstag   | <b>471</b> |
|   | Professor Dr. Horst Todt zum 65. Geburtstag   | <b>472</b> |
|   | Geburtstage im November 2000  | <b>473</b> |
| <b>Feuilleton</b>                       | Lehrsammlung am Institut für Anatomie<br>Universität Leipzig  | <b>477</b> |
| <b>Beilage</b>                          | Fortbildung in Sachsen – Dezember 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](mailto:dresden@slaek.de) zu erreichen/abrufbar.**

## Von Aktionen zu Reformen

Die ersten schwerwiegenden Folgen der Gesundheitspolitik der Rot-Grünen-Koalition sind im ambulanten Bereich zu spüren.

Die Vertragsärzte in Sachsen bangen um die qualitativ hochwertige ambulante Versorgung ihrer Patienten und um ihre Existenz.

Mit Enthusiasmus, Freude am Beruf und mit Mut zum Risiko haben sie in wenigen Jahren eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung aufgebaut, die jetzt per Gesetz ohne Detailkenntnis und ohne Sachverstand zunichte gemacht wird. Die Hausärzterverbände, die fachärztlichen Berufsverbände und die Psychotherapeutenverbände riefen deshalb zu einer Aktionswoche in der letzten Septemberwoche auf, die sich ausschließlich gegen die Bundespolitik mit einer sehr moderaten Forderung richtet:

Anhebung der in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel pro Versicherten von

**75 % auf 86 % des Westniveaus.**

Dazu sind keine Beitragssatzerhöhungen erforderlich. Zur Umsetzung ist der politische Wille der regierenden Koalition und das Bekenntnis zu der besonderen Situation in den neuen Ländern erforderlich.

Die ärztlichen Körperschaften – Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen – stehen hinter dieser Forderung und unterstützen die Berufsverbände in ihrem Bemühen.

Es ist absehbar, dass auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung Rationierungen, mangelhafte Versorgung und Qualitätseinbußen folgen werden.

Diese Erkenntnis führte die Heilberufler im „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ zusammen, um neben den erforderlichen Sofortaktionen und Reaktionen zukunftsweisende Mittel und Wege für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu finden.

Nach einjähriger intensiver, spannungsvoller und oft von gegensätzlicher Diskussion geprägter Zusammenarbeit entstand im Bündnis ein Positionspapier zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.

Kerngedanken dieses Positionspapiers sind:

■ Solidarität für schutzbedürftige Bevölkerungsschichten.

■ Pflicht aller Bürger zum Abschluss einer Versicherung für eine Basisversorgung.

■ Leistungen, die über die Basisversorgung hinausgehen, werden vom Patien-

ten und Versicherten in eigener Verantwortung gewählt.

■ Alle Krankenversicherungen stellen die Basisleistungen den Versicherten zu gleichen Bedingungen zur Verfügung.

■ Jede Krankenversicherung ist verpflichtet, im Rahmen des Basiskataloges den Versicherten aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

Die medizinischen Leistungen werden in drei Kategorien eingeteilt:

1. Vollfinanzierte Basisleistungen durch die Krankenversicherung.
2. Mischfinanzierte Zusatzleistungen durch die Krankenversicherung und den Patienten.
3. Eigenfinanzierte Leistungen durch den Patienten.

Mit diesem Positionspapier will das „Bündnis Gesundheit 2000“ die Politiker aller Parteien auf Bundesebene und auf Landesebene, die Krankenversicherungen und die Öffentlichkeit erreichen. Das Positionspapier wird am 14. Oktober 2000 in einem Podiumsgespräch veröffentlicht und zur Diskussion gestellt.

Dr. med. Gisela Trübsbach  
Vorstandsmitglied

## Aus der Vorstandssitzung

10. September 2000

Die 14. Vorstandssitzung wurde von einer Besonderheit geprägt:

Für den selben Abend hatten die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen, der Sächsische Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V. und das Aktionsbündnis der Psychotherapeutenverbände in Sachsen zu einer Pressekonferenz in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer eingeladen. Der Vorstand unterbrach seine Sitzung und nahm an dieser Pressekonferenz teil.

Neben Prof. Link, Dr. Sturm und Frau Andrea Mrazek nahmen am Tisch der Pressekonferenz auch Dr. habil. Hommel für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und Prof. Schulze für die Sächsische Landesärztekammer Platz. Im Zentrum der Erörterungen und Anfragen standen die Auswirkungen von politischen Entscheidungen auf Bundesebene auf die ambulante medizinische Versorgung in den neuen Bundesländern. Sie bewirken, dass für die ambulante Betreuung jedes Versicherten hierzulande nur 75 % der Mittel bereitgestellt werden, wie sie seinem Verwandten, Freund oder Altersgenossen in den alten Bundesländern zur Verfügung stehen. Damit ist eine gleiche medizinische Versorgung nicht machbar. Um auf diesen und andere Missstände öffentlichkeitswirksam aufmerksam zu machen, haben die einladenden Verbände zu einer Aktionswoche der niedergelassenen sächsischen Ärzte und Psychotherapeuten aufgerufen. Eine deutliche Mehrheit der sächsischen Kassenärzte hat sich für die Durchführung dieser Aktionswoche ausgesprochen. Die Notfallversorgung der Patienten während der Aktionswoche wurde erläutert. Kassenärztliche Vereinigung und Sächsische

Landesärztekammer haben auf die ihnen gebotene Zurückhaltung verwiesen, zugleich aber betont, dass sie die Aktion unterstützen.

In dem durch die Tagesordnung bestimmten Ablauf waren vom Vorstand 32 Beschlussvorlagen zu beraten und zu beschließen.

Der Entwurf des Positionspapiers „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“ des „Bündnisses Gesundheit 2000“ im Freistaat Sachsen wurde bestätigt. Dieses Papier dient als Grundlage für die Podiumsdiskussion am 14. Oktober 2000.

Der Vizepräsident berichtete über ein Koordinierungsgespräch mit Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie und Sächsische Landesärztekammer:

Seit dem 1. September sind unter der Adresse ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) sämtliche Angaben des Praxisschildes aller sächsischen Vertragsärzte im Internet abrufbar. Ab 14. September kommen die Angaben aller sächsischen Krankenhäuser dazu, in Kürze auch Angaben über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Eine Erweiterung auf die Zahnärzte und Apotheker ist geplant.

Der Stand der Vorbereitungen für die 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 23. September und für die 13. Kammerversammlung am 11. November wurde besprochen.

Das Ordnungsamt Dresden beabsichtigt, Parkerleichterungen vor oder in der Nähe der Praxis für Ärzte einzuführen, die im Zusammenhang mit Soforthilfe von der Praxis abgerufen werden. Der Vorstand begrüßt diese Initiative.

Aus dem juristischen Geschäftsbereich wurden u.a. folgende Beschlussvorlagen vorgelegt:

- Berufsrechtliche Angelegenheiten (unzulässige Bezeichnung auf dem Praxisstempel, Nichtäußerung gegenüber einem Amt für Soziales und Versorgung sowie der Sächsischen Landesärztekammer, Hinweisschild für ausgelagerte Praxisräume, Eintragung unzulässiger Bezeichnungen im Branchenbuch beziehungsweise Telefonbuch),
- Satzung zur Änderung der Berufsordnung,
- Bestellung ehrenamtlicher Richter des Berufsgeschichtes,
- Einführung von Rubriken „Zusatzbezeichnungen“ für die „Gelben Seiten“, Telefonbücher u.a.,
- Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren (unterbliebene Vorlage der Berufsurkunden bei der Sächsischen Landesärztekammer),
- Entscheidungen über ärztliche-/nicht-ärztliche Tätigkeit.

Die Beschlussvorlage aus dem ärztlichen Geschäftsbereich befasste sich mit der Gebührenhöhe für ein geplantes Kolloquium.

Die Beschlussvorlagen aus dem kaufmännischen Geschäftsbereich beschäftigten sich unter anderem mit folgenden Themen:

- Haushaltsinanspruchnahme per 31.07.2000,
- Haushaltsplanentwurf 2001,
- Satzung zur Änderung der Beitragsordnung,
- Satzung zur Änderung der Gebührenordnung.

Dr. med. Helmut Schmidt  
Vorstandsmitglied

## Erstes Treffen der Sächsischen Qualitätsbeauftragten

Ein Jahr ist vergangen seit Abschluss des von der Sächsischen Landesärztekammer erstmalig angebotenen Curriculums zur Erlangung des Zertifikates Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement. Während dieser Zeit ist durch die Gesundheitsstrukturreform 2000 mit der Verpflichtung für alle öffentlich zugelassenen Krankenhäuser und stationäre Vorsorgeeinrichtungen ein Qualitätsmanagement einzurichten und weiterzuentwickeln erheblicher Druck in das Thema Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement gekommen. So hat der Gesetzgeber einen sehr allgemeinen Rahmen vorgegeben, die Entscheidung hinsichtlich der verschiedenen Möglichkeiten und Wege, Qualitätsmanagementverfahren einzuführen, bleibt den Einrichtungen überlassen.

So galt das erste Treffen der Qualitätsbeauftragten nach Abschluss des ersten sächsischen Curriculums der Beantwortung folgender Fragen:

Welches Qualitätsmanagement erfüllt die gesetzlichen Anforderungen, und welches der verschiedenen Verfahren ist für die eigene Einrichtung geeignet?

Im Vordergrund stand der gemeinsame Erfahrungsaustausch über die praktische Umsetzung aller Qualitätsbemühungen. Gilt es doch, all die wohlgedachten und theoretischen Modelle, in die Köpfe der Krankenhausleitung sowie der Mitarbeiter zu bringen und mehr noch, sie dafür zu begeistern. Die Herangehensweise der einzelnen war durchaus unter-

schiedlich, die Erfahrungen hingegen durchaus vergleichbar:

■ Die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagementverfahrens braucht die konsequente Unterstützung der Krankenhausleitung.

■ Die Umsetzung aller Qualitätsbemühungen im Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung braucht eine „Veränderung in den Köpfen aller“, und dies braucht Zeit.

■ Damit steht dem Kerngedanken umfassenden Qualitätsmanagement hinsichtlich einer langfristigen Zielorientierung das kurzfristige „Gewinnstreben“ nach einer Zertifizierung entgegen.

■ Bei allen bisherigen Aktivitäten führt der Weg über „kleine Schritte“ zum Erfolg. Dies bedeutet die klare Definition von Projekten mit eindeutiger begrenzter Zielsetzung, engagierten Verbündeten hinsichtlich der Umsetzung und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Leitung anhand der sich ergebenden Zahlen und Fakten.

■ Der überwiegende Teil der Qualitätsbeauftragten wurde von der Leitung für diese Funktion „beauftragt“ und führt diese als Teil der medizinisch-ärztlichen Aufgaben aus. Zwar bringt dies zuweilen einen Interessenkonflikt zwischen den verschiedenen Aufgaben mit sich, wird insgesamt jedoch als positiv bewertet, da somit die Akzeptanz der anderen vor allem ärztlichen Kollegen gewahrt bleibt.

■ Hinsichtlich der verschiedenen Qualitätsmanagementverfahren wie die des EFQM-, KTQ-, JCAHO- und ISO-Modells wird keines als das Idealverfahren

empfohlen. Vielmehr gilt es zunächst, die Bedürfnisse und Zielsetzungen der Einrichtung klar zu definieren als Grundlage für die Auswahl des hierfür geeigneten Verfahrens.

Gerade hinsichtlich der praktischen Umsetzung verschiedener Qualitätsmanagementverfahren braucht es den kontinuierlichen Expertenaustausch. Dies betrifft auch solche Themen wie die Definition der Aufgaben eines Qualitätsbeauftragten bis hin zu Vergütungsfragen. Damit wurde das erste Treffen der Absolventen des ersten Curriculums der Sächsischen Landesärztekammer zur Erlangung des Zertifikates Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement Anlass zur Gründung des Expertenkreises SQB (Sächsische Qualitätsbeauftragte), der sich in regelmäßigen Abständen in der Sächsischen Landesärztekammer treffen wird. Hierzu eingeladen sind weitere interessierte Kolleginnen und Kollegen, die ihre Erfahrungen mit den übrigen Teilnehmern teilen möchten. Der nächste Termin wird im vierten Quartal dieses Jahres sein, eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt im „Ärzteblatt Sachsen“.

Ansprechpartnerin ist Frau Dr. Eberlein-Gonska, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, 0351/458 2323 – und gleichzeitig Verantwortliche für den Beitrag.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska  
Vorsitzende des Ausschusses  
„Qualitätssicherung in  
Diagnostik und Therapie“

## Stand und Bekämpfungsstrategie bei der Tuberkulose im Freistaat Sachsen

Die WHO hat den 24. März, den Tag, an dem Robert Koch im Jahre 1882 in seinem Vortrag „Die Aetiologie der Tuberkulose“ vor der Physiologischen Gesellschaft vor Berlin nachwies, dass das von ihm entdeckte *Mycobacterium tuberculosis* der Erreger der menschlichen Tuberkulose ist, zum Welt-Tuberkulosekongress erklärt.

Obwohl diese Entdeckung völlig neue Wege der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten generell und speziell der Tuberkulose als Volkskrankheit eröffnete, gegenwärtig sogar globale Bekämpfungsprogramme ermöglicht, hat sich die Situation bei der Tuberkulose weltweit äußerst differenziert entwickelt.

Während sie in Nordamerika und weiten Teilen Europas den Charakter einer Volkskrankheit verloren hat, breitet sie sich in Afrika (südlich der Sahara), Süd-Ost-Asien und einzelnen Ländern Südamerikas nahezu ungehemmt aus. Besonders fatal ist die Koinzidenz mit der HIV-Infektion. Zirka 90 Prozent der jährlich acht Millionen Neuerkrankungen (WHO-Schätzungen) betreffen die Entwicklungsländer. Zwei bis drei Millionen Menschen versterben pro Jahr an der Tuberkulose, das heißt die Tuberkulose ist weltweit die häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit bei Jugendlichen und Erwachsenen und die führende Todesursache bei HIV-Infizierten. Sozia-

len Faktoren und Lebensbedingungen (zum Beispiel Armut, Krieg und Migration, rasches Bevölkerungswachstum, mangelhafte Infrastruktur und Hygiene, beengte Wohnverhältnisse und ungenügende medizinische Versorgung) ist nach wie vor eine besondere Bedeutung beizumessen.

Für Deutschland insgesamt liegen zur Zeit die Inzidenzwerte bis einschließlich 1998 vor. Mit 10 440 Neuerkrankungen, das heißt 12,7 Erkrankungen (E) / 1000 Einwohner (EW) (1997: 13,6) setzte sich der in den Vorjahren beobachtete rückläufige Trend fort, was nach den bisher vorliegenden Meldungen an das Statistische Bundesamt auch für 1999 zutreffen dürfte. Trotz der vergleichsweise günstigen Situation gehört Deutschland nicht zu den Ländern mit einer ausgesprochen niedrigen Tuberkulose-Inzidenz in Europa beziehungsweise weltweit (Norwegen und Schweden, Australien zum Beispiel: 5 – 6 E / 1000 EW).

Auch innerhalb der Bundesrepublik bestehen zum Teil erhebliche Inzidenz-Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (zum Beispiel 1999: Niedersachsen 8,1 / 1000, Hamburg 19 / 1000), wobei es auch immer wieder zu Anstiegen in einzelnen Bundesländern beziehungsweise Regionen kommt.

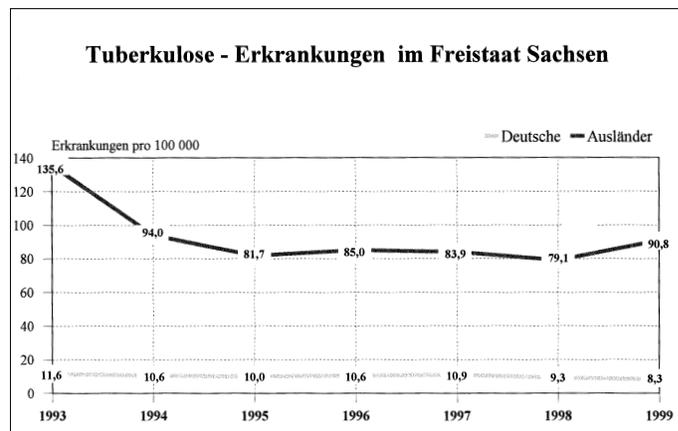
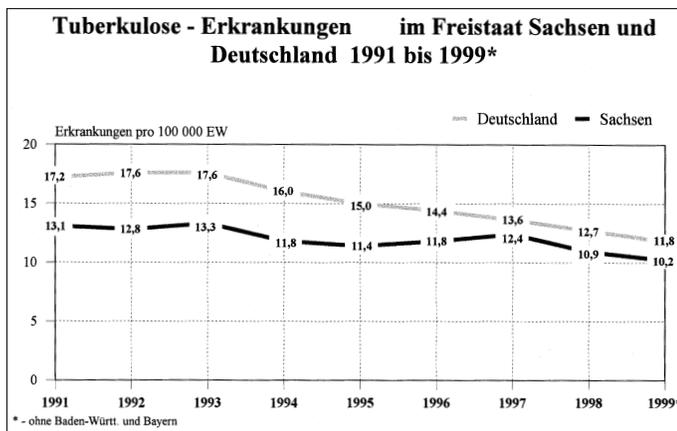
Wesentlich beeinflusst wird die konkrete epidemiologische Situation durch den

Anteil von Risikogruppen, in denen die Tuberkulose häufiger als in anderen Bevölkerungsgruppen auftritt. Dies sind insbesondere sozial benachteiligte Gruppen (Asylbewerber, Flüchtlinge, Obdachlose, Sozialhilfeempfänger, Drogenabhängige etc.) sowie immunsupprimierte Personen (unter anderem HIV-Infizierte) und Patienten mit anderen Grundkrankheiten (zum Beispiel Silikose, Diabetes mellitus, Alkoholkrankheit). So beträgt der Anteil ausländischer Staatsbürger an der Gesamtinzidenz der Tuberkulose in Hamburg zirka 45 %.

Vom rückläufigen Trend der Inzidenzwerte ist speziell die deutsche Bevölkerung Sachsens betroffen, die Inzidenz bei Ausländern und damit der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Tuberkulose hat sich hingegen erhöht.

Bei dem im Vergleich zu den Altbundesländern geringen Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung (zwischen 1995 – 1999 = 1,4 – 2,3 % in Sachsen, Baden-Württemberg dagegen 12 %, BRD 1996 9,1 %) weist dies auf eine hohe Fallfindungsrate in dieser Gruppe hin.

Regionale Unterschiede bestehen innerhalb Sachsens natürlich ebenso wie in der Bundesrepublik insgesamt. Auch spielen Ausländer- und Anteil von Risikogruppen, territoriale Lage (Großstädte, Grenze zu Osteuropa), Struktur des Öffent-



lichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) etc. sicher eine Rolle.

Die Altersverteilung lässt deutlich erkennen, dass die Inzidenz der deutschen Bevölkerung mit zunehmendem Alter ansteigt, der „Gipfel“ liegt bei den > 65-Jährigen.

Bei den Ausländern hingegen sind die > 15- bis 40-Jährigen am stärksten betroffen (höchste Inzidenz). Der Anteil am Gesamtvorkommen in den Altersgruppen der > 15- bis 30-Jährigen beträgt sogar zum Teil weit über 50 %. Dies resultiert daraus, dass Asylbewerber vorrangig dieser Altersgruppen in Deutschland Asyl suchen.

Der einzige erfasste kindliche Tuberkulosefall 1999 in Sachsen betraf allerdings einen sieben Monate alten deutschen Säugling, der von seinem Vater infiziert worden war. Dieser war sieben Monate wegen chronischem Husten „behandelt“ und erst auf seine entsprechende Forderung hin einer Röntgendiagnostik unterzogen worden, in deren Folge die Diagnose einer offenen Lungentuberkulose gestellt wurde und die stationäre Einweisung erfolgte. Zwei Wochen später musste der Säugling hospitalisiert werden.

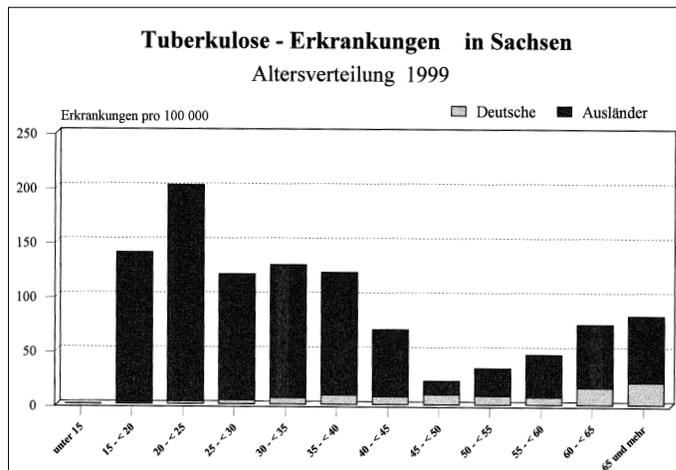
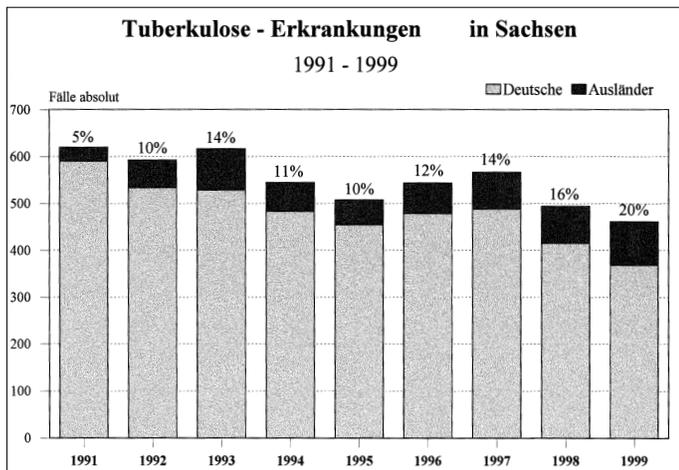
Die Letalität lag in Sachsen bei 2,4 % (1998/99). Dabei muss sicherlich von einer Untererfassung (wie natürlich auch bei der Inzidenz) ausgegangen werden,

zumal viele Infektionen erst durch Sektion festgestellt werden. Gerade bei älteren Toten erfolgen Sektionen aber nur bei Verdachtsfällen und nach Aussage der Pathologen generell immer seltener. Bei 10 der 1999 erfassten 11 Sterbefälle wurde die bestehende Tuberkulose zum Beispiel erst durch die Sektion oder die Untersuchungsergebnisse nach dem Tod diagnostiziert. Lediglich bei einem 85-jährigen Mann war die Infektion bekannt. 3 Verstorbene waren zwischen 30 und 40 Jahren alt und gehörten dem sogenannten Risikomilieu an (unter anderem Alkoholiker ohne festen Wohnsitz, obdachloser Ausländer). Eine 44-jährige vorgeschädigte Patientin verstarb an einer verschleppten massiven offenen Lungentuberkulose. Sie hatte zuvor vielfältige Kontakte auf verschiedenen Klinikstationen gehabt, woraus sich umfangreiche Kontrolluntersuchungen sowie antiepidemische Maßnahmen ergaben. Die Untersuchungen des „Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose“ (DZK) zur Tuberkulosesituation und -struktur in Deutschland, die auch unter Mitwirkung sächsischer Gesundheitsämter erfolgen, bestätigen im Wesentlichen die getroffenen Aussagen. Die Ursachen für die gegenwärtig günstige (aber noch nicht optimale) Situation unter anderem in Sachsen dürften im geringen Anteil ausländischer Mitbürger sowie in teilweise noch wir-

kungsvollen Strukturen des ÖGD zu suchen sein. Diese Einschätzung korreliert ebenfalls mit der DZK-Studie für die neuen Bundesländer.

Wenn auch der Ausländeranteil an der Tuberkulose steigt und die Inzidenz der deutschen Bevölkerung sinkt, ist neben den bekannten Risikogruppen den Alterstuberkulosen (nach Auswertung der DZK-Studie für Sachsen sind dies in zirka 45 % der Fälle Exazerbationen), das heißt den älteren Bürgern (siehe vorn, altersspezifisch höchste Inzidenz) verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen.

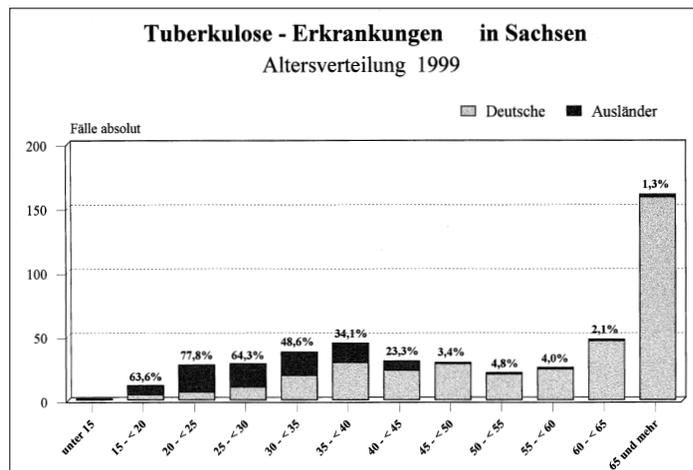
Neben Angeboten im Rahmen der aktiven Fallfindung für Flüchtlinge und Spätaussiedler (gesundheitliche Erstuntersuchung) sollten auch älteren Bürgern aufsuchende Beratungen (auch Röntgenuntersuchungen etc.) angeboten werden. Die Tuberkulose bleibt ein hochaktuelles Gesundheitsproblem (auch unter Berücksichtigung zunehmender Resistenzraten gegenüber Antituberkulotika insbesondere bei Spätaussiedlern aus den GUS-Staaten). Dafür müssen die personellen, materiellen und apparativen Ressourcen (Minimalausstattung) des ÖGD gesichert und Aktivitäten gebündelt werden. Dazu gehören auch die Durchführung und Bezahlung des intracutanen Tuberkulostests (Mendel-Mantoux) entsprechend den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (Tuberkulosekataster) und die BCG-Impfung im Indikationsfall.



In diesem Zusammenhang ist auch eine enge Kooperation zwischen ÖGD und Pneumologen in den einzelnen Regionen erforderlich, um eine adäquate Diagnostik und Therapie zu gewährleisten und damit Infektketten zu unterbrechen. ÖGD, niedergelassene und klinisch tätige Pneumologen sollten im Rahmen von Ärztstammtischen, Qualitätszirkeln und anderen Fortbildungsveranstaltungen die Tuberkuloseproblematik berücksichtigen, um Fehldiagnosen und damit Unterlassung einer sachgerechten Therapie sowie Ansteckung weiterer Personen zu vermeiden.

Dabei ist der Tätigkeit der Arbeitsgruppe (AG) Tuberkulose, die 1992 beim SMS gebildet wurde, eine große Bedeutung beizumessen. Diese AG hat „Empfehlungen für Maßnahmen des ÖGD bei Tuberkulose“ erarbeitet, die allen Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt wurden und ständig aktualisiert werden.

Außerdem organisiert sie Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Tuberkuloseverhütung und -bekämpfung für die zuständigen Fachkräfte der Gesundheitsämter.



Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
Vizepräsident und Abteilungsdirektor  
Humanmedizin  
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits-  
und Veterinärwesen Sachsen  
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz  
Tel.: 0371 6009 100, Fax: 0371 6009 109  
eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

## Terminankündigung

### Podiumsdiskussion „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ am 14. Oktober 2000, 10.00 Uhr, in der Sächsischen Landesärztekammer

Das Bündnis „Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ wurde am 14. Juli 1999 gegründet. Das Bündnis hat sich als Aufgabe gestellt, seinerseits die Kritikpunkte der Gesundheitsstrukturreform 2000 aufzudecken und konsentrierte Lösungswege für eine künftige Gesundheitspolitik unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Behinderten- und Patientenverbände zu entwickeln.

Als weiterer Höhepunkt des Zusammenwirkens aller Bündnispartner findet eine Podiumsdiskussion statt. Mit dieser Podiumsdiskussion wird ein von den Bündnispartnern konsentriertes Positionspapier

vorgelegt. In diesem Positionspapier heißt es:

.... Das Anliegen des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen ist es, unter Beibehaltung des Solidarprinzips den Patienten eine qualitativ hochwertige, nach individuellen Gesundheitszielen ausgerichtete, medizinische Versorgung zukommen zu lassen....

Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung in den Industrienationen ist auf die Dynamik des medizinischen Fortschritts zurückzuführen, der mit einer erhöhten Lebensqualität, jedoch auch mit einer Multimorbidität im Alter verbunden ist. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt somit objektiv....

In jedem anderen Wirtschaftszweig wird ein Fortschritt und ein höherer Bedarf als positiv gewertet und begrüßt. Der Wachstumsmarkt Gesundheitswesen muss

gesamtwirtschaftlich erschlossen und darf nicht staatlich begrenzt werden....

Die Aufgabe der Politik ist es, die Entscheidung herbeizuführen, was will man zukünftig in einer Versicherungsgemeinschaft solidarisch im Gesundheitswesen finanzieren und welches Spektrum an Leistungen stellt man in die Eigenverantwortung des mündigen Bürgers... .

**Zu dieser Podiumsdiskussion werden neben den Vertretern der Bündnispartner auch Vertreter der Politik und der Krankenkassen erwartet. Diese Podiumsdiskussion findet am 14. Oktober 2000 in der Zeit von 10.00 Uhr bis 13.00 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer statt.**

Das „Ärzteblatt Sachsen“ wird im Heft 11/2000 über diese Podiumsdiskussion berichten. V. D.

## 23. Kammerversammlung – 11. November 2000

### Vorläufige Tagesordnung

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

**Sonnabend, dem 11. November 2000,  
Beginn 9.00 Uhr**

1. **Eröffnung der 23. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**  
Präsident Prof. Dr. Jan Schulze
2. **Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Schwerpunkte und Probleme**  
Bericht: Präsident  
Prof. Dr. Jan Schulze
3. **Ethische Probleme der Budgetierung im Gesundheitswesen**  
Vortrag:  
Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang,  
Technische Universität Dresden,  
Institut für Interdisziplinäre  
Technikforschung
4. **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**
  - 4.1. Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – Übersicht zu ausgewählten Leistungsbereichen
5. **Ausführlicher Meinungs- und Gedankenaustausch zu den Tagesordnungspunkten 2 bis 4**
6. **Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Bericht: Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Saueremann,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Satzungen
7. **Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst**  
Bericht: Dr. Michael Burgkhardt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Notfall- und Katastrophenmedizin
8. **Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt**  
Referat: Dr. habil.  
Hans-Jürgen Hommel,  
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
- 4.2. **Qualitätsmanagement im stationären Bereich – Probleme, Schnittstellen, konkrete Beispiele der Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen**  
Referat: Dr. Thilo Lipkow,  
Mitglied des Ausschusses  
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie
9. **Nachbenennung von ehrenamtlichen Richtern für die Besetzung des Landesberufsgerichtes**
10. **Nachwahl von Mitgliedern für Ausschüsse**
  - 10.1. Ausschuss Finanzen
  - 10.2. Ausschuss Arbeitsmedizin
11. **Finanzen – Haushaltsplan für das Jahr 2001**  
Bericht: Dr. Helmut Schmidt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Finanzen
12. **Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Bericht: Dr. Helmut Schmidt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Finanzen
13. **Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Bericht: Dr. Helmut Schmidt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Finanzen
14. **Bekanntgabe des Termins für**  
– den 11. Sächsischen Ärztetag  
(24. Kammerversammlung)  
– die 25. Kammerversammlung
15. **Verschiedenes**  
Bericht: Dr. Michael Burgkhardt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Notfall- und Katastrophenmedizin

### Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht

PR 65: Partnerschaft: Frau Dr. med. Heike Hummel, Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Frau Dr. rer. nat. Ulrike Grimmer, Fachbiologin der Medizin, Herr Dr. rer. nat. Stephan Scholz, Fachchemiker der Medizin

Gegenstand des Unternehmens: Koooperative Ausübung der jeweiligen Berufe der Partner im Bereich der ärztlichen und fachwissenschaftlichen Laboratoriumsmedizin unter Beachtung der zwischen den verschiedenen Berufen der Partner bestehenden Grenzen.

Partner: Frau Dr. med. Heike Hummel, Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Frau Dr. rer. nat. Ulrike Grimmer, Fachbiologin der Medizin, Herr Dr. rer. nat. Stephan Scholz, Fachchemiker der Medizin, Neukirchen.  
Iris Glowik, Juristische Geschäftsführerin

# Urteile der Berufsgerichte für Heilberufe Ärzte im Freistaat Sachsen

Unter dieser Rubrik sollen zukünftig in unregelmäßigen Abständen anonymisiert und in Kurzform Urteile der Sächsischen Heilberufsgerichte veröffentlicht werden, sofern diese von allgemeinem Interesse für die Kammermitglieder sind.

Aufgrund des am 10. Juni 1994 in Kraft getretenen Sächsischen Heilberufekammergesetzes sind im Freistaat Sachsen für die Berufsgruppe der Ärzte beim Landgericht Dresden das Berufsgericht und beim Oberlandesgericht Dresden das Landesberufsgericht eingerichtet worden.

Gemäß § 40 Sächsisches Heilberufekammergesetz leitet der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ein *berufsgerichtliches Verfahren* ein, wenn ein Kammermitglied die ihm obliegenden Berufspflichten verletzt hat, die Schuld des Mitgliedes nicht mehr als gering anzusehen und deshalb ein Rügeverfahren nicht ausreichend ist. Nachdem der Vorstand die ersten Verfahren in den Jahren 1996/1997 beim Berufsgericht anhängig gemacht hat, sind im Jahre 1999 erstmalig bei mündlichen Verhandlungen Entscheidungen des Berufsgerichtes gefällt worden. Im Folgenden werden zwei Entscheidungen gekürzt wiedergegeben:

## 1. Unberechtigtes Führen eines akademischen Grades – Verurteilung auf Verweis

Ein Kammermitglied hat über Jahre in den Telefonbüchern den akademischen Grad „Dr. med.“ geführt, obwohl es nachweislich diesen Titel nicht erworben hat. Darüber hinaus hat dieses Kammermitglied auch im Behördenverkehr auf einer Visitenkarte den akademischen Grad „Dr. med.“ verwendet. Das Gericht sah es als erwiesen an, dass das Kammermitglied seinen Beruf nicht gewissenhaft ausgeübt hat und dass es dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen nicht entsprochen hat. Dazu gehört nach Auffas-

sung des Berufsgerichtes auch die Angabe des richtigen akademischen Grades.

Zu den Veröffentlichungen im Telefonbuch führt das Berufsgericht aus, dass dem Kammermitglied nach eigenen Angaben bekannt gewesen sei, dass über mehr als 20 Jahre der akademische Grad im Telefonbuch verwendet worden ist. Zudem ist dem Mitglied jede Ausgabe des Telefonbuches ausgehändigt worden, so dass es jeden Fehleintrag für die nächste Ausgabe hätte untersagen müssen, falls nicht, wie geschehen, dessen Fortbestehen gewünscht war.

Das Berufsgericht hat entsprechend dem Antrag der Kammer dem Mitglied einen Verweis erteilt. Der Verweis ist die unterste berufsgerichtliche Maßnahme. Sie verbleibt als berufsrechtliche Maßnahme zehn Jahre in den Berufsakten des Mitgliedes und würde bei Anfragen von anderen Behörden als berufsrechtliche Maßnahme mitgeteilt werden müssen.

## 2. Führung der Bezeichnung „Subspezialist“ und Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer

### – Verurteilung auf Verweis und Geldbuße in Höhe von 1000,00 DM

In einem anderen Fall hatte ein Mitglied unzulässiger Weise eine Subspezialisierungsbezeichnung geführt, obwohl nur Schwerpunktbezeichnungen führungsfähig sind. Diesbezüglichen Aufforderungen zur Stellungnahme gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer im Zeitraum von 02.05.1996 bis 26.08.1997 (insgesamt 8 Aufforderungen) hat das Kammermitglied nicht beantwortet.

Für dieses Verhalten hat das Berufsgericht einen Verweis und eine Geldbuße in Höhe von 1000,00 DM erteilt. Es sah die Berufspflicht des Arztes, die Sächsische Landesärztekammer bei der ihr obliegenden Verpflichtung – die Erfüllung

der Berufspflichten der Ärzte zu unterstützen – als verletzt an. Diese Verpflichtung ergab sich bereits auch aus § 1 Abs. 7 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, welche bis zum 31.08.1998 galt. In der nunmehr seit dem 01.09.1998 geltenden Vorschrift gibt es eine gleichlautende Regelung in § 2 Abs. 6 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

Nach Auffassung des Berufsgerichtes gehört es zu den Aufgaben des Arztes, dass er auf die Schreiben der Sächsischen Landesärztekammer antwortet. Selbst wenn er zur Sache selbst keine Angaben machen möchte, ist er jedoch zumindest verpflichtet, mitzuteilen, dass er das Schreiben erhalten habe, sich jedoch dazu nicht äußern wolle.

**Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat sich in den letzten Jahren mit einigen Fällen befassen müssen, bei denen sich Ärzte ähnlich gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer verhalten haben. Aus der Entscheidung des Berufsgerichtes ergibt sich deutlich, dass auch die Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer eine Berufspflichtverletzung darstellt, welche mit berufsrechtlichen Maßnahmen zu ahnden ist.**

Ass. Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

## Einführung der freiwilligen Mitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer

Nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz gehören **als Pflichtmitglieder** der Sächsischen Landesärztekammer alle aufgrund einer Berufserlaubnis oder Approbation zur Berufsausübung berechtigten Ärzten an, die im Freistaat Sachsen ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihre Hauptwohnung dort haben (§ 2 Abs. 1 SächsHKaG).

Ärzte, die im Freistaat Sachsen nicht ärztlich tätig sind, sondern im Ausland ihre ärztliche Tätigkeit ausüben, verlieren ihre Mitgliedschaft und sind keine Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer. Sie haben weder Rechte noch Pflichten gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer. Dies bedeutet insbesondere, dass derzeit Ärzte, die im Ausland tätig sind, kein Recht auf Anerkennung von Weiterbildungsbezeichnungen haben.

Der Sächsische Gesetzgeber hat es jedoch den Heilberufekammern offen gelassen, in ihren Satzungen vorzusehen, dass Ärzte, die im Anschluss an ihre Pflichtmitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer ihre heilberufliche Tätigkeit ins Ausland verlegen und dort ihre Hauptwohnung nehmen, freiwillige Mitglieder werden. Bis zum heutigen Zeitpunkt hat davon die Sächsische Landesärztekammer, da zunächst kein Vorteil für die Mitglieder gesehen worden ist, keinen Gebrauch gemacht.

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 1. Juli 2000 ab 1. Januar 2001 die Einführung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Änderung der Satzungen (Hauptsatzung, Wahlordnung und Meldeordnung), die im Heft 9/2000 des „Ärzteblatt Sachsen“, Seite 417 bis 419, abgedruckt wurden, beschlossen.

Ärzte, die danach ihre Pflichtmitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer durch die Aufnahme einer heilberuflichen Tätigkeit im Ausland beenden,

können freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer werden, wenn sie innerhalb eines Monats nach Beendigung ihrer Pflichtmitgliedschaft schriftlich gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer dies erklären (§ 1a der Hauptsatzung). Ansprechpartner dafür ist Frau Fohrmann, Leitende Sachbearbeiterin Berufsregister, Telefon-Nummer: (03 51) 8 26 73 60.

Die freiwilligen Mitglieder können ihre Mitgliedschaft bis zum 30. September eines Jahres zum Ablauf des Kalenderjahres durch schriftliche unwiderrufliche Erklärung beenden. Darüber hinaus endet die freiwillige Mitgliedschaft, wenn das freiwillige Mitglied mit seinem Jahresbeitrag nach der ersten Mahnung im Rückstand ist. Die Höhe des Jahresbeitrages soll der Kammerversammlung im

November diesen Jahres zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Freiwillige Mitglieder sind hinsichtlich der Angaben gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer (Vorlage der Berufsurkunden, Mitteilung von Adressänderung oder ähnliches) genauso verpflichtet, wie Pflichtmitglieder (vgl. Meldeordnung).

Hinsichtlich ihrer Rechte, Ausübung des Wahlrechtes und Wählbarkeit zur Kammerversammlung, gilt die Wahlordnung entsprechend. Sie gehören dem Wahlkreis an, dem sie vor der Verlegung ihres Wohnsitzes ins Ausland angehört haben. Freiwillige Mitglieder können auch einen Arztausweis erhalten.

Ass. Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

### Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

**Sonntag, 5. November 2000,**

**11.00 Uhr**

#### **Junge Matinee**

Johann-Georg-Pisendel-  
Kammerorchester

**Sonntag, 3. Dezember 2000,**

**11.00 Uhr**

#### **Junge Matinee**

Kammermusik  
Streichergruppe der Sächsischen  
Spezialschule für Musik Dresden

**Donnerstag, 14. Dezember 2000,**

**19.30 Uhr**

#### **Weihnachtskonzert**

Mädchenchor der Jugendkunstschule  
„Schloß Albrechtsberg“ Dresden

Telefonische Nachfrage unter  
Telefonnummer 03 51 / 82 67 0.

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110 (Frau Arnold) gern entgegengenommen.

**Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer**

Dieter Weidenbach

#### **Malerei – Grafik – Zeichnungen**

19. September 2000  
bis 12. Januar 2001

**Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung**

Renate Rieß

#### **Aquarelle**

Ausstellungsbeginn:  
1. September 2000

## Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ – Winter 2001

Gemäß § 7 der „Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ bestimmt die Sächsische Landesärztekammer im Jahr zwei maßgebliche Termine für Abschlussprüfungen. Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung an folgendem Termin durch:

### Freitag, den 19. Januar 2001 von 8.00 bis 14.15 Uhr

in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Die Termine für die praktischen Prüfungen werden im Februar 2001 liegen.

### Zur Abschlussprüfung mit Beginn

#### 19. 1. 2001 können zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. 2. 2001 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

### Zulassung in besonderen Fällen gemäß § 40 Berufsbildungsgesetz

3. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. 2. 2001 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die Leistungen das rechtfertigen. Maximal ist eine Verkürzung von insgesamt sechs Monaten möglich.

Dabei sind gemäß Beschluss des Berufsbildungsausschusses vom 4. 12. 1993 (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/1994, Seite 10) nachweislich folgende Bedingungen zu erfüllen:

- sehr gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 1,8 in der Berufsschule,
- die Inhalte des Ausbildungsrahmen-

planes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

4. 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 Punkt 2 und 4 die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. Die **Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen** – entsprechend § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Hefte 5/1993 und 2/1994) – **bis spätestens zum 3. 11. 2000 zu erfolgen**. Bei Antrag auf **vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis** sind zusätzlich die oben genannten Nachweise **zum selben 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 Prüfungstermin am 19. 1. 2001 in Frage gestellt ist. Des weiteren möchten wir aufmerksam machen, daß **mit bestandener Abschlussprüfung das Ausbildungs- oder das Umschulungsverhältnis beendet ist**.

Veronika Krebs  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

### 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](mailto:dresden@slaek.de)

### Redaktionskollegium:

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

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](mailto:boettcher@leipziger-messeverlag.de)

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsverwaltung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider

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. 3 vom 1. 1. 2000 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 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 7,41 € (14,49 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.

**LA-MED**

Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.



## 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 Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin  
(Anteil an einer Gemeinschaftspraxis)  
Facharzt für Urologie

#### Planungsbereich Stollberg

Facharzt für Kinderheilkunde

#### Planungsbereich Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Urologie

#### Planungsbereich Chemnitz-Stadt

Facharzt für  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
(Anteil an einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 10. 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 Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin

#### Planungsbereich Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin

#### Planungsbereich Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie  
(Anteil an einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 11. 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.

### Bezirksstelle Dresden

#### Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Facharzt für Chirurgie  
(Vertragsarztsitz in einer  
Gemeinschaftspraxis)

#### Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin  
(Bautzen-Stadt)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 10. 2000 an die  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksstelle Dresden,  
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,  
Tel. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

#### Planungsbereich Landkreis Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin  
(Vertragsarztsitz in einer  
Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 11. 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

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin

Facharzt für Innere Medizin

#### Planungsbereich Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin

#### Planungsbereich Döbeln

Facharzt für HNO-Heilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13. 11. 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.**

U. Julius

# Lipidsenkende Pharmakotherapie – können wir uns das trotz Budgetzwang leisten?

Institut und Poliklinik für  
Klinische Stoffwechselforschung,  
Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus, Dresden

## Zusammenfassung

Grundlage für einen indikationsgerechten Einsatz der Lipidsenker ist die Risikobewertung des jeweiligen Patienten. Dabei ist das kardiovaskuläre Risiko bei Vorliegen eines Metabolischen Syndroms, bei Diabetes mellitus, bei Hypertonikern als besonders hoch einzustufen. Neuere Erkenntnisse über die Bedeutung lipidreicher Plaques haben große praktische Konsequenzen für die Lipidtherapie. Die vorliegende Arbeit resümiert die Ergebnisse großer internationaler Interventionsstudien mit Lipidsenkern, insbesondere mit Statinen. Dabei wurden inzwischen auch ökonomische Hochrechnungen publiziert, die angesichts von Senkungen von Krankenhauskosten und von Kosten für kardiologische Interventionen eine gute Kosten-Nutzen-Relation nachweisen. Dies gilt in hohem Maße für die Sekundärprävention. Aus den Studien leiten sich Zielwerte für das LDL-Cholesterol und auch (aus weiteren, nicht zitierten Unter-

suchungen) für die Triglyzeride ab. In den in Kürze zu erwartenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung wird der Risikoaspekt für die Indikationsstellung ganz in der Vordergrund gestellt. Lipidsenker wären damit nur bei genetischen Formen der Fettstoffwechselstörungen und im Rahmen der Sekundärprävention verordnungsfähig. Letztere Indikation zwingt zu detaillierten Gefäßuntersuchungen bei allen Hochrisikopatienten, um den Betroffenen eine dringend indizierte und von den verantwortlichen Stellen akzeptierte Indikation nicht vorzuenthalten.

## Schlüsselworte:

**Lipidsenker, Statine, Fibrate, koronare Herzerkrankung**

Die Arteriosklerose ist eine in unserer sächsischen Bevölkerung weit verbreitete Erkrankung. Dies hat Konsequenzen sowohl für das Morbiditäts- als auch das Mortalitätsgeschehen. Erst kürzlich war im Deutschen Ärzteblatt nachzulesen, dass die Mortalität in den neuen Bundesländern immer noch höher ist als in den alten Bundesländern [Willich et al., 1999]. Große prospektiv geführte, placebokontrollierte Studien konnten zweifelsfrei belegen, dass eine effektive lipidsenkende Therapie sowohl nicht-tödliche Ereignisse wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall als auch die Gesamtsterblichkeit reduzieren kann. Angesichts der Dringlichkeit der Implementierung der modernen Therapieempfehlungen haben sich die Europäische Gesellschaft für Kardiologie, die Europäische Arteriosklerose-Gesellschaft, die Europäische Gesellschaft für Hypertonie, die Internationale Gesellschaft für Verhaltensmedizin, die Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Familienmedizin und das Europäische Herz-Netzwerk auf ein gemeinsames Consensus-Papier geeinigt [European Society of Cardiology et al., 1998].

Es ergeben sich einige „Aber“:

■ Viele Patienten nehmen bereits eine Vielzahl von anderen Medikamenten, etwa gegen Diabetes mellitus, gegen Hypertonie, wegen Herzinsuffizienz etc. Ist da

die zusätzliche Einnahme eines Lipidsenkers wirklich nötig?

■ Macht die Lipidtherapie im höheren Lebensalter überhaupt noch Sinn?

■ Lipidsenker sind nicht billig. Wie ist die Kosten-/Nutzen-Relation zu bewerten?

■ In die Neufassung der Richtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (08.01.1999) über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung wurden zusätzlich Verordnungseinschränkungen für gesetzlich Versicherte eingebaut. Im Moment sind diese Richtlinien zwar noch nicht in Kraft, aber mit ihrer Einführung in der nächsten Zeit muss gerechnet werden.

Die vorliegende Übersicht konzentriert sich auf eine praxisnahe Stellungnahme zu diesen Fragen. Ausgangspunkt sind dabei internationale Statements, die fachübergreifend und europaweit beschlossen und publiziert wurden [European Society of Cardiology et al., 1998; The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease, 1998].

## Datenlage

Der klinische Effekt einer lipidsenkenden Pharmakotherapie wird in den letzten Jahren im Zusammenhang mit lipidreichen Plaques in der Arterienwand

gesehen. Derartige Plaques werden bei vielen Personen mit Risikofaktoren gefunden und sind ganz entscheidend für die Entstehung von Gefäßokklusionen, besonders im Koronarsystem, verantwortlich. Sie können aufbrechen, was zur Bildung eines Thrombozytentrombus führt. Klinisch imponiert eine instabile Angina pectoris oder ein akuter Myokardinfarkt (bei kompletten Verschluss). Gelingt es, den Lipidgehalt dieser vulnerablen Plaques zu vermindern, werden sie stabilisiert und sind dann für das Schicksal der Betroffenen weit weniger gefährlich. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass in den großen Studien der letzten Jahre eindrucksvolle Senkungen von klinischen Ereignissen dokumentiert werden konnten. Andererseits hatten die zahlreichen Angiographie-Studien nur ganz geringe Änderungen in den Lumina der Koronargefäße gezeigt, was zunächst mit Enttäuschung zur Kenntnis genommen worden war. Dabei muss aber bedacht werden, dass hochgradige Einengungen der Koronargefäße zwar Herzbeschwerden machen können, aber keinen schwerwiegenden Einfluss auf die Prognose der Patienten haben.

Zurzeit werden zwei Hauptgruppen von Lipidsenkern verwendet:

■ Statine, die in erster Linie die atherogenen LDL-Cholesterolkonzentrationen senken

■ Fibrate, die vorwiegend eine Triglyzerid-Senkung bewirken.

Beide Substanzgruppen können auch gewisse Anhebungen der antiatherogenen HDL-Cholesterol-Spiegel induzieren. Des Weiteren werden zusätzliche Effekte erreicht, die in der Literatur ausführlich dargestellt sind [Hanefeld, 199b; Knopp, 1999; Vaughan et al., 1996]. Die wesentlichsten Studien der jüngsten Zeit wurden mit den Statinen (Simvastatin, Pravastatin, Lovastatin) durchgeführt, jedoch sind mit dem Fibrat Gemfibrozil ebenfalls bemerkenswerte Beeinflussungen des kardiovaskulären Risikos erreicht worden. Für andere Fibrate (zum Beispiel Fenofibrat, Bezafibrat) beziehungsweise neuere Statine (Atorvastatin, Cerivastatin) laufen wesentliche prospektive Studien, deren Ergebnisse in den nächsten Jahren publiziert werden. Der größte Nutzen einer lipidsenkenden Pharmakotherapie wird im Rahmen einer Sekundärprävention, also nach bereits eingetretenem kardiovaskulärem Ereignis, erzielt.

Bei den angegebenen Änderungen der Lipidkonzentrationen beziehungsweise der Analyse der klinischen Ereignisse ist stets zu berücksichtigen, dass es sich um eine „Intention-to-treat“-Auswertung handelt. Ein einmal der Verumgruppe randomisiert zugeordneter Patient wird für die Gruppe ausgewertet, auch wenn er das Präparat nicht über die gesamte Behandlungszeit genommen hatte. Die oben angeführten Studien belegen, dass die verwendeten Statin-Präparate einen dauerhaften Effekt auf die Lipidsubfraktionen haben und Nebenwirkungen klinisch nicht relevant sind. Weiterhin ist ersichtlich, dass höhere Ausgangswerte (die höchsten LDL-Cholesterol-Ausgangswerte wurden in der 4-S-Studie gemessen) höhere Absenkungen erwarten lassen. In der CARE-Studie waren diese Ausgangswerte eher niedrig gewählt worden. Diabetiker haben von der Intervention mindestens genauso oder sogar noch mehr profitiert. Es soll noch erwähnt werden, dass in der 4-S- und der CARE-

**Tabelle 1:** Sekundärpräventionsstudien mit Statinen  
(Vergleiche beziehen sich stets auf die Spiegel/Ereignisse in der Placebo-Gruppe)

| Name;<br>Publikationsjahr  | Patientenzahl;<br>Studiendauer;<br>Medikament                               | Veränderungen<br>der Lipide                         | Wesentliche<br>klinische Ergebnisse  |
|--|---|---|--|
| 4 S;<br>1994 [Scandinavian<br>Simvastatin Survival<br>Study, 1994; Peder-<br>sen et al., 1998]                             | 3617 Männer,<br>827 Frauen;<br>5,4 Jahre;<br>Simvastatin                    | ↓ LDL-C um 35 %;<br>↑ HDL-C um 8 %;<br>↓ TG um 10 % | ↓ Gesamt-Sterblichkeit<br>um 30 %;<br>↓ größere koronare<br>Ereignisse um 34 %   |
| CARE;<br>1996<br>[Sacks et al., 1996]  | 3583 Männer,<br>576 postmeno-<br>pausale Frauen;<br>5 Jahre;<br>Pravastatin | ↓ LDL-C um 32 %;<br>↑ HDL-C um 5 %;<br>↓ TG um 14 % | ↓ Tod an KHK oder<br>nicht-tödlicher MI<br>um 24 %;<br>↓ größere koronare<br>Ereignisse um 31 %;<br>↓ Schlaganfall um 32 %   |
| LIPID; 1998<br>[The Long-Term<br>Intervention with<br>Pravastatin in<br>Ischaemic Disease<br>(LIPID) Study<br>Group, 1998] | 7503 Männer,<br>1511 Frauen;<br>6 Jahre;<br>Pravastatin                     | ↓ LDL-C um 25 %;<br>↑ HDL-C um 5 %;<br>↓ TG um 11 % | ↓ Gesamt-Sterblichkeit<br>um 22 %;<br>↓ Tod an KHK oder<br>nicht-tödlicher MI<br>um 24 %;<br>↓ Schlaganfall um 19 %;<br>↓ tödlicher und nicht-<br>tödlicher MI um 29 % |
| KHK  | koronare Herzkrankheit  |   |  |
| MI   | Myokardinfarkt  |   |  |
| TG   | Triglyzeride  |   |  |

**Tabelle 2:** Primärpräventionsstudien mit Statinen  
(Vergleiche beziehen sich stets auf die Spiegel/Ereignisse in der Placebo-Gruppe)

| Name;<br>Publikationsjahr                                      | Patientenzahl;<br>Studiendauer;<br>Medikament           | Veränderungen<br>der Lipide                         | Wesentliche<br>klinische Ergebnisse  |
|--|---|---|--|
| West of<br>Scotland-Studie;<br>1995 [Shepherd et<br>al., 1995] | 6565 Männer;<br>4,9 Jahre;<br>Pravastatin               | ↓ LDL-C um 26 %;<br>↑ HDL-C um 5 %;<br>↓ TG um 12 % | ↓ Gesamt-Sterblichkeit<br>um 22 %;<br>↓ Tod an KHK oder<br>nicht-tödlicher MI<br>um 31 % |
| AFCAPS/TexCAPS;<br>1998<br>[Downs et al., 1998]                | 5608 Männer,<br>997 Frauen;<br>≥ 5 Jahre;<br>Lovastatin | ↓ LDL-C um 25 %;<br>↑ HDL-C um 6 %;<br>↓ TG um 15 % | ↓ Risiko für ein erstes<br>koronares Ereignis<br>um 36 %                                 |
| KHK  | koronare Herzkrankheit                                  |   |  |
| MI   | Myokardinfarkt  |   |  |
| TG   | Triglyzeride  |   |  |

**Tabelle 3:** Interventionsstudien mit Gemfibrozil  
(Vergleiche beziehen sich stets auf die Spiegel/Ereignisse in der Placebo-Gruppe)  
Helsinki Herz Studie: Primärpräventionsstudie  
HDL-Cholesteroll-Interventionsstudie: Sekundärpräventionsstudie

| Name;<br>Publikationsjahr   | Patientenzahl;<br>Studiendauer;<br>Medikament | Veränderungen<br>der Lipide                                    | Signifikante<br>klinische Ergebnisse                            |
|---|---|--|---|
| Helsinki Herz<br>Studie; 1987 [Frick<br>et al., 1987]                                 | 4081 Männer;<br>5 Jahre;<br>Gemfibrozil       | ↓ LDL-C um 9 %;<br>↑ HDL-C um 11 %;<br>↓ TG um 43 %            | ↓ nicht-tödliche MI<br>um 37 %;<br>↓ Tod an MI um 25 %          |
| HDL-Cholesteroll-<br>Interventionsstudie;<br>1999 [Bloomfield<br>Rubins et al., 1999] | 2531 Männer;<br>5,1 Jahre;<br>Gemfibrozil     | LDL-C nicht<br>beeinflusst;<br>↑ HDL-C um 6 %;<br>↓ TG um 31 % | ↓ nicht-tödliche MI<br>oder Tod an koronarer<br>Ursache um 22 % |
| MI  | Myokardinfarkt                                |  |   |
| TG  | Triglyzeride                                  |  |   |

**Tabelle 4:** Anerkannte Risikofaktoren für koronare Herzerkrankung  
[European Society of Cardiology et al., 1998]

| Faktoren des<br>Lebensstils  | Biochemische oder physio-<br>logische Charakteristika<br>(modifizierbar)  | Persönliche Charakteristika<br>(nicht modifizierbar)  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fett-, cholesteroll- und energiereiche Ernährung</li> <li>• Zigarettenrauchen</li> <li>• Exzessiver Alkoholkonsum</li> <li>• Physische Inaktivität</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhter Blutdruck</li> <li>• Erhöhter Plasma-Cholesteroll-Spiegel (besonders LDL-Cholesteroll)</li> <li>• Niedriges HDL-Cholesteroll</li> <li>• Erhöhte Plasma-Triglyzeride (TG)</li> <li>• Hyperglykämie/ Diabetes mellitus</li> <li>• Adipositas</li> <li>• Thrombogene Faktoren</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Familienanamnese mit koronarer Herzerkrankung in jüngerem Alter (Männer &lt; 55 Jahren, Frauen &lt; 65 Jahren)</li> <li>• Eigenanamnese mit koronarer Herzerkrankung oder anderer arteriosklerotischer Gefäßerkrankung</li> </ul> |

Studie weniger kardiologische Eingriffe (PTCA, Bypass-Operationen) in der Verumgruppe erforderlich wurden.

Angesichts der aufgeführten Ergebnisse dieser großen Studien haben die Kardiologen inzwischen die Lipidtherapie als einen wesentlichen Teil der Intervention akzeptiert [Haberl und Steinbigler, 1999] und die Negierer der Lipidhypothese sind verstummt.

#### Empfohlene Zielgrößen

Für die im Einzelfall zu erreichenden Zielgrößen wird international eine Risiko-

stratifizierung empfohlen, die in den allermeisten Fällen jedem Hausarzt zugänglich ist.

Es ist bekannt, dass das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren zu einer wesentlichen Potenzierung des individuellen Risikos führt.

In der fertilen Phase sind Frauen gegen arteriosklerotische Erkrankungen hormonell geschützt. Es gibt jedoch zwei Ausnahmen: Diabetikerinnen und Frauen aus Familien mit genetisch determinierten Fettstoffwechselstörungen sind hochgradig arteriosklerosegefährdet. Postme-

nopausal erhöht sich das Risiko für Frauen erheblich.

Wenn im gegebenen Falle zwei oder mehr Risikofaktoren vorliegen, besteht hinsichtlich des Fettstoffwechsels dringender Handlungsbedarf. Aufgrund von verschiedenen Studienergebnissen, deren Erörterung den Rahmen dieser Übersicht sprengen würde, hat man sich inzwischen international geeinigt, für Risikopersonen optimale Zielwerte für Lipidkonzentrationen anzusteuern. Diese Überlegungen gelten in besonderer Weise für Diabetiker [Julius und Hanefeld, 1998], Hypertoniker und Personen mit einer positiven Familien- und/oder Eigenanamnese für arteriosklerotische Erkrankungen.

**Tabelle 5:** Optimale Lipid-Zielwerte, die bei Patienten mit weiteren Arteriosklerose-Risikofaktoren anzustreben sind

| Messgröße        | Zielwert                    |
|------------------|-----------------------------|
| LDL-Cholesteroll | < 2,6 mmol/l<br>(100 mg/dl) |
| Triglyzeride     | < 1,7 mmol/l<br>(150 mg/dl) |

#### Praktisches Vorgehen

Vor einer medikamentösen lipidsenkenden Therapie ist der Patient stets hinsichtlich der Lebensstilfaktoren zu beraten. Er soll sich fettreduziert ernähren und pflanzliche Öle bevorzugen [Julius, 1999b]. Die Ernährungsumstellung muss – insbesondere wenn eine patientenfreundliche Anleitung durch eine Diätassistentin erfolgt – als wirksam eingestuft werden. Wird keine Optimierung erreicht, besteht bei den Hochrisikopatienten nach internationaler Überzeugung die Notwendigkeit der Pharmakotherapie. Größtenteils kommt dann ein Statin zum Einsatz. Es ist wünschenswert, dass die sächsische Bevölkerung die Regeln der gesunden Ernährung besser kennt und beherzigt. Dadurch könnte ein wesentlicher Beitrag zur Primärprävention geleistet werden.

### Kosten-Nutzen-Betrachtungen

Wie in den Übersichten zu Studienergebnissen zu erkennen ist, sind deutliche Effekte der Lipidregulierung mit den modernen lipidsenkenden Pharmaka erreichbar. Diese Effekte liegen in Größenordnungen, wie sie für die Blutdrucktherapie, den Einsatz von Aspirin oder von ACE-Hemmern und Beta-Blockern beschrieben wurden. Es kann eindeutig festgestellt werden, dass die Lipidoptimierung Kosten spart, indem weniger Krankenhausbehandlungen und weniger kardiologische Eingriffe (PTCA, Bypass-Operationen) erforderlich sind. Es gibt ganz konkrete Hochrechnungen zu diesem Thema, zum Beispiel aus der 4-S-Studie [Obermann et al., 1997]. Für diabetische Patienten konnte diese Studie eine besonders günstige Kosten-Nutzen-Relation herausarbeiten [Jönsson et al., 1999].

In einer kürzlich mit dem Deutschen Ärzteblatt verteilten Beilage zum Thema „Lipidtherapie im Management der koronaren Herzkrankheit“ schreibt Prof. K. W. Lauterbach (Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität Köln): „In der Sekundärprävention liegen die Kosten einer Lipidtherapie pro gerettetem Lebensjahr zwischen 11.000 und 17.000 DM und damit deutlich niedriger als für viele andere Maßnahmen.“ Weiterhin heißt es in diesem Artikel: „Im Vergleich zu anderen Verfahren, die wir routinemäßig zahlen, ist somit die Kosten-Nutzen-Relation in der Primärprävention der KHK durchaus im Bereich des Akzeptablen. Das gilt jedoch vor allem für Hochrisikopatienten, die noch einen zusätzlichen Risikofaktor aufweisen.“

### Schlussbemerkung

Die Antworten auf die in der Einleitung gestellten „Aber“ lauten:

■ **Durch eine lipidsenkende Pharmakotherapie bei Risikopatienten kann das Krankheitsgeschehen und die Prognose eindeutig verbessert werden.**

Deshalb ist diese Therapieform unverzichtbar. Dies gilt auch, wenn weitere Medikamente eingenommen werden müssen. Perspektivisch sollten natürlich die nicht-medikamentösen Präventionsbemühungen verstärkt werden.

■ In den tabellarisch angeführten Studien waren auch ältere Patienten, bei denen grundsätzlich eine gute Effektivität der Lipidsenker nachgewiesen werden konnte. Sofern die weitere Lebensprognose nicht durch Krebsleiden zusätzlich beeinträchtigt wird, gibt es keinen sachlichen Grund, älteren Patienten (über 60 Jahre) die nicht-medikamentöse und gegebenenfalls auch medikamentöse lipidmodifizierende Therapie vorzuenthalten. Dies gilt in besonderem Maße im Rahmen der Sekundärprävention, wo die Lebensqualität durch ein Krankheitsrezidiv erheblich beeinträchtigt wird [Hanefeld, 1999a]. Bei einem Lebensalter über 80 Jahre sollte mit Medikamentenverschreibungen eher zurückhaltend verfahren werden. Allerdings gibt es bisher für diese Altersgruppe keine Studiendaten.

■ **Bei Betrachtung der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen muss die lipidsenkende Pharmakotherapie als äußerst kostensparend deklariert werden** (weniger Krankenhaus- und Interventionskosten). Viele Patienten kommen mit niedrigen Dosen eines Statins aus. Aufgrund der Marktsituation (unter anderem auch Ablauf der ersten Patente) sind in den nächsten Jahren billiger Präparate zu erwarten.

■ In der Neufassung der Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen heißt es: „Versicherte haben Anspruch auf Arzneimittel im Rahmen medizinischer Vorsorgeleistungen nur, wenn diese notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“

Diese Aussagen treffen auf die Lipidsenker direkt zu, insbesondere im Rahmen einer Sekundärprävention.

Allerdings wird diese Substanzgruppe unter den von der Verordnung ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt verordnungsfähigen Arzneimitteln geführt.

Jedoch werden explizit folgende Indikationen für Lipidsenker von diesem Verordnungsverbot ausgenommen:

Lipidsenker (8.1.3, 8.1.4)

■ „ausgenommen Monopräparate bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko zur Sekundärprävention und vorausgegangenen oder gleichzeitig eingeleiteten nicht-medikamentösen Maßnahmen. Der Einsatz der Lipidsenker ist in der ärztlichen Dokumentation zu begründen (Regeldokumentation nach 9).“

■ „ausgenommen Monopräparate bei primärer familiärer, autosomal-dominant vererbbarer Hypertriglyceridämie und Hypercholesterinämie. Der Einsatz der Lipidsenker ist durch Angabe der Indikation in der ärztlichen Dokumentation zu begründen (Regeldokumentation nach 9).“

Diese Vorschriften unterstreichen zwei Gesichtspunkte:

■ Der Hausarzt sollte eine sorgfältige Familienanamnese (gegebenenfalls auch durch Lipidbestimmungen bei Verwandten ersten Grades) erfassen. Nur so lassen sich familiäre Formen der Fettstoffwechselstörungen in der Praxis sicher verifizieren [Julius, 1999a; Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V., 1999].

■ Eine Sekundärprävention ist bei allen Graden der koronaren Herzerkrankung, nach Schlaganfall, bei nachgewiesenen arteriosklerotischen Veränderungen an den Carotiden, bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder arterioskleroti-

schen Veränderungen an den arteriellen Beingefäßen indiziert.

Aus dem zuletzt festgestellten Sachverhalt ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Hochrisikopatienten (also mit Metabolischem Syndrom, mit Diabetes mellitus, mit Hypertonie etc.) einer gründlichen Gefäßuntersuchung unterzogen werden sollten, um rechtzeitig arteriosklerotische Gefäßveränderungen zu erfassen und zu

dokumentieren (Sonographie, Ergometrie).

**Eine unterlassene lipidsenkende Pharmakotherapie in der Sekundärprävention muss heutzutage als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden.**

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius  
Institut und Poliklinik für Klinische  
Stoffwechselforschung

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Tel. (03 51) 4 58 23 06, Fax: (03 51) 4 58 53 06

E-Mail: julius@rzs.urz.tu-dresden.de

Artikel eingegangen: 9. 11. 1999

Artikel nach Revision angenommen: 22. 12. 1999

J. Henker

## Ernährung des gesunden Säuglings

Klinik und Poliklinik für  
Kinderheilkunde  
Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
TU Dresden

### Zusammenfassung

Die Ernährung im Säuglingsalter soll nicht nur ein optimales Gedeihen des Kindes garantieren, sondern auch Infektionen des Magen-Darm-Traktes, im Bereich der Atemwege und im HNO-Bereich verhüten. Zudem stellt die richtige Säuglingsnahrung die Grundlage für den Gesundheitszustand im späteren Alter dar. Diese Forderungen an eine Säuglingsnahrung werden am besten durch die natürliche Ernährung mit Muttermilch erfüllt. Muttermilch ist in ihrer Zusammensetzung genau den Bedürfnissen des Säuglings angepasst, auch weil sie sich im Laufe der Laktation in ihrer Zusammensetzung ändert. Muttermilch enthält neben den Nährstoffen eine Reihe antiinfektiöser und Wachstumsfaktoren sowie verdauungsfördernde Enzyme.

Wenn eine natürliche Ernährung nicht möglich ist, dann sollte die Nahrung nicht im Haushalt selbst gefertigt, sondern eine industriell hergestellte Nahrung verwendet werden. Auch bei

diesen sogenannten Formula-Nahrungen gibt es in Form der Pre-, Anfangs- und Folgenahrung altersangepasste Unterschiede in der Zusammensetzung.

Im Säuglingsnahrungswerbegesetz (SNWG) sind Richtlinien für die Werbung und Etikettierung von Säuglingsanfangsnahrungen festgelegt. Danach sind die Hersteller von Säuglingsnahrungen verpflichtet, auf der Verpackung ihrer Erzeugnisse zu vermerken, dass Stillen das Beste für den Säugling ist. Nach dem SNWG ist es verboten, Proben eines Erzeugnisses zu verteilen oder kostenfrei abzugeben.

### Schlüsselwörter:

**Muttermilch, Säuglingsanfangsnahrung, Säuglingsfolgenahrung, Säuglingsnahrungswerbegesetz**

## Einleitung

Unklarheiten und häufige Anfragen bezüglich der richtigen Ernährung im Säuglingsalter sowie regelmäßige Verstöße gegen das Säuglingsnahrungsweregesetz sind Anlass für nachfolgenden Artikel.

Aufgrund des wesentlich höheren Stoffwechsels liegt der Kalorienbedarf eines Säuglings mit ca. 110 bis 120 kcal/kg Körpergewicht und Tag etwa um das Vierfache höher als der eines Erwachsenen. Zur Deckung des hohen Nährstoffbedarfs dienen vor allem Fette mit einem Gesamtkalorienanteil von fast 50 %.

Um den hohen Anteil der Kalienträger Fette, Eiweiße und Kohlenhydrate vollständig verdauen zu können, ist eine hohe Digestionsleistung erforderlich, die aber bei dem noch reifendem Verdauungssystem nicht in vollem Umfang gegeben ist. Schon aus diesem Grund ist die Ernährung mit Muttermilch das Beste für den jungen Säugling, da Muttermilch hinsichtlich ihrer quantitativen und qualitativen Zusammensetzung und ihren Gehalt an Muttermilchlipase sowohl den Magen-Darm-Trakt als auch Leber und Nieren nicht überfordert. Darüber hinaus enthält Muttermilch antiinfektiöse und Wachstumsfaktoren, ist keimarm und der Stillvorgang fördert in erheblichem Maße die Mutter-Kind-Beziehung.

Wenn eine natürliche Ernährung mit Muttermilch nicht möglich ist, sollte als Säuglingsnahrung keinesfalls wie früher eine Halbmilch oder Zweidrittermilch aus Kuhmilch im Haushalt hergestellt werden, sondern dann empfiehlt sich eine industriell gefertigte Säuglingsnahrung, die auch als Formula bezeichnet wird. Bei einer Selbstherstellung von Säuglingsmilchnahrung kann es zu einer qualitativen und quantitativen Fehlzusammensetzung der Kalienträger kommen, Spurenelemente und Vitamine sind nicht supplementiert und eine bakterielle Kontamination ist leicht möglich. Damit besteht die Gefahr einer Mangel- oder

Fehlernährung und von Ernährungsstörungen.

Das Ausgangsprodukt zur Herstellung einer Formula ist in Deutschland traditionell Kuhmilch, die aber aufgrund ihrer Zusammensetzung erst den Bedürfnissen des Säuglings und damit auch der Muttermilch angepasst werden muss (Tabelle 1).

Im Gegensatz zur Kuhmilch, die mit ihrem hohen Gehalt an Kasein (80 % der Gesamtproteine) als Kaseinmilch bezeichnet wird, sind 60 % der Frauenmilch-eiweiße Molkenproteine, die bei Säure- und Pepsineinwirkung im Magen viel feinflockiger ausfallen und damit besser verdaulich sind. Der hohe Gehalt an Laktose unterstützt die Bildung der Bifidusflora im Darm eines gestillten Kindes. Die Besonderheit des Frauenmilchfettes ist der hohe Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (PUFA = Polyunsaturated Fatty Acids bzw. LCP's = Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids), die weniger der Energiegewinnung dienen, sondern vielmehr Zellmembranbestandteile sind und als Neurotransmitter fungieren. Sehr wahrscheinlich ist damit die etwas raschere mentale Entwicklung gestillter Kinder in den ersten Lebensmonaten zu erklären.

In der EG-Richtlinie vom 14. Mai 1991 sind für eine „adaptierte“ Nahrung folgende Voraussetzungen festgelegt:

■ Eiweißgehalt max. 2,5 g/100 kcal ( $\hat{=}$  1,8 g/100 ml)

■ Bei Verwendung von Kuhmilch als Ausgangsprodukt (als weitere Eiweißquelle ist auch Sojaeiweiß erlaubt) muss das Verhältnis von Molkenproteinen zu Kasein wenigstens 1:1 betragen.

Art und Konzentration der Kohlenhydrate ist in der genannten EG-Richtlinie nicht festgelegt. Deshalb ist neben Laktose in den Anfangsnahrungen meist noch Stärke enthalten, die der Milch eine sämige Konsistenz verleiht. Im Gegensatz dazu enthält Pre-Nahrung für die ersten Lebenswochen als einziges Kohlenhydrat Laktose.

Der Fettkörper in den Säuglingsnahrungen ist so verändert, dass im Vergleich zur nativen Kuhmilch mehr ungesättigte Fettsäuren enthalten sind. LCP's sind bisher nur der Pre-Nahrung der Firma Milupa zugesetzt, da der Vorteil einer solchen Substitution für Reifgeborene noch nicht endgültig geklärt ist. Für Frühgeborene sind LCP's essentiell und deshalb allen Frühgeborenen-Formula auf dem deutschen Markt zugefügt.

Adaptierte Säuglingsnahrungen dienen der Ernährung in den ersten vier Lebensmonaten und werden auch als Anfangsnahrungen bezeichnet.

Ist das Ausgangsprodukt Kuhmilch, kann der Begriff „Säuglingsmilchnahrung“ verwendet werden.

**Tabelle 1:**

Nährstoffgehalt von reifer Frauenmilch und Kuhmilch (in g/100 ml)

|                     | Muttermilch            | Kuhmilch               |
|---------------------|------------------------|------------------------|
| Gesamt-Eiweiß       | 1,0                    | 3,3                    |
| Kasein              | 0,4                    | 2,7                    |
| Laktalbumin         | 0,4                    | 0,4                    |
| Laktoglobulin       | 0,2                    | 0,2                    |
| Laktose             | 7,0                    | 4,8                    |
| Fette               | 3,5                    | 3,5                    |
| Kalorien pro 100 ml | 66 kcal bzw.<br>276 kJ | 65 kcal bzw.<br>272 kJ |

Säuglingsanfangsnahrungen enthalten neben den Nährstoffen bedarfsgerecht noch Mineralstoffe, Spurenelemente und Vitamine, so dass außer der fertigen Trinknahrung keinerlei Beikost (Säfte, Löffelkost, Breikost) verabreicht werden braucht und auch nicht sollte.

Nach dem vierten Lebensmonat kann statt Säuglingsanfangsnahrung eine sogenannte Folgemilch dem Säugling gegeben werden. Hier gibt es zwar keine Reglementierung zur Qualität und Menge des Eiweißes, aber in allen Produkten auf dem deutschen Markt ist der Eiweißgehalt niedriger im Vergleich zur Kuhmilch und auch der Molkenproteinanteil vergleichsweise höher. Fast alle diese Milchen sind außerdem saccharose- und glutenfrei.

Zusammenfassend gilt im Wesentlichen für Bezeichnung und Zusammensetzung von Säuglingsnahrungen folgendes:

#### Säuglingsanfangsnahrung

Pre-Nahrung: adaptierter Eiweißgehalt (entsprechend der genannten EG-Richtlinie vom 14. Mai 1991)

einziges Kohlenhydrat: Laktose

Stufe 1: meist adaptierter Eiweißgehalt  
Kohlenhydrate: neben Laktose meist auch Maltodextrin und/oder Stärke enthalten; saccharose- und glutenfrei

#### Folgenahrung (= Stufe 2):

Eiweißgehalt > 2,5 g/100 kcal

Kohlenhydrate: Laktose und Stärke enthalten; meist saccharosefrei- und glutenfrei

Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen werden auch in Form von HA(hypoallergenen)-Nahrungen angeboten, bei denen die Proteine teilweise (partiell) oder stärker (extensiv) hydrolysiert sind. Solche Nahrungen sind zur Allergieprävention bei Säuglingen mit erhöhtem Allergierisiko geeignet.

Besteht aufgrund der Familienanamnese ein erhöhtes Allergierisiko, sollte zumindest in den ersten sechs Lebensmonaten

eine Allergieprävention mit folgendem Ernährungsregime durchgeführt werden:

- ausschließlich Muttermilchernahrung
- falls Stillen nicht möglich ist, dann HA-Nahrung (der Vorteil einer extensiv hydrolysierten gegenüber einer partiell hydrolysierten HA-Nahrung ist noch nicht bewiesen)

- keinerlei Beikostgaben.

HA-Nahrung sollte nicht generell empfohlen werden, da möglicherweise auch Nachteile bei einer solchen Ernährung bestehen. So wird eine ungünstige Auswirkung auf die Geschmacksentwicklung, die Darmmotilität und die Mukosareifung des Dünndarmes diskutiert.

Im Säuglingsnahrungswerbegesetz (SNWG) vom 10. Oktober 1994 ist das deutsche Recht für Werbung und besondere Etikettierung von Säuglingsanfangsnahrungen und Folgenahrungen festgelegt (BGBl. I S. 2846). Danach darf mit dem Begriff „adaptiert“ nur dann geworben werden, wenn die vorgenannten Kriterien (Eiweißgehalt < 2,5 g/100 kcal; Verhältnis Molkenproteine zu Kasein mindestens 1:1) erfüllt sind. Trotzdem

ist es auch bei einer adaptierten Milch-nahrung nicht erlaubt, diese in der Produktbeschreibung oder auf dem Etikett der Verpackung der Muttermilch gleichwertig oder gar als überlegen zu deklarieren.

Darüber hinaus muss auf dem Erzeugnis ein „wichtiger“ Hinweis sein, dass Stillen und damit Muttermilch das Beste für den Säugling ist. Weiterhin ist nach dem SNWG verboten, Proben eines Erzeugnisses zu verteilen bzw. kostenlos abzugeben. In Informationsmaterialien zu dem Nahrungsprodukt muss unter anderem immer auf die Vorzüge des Stillens und die negativen Auswirkungen einer zusätzlichen künstlichen Ernährung zum Stillen hingewiesen werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Jobst Henker  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

#### Ernährungsschema für einen gesunden Säugling

| Geburt bis    | Stillen   | adapt. Anfangsnahrung  |
|---------------|---|--|
| Ende 4. Monat |   | (Beginn mit Pre- danach Stufe 1-Nahrung)   |
| Ab 5. Monat   | 4 x Brust<br>1 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei)  | 4 x Folgemilch (Stufe 2-Nahrung)<br>1 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei)                        |
| Ab 6. Monat   | 2 x Brust<br>2 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei Vollmilch-Getreidebrei)                   | 2 x Folgemilch<br>2 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei Vollmilch-Getreidebrei)                   |
| Ab 7. Monat   | 1 x Brust<br>3 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei Vollmilch-Getreidebrei Getreide-Obstbrei) | 1 x Folgemilch<br>3 x Brei (Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei Vollmilch-Getreidebrei Getreide-Obstbrei) |

Dr. med. Stefan Thiel Pirna, am 18.11.1999  
 Arzt für Allgemeinmedizin/  
 Naturheilverfahren/Chirotherapie  
 Rottwerndorfer Straße 14  
 01796 Pirna

Sächsische Landesärztekammer  
 z. H. Frau Dr. Diefenbach  
 Schützenhöhe 16–18  
 01099 Dresden

Sehr geehrte Frau Dr. Diefenbach,

hiermit möchte ich Sie bitten, folgendes Problem im Vorstand der SLÄK zu beraten.

Nach meiner Kenntnis sind alle privat krankenversicherten Kollegen über die Beitragsentwicklung seit Anfang der 90er Jahre entsetzt. Wenn sich diese Kurve in den nächsten Jahren so weiterentwickelt, wird die private Krankenversicherung selbst innerhalb der Ärztertarife kaum noch bezahlbar bleiben.

Obwohl das Engagement der Kammer hinsichtlich unserer Einnahmen aus dem privatversicherten Bereich kaum Erfolge gezeigt hat, sollte die Kammer versuchen, auch auf dieser Seite der privaten Krankenversicherung eine Interessenvertretung ihrer Mitglieder wahrzunehmen. Ich denke, aus unserem doppelten Interesse als Versicherte aber auch als Anwälte der privat krankenversicherten Patienten sollte beim Verband der Privaten Krankenversicherungen beispielsweise angefragt werden:

Wie stellt sich der Verband die weitere Entwicklung der Beiträge im Rahmen der steigenden Kosten vor?

Was tut der Verband, um überbetriebliche Begehrlichkeiten seiner Versicherten zu verhindern?

Wie gedenkt der Verband, mit total unwirtschaftlichen Problemlösungen (über-teuerte Arztrechnungen, Heilpraktikerrechnungen, unnötige Maßnahmen ...) in Zukunft umzugehen?

Da von diesen enormen Beitragssteigerungen auch die Mitglieder anderer ver-kammerter Berufe betroffen sind, wäre

ggf. eine Bündelung der Interessen gegenüber den privaten Krankenversicherungen sinnvoll, indem zu denselben der Kontakt gesucht würde.

Hochachtungsvoll  
 Thiel

Der Vorstand der Sächsischen Landes-ärztekammer hat sich mit der Anfrage von Herrn Dr. Stefan Thiel eingehend befasst. Der Vorstand der INTERVersicherung und der Vorstand der Privaten Krankenversicherung wurden vom Prä-sidenten um Stellungnahme gebeten, die nachfolgend abgedruckt werden:

**Stellungnahme der INTERVersiche-rung zum Leserbrief Dr. Thiel**

**„Beitragsentwicklung seit Anfang der 90er Jahre“**

Es ist richtig, dass die Beitragsentwick-lung in der Krankenversicherung seit Anfang der neunziger Jahre spürbare Mehrbelastungen für die Versicherten gebracht hat. Die privaten Krankenver-sicherungen (PKV) sind hier genauso betroffen wie die gesetzlichen Kranken-versicherungen (GKV).

Die Ursachen lassen sich im wesentli-chen unter den Stichpunkten

- medizinischer Fortschritt
  - zunehmendes Gesundheitsbewusstsein
  - gestiegene Leistungsanspruchnahme
- zusammenfassen. Wenn die Kostenträger von Kostenexplosion im Gesundheits-wesen sprechen, so ist das keine leere Pauschalbegründung, sondern die sicht-bare Folge einer Entwicklung, die unser Gesundheitswesen an die Grenzen der Finanzierbarkeit bringt.

Für die private Krankenversicherung sind das aber nicht die einzigen Ursachen für die Beitragssteigerungen. Innerhalb der letzten zehn Jahre haben wir unsere Kalkulation schrittweise auf aktuelle Sterbetafeln umgestellt, zuletzt auf die PKV-eigene Sterbetafel. Daraus resultiert eine Aufstockung der Alterungsrück-

stellung. Dies bedeutet zwar zunächst eine Beitragsmehrbelastung für die Ver-sicherten, wir treffen aber rechtzeitig Vorsorge für die sich verschlechternde Altersstruktur der Bevölkerung. Eine solche Vorsorge trifft die GKV über-haupt nicht. Durch das von der GKV praktizierte Umlageverfahren werden die Probleme in 10 oder 20 Jahren mas-siv kommen, wenn wir in Deutschland überproportional viele alte Menschen haben, die nicht mehr im aktiven Ar-beitsleben stehen und eine immer gerin-ger werdende Zahl von Erwerbstätigen die Mittel zur Finanzierung aufbringen muss.

Trotz des Vorsorgeelements, welches sich in unseren Tarifen beitragsmäßig zusätzlich bemerkbar gemacht hat, lie-gen wir in der Beitragsentwicklung im Vergleich zur GKV nicht schlechter – im Gegenteil:

Die beiden beigefügten Tabellen weisen die Entwicklung der Neuversicherungs-beiträge am Beispiel eines 35jährigen Arztes in zwei Tarifsyste-men (zum einen Tarif JA, zum anderen die Tarifkombi-nation MA 2, MK 2, MZ 100) auf; dem gegenübergestellt ist der Anstieg der Höchstbeiträge der GKV. Was die neuen Bundesländer betrifft, so steigt die Bei-tragsdifferenz (GKV – INTER) im Tarif JA von 313 DM (1992) auf 426 DM (1999) und in den M-Tarifen von 240 DM auf 301 DM.

Ferner haben wir an einem Beispielfall aus dem Bestand der Gruppenversiche-rung (unveränderter Vertragsstand seit 1991) die Beitragsentwicklung bei der INTER dargestellt und mit der Beitrags-änderung in der GKV verglichen: Versicherung nach Jungarzztarif JA, TMN 14/250, inkl. Mitversicherung von zwei Kindern, Versicherungsbeginn: 1.9.1991

|      | INTER      | GKV       |
|------|------------|-----------|
| 1991 | 361,26 DM; | 326,40 DM |
| 2000 | 741,99 DM; | 740,18 DM |

Bei differenzierter Betrachtung sind die Steigerungsraten im Vergleich zur GKV keineswegs ungewöhnlich, insbesondere wenn man folgendes bedenkt: Bei unserem Tarif JA handelt es sich – nach wie vor – um einen komfortablen Versicherungsschutz (einschl. der Wahlleistungen im Krankenhaus und hochwertigen Leistungen bei Zahnersatz). Die GKV hat demgegenüber in dem betroffenen Zeitraum ihr ohnehin niedriges Niveau mehrfach deutlich eingeschränkt.

Bei der individuellen Betrachtung der Beitragsentwicklung sollte man daneben bedenken, dass ein Teil der Mehrbeiträge aus individuellen Vertragsänderungen (zum Beispiel überdurchschnittliche Krankentagegeldhöhungen) oder aus der Einführung und Erweiterung der Pflegepflichtversicherung resultieren).

Ganz besondere Anstrengungen hat die PKV in den letzten Jahren unternommen (und sie tut es noch), um die Beiträge der älteren Versicherten zu entlasten. Schon immer haben die PKV-Unternehmen Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung eingesetzt, um Erhöhungen zu mildern. In Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde (BAV) wurden zusätzlich folgende Maßnahmen ergriffen, um der Beitragsbelastung im Alter entgegenzuwirken:

Im Rundschreiben R 2/91 des BAV wurde die Verwaltungskostenumlage in Form von altersunabhängigen Stückkosten und die Aufstockung der Altersrückstellung eingeführt.

Dieses Rundschreiben wurde im Jahre 1995 abgelöst durch § 12a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (weitergehende Aufstockung der Rückstellung: grundsätzlich werden 80% der Überzinsen zur Beitragsentlastung im Alter verwendet). Ferner wurde der Standardtarif für ältere Versicherte (Tarif ST mit Leistungen auf GKV-Niveau, wobei der Beitrag nicht höher sein darf als der durchschnittliche Höchstbeitrag zur GKV) auf den Markt gebracht.

Viele PKV-Unternehmen haben darüber

hinaus ihren Kunden Tarife mit modifizierter Beitragszahlung (höherer Beitrag bis Alter 65, dann entsprechende Ermäßigung ab diesem Alter) angeboten.

Die INTER Krankenversicherung hat des weiteren einen preisgünstigen Spezialtarif für Ärzte im Gruppenvertrag (Tarif SEM, SeniorenMedLine) für die neuen Bundesländer entwickelt; dieser kann nach Ausscheiden aus dem Berufsleben abgeschlossen werden.

Mit der gerade verabschiedeten neuen gesetzlichen Maßnahme (10%iger Beitragszuschlag bis Alter 60 Jahre für alle Neuverträge, Befreiungsrecht für Altversicherte) ist nach unserer Einschätzung die Beitragssituation im Alter vollends stabilisiert (wenn nicht gar „überreguliert“).

Um den im Schreiben angesprochenen „überbetrieblichen Begehrlichkeiten“ der Versicherten entgegenzuwirken, haben die PKV-Unternehmen sogenannte Basis-tarife mit abgespeckter Leistungszusage bei günstigen Preisen auf den Markt gebracht. Wer jedoch die bestmögliche ärztliche Versorgung haben will, muss (in den Luxustarifen) dann auch entsprechend bezahlen.

Mit den uns gegebenen Möglichkeiten werden „überbeuerte“ Arztrechnungen vor Erstattung gründlich geprüft und gegebenenfalls gekürzt. Bei ordnungsgemäßer Rechnungsausstellung bleibt uns jedoch nur die volle tarifliche Erstattung (selbst wenn die Höhe der Rechnung mit spezieller Software maximiert worden sein sollte). Hier sind wir auf die Mithilfe und das verantwortungsvolle Handeln aller Ärzte angewiesen; insofern sind auch die Ärztenverbände gefordert, auf das Liquidationsverhalten ihrer Kollegen Einfluss zu nehmen.

Natürlich bemüht sich auch der PKV-Verband im Rahmen der Möglichkeiten, die ihm der Gesetzgeber lässt, Missstände zu beseitigen. Als Beispiel seien hier die Musterprozesse bei überhöhten Unterkunftszuschlägen im Krankenhaus angeführt.

Was die Spezialtarife für Ärzte betrifft, so sollte nach unserer Einschätzung der preisgünstigen Kollegenbehandlung wieder ein höherer Stellenwert zugemessen werden; nur dann können diese Tarife (deutlich) günstiger angeboten werden als der entsprechende Versicherungsschutz für Nicht-Ärzte.

12.1.2000

Monika Müller Deckert  
Organisationsdirektorin  
Inter Ärzte Service  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

**Antwort des Verbandes der  
Privaten Krankenversicherung e.V.**  
vom 3. März 2000

Sächsische Landesärztekammer  
Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Postfach 10 04 65  
01074 Dresden

**Beitragsentwicklung in der PKV**  
Ihr Schreiben vom 10. Februar 2000

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schulze,

die PKV hat in den letzten Jahren ihre auf eine Verstärkung der Versicherungsbeiträge gerichteten Anstrengungen weiter verstärkt. Rechtzeitig für die Zukunft und für den sich abzeichnenden demographischen Wandel Vorsorge zu betreiben, ist eines der elementaren Grundprinzipien der PKV. 1998 sind alleine 11,6 Mrd. DM der Altersrückstellung zugeführt worden, die damit auf 87 Mrd. DM ausgebaut werden konnte. Die gesamte Vorsorge lässt sich auch an der Vorsorgequote, die die Zuführung zur Altersrückstellung, die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung sowie die zusätzlichen Beitragslimitierungsmittel für das Alter (§ 12a Abs. 3 VAG) den Bruttobeiträgen gegenüberstellt, aufzeigen. Die Vorsorgequote hat sich in acht Jahren mehr als verdop-

pelt. Sie beträgt jetzt 50,4 %. Zusätzlich, wenn auch eigentlich unnötig, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die PKV verpflichtet, von Neuversicherten bis zum 60. Lebensjahr einen 10%igen Zuschlag auf ihre Prämie zu verlangen. Dieser Zuschlag dient dazu, die Prämie ab dem 65. Lebensjahr konstant zu halten. Ab dem 80. Lebensjahr sind Beitragsreduzierungen möglich. Versicherte, die bereits vor dem 1. Januar 2000 in der PKV versichert waren, müssen keinen Zuschlag bezahlen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, sich ab dem 1. Januar 2001 freiwillig für einen Zuschlag von 2 % zu entscheiden, der dann in den nächsten vier Jahren um jeweils weitere 2 % erhöht wird. Insgesamt lässt sich sagen, dass die PKV für die Herausforderungen der Zukunft deutlich besser gerüstet ist,

als die gesetzliche Krankenversicherung. Daneben erhöhen unsere Mitgliedsunternehmen auch ständig ihr Engagement in Sachen Rechnungsprüfung, um zu verhindern, dass die Versichertengemeinschaften zu Unrecht in Anspruch genommen werden. Dies gilt sowohl für die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistungen als auch für deren gebührenrechtlich korrekte Abrechnung. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, weitere überproportionale Anstiege bei den Leistungsausgaben zu vermeiden. Hinzu kommen „Aktivitäten“ wie ein stringentes „case management“. Der Versicherer sorgt dabei durch eine intensive Beratung des Versicherten insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen für eine möglichst effektive und damit letztendlich kostengünstige Behandlung.

Das besondere Problem bei der Entwicklung der Beiträge der speziellen Ärztetarife ist die zunehmende Tendenz, Kollegen nicht mehr unentgeltlich bzw. allenfalls zum Einfachsatz der Gebührenordnung zu behandeln, wie es früher üblich war. Die trotz aller Appelle ärztlicher Organisationen in diesem Bereich schwindende Solidarität der Ärzte untereinander macht sich natürlich auf der Ausgabenseite und damit letztlich auch in der Beitragshöhe bemerkbar. Die PKV selbst kann hier keinen unmittelbaren Einfluss nehmen, gefordert ist vielmehr der berufsständische Gemeinsinn der Ärzteschaft.

Mit freundlichen Grüßen  
Die Geschäftsführung

Dr. Christoph Uleer

## Korrekturen von Hochschulnachrichten

Ärzteblatt Sachsen  
Heft 3/2000, Seite 109:  
Das Thema der Dissertation von  
**Frau Marion Dreßler, Sebnitz/Sachsen**,  
lautet:  
Ergebnissen der primären und postoperativen  
Bestrahlung des primären invasi-

ven Vulvakarzinoms an der Klinik und  
Poliklinik für Radiologie, Abteilung  
Strahlentherapie der Medizinischen Aka-  
demie „Carl Gustav Carus“ Dresden.

Ärzteblatt Sachsen  
Heft 6/2000, Seite 252:

Das Thema der Habilitationsarbeit von  
**Herrn Dr. med. Jan Fritz Gummert,  
Leipzig**,  
lautet:  
Pharmakodynamik der Mycophenolsäure  
nach heterotoper Herztransplantation  
im Rattenmodell.

## Professor em. Dr. Dr. h.c. Fritz Meißner zum 80. Geburtstag

Am 31.10.2000 begeht Herr Prof. em. Dr. Dr. h.c. Fritz Meißner seinen 80. Geburtstag. Dazu gratulieren der Vorstand des Universitätsklinikums AöR und die Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig, ehemalige Schüler im In- und Ausland und zahlreiche Freunde.

Prof. Meißner ist national und international eine Galionsfigur der Kinderchirurgie. Seine chirurgische Ausbildung erhielt er bei den Proff. Heller und Uebermuth in Leipzig. Den wissenschaftlichen Lehrern verdankt er das Vorbild von Klugheit, Grundsatztreue und Zivilcourage. Die Suche nach Unabhängigkeit hat ihn zum Wissenschaftler geformt.

Von 1959 bis 1986 leitete er die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig. 1961 erfolgte die Ernennung zum Professor mit Lehrauftrag für das Fachgebiet Kinderchirurgie. Es ist ihm gelungen, eine beneidenswert vorbildliche Kinderchirurgische Klinik von Weltmaßstab zu profilieren. Das gelingt nur wenigen. Zielstrebig verfolgte er den Grundsatz, das chirurgisch kranke Kind als Ganzes zu sehen und operative Maßnahmen der dynamischen Entwicklung des wachsenden Organismus anzupassen. Das Konzept einer „komplexen Kinderchirurgie“ mit Aufhebung einer starken Arbeitsteilung nach den Vorstellungen der Organfächer wurde in engster räumlicher und fachlicher Zusammenarbeit mit der allgemeinen Pädiatrie erfolgreich durchgesetzt.

Die Gründung des Zentrums für Kindermedizin 1981 geht auf seine Initiative und Aktivität zurück. Besonders hervorzuheben sind die Bemühungen von Prof. Meißner, andere Fachdisziplinen wie die Kinderanästhesie oder die Kinderradiologie zu fördern und zu inspirieren. Die fachliche Aus- und Weiterbildung von Kinderkrankenschwestern trug wesentlich zum Erfolg seiner operativen Leistungen bei.



Parallel zur Strukturierung der eigenen Klinik bemühte sich Prof. Meißner, die Kinderchirurgen der ehemaligen DDR organisatorisch zunächst in der Gesellschaft für Chirurgie zu vereinigen. Auf sein Bestreben wurde 1964 die Sektion „Kinderchirurgie“ der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gegründet, die er bis 1972 leitete. Große Verdienste erwarb sich Prof. Meißner um die Anerkennung und Vernetzung des Fachgebietes Kinderchirurgie. 1985 wurde die selbständige medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderchirurgie gegründet, zu deren 1. Vorsitzenden Prof. Meißner gewählt wurde. Seit 1990 ist er der Ehrenvorsitzende der gesamtdeutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie.

Als Klinikchef war Prof. Meißner gefürchtet und geliebt. Seine intellektuelle Ehrlichkeit, Toleranz, Geradlinigkeit, seine Strenge und Gutmütigkeit hielten die emotionelle Waage und waren Lehrbeispiel für seine Schüler. So war Prof. Meißner stets Vorbild für seine Mitarbeiter und die junge Kinderchirurgen- generation überhaupt.

Welche Eigenschaften bleiben am meisten in Erinnerung: Bildung bedeute-

te für ihn intellektuelle Bescheidenheit und humane Existenz, seine größte politische Sorge war die Erosion der Grundwerte und Musik war sein Schlüssel für das andere, entspannte Ich. Der Jugend und neuen Ideen zugetan, konnte er jeden Studenten fesseln. Seine Vorlesungen waren legendär. Wissenschaftliche Kongresse lebten durch ihn. Zahlreiche Vorträge im In- und Ausland waren bestechend durch gute Rhetorik, scharfe und treffende Formulierungen, humorvolle Verknüpfungen und klare, in die Zukunft weisende Gedanken.

Prof. Meißner sind viele Ehrungen zuteil geworden. Außer der Mitgliedschaft in der Deutschen Akademie der Naturforscher LEOPOLDINA und „The British Association of Paediatric Surgeons“ ist er Ehrenmitglied der PURKINJE Gesellschaft Tschechiens sowie der Kinderchirurgischen Gesellschaften Ungarns und Österreichs.

Der Universität Leipzig blieb Prof. Meißner in guten und schlechten Zeiten treu. Er setzte die Segel stets in den Wind. Nach seiner Emeritierung hat er als Ehrensensator den Erneuerungsprozess mitbestimmt. Am 1. 11. 1995 verlieh die Alma mater Lipsiensis ihrem Ehrensensator in Würdigung seiner Verdienste die Ehrendoktorwürde.

Zum 31. Oktober 2000 wünschen wir Prof. Meißner von ganzem Herzen alles Gute, Gesundheit und ungebrochene Vitalität. Die Kinderchirurgen unserer Zeit brauchen Sie noch lange.

Universitäts-Professor Dr. med. Joachim Bennek  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie  
Universität Leipzig

## Professor Dr. Horst Todt zum 65. Geburtstag

Am 30. September begeht Herr Prof. Dr. Horst Todt seinen 65. Geburtstag. Aus diesem Anlass gilt es, einen herausragenden Vertreter der mitteldeutschen Neuropädiatrie zu würdigen.

Nach der Kindheit und Schulzeit im Vogtland absolvierte Herr Prof. Todt an der Universität Leipzig und der Medizinischen Akademie Dresden sein Medizinstudium, das er 1962 mit dem Staatsexamen und gleichzeitig der Dissertation abschloss. Nach der Pflichtassistenten- und dem poliklinischen Jahr in Dresden erlangte er nach fünfjähriger Ausbildung an der Dresdner Kinderklinik unter Prof. Dr. Harnapp die Facharztanerkennung für Kinderheilkunde. Schon während dieser Zeit galt sein besonderes Interesse der Kinderneurologie, insbesondere der Epileptologie. Noch im gleichen Jahr, 1968, erhielt er die Anerkennung zur selbständigen Ausübung der klinischen Elektroenzephalographie.

Es schloss sich der Aufbau einer umfangreichen, über die Grenzen Dresdens zunehmend bekannter werdenden Anfallsprechstunde mit EEG-Abteilung an, zu deren Leiter er 1973 ernannt wurde.

In dieser Zeit begann Herr Prof. Todt seine wissenschaftliche Tätigkeit, deren Schwerpunkt auf dem Gebiet der Kinder-epileptologie lag und in deren Ergebnis eine Vielzahl von wissenschaftlichen Beiträgen für Bücher, Zeitschriften und auf Tagungen entstanden. Anerkennung erfuhr er in der Ernennung zum Oberarzt der Kinderklinik im Jahre 1978.

1980 konnte er schließlich die Habilitation zum Thema „Spätprognose kindlicher Epilepsien – Ergebnisse einer pro-



spektiven Längsschnittstudie“ beenden – eine Arbeit, die noch bis heute hohe Beachtung findet, da die derzeitigen Strukturen des Gesundheitswesens eine so lange, akribische Nachbeobachtung von Kindern mit Anfallsleiden nicht mehr zulassen.

Die Anerkennung dieser Leistungen in der Hochschullehrerlaufbahn ließ jedoch auf Grund der politischen Verhältnisse auf sich warten. 1987 erfolgte die Berufung zum Dozenten, erst nach der politischen Wende die Berufung zum a.p. Professor (1992) und schließlich 1994 die zum Professor für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie.

Nach 1990 war es Prof. Todt, der als einziger ostdeutscher Kollege über viele Jahre im Vorstand der Gesellschaft für Neuropädiatrie arbeitete. Als Höhepunkt dieser Tätigkeit erinnert sich der Jubilar

immer wieder gern an seine Präsidentschaft der Gesellschaft im Jahr 1993 und die Ausrichtung der Jahrestagung in Dresden, damals unter noch nicht perfekten Infrastrukturbedingungen, die viel Improvisationsgeschick und persönliches Engagement verlangten.

Aber es sind nicht die Titel und öffentlichen Auftritte, die Prof. Todt unter seinen Kollegen, Kinderärzten und Neuropädiatern in nah und fern hohes Ansehen zuteil werden lassen. Vielen ist seine ruhige, immer aber auch humorvolle Art bei der Erledigung der „Tagesarbeit“ auf Station, in der Ambulanz und „seinem EEG“ in guter Erinnerung. Unzählige Schüler gingen durch seine EEG-Kurse und profitierten von seinem außergewöhnlichen visuellen Gedächtnis, wenn es um Vergleiche von Hirnstrombildern weit zurückliegender Zeit ging.

Viele Verdienste um die Entwicklung der Neuropädiatrie, deren Anerkennung als eigenständiger Schwerpunkt der Kinderheilkunde ihm sehr am Herzen liegt, aber auch bei der Entwicklung anderer Strukturen an der neu gegründeten Medizinischen Fakultät der TU Dresden und bei seiner Mitarbeit zur Veränderung des Sächsischen Impfwesens, wären noch zu nennen.

Herr Prof. Dr. Todt hat zu seinem Jubiläum die Gewissheit, dass viele seiner Schüler sein neuropädiatisches Verständnis an verschiedenen Orten in Mitteldeutschland und darüber hinaus fortführen.

Dres. Ute und Dirk Heinicke,  
Kreischka

# Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

## 60 Jahre

1. 11. Dr. med. Sierpinski, Lieselotte  
04435 Schkeuditz
1. 11. Dr. med. Staudte, Helga  
09244 Lichtenau
2. 11. Neubert, Ingrid  
04207 Leipzig
2. 11. Schug, Helga  
08121 Silberstraße
2. 11. Doz. Dr. med. habil. Stösslein, Falk  
01728 Possendorf
3. 11. Thunig, Uta  
01855 Sebnitz
4. 11. Dr. med. Schweitzer, Hannelore  
01239 Dresden
5. 11. Menzel, Gert  
01129 Dresden
5. 11. Dr. med. Pilz, Dieter  
01259 Dresden
7. 11. Dr. med. Bochmann, Peter  
08209 Reumtengrün
8. 11. Dr. med. Hennig, Maria  
04103 Leipzig
10. 11. Leimert, Christine  
09112 Chemnitz
11. 11. Dr. med. Laves, Gisela  
04275 Leipzig
12. 11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kunzelmann, Fred  
09114 Chemnitz
13. 11. Neumann, Karin  
02899 Ostritz
14. 11. Dr. med. Oehlke, Waldemar  
08499 Mylau
15. 11. Freund, Jürgen  
01737 Pohrsdorf
15. 11. Dr. med. Geiger, Sieglinde  
01326 Dresden
15. 11. Richter, Gabriele  
01904 Neukirch
17. 11. Dr. med. Unger, Götz  
08269 Hammerbrücke
18. 11. Dr. med. Drochner, Armin  
01683 Nossen
20. 11. Dr. jur. Peter, Siegfried  
04838 Eilenburg
21. 11. Dr. med. Pfob, Eveline  
08349 Johanngeorgenstadt
23. 11. Dr. med. Tilch, Anita  
08228 Rodewisch
26. 11. Dietz, Reiner  
09114 Chemnitz
26. 11. Dr. med. Hofstätter, Edith  
09456 Annaberg-Buchholz
26. 11. Dr. med. Jank, Hans-Jürgen  
04808 Wurzen
27. 11. Dr. med. Lötsch, Christel  
08112 Wilkau-Haßlau
27. 11. Dr. med. Schettler, Reinhard  
09366 Stollberg

28. 11. Dr. med. habil.  
Neumann-Oellerking, Dorothea  
01277 Dresden
28. 11. Dr. med. Weißbach, Rainer  
09227 Einsiedel
29. 11. Dr. med. Deger-Voigtländer, Ingrid  
01728 Possendorf
29. 11. Dr. med. Goldmann, Joachim  
08115 Lichtentanne
29. 11. Kirsch, Brigitte  
02943 Weißwasser

## 65 Jahre

2. 11. Dr. med. Endesfelder, Roland  
09114 Chemnitz
3. 11. Dr. med. Böttger, Gerhard  
09217 Burgstädt
3. 11. Dr. med. Gundlach, Helga  
01640 Coswig
6. 11. Dr. med. Standau, Helga  
04299 Leipzig
7. 11. Dr. med. Beckert, Annerose  
01307 Dresden
8. 11. Dr. med. Haas, Lothar  
08297 Zwönitz
9. 11. Hecker, Ellen  
01324 Dresden
10. 11. Pechau, Ingrid  
02826 Görlitz
15. 11. Dr. med. vet. Zintzsch, Ingo  
04209 Leipzig
16. 11. Dr. med. Gerschner, Eva-Maria  
01809 Heidenau
16. 11. Dr. med. Richter, Dieter  
08280 Aue
20. 11. Dr. med. Friedrich, Ruthild  
08371 Glauchau
21. 11. Dr. med. Krawczyk, Hanna  
04416 Markkleeberg
23. 11. Dr. med. Frydetski, Lieselotte  
04457 Mölkau
24. 11. Dr. med. Schwenk, Klaus  
08541 Großfriesen
25. 11. Dr. med. Haas, Sigrid  
01097 Dresden
25. 11. Steiner, Brigitte  
01445 Radebeul
26. 11. Lange-Rennau, Hannelore  
09117 Chemnitz
29. 11. Ertel, Christine  
01326 Dresden
30. 11. Dr. med. Keil, Reinhard  
04651 Bad Lausick

## 70 Jahre

8. 11. Dr. med. Hübler, Christa  
01662 Meißen
18. 11. Dr. med. Gehrke, Günther  
04157 Leipzig
20. 11. Dr. med. Naumann, Gisela  
01069 Dresden

26. 11. Lengfeld, Reina  
01067 Dresden
30. 11. Dr. sc. med. Röhlig, Werner  
08297 Zwönitz
30. 11. Dr. med. Schmutzler, Werner  
04299 Leipzig

## 75 Jahre

2. 11. Dr. med. Rentzsch, Gottfried  
01723 Kesselsdorf
18. 11. Dr. med. Kirmis, Hans-Joachim  
02827 Görlitz
21. 11. Dr. med. Nebel, Ruth  
09114 Chemnitz

## 81 Jahre

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

## 82 Jahre

21. 11. Dr. med. Sieler, Heinz  
04317 Leipzig
30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf  
02763 Zittau

## 83 Jahre

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

## 85 Jahre

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

## 86 Jahre

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

## 88 Jahre

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

## 91 Jahre

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

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

Die Redaktion

Petra Meyer, M. Schollmeyer

# Die Anwendung von Ultracision bei der gynäkologischen Laparoskopie – ein Erfahrungsbericht

Gynäkologisch-geburtshilfliche  
Abteilung  
Collm Klinik Oschatz

## Zusammenfassung:

Wir fanden die technologischen Vorteile von *Ultracision* beim laparoskopischen Einsatz bestätigt. Die künftig mögliche Eliminierung hochfrequenter Energie bei offenen oder endoskopischen Operationstechniken und die damit verbundene Minimierung von strombedingten Komplikationen rechtfertigt die zunehmende Anwendung der Methode. Die zur Verfügung stehenden Instrumente sind multifunktionell einsetzbar, ersparen den bei der klassisch mechanischen Präparation üblichen Instrumentenwechsel und gleichen damit die längeren Koagulations-

zeiten aus. Beeindruckend ist gegenüber der Stromanwendung die geringfügige Destruktion des Gewebes.

Die Weiterentwicklung des *Ultracision*-Systems sollte im Hinblick auf den Kostendruck in den Krankenhäusern die Nachteile von Einweginstrumenten berücksichtigen.

## Schlüsselwörter:

**Gynäkologische Laparoskopie, Hochfrequenztechnik, Ultracision**

Die Techniken zur endoskopischen Präparation und Blutstillung, wie der Einsatz von Greif- und Schneideinstrumenten, von monopolarer und bipolarer Strom, von Laser-Energie sowie die klassische Verwendung von Nahtmaterial, sind in der operativen Laparoskopie seit den Innovationen von Frangenheim und Semm ständig ausgebaut worden. Die Anwendung hochfrequenter Energie zur Präparation, Adhäsionolyse und Blutstillung ist wegen der Gefahren ungewollter lokaler und peripherer Gewebeschädigungen aber stets problematisch geblieben (Tabelle 1).

## Tabelle 1:

Technologische Nachteile der Hochfrequenztechnik

- Direkter elektrischer Stromfluss durch den Patienten
- Stromschläge und/oder Verbrennungen (Patient, Chirurg)
- Ausgedehnte, tiefe Gewebeschädigung (Karbonisation)
- Unbemerkte, distante Gewebeschädigung durch Kriechströme

Aus W. Feil:

„Ultracision – Das harmonische Skalpell“, 1997

Die Suche nach alternativen Methoden führte zur Entwicklung der **Ultracision-Technologie**, mit der eine gewebeschonende Dissektion, Blutstillung und Durchtrennung möglich wurde. Die Vorteile dieses neuen Verfahrens sind klar erkennbar (Tabelle 2) und haben eine zunehmende Anwendung bei offenen und endoskopischen Operationen nach sich gezogen.

## Tabelle 2:

Technologische Vorteile der Ultracision-Technik

- Kein elektrischer Stromfluss durch den Patienten
- Keine Verbrennungen am Patienten
- Keine distante Gewebeschädigung durch unbemerkte Kriechströme
- Keine Karbonisation von Gewebe
- Keine Rauchentwicklung
- Geringe Tiefenwirkung, minimale seitliche Ausbreitung des Energiestroms
- Keine neuromuskuläre Stimulation
- Keine Neutralelektrode
- Keine Stromschläge und/oder Verbrennungen für den Chirurgen

Aus W. Feil:

„Ultracision – Das harmonische Skalpell“, 1997

Die Methodik basiert auf der Möglichkeit, elektrische Energie über ein piezoelektrisches Kristallsystem in einem Handstück in mechanische Energie umzuwandeln. Diese mechanische Energie stellt sich an den verwendeten Scheren, Klängen und Koagulatoren mit einer Frequenz von 55.500 Hertz dar und wird als Ultraschallwelle auf das Gewebe übertragen. Auf diese Weise wird es möglich, die anatomischen Strukturen zu präparieren und notwendige Blutstillungen vorzunehmen. Dabei lassen sich die longitudinalen Schwingungen der Instrumente in 5 Stufen zwischen 25 und 100 µm am Generator variieren.

Die Effektivität der Ultraschallanwendung ist von der Art des Gewebes (Wassergehalt!), der Geräteeinstellung, der Einwirkungszeit und vom Handling der Instrumente abhängig. Die entstehenden Destruktionszonen am Gewebe sind abhängig von der Klingeneinstellung (Abbildung 1) und schwanken zwischen 0,25 mm und 2,00 mm. Damit ist es möglich geworden, Präparationen und Blutstillungen an sensiblen Organen wie Darm, Blase oder Ureter vorzunehmen.



**Abbildung 1:** Möglichkeiten der Klingeneinstellung an der Ultracision-Schere

Zur **Grundausrüstung** gehören ein mit Wechselstrom (220 Volt) betriebener Generator, ein Generatorwagen, der Fußschalter, das Netzkabel und ein wiederverwendbares Handstück für die verschiedenen Instrumente. Der Fußschalter besteht aus einem linken Pedal, mit dem die longitudinale Extension der Schwingungen in 5 Stufen variiert werden kann. Das rechte Fußpedal ist auf die Stufe 5 fixiert. Das Handstück mit dem Kristallsystem wird über einen Silikon-schlauch mit dem Generator verbunden. Der elektrische Anschluss versorgt das System mit Energie und der integrierte Luftkanal dient zur Kühlung des Handstückes. Wiederverwendbare Adapter für Scheren, Klängen und Koagulatoren sowie Klingenschlüssel, Testspitze und

Sterilguteinsätze vervollständigen das Zubehör (Abbildung 2).



Abbildung 2: Ultracision-Generator mit Wagen und Fußschalter

Das angebotene **Instrumentarium** setzt sich aus Scheren, Dissektionshaken, Sichelklingen und Kugelkoagulatoren zusammen. Die Einweg-Scheren werden für die offene Chirurgie und für die Endoskopie in unterschiedlichen Arbeitslängen, mit Pistolen- oder Scherenhandgriff sowie als 5-mm- oder 10-mm-Instrumente angeboten. Die wiederverwendbaren Dissektionshaken, Sichelklingen und Kugelkoagulatoren sind ebenfalls für offene und endoskopische Eingriffe in unterschiedlicher Arbeitslänge als 5-mm- und 10-mm-Instrumente verfügbar (Abbildung 3).



Abbildung 3: Ultracision-Instrumentarium

Unserer Abteilung steht seit 1998 das Geräte- und Instrumentensystem der Firma Ethicon Endo-Surgery zur Verfügung. Wir haben im Rahmen der operativen Laparoskopie Ultracision vielfach erfolgreich angewendet und sehen für das Fachgebiet Gynäkologie eine ganze Reihe von **Einsatzmöglichkeiten** (Tabelle 3).

### Tabelle 3:

Der mögliche Einsatz von Ultracision bei der gynäkologischen Laparoskopie

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Uterus:</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exzision gestielter Myome</li> <li>• E nukleation subseröser Myome</li> <li>• Resektion interstitieller Graviditäten</li> <li>• Sanierung von Perforationsverletzungen</li> <li>• Laparoskopisch assistierte vag. Hysterektomie Typ II und Typ III</li> </ul>    |
| <b>Adnexe:</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salpingotomien</li> <li>• Salpingektomien</li> <li>• Resektion von Hydatiden</li> <li>• Ovarialbiopsien</li> <li>• Ovarerhaltende Zystenexstirpationen</li> <li>• Parovarialzystenexstirpationen</li> <li>• Ovarrektomie</li> <li>• Adnexexstirpation</li> </ul> |
| <b>Adhäsio lyse:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salpingoly sen</li> <li>• Fimbrioly sen</li> <li>• Ovarioly sen</li> <li>• Netzhäsioly se und Netzresektionen</li> <li>• Darmadhäsio ly sen</li> </ul>   |
| <b>Peritoneum:</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probeexcisionen</li> <li>• Exstirpation von</li> <li>• Peritonealzysten</li> </ul>   |

In dieser Zeit wendeten wir die Ultracision-Schere oder den Dissektionshaken bei 10 Myomenukleationen, 21 Adnexoperationen, 8 Probeexcisionen vom Peritoneum und 23 Adhäsio ly sen an. Auffallend blutarm sind Exzisionen und E nukleationen von gestielten und subse-

rösen Myomen des Uterus möglich (Abbildung 4 bis 7). Über die Anwendung von Ultracision zur irreversiblen Kontrazeption liegen nach unserem Kenntnisstand keine ausreichenden Erfahrungen vor. Die geringfügige Gewebestruktur in der Umgebung des mit Ultracision koagulierten und durchtrennten Eileiters könnte für die Schonung des Rete ovarii von Vorteil sein, um das Post-Sterilisations-Syndrom zu vermeiden und einer möglichen Refertilisation dienlich zu sein (Abbildung 12).

Sehr behutsam und sorgfältig sollte die Koagulation und Durchtrennung der Gewebe- und Gefäßstrukturen bei der Adnexexstirpation erfolgen. Bei exakter Durchführung gelingt die Koagulation und Durchtrennung des Ramus ovaricus a. uterinae und des Ramus tubarius a. uterinae blutungsfrei, während die Koagulation und Durchtrennung der A. ovarica besonders sorgfältig vorgenommen werden muss (Abbildungen 8 bis 11). Korell berichtet über die Möglichkeit der Anwendung von Ultracision bei der endoskopischen Hysterektomie und weist auf die Problematik der sicheren Blutstillung der Uterinagefäße hin. Möglich erscheint uns der Einsatz von Ultracision bei der laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie Typ II und Typ III. Sehr erfolgversprechend stellte sich uns die Anwendung der Methode bei der Adhäsio ly se dar. Sowohl mit der Schere, als auch mit dem Dissektionshaken sind Präparationen an den Tuben und Ovarien, in unmittelbarer Darm- und Ureternähe und am großen Netz blutungsfrei durchführbar und im Gegensatz zur Hochfrequenztechnik wesentlich gefahrloser (Abbildungen 13 bis 15). Inwieweit es möglich ist, Endometrioseherde mit dem Kugelkoagulator sicher zu destruieren, können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilen. Zystenexstirpationen und Probeexcisionen am Ovar sowie Biopsien am Peritoneum und Exstirpationen von Peritonealzysten lassen sich mit dem Dissektionshaken problemlos durchführen (Abbildung 16).

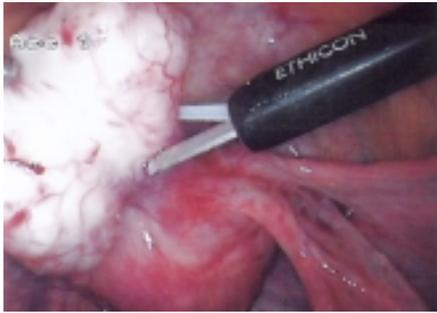


Abbildung 4:



Abbildung 8:



Abbildung 12: Durchtrennung der Tube bei der Sterilisation mit der Ultracision-Schere



Abbildung 4 und 5: Absetzen eines gestielten Myomknotens am Uterusfundus mit der Ultracision-Schere



Abbildung 9:

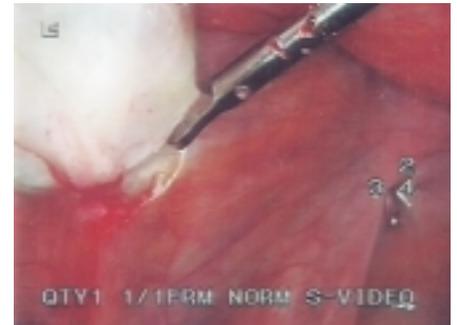


Abbildung 13: Adhäsionslyse in der Fossa ovarica links mit dem Ultracision-Haken



Abbildung 6:



Abbildung 10:



Abbildung 6 und 7: Großer mehrknotiger Uterus myomatosus, Absetzen der Myomknoten mit dem Ultracision-Haken



Abbildung 8–11: Adnexektomie rechts mit der Ultracision-Schere, Absetzen der Tube, des Lig. ovarii prop., des Lig. suspens. ovarii und Endsitus



Abbildung 14: Netzadhäsionslyse zur vorderen Bauchwand mit dem Ultracision-Haken

## Lehrsammlung am Institut für Anatomie der Universität Leipzig

125 Jahre nach der Einweihung der ersten Lehrsammlung am Institut für Anatomie, die 1943 zusammen mit großen Teilen des alten Anatomischen Institutes zu 85 % zerstört wurde, konnte nun die neue Lehrsammlung ihrer Bestimmung übergeben werden. Die Sammlung enthält makroskopische Präparate und Modelle, die für die Ausbildung von Studenten notwendig waren und es zum Teil heute noch sind. Unter anderem ist die Bach-Büste zu sehen, die bereits im Februar 2000 im „Ärzteblatt Sachsen“ vorgestellt wurde. Die Präsentation wurde möglich, weil infolge niedrigerer Studentenzahlen endlich der nötige Raum zur Verfügung stand.

Die Direktorin des Instituts für Anatomie, Frau Prof. Dr. Katharina Spänel-Borowski, betonte: „Die Lehrsammlung repräsentiert den klassischen Unterricht im Fach Anatomie, der den Studierenden den Lehrstoff am Originalpräparat und am Modell vermittelt.“ Die Grundlage schuf Wilhelm His, der das Institut von 1872 bis 1904 leitete. Er entwickelte die Wachsplattentechnik für die dreidimensionale Rekonstruktion von Embryonen. His und seine Mitarbeiter Spalteholz, Rauber-Kopsch und Dornfeld schufen didaktisch hochwertige Feuchtpräparate, aber auch Modelle, die sich bis heute sehen lassen können.



Wilhelm His

Fortsetzung Seite 478



Abbildung 15: Darmadhäsiole zur vorderen Bauchwand mit dem Ultracision-Haken



Abbildung 16: Probeexzision aus dem Ovar mit dem UltracisionHaken

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Petra Meyer,

Dr. med. M. Schollmeyer

Collm Klinik Oschatz

Parkstraße 1, 04758 Oschatz

Arbeit eingegangen: 30. 9. 1999

Arbeit nach Revision angenommen: 8. 11. 1999



Blick in die Ausstellung

In enger Zusammenarbeit mit dem Leipziger Bildhauer Steger fertigte HIS als erster Originalgipsabgüsse verschiedener Regionen des menschlichen Körpers an. Diese anschaulichen Modelle wurden europaweit verkauft. Frau Prof. Dr. Spanel-Borowski freute sich besonders über einen Katalog, der dem Institut erst kürzlich von einer Urenkelin Stegers zur Verfügung gestellt wurde, die in Frankfurt/Main Veröffentlichungen zur Bach-Büste gelesen hatte.

Einige der Steger-Modelle konnten, mit Pinsel und Farbe restauriert, wieder in die Lehrsammlung integriert werden. Zusammen mit den Feuchtpräparaten sind sie entsprechend der systematischen Anatomie anschaulich dargestellt. Daran hat besonders Frau Feja, Präparatorin, großen Anteil.

Im Rahmen der Leipziger Museumsnacht stellten die Anatomen ihre Ausstellung auch der Öffentlichkeit vor. Fern von Sensationslust defilierten die Leipziger an den Exponaten vorbei und nahmen dafür auch das Warten in einer mehrere hundert Meter langen Schlange in Kauf. Dabei war die Fachkenntnis der

Wissenschaftler immer wieder gefragt. Ein junger Mann wollte zum Beispiel wissen, wo sich denn am Schädel der Mittelkieferknochen befinde, den Goethe entdeckt habe.

Neben der Lehrsammlung ist eine Ausstellung fragmentale Anatomie zu sehen, die digitale Aufnahmen von makroskopischen Präparaten als Bildvorlage für gestalterische Veränderungen nutzt. Frau Prof. Dr. Katharina Spanel-Borowski möchte auch diesen Teil der Ausstellung gewürdigt wissen, ist hier doch die Kreativität vieler eingeflossen. „Die Verfremdung der anatomischen Bildvorlage stellt sich als teils formenstrenge, teils verspielte Extrapolation aus der Verbindlichkeit des menschlichen Bauplans dar. Dabei lösen sich die anatomischen Bausteine aus ihrer funktionellen Bestimmung und lassen sich in neuen verselbständigten Kompositionen ästhetisch befragen und erlebbar machen“, so Dr. Werner Wolff, der Computerkünstler der Ausstellung.

Dr. Bärbel Adams  
Pressestelle der Universität Leipzig



Schnitt durch eine Schwangerschaft im 4. Monat



Präparat eines Neugeborenen