

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 11|2000

<b>Die erste Seite</b>	Vorstandssitzung 4. Oktober 2000	<b>488</b>
<b>Berufspolitik</b>	15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	<b>489</b>
	Impressum	<b>494</b>
	Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen Podiumsdiskussion „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“	<b>495</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Verwaltungsvorschrift über Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken	<b>505</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Fortbildungscurriculum „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen	<b>508</b>
	Wichtige Ergänzung zum „Ärzteblatt Sachsen“ 10/2000	<b>508</b>
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>508</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>508</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	<b>509</b>
<b>Originalie</b>	Hämangiome und vaskuläre Fehlbildungen – eine interdisziplinäre Aufgabe E. Siegert, L. Hackert, Ch. Offergeld	<b>510</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch zum 75. Geburtstag	<b>514</b>
	Geburtstage im Dezember	<b>515</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Carl Reinhold August Wunderlich	<b>517</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Rezension des Buches „Sulfonylharnstoffe“	<b>517</b>
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen – Januar 2001 Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 1999	

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.

## Aus der Vorstandssitzung

4. Oktober 2000

Die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen haben in den Vorstandssitzungen den ersten Rang eingenommen und nehmen immer mehr Raum ein. Nach der Protokollbestätigung und der Beschlusskontrolle der letzten Sitzung im September widmete sich der Vorstand der Auswertung der Aktionswoche der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in der letzten Septemberwoche 2000. Es wurde politischer Druck erzeugt. Der Verlauf der Aktionswoche wurde positiv bewertet, insbesondere die Organisation der Notdienste. Die Beteiligung der Ärzte und Psychotherapeuten betrug etwa 90 %.

Das offizielle Ergebnis in der Bundespolitik bleibt allerdings enttäuschend. Die Situation in den neuen Bundesländern wird von der Bundespolitik nicht wahrgenommen. Die Politik macht es sich leicht und schiebt den finanziellen Mangel in der ambulanten Versorgung auf das Unvermögen der Kassenärztlichen Vereinigung und auf Verteilungskämpfe zwischen den Ärzten. Die Beweisumkehr liegt wieder einmal bei den Ärzten. Eine Nachbereitung der Aktionswoche durch die Berufsverbände wird im „Ärzteblatt Sachsen“ erscheinen. Weitere Aktionen werden folgen müssen mit der Stoßrichtung, dass in das ambulante Gesundheitssystem Ost mehr Geld fließen muss. Der stationäre Bereich Ost bekommt im Vergleich zum System West 93 %, 75,6 % im ambulanten Bereich stellen eine Gefährdung in der Sicherstellung der ambulanten Versorgung dar.

Am 29. September 2000 erfolgte eine Information der Chefärzte über den Entwicklungsstand zum Thema Qualitätssicherung und DRG-System. Die Veranstaltung wurde vom Vorstand als gut gelungen gewürdigt.

Am 5./6. Oktober 2000 findet ein Treffen mit der Partnerärztekammer in Breslau statt zur Vorbereitung eines gemeinsamen Symposiums. An diesem Treffen nehmen der Präsident Prof. Dr. med. Schulze, der ärztliche Geschäftsführer Dr. med. Herzig und der Vorsitzende des Finanzausschusses und das Vorstandsmitglied Dr. med. Schmidt teil.

Der Entwurf des Positionspapiers „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im Bündnis Gesundheit 2000“ wurde von den Bündnispartnern bestätigt und wird so nun am 14. Oktober 2000 der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Der Vorstand reflektierte die 15. Tagung der Kreisärztekammervorsitzenden. Es entwickelte sich eine erfreuliche Diskussion zu den aktuellen berufspolitischen Problemen. Dabei spielt immer wieder die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin und die unbefriedigende Nachbesetzung der frei werdenden Praxen eine große Rolle.

Es wurde nochmals die Tagesordnung der 23. Kammerversammlung am 11. November 2000 beraten, die sich folgenden Themen widmet:

■ Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Schwerpunkte und Probleme,

■ ethische Probleme der Budgetierung im Gesundheitswesen,

■ Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – Übersicht zu ausgewählten Leistungsbereichen, Qualitätsmanagement im stationären Bereich, Probleme, Schnittstellen, konkrete Beispiele der Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen,

■ Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer,

■ Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst,

■ Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt.

■ Finanzen – Haushaltsplan für das Jahr 2001, Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

In der Folge wurden Beschlussvorlagen beraten und abgestimmt, so zum Beispiel die Internetdarstellung des „Ärzteblatt Sachsen“.

Eine ausgedehnte Diskussion erfolgte über die Fachkunde Rettungsdienst mit dem Ziel der Sicherung einer hohen Qualität und einer bundeseinheitlichen, aber auch in der Praxis umsetzbaren Lösung. Die abschließende Meinung konnte noch nicht gebildet werden.

Aus dem ärztlichen Geschäftsbereich wurde berichtet, dass der Refresherkurs für Leitende Notärzte bundesweit gut angenommen wird.

Es wird ein 2. Sächsisches Kolloquium zwischen Ärzten und Sozialrichtern stattfinden.

Die Sitzung fand ihren Abschluss mit dem Bericht aus dem kaufmännischen Geschäftsbereich. Die Haushaltinanspruchnahme per 30. August 2000 ist ausgeglichen.

Der Haushaltsplan 2001 wurde vom Vorstand in 3. Lesung bestätigt und liegt dann der 23. Kammerversammlung am 11. November 2000 zur Diskussion und Beschlussfassung vor.

Dr. med. Gisela Trübsbach  
Vorstandsmitglied

# 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden  
23. September 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete pünktlich 9.00 Uhr die turnusmäßig einberufene Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen im Max-Bürger-Saal des Kammergebäudes.

Der Präsident begrüßte herzlich die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die fünf Referenten der Tagung, die Mitglieder des Vorstandes, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer.

## Aktuelle gesundheits-, sozial und berufspolitische Lage

Bericht: Professor Dr. Jan Schulze

**Schwerpunkthemen** des umfassenden Berichtes waren:

### 1. „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“

Die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit seinen gravierenden negativen Seiten verspüren wir jeden Tag. Wir sind nicht bei einer ablehnenden Kritik stehen geblieben, sondern wir haben seit einem Jahr im „Bündnis Gesundheit 2000“ in einer streitbaren konstruktiven Diskussion ein Positionspapier gemeinsam erarbeitet. Das Bündnis hat sich gründlich und umfassend mit der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Privaten Krankenversicherung auseinandergesetzt.

Dieses Diskussionspapier zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung stellte das „Bündnis Gesundheit 2000“ in einer Podiumsdiskussion am 14.10.2000 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer der Öffentlichkeit und den sächsischen Bürgern vor.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben die Verpflichtung, im politischen Raum die Aktivitäten von verschiedenen Seiten (Koalition, Opposition, Bertelsmann-Stiftung), die sich Gedanken zu einer Neustrukturierung des Gesundheitswesens und zur künftigen Finanzierung der Versicherungssysteme machen, wachsam zu beobachten.

Die Diskussionsstrategie der Ärzte mit der Politik hat sich verändert. Die Aktionswoche vom 25. bis 30. September 2000 der „Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen“, des „Sächsischen Berufsverbandes der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V.“ und des „Aktionsbündnisses der Psychotherapeutenverbände in Sachsen“ hat aufgezeigt, dass der gesundheitspolitische und berufspolitische Disput mit anderen Mitteln auch in Zukunft geführt wird.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer unterstützte diese Aktionswoche.

Die Landesärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und können per Gesetz nicht führend an berufspolitischen Protesten teilnehmen. Verbände sind dazu berufen und berechtigt. Die Sächsische Landesärztekammer ist mit den Fachverbänden ungeteilter Meinung, dass die Tatsache der Benachteiligung der Ärzte in den neuen Bundesländern – hundertprozentige ärztliche Leistung für 25 Prozent weniger Budgetanteile Ost – sich umgehend ändern muss. Sonst ist ein Sterben der Arztpraxen in Sachsen programmiert.

Der Haupttenor der Aktionswoche war, „auch in Zukunft eine qualitätsvolle medizinische Versorgung durchzuführen und in den modernen medizinisch ausgestatteten Praxen unseren Bürgern ein Optimum an medizinischer Versorgung zu gewährleisten“.

### 2. Symposium des Bundeskriminalamtes zu Fragen des Abrechnungsbetruges

Herr Professor Dr. Jan Schulze begann seine Ausführungen zu dieser Problematik:

„Das ist einfach Unrecht in dieser Weise von Polizei und Justiz, mit einem solchen Generalverdacht die Ärzteschaft zu belasten.“ Wir Ärzte können nicht akzeptieren, dass ein ganzer Berufsstand diskriminiert wird. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer wird in dieser Frage auf den Generalstaatsan-

walt in Sachsen direkt zugehen, um regionale Probleme, die zwischen Medizin und Justiz vorliegen, aktiv anzusprechen. Die negative Sanktionierung von „schwarzen Schafen unter den Ärzten“ ist die Aufgabe der Ärztekammer.

### 3. Patienteninformationen

Mehr Transparenz und der verstärkte Einsatz neuer Medien bei der Vermittlung von Ärzten, bei der Anfrage nach Krankenhäusern und nach dem öffentlichen Gesundheitsdienst, ist ein wichtiges Anliegen der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung. Perspektivisch ist eine weitere Öffnung des multimedialen Angebotes der Sächsischen Landesärztekammer im Internet für Körperschaften und Verbände wie Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Berufsgenossenschaften, Physiotherapeuten und anderen Berufsverbänden, vorgesehen. Das Internet-Angebot muss ständig aktuell sein.

Die Koordinierung der Internet-Darstellung von

- Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen (niedergelassene Ärzte)
- Krankenhausgesellschaft Sachsen (Krankenhäuser)
- SMS (Gesundheitsamt)
- weiteren Körperschaften und Verbänden

erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer.

### 4. Patientenberatung

Die Sächsische Landesärztekammer hat Aktivitäten zur Patientenberatung auf körperschaftlicher Ebene gemeinsam mit den Krankenkassen und Patientenverbänden eingeleitet. Es erfolgte mit der AOK Sachsen ein Informationsgespräch. In Vorbereitung ist ein Rundtischgespräch, an dem die Interessierten und potentiell Beteiligten des unabhängigen Informationssystems, das von den Kassen finanziert wird, Platz nehmen werden. Die Kompetenz der Patientenberatung liegt bei den Körperschaften des Gesundheitswesens.

### 5. Einführung des elektronischen Arztausweises

Es besteht ein Modellprogramm zur Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen, das von SMS getragen wird. Der elektronische Arztausweis beinhaltet einen gesicherten Zugang zu den digitalisierten Daten unter Berücksichtigung der Anforderungen aus dem Gesetz über die elektronische Signatur.

### 6. Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Inanspruchnahme der durch die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft finanzierten Weiterbildungsstellen von Ärzten zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist unbefriedigend. Deshalb soll die Werbung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen für das Fachgebiet Allgemeinmedizin bereits an den Hochschulen beginnen.

Es wäre sinnvoll und zu empfehlen, dass Medizinstudenten in der Praxis eines Facharztes für Allgemeinmedizin famulieren.

Die altersmäßige Entwicklung bei den Ärzten der Allgemeinmedizin ist alarmierend. Bereits im Jahr 2000 sind mehrere Allgemeinärztliche Praxen nicht besetzt.

### 7. Zur Beitragsordnung

Auf Grund einer sozial verträglichen Verteilung der steigenden finanziellen Belastungen der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte die Einführung eines Mindestkammerbeitrages von 30 DM/Jahr für alle Kammermitglieder bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres einschließlich der Altersrentner, soweit keine Berufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden.

Die Gegenleistungen der Sächsischen Landesärztekammer sind:

- Rückflussgelder in Höhe von 24 DM/Jahr für jedes Kammermitglied an die Kreisärztekammern aus dem Beitragsaufkommen
- Rentnerbetreuung und Seniorenfahrten

- Zusendung des „Ärzteblatt Sachsen“ an alle Kammermitglieder
- Unterstützung junger oder arbeitsloser Ärzte bei Weiter-/Fortbildung (ermäßigte Gebühren)

Das Auditorium dankte Herrn Professor Dr. Schulze für den umfassenden Bericht zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik.

Nach den Ausführungen des Präsidenten erfolgte eine sachliche und sehr lebhaft **Diskussion**, die folgende Schwerpunkte zum Inhalt hatte.

■ Der Informationsaustausch zwischen Sächsischer Landesärztekammer und den Vorsitzenden der Kreisärztekammern ist ausreichend.

■ Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern haben zum Teil Schwierigkeiten bei der Weitergabe der erhaltenen Informationen an das einzelne Kammermitglied.

■ Die Transparenz der ärztlichen Tätigkeit ist notwendig. Nachweisbare und gut dokumentierte ärztliche Leistungen sind dazu Voraussetzung.

■ Eine Möglichkeit der Transparenz wäre: jeder Patient erhält zunächst die Rechnung des Arztes ausgehändigt, überzeugt sich von den erbrachten Leistungen und reicht diese Rechnung an seine Krankenkasse weiter.

■ Die praxisnahe Ausbildung (Praktika, Famulatur) der Medizinstudenten an kleineren Krankenhäusern und in der Allgemeinärztlichen Praxis wird von den Ärzten favorisiert.

■ Jede Kreisärztekammer benennt einen Ansprechpartner für die Ärzte, die sich in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden.

■ Nur wenige Senioren sind aktiv in der Kammerarbeit integriert. Die Ärzte im Altersruhestand sind aufgefordert, ihren umfangreichen Erfahrungsschatz in die Kammerarbeit einzubringen.

■ Die satzungsgemäße Verwendung von Rückflussmitteln aus den Kreisärztekammern durch die Sächsische Landes-

ärztekammer ist notwendig und wurde von allen Teilnehmern der Tagung unterstützt.

### Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung

Bericht: Dr. med. Stefan Helm  
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.



Dr. Stefan Helm

Im Zusammenhang mit der aktuellen Gesundheitsreform ist die Selbstverwaltung beauftragt, die Grundlagen und Voraussetzungen für ein neues Vergütungssystem im stationären Bereich zu schaffen.

Dabei soll das bisherige Mischsystem (Basis-, Abteilungspflegesatz, Fallpauschalen, Sonderentgelte) in ein einheitliches, vollpauschaliertes Entgeltsystem überführt werden, das sich an internationalen Erfahrungen orientiert.

Insbesondere unter Beachtung der Entscheidungskriterien „medizinische Progressivität“ und „Gemeinfreiheit“ wurde zunächst das australische PCS (AR-DRG's) ausgewählt.

Gegenwärtig werden unter hohem Zeitdruck die „technischen“ Anwendungsvoraussetzungen (Übersetzung und Anpassung insbesondere des Codiervfahrens) geschaffen. Darüber hinaus sind die vergütungsrechtlichen und -technischen Bedingungen zu vereinbaren.

Dies betrifft insbesondere:

- Zu- und Abschläge,

- Vergütung nicht DRG-basierter Leistungen,
- Kalkulation der Gewichte

Neben diesen stark medizinisch und ökonomisch geprägten Entscheidungsprozessen ist von außerordentlicher Bedeutung, dass in Hinblick auf eine verbindliche Einführung einer DRG-Systems in den Krankenhäusern ab 2003/04 auch die ordnungspolitischen und finanzierungsrechtlichen Rahmenbedingungen fixiert werden. Dies gilt insbesondere für die damit verbundene Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung sowie die Sicherstellung der Krankenhausversorgung.

In den sächsischen Krankenhäusern haben die Vorbereitungen auf ein neues Vergütungssystem begonnen, zunächst insbesondere die Qualität der medizinischen Dokumentation betreffend.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Einbindung der Krankenhausärzte in betriebswirtschaftliche und betriebsorganisatorische Prozesse außerordentlich an Bedeutung gewinnen wird.

#### **Anforderungen an die Einführung des Qualitätsmanagementsystems – von der Selbstbewertung zur Akkreditierung**

Bericht: Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska  
Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In der Gesundheitsstrukturreform 2000 hat der Gesetzgeber zur Qualitätssicherung deutliche Akzente gesetzt. So sind zugelassene Krankenhäuser und weitere stationäre Einrichtungen dazu verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135 a SGB V). Damit ist die Frage danach, ob wir uns ein Qualitätsmanagement leisten können, überholt, vielmehr muss es nun heißen: „Können wir es uns leisten, kein Qualitätsmanagement zu haben?“ Doch die positive Beantwortung induziert als logische Konsequenz zwei weitere Fragen: Welches Qualitätsmanagement erfüllt die gesetz-

lichen Anforderungen, und welches Qualitätsmanagement ist für meine Einrichtung geeignet? Um Antworten hat sich eine Arbeitsgruppe der hessischen Krankenhausgesellschaft mit Unterstützung namhafter Experten bemüht und diese in einer Broschüre als „Orientierungshilfe für Krankenhäuser“ zusammengefasst. Hierin werden die derzeit in Deutschland gängigen Verfahren (EFQM-Modell, Joint Commission Akkreditierungs-Verfahren, KTQ, DIN EN ISO 9000-Familie) vergleichend nebeneinander dargestellt (<http://www.hkg-online.de>). So handelt es sich bei dem **EFQM-Modell** um ein Bewertungsverfahren, das bereits seit 10 Jahren der Beurteilung von Organisationen im Hinblick auf die von ihnen erbrachte Qualität dient. Es basiert auf einem Assessment (Selbstbewertungs)-Verfahren, dessen Ergebnisse in einem Qualitätsbericht zusammengefasst werden. Zu Grunde liegen zwei Gruppen von Einflussfaktoren – Befähiger und Ergebnisse – denen insgesamt neun Hauptkriterien mit zirka dreißig Subkriterien und weiteren Ansatzpunkten zugeordnet sind. Das EFQM-Modell ist das Verfahren mit der stärksten Ergebnisorientierung und dient vor allem dazu, eine Bestandsaufnahme in Stärken und Verbesserungsreichen vorzunehmen. Es ist nicht zur Zertifizierung und Akkreditierung vorgesehen, seine Stärke liegt im Erkennen von Versorgungsdefiziten. Die Alternative bietet das amerikanische Verfahren der **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**. Es ist ein über die Jahre für Gesundheitseinrichtungen entwickeltes Modell mit dem Ziel, die Qualität von Pflege und Behandlung durch die Bereitstellung der Möglichkeit zur Akkreditierung und damit verbundenen Hilfestellungen zu verbessern. Grundlage ist eine Selbstbewertung anhand vorgegebener Merkmale, die in einem strukturierten Qualitätsbericht zusammengefasst und durch den Besuch vor Ort auf Konformität überprüft werden. Vergleichbar ist das zur Zeit in der Pilotphase befindliche Verfahren der

**KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus**, eine Initiative des Verbandes der Angestellten Krankenkassen und der Bundesärztekammer mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern zu untersuchen und hierfür ein geeignetes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln. KTQ beinhaltet Elemente der JCAHO und stellt den Bezug zu den Befähigungskriterien des EFQM-Modells her. Es verbindet die Selbstbewertung mit einem strukturierten Qualitätsbericht und eröffnet die Möglichkeit der Fremdbewertung durch Visitoren im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens. Die bisherigen Modelle entsprechen Bewertungsmodellen. Die **DIN EN ISO 9000-Familie** hingegen ist ein prozessorientiertes Modell, das in seiner neuen Revision komplett überarbeitet wurde und sich nun sehr stark am EFQM-Modell orientiert. Dabei werden Qualitätsgrundsätze, Prozesse und Standards in einem Handbuch niedergelegt, und in einem Zertifizierungsaudit wird geprüft, ob die vorgegebene Norm erfüllt ist und ob sie der Realität entspricht. Es ist kein akkreditives Verfahren, sondern führt gegebenenfalls zur Zertifizierung. Während also die Zertifizierung das Audit beinhaltet, vereint die Akkreditierung das Audit mit dem Assessment.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf der Basis des Gesetzgebers verschiedene Möglichkeiten und Wege existieren, ein internes Qualitätsmanagement im Krankenhaus und vergleichbaren Einrichtungen einzuführen. Dabei ist bereits heute sicher, mit der Bewertung und Zertifizierung von Krankenhäusern werden zukünftig Milliarden verdient und auch Macht ausgeübt werden. Unabhängig davon, welches Verfahren sich in Deutschland durchsetzen wird, sind Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen jedoch gut beraten, mit dem Auf- und Ausbau eines internen Qualitätsmanagements spätestens jetzt zu beginnen. Dabei sollte Hauptziel nicht das Zertifikat

und die Plakette sein, sondern vielmehr die Darlegung der Qualität im Dienst des Patienten gemeinsam mit allen Mitarbeitern!

**Reanimationskurse in Sachsen – Sachstandbericht und praktische Übungen**

Bericht: Frau Dr. med. Kristina Kramer, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig

Jede Kette ist so gut oder so schlecht wie das schwächste Glied? Überträgt man diese Aussage auf die Rettungskette, muss man feststellen, dass in der BRD das erste Glied das Schwächste ist. 130.000 Menschen sind in der BRD vom plötzlichen Herztod betroffen, 20 – 30 % dieser Patienten hätten gerettet werden können, wenn mit den Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW) in den ersten drei Minuten begonnen worden wäre (nur vier bis sechs Prozent überleben). Die Ersthelfer können als der limitierende Faktor in der Rettungskette betrachtet werden. Das betrifft aber auch gleichermaßen alle praktizierenden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausärzte und das gesamte Pflegepersonal, die deshalb alle einmal jährlich ihre Fähigkeiten in HLW unter Beweis stellen sollten, eine Forderung, die SAFAR 1990 erhob.

Auf dem 3. Sächsischen Ärztetag 1993 wurde deshalb der Vorschlag zum obligatorischen Reanimationstraining für sächsische Ärzte aller Fachrichtungen von den Kammermitgliedern einstimmig angenommen. Die Sächsische Landesärztekammer kaufte für 70.000 DM Übungspuppen, die in folgende Zentren kamen: Aue, Bautzen, Freiberg, Görlitz, Hoyerswerda, Leisnig, Plauen, Torgau, Zwickau – mit eigenen Übungspuppen Leipzig, Dresden, Werdau.

Es wurde ein einheitliches Trainingsprogramm (8 Stunden) entwickelt und durch die Erarbeitung eines Curriculums kann eine Kompatibilität der Veranstaltungen von Aue bis Zwickau gewährleistet werden.

Das Curriculum liegt als Grünes Heft „Unterrichtsmaterialien, Seminar für Praktische Reanimationsübungen“, 2. überarbeitete Auflage (1998), vor.

In der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 07.10.1994 wurde die Reanimation unter § 10/5 aufgenommen.

Für das freiwillig zertifizierte Fortbildungsdiplom der Sächsischen Landesärztekammer erhielt der Reanimationslehrgang die höchste Punktzahl – 15 Punkte.

In diesen Kursen wird großer Wert auf das praktische Üben der HLW gelegt, gleichzeitig haben die Kollegen die

Möglichkeit, mit ihren eigenen Notfallmaterialien an der Puppe zu üben. Nach Absolvieren der Ausbildung erhält jeder Teilnehmer den Reanimationspass der Sächsischen Landesärztekammer.

Betrachtet man die Teilnehmerzahlen der Reanimationskurse, muss man eine rückläufige Tendenz feststellen, auch wurden Puppen-Sets von Freiberg, Görlitz, Plauen wegen mangelnder Teilnahme zurückgegeben.

Gesamtüberblick der Kurse „Praktische Reanimationsübungen“ der Sächsischen Landesärztekammer 1994 – 2000

Jahr	Teilnehmer	Kurse
1994	208	11
1995	580	31
1996	555	36
1997	444	25
1998	389	29
1999	345	19
2000	202	13
<b>Gesamt</b>	<b>2723</b>	<b>164</b>

Können es die Kollegen? Sicher gab und gibt es auch viele private Anbieter für die Ausbildung der Basismaßnahmen in Herz-Lungen-Wiederbelebung, aber unsere Devise ist, „**Sachsen rettet sich selbst, die Kollegen, die es können, bilden die anderen Kollegen aus!**“ Vielleicht muss unseren Kollegen auch noch ein-



Während der praktischen Ausbildung

mal klar gemacht werden, was seitens der Sächsischen Landesärztekammer geleistet worden ist – eine einheitliche, flächendeckende Ausbildung in HLW anzubieten – darum beneiden uns viele Notfallmediziner der alten Bundesländer.

Die Reanimationen fordern einen komplexen Handlungsablauf unter Zeitdruck, deshalb sind einheitliche Richtlinien für ein erfolgreiches Therapiekonzept unter den Ausnahmebedingungen des Herz-Kreislauf-Stillstandes notwendig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die praktischen Kenntnisse in HLW bei Ärzten bedenkliche Lücken offenbaren. Es besteht aber eine große Bereitschaft bei unseren Kollegen, ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet theoretisch und besonders praktisch zu verbessern. Die Voraussetzungen für eine flächendeckende, basisnahe Ausbildung der sächsischen Kollegen in HLW ist durch die Sächsische Landesärztekammer gewährleistet worden.

Durchgeführte Seminare „Praktische Reanimationsübungen“ der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 2000

Ort	Teilnehmer	Kurse
Dresden	60	4
Leipzig	71	4
Aue/Schwarzenberg	60	4
Zwickau	11	1
<b>Gesamt</b>	<b>202</b>	<b>13</b>

Möglichkeiten zur Verbesserung:

1. Bei jeder Facharztprüfung die HLW zu trainieren.
2. Bei allen Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer praktische Übung der HLW durchzuführen.

Die Teilnehmer der 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern führten von 14.00 bis 15.00 Uhr unter der Anleitung von Frau Dr. med. Kristina Kramer (Leipzig) und Herrn Dr. med. Christian Rudolph das Reanimationstrai-



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer trainiert

ning durch. Die vorgegebene Übungsnorm der Herz-Lungen-Wiederbelebung wurde nur von einigen Ärzten erreicht. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, dass wir Ärzte unsere Kenntnisse zur kardiopulmonalen Reanimation in Theorie und Praxis verbessern und die HLW praxisrelevant in Abständen trainieren müssen.

### Änderungen der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Dr. med. Stefan Windau  
Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer

Der 103. Deutsche Ärztetag im Mai dieses Jahres hatte auch Beschlüsse zur Novellierung der Muster-Berufsordnung gefasst. Nach ausführlicher Diskussion in den Ausschüssen Satzung und Berufsrecht sowie im Vorstand unserer Landesärztekammer wurden die in Köln angeregten Veränderungen im Entwurf zur Änderung unserer Sächsischen Berufsordnung umgesetzt. Der 23. Kammerversammlung im November 2000 wird dieser Entwurf zur Diskussion und als Beschlussvorlage zugeleitet werden. Einige Eckpunkte sollen hier skizziert werden. Gestützt und befördert durch die Tendenz bundesweiter Rechtssprechung, die das Recht des Patienten auf Information in den Vordergrund stellt, kommt es in der Berufsordnung zu einem – vorsichti-

gen – Paradigmenwechsel. Das alte Gebot der „unerlaubten Werbung“ wird relativiert im Sinne von „berufswidriger Werbung“. Werbung im Sinne von sachlicher Information wird einen breiteren Raum bekommen. Verboten ist die berufswidrige Werbung (im Sinne von anpreisend, irreführend und vergleichend). Auch bezüglich der Ankündigungsfähigkeit auf dem Praxisschild gibt es eine behutsame Öffnung. Folgende weitere Angaben, sofern die Voraussetzungen vorliegen, dürfen in Zukunft auf dem Praxisschild genannt werden:

- a) Zulassung zu den Krankenkassen
- b) „hausärztliche Versorgung“
- c) „Durchgangsarzt“ oder „D“-Arzt, „H“-Arzt
- d) „Dialyse“
- e) Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kapitel D Nr. 11
- f) Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass der Bundesgesetzgeber im SGB V § 76 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 festgelegt hat, dass die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung auf dem Praxisschild anzugeben ist. Mit der nun erfolgenden Umsetzung auch im Berufsrecht wird Allgemeinmediziner, praktischen Ärzten, hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten die Möglichkeit gegeben, diese „hausärztliche Versorgung“ berufsrechtskonform anzukündigen.

Die Darstellungsmöglichkeiten sachlicher Informationen in Anzeigen und Verzeichnissen sowie die Patienteninformation in den Praxisräumen und in den Computerkommunikationsnetzen werden erweitert. Analoges gilt auch für die Patienteninformation durch Praxisverbände, was mit Blick auf neue Strukturen der Versorgung erforderlich ist.

Im Einklang mit der Entwicklung auf Bundesärztekammerebene wird als Anhang zur Berufsordnung eine „Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ aufgenommen.

### Novellierung der Verfahrensgrundsätze zur Gestaltung des Vermittlungs-, Rüge- und berufsgerichtlichen Verfahrens nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz

Bericht: Dr. med. Andreas Prokop  
Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

Seit sechs Jahren konnten Erfahrungen bei der Bearbeitung berufsrechtlicher Angelegenheiten gesammelt werden. Leider war die erste Annahme, dass sich die Sächsische Landesärztekammer im Verlaufe der Jahre immer weniger mit solchen Angelegenheiten befassen müsse, falsch. Der Tätigkeitsbericht aus dem Jahr 1999 spricht eine andere Sprache. Wir müssen davon ausgehen, dass sich die „Fallzahlen“ noch erhöhen werden. Dabei sind die einzelnen Verfahren zum Teil sehr kompliziert.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die Verfahrensgrundsätze neu gestaltet.

Folgende Gremien befassen sich mit Arzthaftpflichtfragen und berufsrechtlichen Angelegenheiten:

- die Schlichtungsstelle
- die Kreisärztekammern
- der Ausschuss Berufsrecht
- der Vorstand

Vorwürfe wegen vermuteter fehlerhafter Behandlung werden an die Schlichtungsstelle weitergeleitet und dort bearbeitet.

Patientenbeschwerden über den „falschen Ton“ des Arztes, unterlassene Hausbesuche sowie Auseinandersetzungen zwischen Ärzten werden im Vermittlungsverfahren durch die Kreisärztekammern durchgeführt, soweit nicht erhebliche Verstöße vorliegen. Alle anderen Vorgänge werden im Ausschuss Berufsrecht bearbeitet und für den Vorstand entsprechende Beschlussvorlagen vorbereitet. Innerhalb eines Rügeverfahrens wird das Mitglied angehört (schriftliche Stellungnahme). Anhand dieser Stellungnahme empfiehlt der Ausschuss Berufsrecht dem Vorstand, das Rügeverfahren durch Er-



Dr. Andreas Prokop

teilung einer Rüge abzuschließen oder, bei Schuldlosigkeit des Mitglieds, das Verfahren ohne Rügeerteilung einzustellen. Beim Vorliegen nicht nur geringer Schuld empfiehlt der Ausschuss Berufsrecht dem Vorstand die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens.

Am Ende der 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern bedankte sich der Präsident, Herr Professor Dr. Jan Schulze, „für die rege Diskussion und für viele gute Anregungen, die wir uns wechselseitig wieder gebracht haben“. Herr Professor Dr. Schulze wünschte am späten Sonnabendnachmittag allen Teilnehmern der Tagung noch ein schönes Restwochenende und eine gute Heimfahrt. klug

### Bekanntgabe der Termine für die Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern 2001

16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern  
Sonnabend, 31. März 2001

17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern  
Sonnabend, 22. September 2001

### 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 Dietrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Prof. Dr. Jan Schulze  
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

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

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH  
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig  
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig  
Telefon (03 41) 67 87 70, Fax (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

Herstellungsleitung: 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 Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.



## Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Podiumsdiskussion  
14. Oktober 2000

Am 14. Juli 1999 wurde das „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ gegründet. Die Aufgabenstellung an alle 30 Partner des Bündnisses war 1999 die Kritikpunkte der Gesundheitsreform 2000 aufzudecken und im Jahr 2000 konsentrierte Lösungswege für eine künftige Gesundheitspolitik unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Behinderten- und Patientenverbände zu entwickeln.

**Die Podiumsdiskussion am 14. Oktober 2000 war der bisherige Höhepunkt des Zusammenwirkens der 30 Bündnispartner.**

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, begrüßte die Vertreter der Politik: Frau Christa Reichard (CDU), Mitglied des Deutschen Bundestages; die Mitglieder des Sächsischen Landtages Frau Dr. Marlies Volkmer (SPD), Frau Kerstin Nicolaus (CDU), Herr Dürrschmidt (PDS); Herrn Dr. Klaus Deubel, 1. Bürgermeister der Stadt Dresden; Herrn Werner Nicolay und Herrn Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie; Herrn Dr. Kristian Reinhold, Gesundheitspolitischer Sprecher, FDP Sachsen; Frau Gudrun Zabel, Regierungspräsidium Dresden; die Vertreter der Kassen Herrn Hans-Peter Marr, Leiter der Landesvertretung VdAK und Herrn Bernd Spitzhofer, Landesrepräsentant des BKK-Landesverbandes Ost; Herrn Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen; die Vertreter der Bündnispartner des „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ und die Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer.

Das von allen Bündnispartnern erarbeitete Positionspapier und die Statements werden im vollen Wortlaut allen sächsischen Ärzten, der Politik, den Kassen und den Bürgern Sachsens zur weiteren konstruktiven Diskussion dargestellt.



### Positionspapier Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung

#### I. Präambel

Die Entwicklung des medizinischen Fortschritts erweitert das Diagnostik-, Therapie- und Betreuungsspektrum aller Heilberufe. Damit verbunden ist die Steigerung des Lebensalters, der Lebensqualität, aber auch der höhere Anspruch des aufgeklärten Patienten an Diagnostik, Therapie und Betreuung seiner Erkrankungen.

Die Beitragssatzstabilität begrenzt willkürlich die finanziellen Ressourcen der gesetzlichen Krankenkasse. Deshalb müssen folgende Fragen zugelassen werden:

- Welche medizinischen Leistungen sollen in Zukunft finanziert werden?
- Inwieweit muss der Patient in seiner Verantwortung mit eingebunden werden?

Die „ausreichende, zweckmäßige und notwendige“ Diagnostik, Therapie und Betreuung ist durch die Solidargemeinschaft in hohem Umfang zu tragen. Die

Versicherten und die Patienten müssen jedoch das Recht haben, ihre Gesundheitsziele festzulegen und die Art der Diagnostik, Therapie und Betreuung nach Absprache mit dem Behandler in Eigenverantwortung zu variieren. Dabei darf ihm der Grundanspruch seiner Versicherungsleistung nicht verloren gehen. Es ist eine Neubestimmung von Eigenvorsorge, Subsidiarität und Solidarität herzustellen.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 favorisiert ein System der Finanzierung von medizinischen Leistungen nach:

1. Vollfinanzierte Basisleistung durch die Krankenversicherung.
2. Mischfinanzierte Leistungen durch Krankenversicherung und Patienten.
3. Eigenfinanzierte Leistungen durch die Patienten.

Die Eigenverantwortung der Patienten ist insbesondere bei seinem Präventionsbemühen zu fördern. Die Heilberufler werden ihn bei diesen Bemühungen aktiv unterstützen. Die Leistungserbringer müssen sich hier wie in anderen Bereichen auf eine veränderte Rolle des Patienten im Gesundheitssystem einstellen. Eine notwendige Strukturreform im Gesundheitswesen darf sich deshalb nicht an der gewohnten Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Vergangenheit orientieren, sondern muss sich durch eine neue Systematik den Anforderungen der Zukunft stellen.

## **II. Analyse der Situation 10 Jahre nach Wiederherstellung der deutschen Einheit**

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 gründete sich am 14. 7. 1999 in Folge der absehbaren tiefen Einschnitte in der Versorgung der Patienten durch die geplante Gesundheitsreform der Rot-Grünen-Koalition.

Im Bündnis schlossen sich 30 Kammern und Vereinigungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie Verbände, Krankenhausgesellschaft und Pflegeberufe, die

alle im Dienste der Patienten tätig sind, und Patientenvertretungen zusammen.

Fehleinschätzungen des Gesetzgebers sowie verfehlte planwirtschaftliche Lösungsansätze im letzten Reformvorhaben haben den medizinischen Wirtschaftszweigen geschadet. Die favorisierte Budgetpolitik ist nicht nur existenzgefährdend für die Heilberufe, sondern richtet sich vor allem gegen die Interessen der Patienten, die eine umfassende medizinische Betreuung erwarten.

Die Ursache der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen liegt vorwiegend in der Dynamik des medizinischen Fortschrittes. Dieser wird von der Gesellschaft dankbar aufgenommen.

Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung in den Industrienationen ist auf diesen Fortschritt 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 bewertet und begrüßt. In der Gesundheitspolitik wird in Folge fehlerhafter Denkansätze dieser Entwicklung mit Deckelung der Finanzen begegnet. Das führt zur Mangelversorgung, Rationierung und zur Qualitätseinbuße in der medizinischen Betreuung.

Das Wachstum der finanziellen Basis der GKV bleibt durch Dauerarbeitslosigkeit, Verschiebungen der Einkommensarten und dem demographischen Wandel aus. Zusätzlich wird die Einnahmensituation der GKV durch weitere Eingriffe der Politik geschwächt:

1. Mindereinnahmen der GKV für Empfänger von Arbeitslosenhilfe.
2. Krankengeldnachzahlungen wegen nicht berücksichtigter Einmalzahlungen (Urteil des Bundesverfassungsgerichtes).
3. Die zum 30. September 2000 zu erwartende erneute Wanderungsbewegung der GKV-Versicherten zu Gunsten von gesetzlichen Krankenversicherungen mit geringen Beitragssätzen.

4. Mittelfristig, spätestens langfristig zu erwartende Verringerung der Beitragseinnahmen bei Absenkung des Rentenniveaus.

Das Anliegen des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000 ist es, unter Beibehaltung des Solidarprinzips zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Armen und Reichen, den Patienten eine qualitativ hochwertige, nach individuellen Gesundheitszielen ausgerichtete medizinische Versorgung zukommen zu lassen.

## **III. Ziele und Lösungswege für eine Reform aus der Sicht des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen**

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Wurzeln in der Absicherung einer unbedingt erforderlichen medizinischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Bevölkerungsschichten.

Bei der Rückbesinnung auf dieses Prinzip sind alle Bürger Deutschlands verpflichtet, eine Versicherung für eine Basisversorgung medizinischer Leistungen abzuschließen. Über die Basisversorgung hinausgehende Leistungen werden von Versicherten und Patienten in eigener Verantwortung gewählt.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 schlägt eine Einteilung der medizinischen Leistungen in drei Kategorien vor:

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

Der Umfang der Basisversorgung wird vom Gesetzgeber festgelegt. Der Versorgungsbedarf wird auf der Basis von Gesundheitsberichterstattungen und Morbiditätsanalysen erfasst.

Die Finanzierung der im Basiskatalog enthaltenen Leistungen muss versicherungstechnisch in Form von leistungsgerechten Vergütungen gewährleistet werden.

Alle Krankenversicherungen – Aufhebung der Trennung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung (PKV) – stellen die Basisleistungen dem Versicherten zu gleichen Bedingungen zur Verfügung. Jede Krankenversicherung ist verpflichtet, im Rahmen des Basiskataloges den Versicherten aufzunehmen (Kontrahierungszwang). Das Morbiditätsrisiko und die damit verbundenen finanziellen Belastungen trägt ausschließlich die Versicherung.

Alle über den Basiskatalog hinausgehenden Leistungen müssen eigenverantwortlich durch den Patienten abgesichert werden. Hier sind Zusatzversicherungen oder Eigenbeteiligungsmodelle vorstellbar.

Die zunehmende Differenzierung von Behandlungsalternativen verstärkt die Notwendigkeit, dem Betroffenen eine autonome Auswahl unter den Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Nur der Versicherte selbst kennt seine individuellen Verhältnisse und kann beurteilen und entscheiden, welche Behandlungsmethoden er in Anspruch nehmen will und kann.

Eine wichtige Rolle spielt die Prävention und Rehabilitation bei der Zuordnung von Leistungsbereichen zum Basis- bzw. Wahlleistungskatalog.

Versicherungstechnisch sind Anreize für prophylaktische Verhaltensweisen zu schaffen. Ziel einer Gesundheitsreform muss es sein, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken. Für ein Gesundheitswesen, das nicht auf staatlicher Reglementierung, sondern auf Eigenverantwortung und Vorsorge des mündigen Bürgers basiert, gelten folgende Punkte:

- Zugang zur optimalen medizinischen Versorgung.
- Freie Wahl unter den Leistungsanbietern des Gesundheitsmarktes.
- Freie Arzt- und Klinikwahl.
- Therapiefreiheit durch die Heilberufe.
- Niederlassungsfreiheit medizinischer Berufe.
- Freie Wahl der Krankenversicherung.
- Wettbewerbsfreiheit unter den Krankenversicherungen.

Im Bereich der mischfinanzierten Leistungen sind Krankenversicherungen frei im Wettbewerb um die Versicherten. In diesem Bereich besteht Vertragsfreiheit. Dem Kostenerstattungsprinzip wird hier Vorrang gegeben. Dieses ermöglicht die freie Entscheidung des Patienten über seine Therapie ohne Verlust auf den Anspruch seiner zugesicherten Versicherungsleistung. Weiterhin bietet das Kostenerstattungsprinzip weit mehr Transparenz als ein anonymes Sachleistungsprinzip.

Eine verantwortungsbewusste Entscheidung seitens des Patienten beinhaltet auch die Kenntnis der durch ihn ausgelösten Kosten. Dem Versicherten muss in jedem Falle klar sein, ob und in welcher Höhe ihm in einer vorgegebenen Befundsituation eine Kostenerstattung seitens der Versicherung zur Verfügung steht. Der Bedarf an medizinischen Leistungen wächst kontinuierlich durch:

- Innovationen in der Medizin.
- Multimorbidität der Bevölkerung.
- Demographische Entwicklung.

Dieser Wachstumsmarkt muss gesamtökonomisch erschlossen und darf nicht staatlich begrenzt werden.

Durch die Selbstverwaltungsgremien ist jedoch sicher zu stellen, dass die angebotenen Leistungen den notwendigen Qualitätskriterien entsprechen. Da es in der Medizin keine starren Richtlinien für den Einzelfall gibt, müssen Handlungskorridore für die im Gesundheitswesen Beteiligten aufgezeigt werden. Hierbei können Leitlinien eine wesentliche Hilfe bei dem qualitätsorientierten Handeln durch den Heilberufler darstellen. Im Übrigen besteht schon heute ein umfassendes Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten. Es ist und bleibt Auftrag und Ziel der Heilberufler, die medizinische Sicherstellung für die Bevölkerung in zeitgemäßen, kooperativen Betreuungsstrukturen und bei bestmöglicher Qualität zu realisieren.

Die Qualitätssicherung bedarf notwendiger Voraussetzungen (voraussetzungs-

orientierte Qualitätssicherung). Die Qualität kann nur sichergestellt werden durch eine Vergütung medizinischer Leistungen nach betriebswirtschaftlich kalkulierten Beträgen.

Die Kosten für eine hochwertige medizinische Versorgung sind durch betriebswirtschaftliche Parameter bestimmt und nicht der Beliebigkeit politischer Zielsetzungen unterstellt.

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

Sächsische Landesärztekammer

#### **Bündnispartner des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000**

- 1 Sächsische Landesärztekammer
- 2 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
- 3 Sächsische Landesapothekerkammer
- 4 Sächsischer Apothekerverband e. V.
- 5 Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
- 6 Sächsische Landes Zahnärztekammer
- 7 Sächsische Krankenhausgesellschaft e. V.
- 8 Marburger Bund, Landesverband Sachsen
- 9 Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten
- 10 Verband Physikalische Therapie, Landesgruppe Sachsen
- 11 Sächsischer Heilbäderverband e. V.
- 12 Zahntechnikerinnung Westsachsen
- 13 Zahntechnikerinnung Dresden-Leipzig
- 14 Landesinnungsverband Orthopädieschuhtechnik Sachsen
- 15 Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen
- 16 Hartmannbund – Landesverband Sachsen und Sachsen-Anhalt
- 17 NAV-Virchow-Bund
- 18 Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen e. V.
- 19 Gesellschaft ambulante Krankenpflege e. V.

- 20 bpa Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulante Dienste e. V.
- 21 Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Sachsen e. V. – LAG
- 22 Vertragsärztliche Vereinigung Sachsen e. V.
- 23 Sächsischer Pflegerat
- 24 Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaften Sachsen e. V.
- 25 Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e. V.
- 26 ÖTV Gesundheitswesen
- 27 Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.
- 28 VDB – Physiotherapieverband e. V., Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
- 29 Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V. im BDA Deutschlands e. V.
- 30 ABVP Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege e. V., Regionalgeschäftsstelle Ost

#### Statements der Bündnispartner

#### Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Der Zusammenschluss medizinischer Leistungserbringer im Bündnis Gesundheit 2000 ist eine notwendige Angelegenheit zur Durchsetzung der standes- und gesundheitspolitischen Interessen gegen Rot-Grün.

Es darf als selbstverständlich gelten, dass die einzelnen Interessenvertreter hier unterschiedliche Probleme sehen und unterschiedliche Marschrichtungen vorgeben. Gewissermaßen einen Sonderweg sind die Sächsischen Verbände – Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V. und das Aktionsbündnis der Psychotherapeuten – gegangen, die zu einer gemeinsamen Aktionswoche mit Praxisschließungen aufgerufen hatten. Dies wurde durch die ärztlichen Körperschaften unterstützt.

Diese Aktionswoche, an der sich rund 4.000 Vertragsärzte im unterschiedlichen



Dr. Stefan Helm, Dr. Holger Weißig, Prof. Dr. Jan Schulze, Manfred Stütting – Moderator, Dr. Hans-Jürgen Hommel, Louise Schumann, Hans Knöll, Dr. Diethard Sturm (v.l.n.r.)

Umfang beteiligt hatten, ist als voller Erfolg zu bezeichnen und lässt sich voll in das Programm des Bündnisses Gesundheit 2000 eingliedern.

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wurde zum ersten Male durch Herrn Staatssekretär Jordan, Bundesgesundheitsministerium, die Konzeption der rot-grünen Regierung umrissen:

Die Honorarverschiebung zu Gunsten der Hausärzte wird vom Regierungsbündnis getragen, die damit verbundene Leistungsminimierung der Fachärzte ist erwünscht, Praxisschließungen unter ökonomischem Druck durchaus gewollt und einprogrammiert. Rettungskonzepte seien nicht erforderlich, da jeder Freiberufler solche Risiken zu tragen hätte.

Weiter bestehen die Vorwürfe der Politik fort der unwirtschaftlichen Arbeitsweise, der Veranlassung von unnötigen bzw. doppelten Untersuchungen. Weiterhin wurde von oberster Seite festgestellt, die Vergütung der Ärzte im Osten sei gut, fast zu gut. Auch der Arzneimittelregress wurde als der einzige mögliche Weg gesehen. Die Angleichung der Rechtskreise Ost/West werde in 7 Jahresstufen erfolgen, wobei nicht gesagt wurde, wann der zeitliche Beginn liegt.

Anhand von Zahlenmaterial wird im Nachhinein die Aktionswoche der sächsischen Vertragsärzte begründet.

Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel  
Vorsitzender des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

#### Sächsische Zahnärzte

Immer offenkundiger wird, eine Vollkaskoversicherung aller Therapiespektren kann die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft nicht mehr leisten.

Die Zahnärzte verweisen deshalb seit nunmehr über zehn Jahren auf die ordnungspolitische Alternative zum bestehenden Sachleistungssystem. Das Konzept lautet Vertrags- und Wahlleistung. Wir sprechen uns für das Selbstbestimmungsprinzip in der gesetzlichen Krankenkasse aus. Die Zahnärzte können hier eine Vorreiterrolle besetzen, da Zahnerhaltung in besonders starkem Maße durch die Mitarbeit des Patienten geprägt ist.

Unaufschiebbar Maßnahmen gehören in der Zahnheilkunde zur absoluten Seltenheit, Therapien werden langfristig geplant, der Patient kann seine Entscheidung eigenverantwortlich nach umfassender Aufklärung treffen. Ihm steht es offen, eine Zweitmeinung durch die Beratung einer anderen Instanz oder eines weiteren Fachkollegen einzuholen.

Die Erhaltung des Kausystems unterliegt bis auf wenige Ausnahmen keinem Schicksal, sondern kann durch Prophylaxe und Prävention seitens des Patienten eigenverantwortlich nachhaltig unterstützt werden. Weiterhin ist festzuhalten, bei ein und dem selben Befund gibt es sehr unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten unter dem Gesichtspunkt von Komfort und Ästhetik.

Deshalb sehen wir keine Notwendigkeit

einer solidarisch vollfinanzierten Therapie aller Behandlungsformen.

Wie sieht das **Konzept der Vertrags- und Wahlleistung** konkret aus:

- Der Patient hat Zugang zu einer notwendigen umfassenden Diagnostik.
- Die erkannte klinische Situation stellt den Befund dar.
- Der Patient bekommt befundorientierte Festzuschüsse seiner Kasse.
- Das mit dem Festzuschuss zu erzielende Behandlungsergebnis ist die Wiederherstellung von Kaufunktion, Phonetik und einer Mindestanforderung an Ästhetik.
- Darüber hinausgehende Therapievarianten unterliegen der eigenverantwortlichen Finanzierung durch den Patienten.

Notwendige Voraussetzung für die Umsetzung einer solchen Systematik von Festzuschüssen ist die Einführung von Kostenerstattung. Sie ergibt die notwendige Transparenz und garantiert die Therapiefreiheit bei freier Arztwahl.

Ein derartiges Konzept birgt erhebliche **Vorteile** in sich:

- die Politik kann den Umfang notwendiger Leistungen vorgeben
- das Konzept ermöglicht den Abbau von Bürokratie und Verwaltungsaufwand durch die eigenverantwortliche Kontrolle seitens des Patienten
- es besteht freie Wahl unter den medizinischen Heilberufen
- das Konzept erzieht zu einer bewussteren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Vertrags- und Wahlleistung beinhaltet das Selbstbestimmungsrecht bei der Therapiewahl
- der Patient behält den gleichen Leistungsanspruch bei unterschiedlichem Therapieniveau
- die Weiterentwicklung innovativer Therapien wird gefördert
- die Krankenkasse kann durch die Höhe der Festzuschüsse ihren Haushalt steuern.

Das Konzept der Zahnärzte lässt sich in die beschriebenen Ziele des Bündnisses Gesundheit Sachsen voll integrieren.

Bewusst der Tatsache, dass die Vorreiterrolle immer die Auseinandersetzung mit dem traditionell Bewährten bedeutet, stellen wir Zahnärzte uns bewusst der Herausforderung, zukunftsweisende Wege innerhalb der Sozialversicherung zu beschreiten.

Wir erneuern unsere Bereitschaft, an einer wirklichen Strukturreform aktiv mitzuwirken.

Dr. Holger Weißig  
Stellv. Vorsitzender Kassenzahnärztliche  
Vereinigung Sachsen  
Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung

## **Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e. V. Landesverband Sachsen e. V.**

Bekanntlich hat alles seine 2 Seiten, so auch die Verabschiedung der Gesundheitsreform 2000 – sie hat die unterschiedlichsten Gesundheitsberufe im Bündnis Gesundheit 2000 zusammengeführt.

Seit der Gründung des Bündnisses Gesundheit 2000 in Sachsen sitzen wir mit Verbänden und Körperschaften der Ärzte, Zahnärzte, der Fachberufe, der Behinderten und Patienten an einem Tisch und beraten Kritikpunkte an der Gesundheitsreform 2000 und suchen nach Lösungs-

wegen für eine künftige Gesundheitspolitik. Wir haben eine Plattform gefunden, die es uns ermöglicht, unsere Probleme zu artikulieren, aber uns war ebenso wesentlich, die Probleme der anderen zu hören. Wir erkannten, dass nur ein gemeinsames Handeln aller im Gesundheitswesen Beschäftigten zu einem angemessenen Ziel führen kann.

Deshalb war es zunächst für die verschiedenen Berufsverbände der Physiotherapeuten in Sachsen notwendig, einen gemeinsamen Nenner zu finden, der es uns möglich macht, miteinander die Interessen unseres Berufsstandes zu vertreten.

Wir führten zunächst eine Situationsanalyse durch.

- Was haben wir in 10 Jahren berufspolitischer Arbeit erreicht?
- Welche Auswirkungen hat die Budgetierung von Heilmitteln auf die Entwicklung?
- Welche Lösungswege sehen wir als möglich an?

Durch ein breitgefächertes Fort- und Weiterbildungsangebot im Anschluss an die Ausbildung haben wir das fachliche Wissen und Können, das heißt die fachliche Kompetenz der Berufskollegen, deutlich angehoben und erweitert und die Voraussetzungen für die Qualität der Behandlung vergrößert.

Durch das Bemühen um eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten konnte Einfluss auf das Ordnungsverhalten genommen werden, was sich in der Frequenzstatistik deutlich niederschlägt. Ärzte wissen, das unser therapeutisches Spektrum weit über Packungen und Massagen hinausgeht und sie verordnen nach therapeutischer Wirksamkeit. Welchen Einfluss nimmt die Budgetierung von Heilmitteln auf diesen positiv verlaufenden Entwicklungsprozess?

Erlaubt sei der Hinweis, „dass Voraussetzung für den Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 32 SGB V allein die Verordnung durch einen an der vertrags-

ärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nach § 73 Abs. 2, Nr. 7 SGB V ist.“ Somit ist der Arzt allein in Verantwortung genommen, über die Notwendigkeit der Verordnung von Heilmitteln zu entscheiden, das Budget ohne Kenntnis des Ordnungsverhaltens aller Arztkollegen einzuhalten und Regressandrohungen hinzunehmen.

Das Ordnungsverhalten widerspiegelt die enormen Widersprüche, denen Ärzte ausgesetzt sind.

Die Kontinuität der Ordnungen ist unterbrochen. Ordnungsspitzen finden sich am Anfang jedes Quartals ebenso wie im Vergleich 1. zum 4. Quartal. Es wird weniger oder gar nicht verordnet. Die Ordnungsmenge unterschreitet die therapeutische Wirksamkeit. Bei der Wahl des Heilmittels wird weniger nach Notwendigkeit als nach wirtschaftlich machbar entschieden. Von einer optimalen Versorgung der Patienten mit Heilmitteln kann deshalb nicht mehr die Rede sein. Selbstverständlich hat das auch Auswirkungen auf die physiotherapeutischen Praxen, die Arbeitsverdichtung nimmt weiter zu, Stellen werden abgebaut und der verstärkte finanzielle Druck beeinträchtigt die Qualität.

Das alles hat sowohl bei den verordnenden Ärzten, als auch bei den Leistungserbringern und vor allem bei den Patienten zu Verdrossenheit geführt.

Deshalb ist das Nachdenken aller an diesem Prozess Beteiligten zwingende Notwendigkeit.

Wir unterstreichen deutlich, dass die Fragen

- Welche medizinischen Leistungen sollen in Zukunft finanziert werden?
- Inwieweit muss der Patient in seiner Verantwortung mit eingebunden werden? zugelassen und beantwortet werden müssen.

Mit unseren Vorschlägen folgen wir Physiotherapeuten dem System der Einteilung der Finanzierung von medizinischen Leistungen des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000:

1. Vollfinanzierung der Leistungen der Physikalischen Therapie wie sie im erarbeiteten, aber noch nicht umgesetzten Indikationskatalog vorgegeben sind.

Entsprechend der Diagnose und der vorgefundenen Schädigung beziehungsweise Funktionsstörung wird das Ziel der Physikalischen Therapie formuliert, die Wahl des Heilmittels oder der Heilmittelkombination und die therapeutisch wirksame Ordnungsmenge vorgegeben. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten wird eingefordert. Somit ist ein Anhalt für die „ausreichende, zweckmäßige und notwendige“ Therapie gegeben, die von der Solidargemeinschaft getragen werden soll.

2. Mischfinanzierungen durch Versicherung und Patienten sind dann möglich, wenn die Vorgaben des Indikationskatalogs erfüllt sind, der Patient aber eine Fortsetzung oder Erweiterung wünscht.

3. Die eigenfinanzierten Leistungen des Patienten werden sich besonders auf den Präventivbereich und die Gesundheitsförderung beziehen wie zum Teil bereits praktiziert.

Nach unserer Auffassung bietet ein in dieser Form angedachtes System die Voraussetzungen, dass das Prinzip der Solidargemeinschaft bei Vergrößerung der Eigenverantwortung der Patienten erhalten bleiben kann.

Louise Schumann  
Zentralverband der Physiotherapeuten/  
Krankengymnasten (ZVK) e. V.  
Landesverband Sachsen e. V.

## **Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V.**

### ***Patientenorientierte Medizin erfordert Zusammenarbeit und Finanzierung***

Steht der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitswesens, oder steht er nur im Weg?

Ein patientenorientiertes Gesundheitswesen erfordert die Definition von Gesundheitszielen, die Beschreibung der möglichen Wege zur Erreichung der

Gesundheitsziele und eine für die Verwirklichung dieses Weges ausreichende Finanzierung.

Gesundheitsziele müssen von den Betroffenen, also von der Gesellschaft beziehungsweise den Versicherten als Ganzes definiert werden.

Gegenwärtig bedarf es aber erst einmal der Zielbestimmung der Gesundheitspolitik selbst, die aufbauend auf der Gesellschaftsprognose der nächsten 50 Jahre (vor allem der demografischen Prognose) und der Analyse der Morbidität der Gegenwart das Notwendige und Machbare definieren muss. Von dieser Zielstellung können die Zwischenschritte sowohl in der Aufgabe, der Struktur als auch in der Finanzierung und Umsetzung konzipiert werden. Dabei müssen Abweichungen von dieser Prognose ständig beobachtet und die Ziel- und Prozessmarker angepasst werden.

Aus Gesprächen mit Patientenverbänden wissen wir, dass Lebensqualität wichtiger ist und den Vorrang vor Lebensdauer hat. Ebenso wissen wir, dass bei chronischen Krankheiten ein Patientenanliegen ist, mit der Krankheit leben zu lernen, als um jeden Preis gegen die Krankheit zu kämpfen. Alter schließt Gebrechen und Behinderung ein, dieses Leben will bewältigt sein. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die wirtschaftlichen Anreize müssen sich an diesem Ziel der Gesellschaft messen. Das ist zur Zeit nicht gegeben.

Über die persönlichen Gesundheitsziele verfügt der Patient selbst, zum Beispiel mit einem Patiententestament oder mit der aktuellen Festlegung beim Arztbesuch im Krankheitsfall. Das schützt ihn vor Überbetreuung, aber es macht auch sein Anliegen deutlich. Vom gesellschaftlichen Konsens abweichende Ziele dürfen die Gesellschaft nicht belasten. Jeder trägt Verantwortung für sich selbst. Dieser Prozess ist zur Zeit politisch unterentwickelt und wird unzureichend angeregt und unterstützt. Besonders die Gesunderhaltung wird ungenügend gewürdigt. Die Reparaturmedizin fördert

geradezu die Risikobereitschaft für Gesundheitsschäden.

Das Erreichen des Gesundheitszieles erfordert vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Wesentlichen Anteil hat die Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfe als Basis der Gesunderhaltung und Bewältigung von Krankheit. Selbsthilfe ist konsequent zu fördern. Selbsthilfe ist nicht auf Hilfe gegen Defizite des Gesundheitswesens zu reduzieren, etwa bei Behandlungsfehlern. Selbsthilfe hat eine hohe Kompetenz zur Umsetzung von Bewältigungsstrategien und ist die kostengünstigste Betreuungsform. Niemand kann Kranke emotional besser verstehen und beraten als Kranke.

Die Arbeit der Gesundheitsberufe erfordert Koordination und Kooperation. Deshalb steht dem Patienten der Hausarzt als lebensbegleitender Betreuer und als Koordinator aller Gesundheitsberufe zur Seite. Die spezialisierte ambulante Betreuung, die stationäre Betreuung und die anderen Heilberufe werden entsprechend der Notwendigkeit für das Erreichen des Gesundheitszieles in Anspruch genommen. Die Koordination schränkt die freie Arztwahl nicht ein, sondern sichert die wechselseitige Information und die Abfolge der Maßnahmen entsprechend den medizinischen und sozialen Erfordernissen.

Die Integration der Gesundheitsberufe dient der optimalen Betreuung der Kranken und Behinderten, nicht einer vordergründigen Kostendämpfung. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird in Leitlinien unter Mitarbeit aller Beteiligten, auch der Patientenvertreter, vereinbart. Leitlinien beschreiben Handlungskorridore sowie eine Rangordnung von Maßnahmen zur Erreichung des jeweiligen Therapieziels, sie lassen aber Spielräume für mögliche Alternativen bei unbegehrtem Hauptweg. Die Ausgrenzung von Alternativen wird der Vielfalt der Patientenprobleme und Patientenbedingungen nicht gerecht. Durch die Einbeziehung der Patientenvertreter sind

die Interessen der Versicherten besser gewahrt als durch die Krankenkassen, da letztere mehr unter dem Druck der Nettozahler stehen.

Die Solidargemeinschaft versteht sich auch als Solidargemeinschaft der Versicherten untereinander. Gegenwärtig droht ein Widerspruch zwischen Nettozahlern und Nettoempfängern, der von der Politik und den Krankenkassen für Wettbewerbszwecke missbraucht wird und sowohl den Versicherten wie auch den Leistungserbringern Schaden zufügt. Das drückt sich zum Beispiel in den Diskussionen um Budgets, um Zuzahlungen und Beitragshöhen aus.

Die Versicherten müssen neben den Rechten des Patienten auch die Pflichten selbst definieren, um einen Missbrauch der Solidargemeinschaft auszuschließen. Dazu gehört unter anderem die Einschränkung der Chipkarte gegenüber unkoordinierter Inanspruchnahme, die die Finanzierung gefährdet. Dazu gehört auch die eigenverantwortliche spezielle Versicherung bei speziellen, vom Versicherten selbst beeinflussbaren Risiken wie zum Beispiel Genussmittelmisbrauch, risikofolle Sportarten und das Risiko im Straßenverkehr.

Erreichen der Gesundheitsziele erfordert die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft. Das Kostenerstattungsprinzip führt dabei zur Transparenz und gleichzeitigen Kontrolle der Leistungserbringer zur ordnungsgemäßen Rechnungslegung. Die Kostenerstattung darf andererseits den Versicherten nicht unzumutbar belasten. Die Solidargemeinschaft muss festlegen, welche Risiken gesondert außerhalb der Solidargemeinschaft der Allgemeinen Krankenversicherung zu versichern sind. Sie muss auch die Anspruchsberechtigung innerhalb der solidarischen Finanzierung und deren Grenzen definieren. Nur innerhalb der medizinischen Indikationsstellung entscheiden die zuständigen Gesundheitsberufe, aber nicht in einem Zwiespalt von Leistungsrecht und Finanzierung.

Jede Störung des Vertrauensverhältnisses

und der Kooperation verschlechtert die Finanzgrundlagen des Systems. Die Vertrautheit, die „Droge Arzt“ ist wirksame Kostendämpfung. Misstrauen des Patienten etwa in die ausreichende Arzneimittelversorgung, wie sie durch unzureichende Budgets ausgelöst werden, führen zur mehrfachen Inanspruchnahme ohne Nutzen für das Erreichen des Gesundheitszieles, sondern mit Erhöhung des Gesamtaufwandes durch Ausweichbewegungen zwischen den Sektoren. Auch Zweitmeinungen müssen koordiniert sein.

Falsche Anreize bei den Leistungserbringern führen zum Festhalten des Patienten und damit zur Störung des kooperativen Zusammenwirkens. Kooperation muss prinzipiell belohnt werden. Dazu bedarf es der politischen Rahmenregelungen. Qualität ist immer Ergebnis der Qualität des Zusammenwirkens bei der Betreuung, der Aus-, Weiter- und Fortbildung und der Sicherung der Qualität der eigenen Leistungserbringung. So muss auch die Qualitätssicherung miteinander und nicht über den anderen erfolgen.

Gegenwärtig werden die Betreuungsergebnisse durch politisch veranlasste Konflikte zwischen den Beteiligten beeinträchtigt. Eine Änderung ist nicht durch Appelle erreichbar, sondern nur durch einen Grundkonsens. Gesundheitspolitik ist gegen die Gesundheitsberufe ebenso wenig machbar wie gegen die Betroffenen.

Dr. med. Diethard Sturm  
Vorsitzender des Sächsischen Berufsverbandes  
der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V.

## Sächsische Apotheker

### *Abschaffung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets*

Die Arznei- und Heilmittelbudgets haben sich als untauglich für eine rationale Versorgung der Patienten herausgestellt:

- Sie sind ungerecht sowohl gegenüber den Patienten als auch den Ärzten.
- Sie sind unwirtschaftlich, da sie Innovationen behindern, preisgünstige am-

bulante Behandlungsformen gegenüber anderen Leistungsformen diskriminieren und zum Ausweichen (Krankenhauseinweisung/Krankschreibung) auf nicht budgetierte Leistungen führen.

■ Sie sind unpraktikabel, weil für die Budgetfestsetzung, die Budgetanpassung und die Budgetüberwachung keine zeitnahen und verlässlichen Daten bereitstehen.

Die Apotheker fordern deshalb, die derzeitigen Regelungen durch ein System von budgetablösenden Richtgrößen zu ersetzen, in das ausnahmslos alle ärztlich veranlassten Leistungen einbezogen werden.

Hans Knoll  
Präsident der  
Sächsischen Landesapothekerkammer

## Krankenhausgesellschaft Sachsen

### *Krankenhausbereich als Wirtschaftsfaktor und Wachstumsbranche*

Das Gesundheitswesen ist ein zentraler Wirtschaftsfaktor mit erheblichem Wachstums-, Produktivitäts- und Beschäftigungspotential. Diese Feststellung hat bereits der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 1997 getroffen. Über vier Millionen bzw. ca. 11,2 Prozent aller Erwerbstätigen sind direkt oder indirekt im Gesundheitswesen beschäftigt (Quelle: Statistisches Bundesamt). In Sachsen waren 1999 74.418 sozialversichert Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig, das sind ca. 4% aller Erwerbstätigen in Sachsen (Quelle: Statistisches Landesamt). In Sachsen sind seit 1990 über 5,5 Mrd. DM an Krankenhausinvestitionen aufgebracht worden.

Als größtem Arbeitgeber im Gesundheitswesen kommt dem Krankenhaussektor besonders hohe wirtschaftliche Bedeutung zu. Krankenhäuser bilden den größten Zweig des bundesdeutschen Dienstleistungssektors. Bei einem Umsatzvolumen von mehr als 110 Mrd. DM (Sachsen 1998: 4,5 Mrd. DM) haben sie mit über einer Million Beschäftigten (1998) mehr Mitarbeiter als der gesamte

Bereich der Kreditinstitute und Versicherungsunternehmen; in Sachsen sind es zirka 47.000 Beschäftigte (1999), das sind 2,5% aller Erwerbstätigen in Sachsen (Quelle: Statistisches Landesamt).

Krankenhäuser sind in vielen Städten und Gemeinden die wichtigsten Arbeitgeber und Abnehmer für Zulieferer (zum Beispiel Medizintechnik, Medikalprodukte, Arzneimittel) und Dienstleistungsunternehmen (zum Beispiel Caterer).

Krankenhäuser sind ein zentraler Teil der sozialen Infrastruktur und der Kernbereich des Gesundheitswesens mit vielfältigen Aufgaben: Sie sichern nicht nur die Krankenversorgung rund um die Uhr, sondern sind außerdem Einrichtungen der Forschung und Entwicklung sowie Stätten der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Krankenhäuser wollen zukünftig noch stärker als bisher als Integrierte Dienstleistungsanbieter im Zentrum der Gesundheitsversorgung stehen und durch optimierte Behandlungsabläufe, umfassende Qualitätssicherung und durchdachtes Fallmanagement ein hohes Maß an Behandlungsqualität und Patientenorientierung erreichen sowie Arbeitsplätze für hochqualifizierte Beschäftigte in Medizin, Pflege und Verwaltung bieten und schaffen.

Wenn die politischen Rahmenbedingungen stimmen, werden vom Krankenhaussektor angesichts des wachsenden Bedarfs an gesundheitlichen Dienstleistungen auch in Zukunft erhebliche beschäftigungswirksame Effekte ausgehen.

### *Reform der finanziellen Grundlagen der GKV*

Gesetzgeberische Maßnahmen zur Ausgabendämpfung und Strukturveränderungen reichen alleine nicht aus, um den medizinischen Versorgungsbedarf der Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer finanzieren zu können. Zunehmend entwickeln sich die Einnahmen zum Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung.



Ursachen dafür sind in erster Linie eine rückläufige Lohnquote ((Durch die Lohnquote wird die Verschiebung der gesamtwirtschaftlichen Einkommensverteilung zu Lasten der Einkommen aus abhängiger Arbeit wiedergegeben (1980: 80%, 1998: 71%)), hohe Arbeitslosigkeit (Arbeitslosenquote in Sachsen 1998: 18,8%) und ein Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung bei gleichzeitigem Anstieg der Rentnerzahl ((Der Rentnerquotient (Anzahl der Rentner je 100 Beitragszahler) ist allein zwischen 1992 und 2000 von 47,0 auf 53,0 angestiegen; laut Prognosen des Bundesministeriums wird er bis 2030 auf ca. 88,0 anwachsen (Quelle: Bundesarbeitsministerium)). Diese Entwicklung führt in einem System, das sich aus dem Faktor Arbeit finanziert, zu einem Ausbleiben dringend benötigter Einnahmen.

Neben Anreizen zur Ausgabenbeschränkung ist daher eine Reform der Beitragsfinanzierung dringend erforderlich. Hierüber wird in der Gesundheitspolitik bereits diskutiert. Ziel aller Beteiligten muss es sein, langfristige Finanzierungsalternativen zu entwickeln, welche es ermöglichen, den ordnungspolitischen Rahmen der GKV zu erhalten und den medizinisch-technischen Fortschritt auch in Zukunft zu Gunsten der gesamten Bevölkerung finanzierbar zu machen. Das bedeutet, dass eine Beitragsreform dem Grundsatz der solidarischen Ordnung der GKV Rechnung tragen muss.

### **Bedarfsgerechte Versorgung**

Steigende Lebenserwartung der Menschen; der Fortschritt in der Medizin; ein verändertes Gesundheitsbewusstsein und die demographische Entwicklung erhöhen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Dynamische Anpassungen der Versorgungsstrukturen werden notwendig, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können.

Bei allen Anstrengungen der Leistungserbringer für eine wirtschaftliche Versorgung ist in Zukunft mit einem Anstieg der



Dr. Stefan Helm, Dr. Holger Weißig,  
Prof. Dr. Jan Schulze (v.l.n.r.)

GKV-Leistungsausgaben zu rechnen. Prognos sagt für das Jahr 2040 einen Anstieg von derzeit 13,5% auf 16% voraus. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung geht in einem Zukunftsszenario von der Annahme aus, dass im gleichen Jahr der fortschrittsinduzierte Ausgabenanstieg sogar die Produktivitätsentwicklung übertrifft und mit einem GKV-Beitragsatz von 23,1% zu rechnen ist.

Eine starre, ausschließlich ökonomisch orientierte Budgetierung der Gesundheitsausgaben, wie sie durch Kostendämpfungsgesetze der letzten Jahre vorgegeben wird, ist mit einer bedarfsgerechten Versorgung nicht vereinbar. Bemessungsgrundlage für die Ausgaben im Gesundheitswesen müssen zukünftig medizinische und ökonomische Kriterien sein. Andernfalls ist die Rationierung von Leistungen eine unausweichliche Folge. Sofern dies das Ziel der Gesundheitspolitik ist, muss sie sich dazu bekennen. Rationierungsentscheidungen dürfen nicht dem System abverlangt werden.

### **Innovative Versorgungsstrukturen**

Ein Schwachpunkt in unserem Versorgungssystem ist nach wie vor die historisch bedingte institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Strikt getrennte Leistungsbereiche folgen nicht dem medizinischen Behandlungsablauf, den Patientenbedürfnissen und der wirtschaftlichen Leistungserbringung.

Ein Wirtschaftlichkeitspotential in unserem Versorgungssystem wird in einer

besseren Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Bereiche vermutet. Kostenträger und Leistungserbringer können zu einer umfassenden Mobilisierung dieses Potentials gemeinsam nur dann beitragen, wenn durch gesetzliche Rahmenbedingungen die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Mit den am 1. 1. 2000 in Kraft getretenen Regelungen zu integrierten Versorgungsformen definiert der Gesetzgeber eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende, interdisziplinäre und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung, bei der innerhalb des bestehenden Finanzierungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch medizinische und ökonomische Abstimmung Qualitäts- und Kostenvorteile erzielt werden, die den Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zugute kommen sollen. Strukturelle Veränderungen sind ein Entwicklungsprozess und kein Umbruch von heute auf morgen. Integrierte Versorgungsformen fordern von den Beteiligten unternehmerische Entscheidungen, die mittel- bis langfristige Planung voraussetzen. Das ist nur dann möglich, wenn die gesetzlichen Grundlagen auf Dauer angelegt sind.

Dr. Stefan Helm  
Geschäftsführer der  
Krankenhausgesellschaft Sachsen

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer forderte am Ende der sehr produktiven Podiumsdiskussion die Politiker auf, das Gespräch mit den Körperschaften und Berufsverbänden zu intensivieren. Prof. Dr. Jan Schulze bat die anwesenden Politiker die Inhalte dieser Diskussionsrunde und die „von hier ausgestrahlten Signale“ in das Landes- und Bundesparlament weiterzuleiten. **Es geht uns Ärzten um die jetzige und künftige Finanzierung einer modernen qualitätsgesicherten und vernünftigen Medizin in Ambulanz und Klinik.**

klug

# Verwaltungsvorschrift über Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken

**Gemeinsame Verwaltungsvorschrift  
des Sächsischen Staatsministeriums  
für Soziales, Gesundheit, Jugend und  
Familie und des Sächsischen  
Staatsministeriums des Innern über  
Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken  
(VwV Arzneimittelrisiko)  
Vom 14. Juli 2000**

## I. Grundsätze

1. Der laufenden Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit muss im Interesse der Allgemeinheit durch geeignete Verwaltungsmaßnahmen Rechnung getragen werden. Als Arzneimittelrisiken im Sinne dieser Verwaltungsvorschrift kommen insbesondere Zwischenfälle mit Arzneimitteln in Betracht, aus denen unmittelbar oder mittelbar Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung sowie für die öffentliche Sicherheit und Ordnung entstehen können. Bei unvorhergesehenen Vorkommnissen mit Arzneimitteln müssen die notwendigen Maßnahmen innerhalb des Freistaates Sachsen sowie gegebenenfalls länderübergreifend koordiniert, erforderlichenfalls unverzüglich und unter Vermeidung überstürzter und unzumutbarer Aktionen eingeleitet werden.
2. Die Erfassung und Bearbeitung von Arzneimittelrisiken erfolgt gemäß der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken (Stufenplan) nach § 63 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Mai 1990 (BAnz. S. 2570).
3. Zuständige Behörde für die Entgegennahme von Meldungen über Arzneimittelrisiken und deren Bearbeitung ist zunächst das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk das Arzneimittelrisiko festgestellt wurde:

Regierungspräsidium Chemnitz  
Altchemnitzer Straße 41,  
09120 Chemnitz  
Tel.: (03 71) 5 32 17 40 o. 5 32 17 41  
Fax: (03 71) 5 32 17 03

Regierungspräsidium Dresden  
Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden  
Tel.: (03 51) 8 25 74 10 o. 8 25 74 11  
Fax: (03 51) 8 25 97 44 o. 8 25 97 42

Regierungspräsidium Leipzig  
Braustraße 2, 04107 Leipzig  
Tel.: (03 41) 9 77 74 10 o. 9 77 74 20  
Fax: (03 41) 9 77 70 99.

4. Zuständige Behörde im Sinne von Nummer 4.3 des Stufenplans ist das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
Tel.: (03 51) 5 64 57 56 o. 5 64 56 53  
Fax: (03 51) 5 64 57 88.
5. Alle in dieser Verwaltungsvorschrift genannten Behörden und Stellen nehmen Meldungen über Arzneimittelrisiken von anderen Behörden (zum Beispiel Gesundheitsämter, Polizeidienststellen), von betroffenen Fachkreisen (zum Beispiel Ärzte, Apotheker, Zahn- und Tierärzte, Krankenhäuser, pharmazeutische Industrie) sowie von sonstigen Personen und Institutionen, die mit Arzneimitteln umgehen, direkt entgegen.
6. Sofern Meldungen über Arzneimittelrisiken bei anderen Behörden eingehen oder dort Beobachtungen bekannt werden, die einen solchen Verdacht rechtfertigen, sind diese sofort den hierfür zuständigen Behörden mitzuteilen. Sofern an Behörden und Stellen Verdachtsmeldungen über Arzneimittelrisiken aus der Bevölkerung herangetragen werden, sollte vor allem auf die Inan-

spruchnahme ärztlicher Hilfe oder die Weiterleitung der Information an eine Apotheke verwiesen werden.

7. Die in Rechtsvorschriften (zum Beispiel Apothekenbetriebsordnung, Arzneimittelgesetz, Berufsaufsichtsgesetz der Ärzte und Apotheker) geregelten Informationswege bei Arzneimittelrisiken bleiben vom Inhalt dieser Verwaltungsvorschrift unberührt.

## II. Arzneimittelrisiken

1. Als Arzneimittelrisiken im Sinne dieser Verwaltungsvorschrift kommen insbesondere in Betracht:
  - a) Nebenwirkungen,
  - b) Wechselwirkungen mit anderen Mitteln,
  - c) Gegenanzeigen,
  - d) Resistenzbildung,
  - e) Missbrauch,
  - f) Fehlgebrauch,
  - g) Gewöhnung,
  - h) Abhängigkeit,
  - i) Mängel der Qualität,
  - j) Mängel der Behältnisse und äußeren Umhüllungen,
  - k) Mängel der Kennzeichnung und Packungsbeilage sowie
  - l) Arzneimittelfälschungen.
2. Die Meldungen über Arzneimittelrisiken sollen nach Möglichkeit folgende Mindestangaben enthalten:
  - a) Bezeichnung des Arzneimittels,
  - b) Darreichungsform und Stärke,
  - c) Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers,
  - d) Packungsgröße,
  - e) Chargenbezeichnung,
  - f) Verfallsdatum,
  - g) Zulassungs- beziehungsweise Registrierungsnummer,
  - h) beobachtetes Arzneimittelrisiko,
  - i) Maßnahmen, die gegebenenfalls schon ergriffen wurden beziehungsweise beabsichtigt sind und
  - j) meldende Stelle.

### III. Informationswege (Alarmplan)

1. Arzneimittelrisiken, die eine akute gesundheitliche Gefährdung der Allgemeinheit oder bestimmter Personen zur Folge haben können (zum Beispiel Unsterilität bei Injektions- und Infusionslösungen, Verwechslungen) sind bei Bekanntwerden mit dem Stichwort „Arzneimittelzwischenfall“ unverzüglich telefonisch oder durch Telefax mitzuteilen.
  - 1.1 Innerhalb der Kernarbeitszeit (Montag bis Donnerstag 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr, Freitag 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr) nimmt das örtlich zuständige Regierungspräsidium Meldungen über derartige Arzneimittelrisiken entgegen. Es informiert unverzüglich das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie über den Arzneimittelzwischenfall und stimmt das weitere Vorgehen mit diesem ab.
  - 1.2 Ist außerhalb der Kernarbeitszeit das zuständige Regierungspräsidium nicht zu erreichen, werden Meldungen und Informationen vom Lagezentrum beim Staatsministerium des Innern entgegengenommen. Das Lagezentrum ist folgendermaßen erreichbar:  
Sächsisches Staatsministerium  
des Innern  
Abteilung 3 –  
Landespolizeipräsidium  
Wilhelm-Buck-Straße 2,  
01097 Dresden  
Tel.: (03 51) 5 64 37 75  
Fax: (03 51) 5 64 37 79.  
Das Lagezentrum stimmt in diesem Fall das weitere Vorgehen unverzüglich mit den vom Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie unter Angabe der telefonischen Erreichbarkeit benannten Vertretern (hilfsweise des Regierungspräsidiums Dresden) ab.
2. Arzneimittelrisiken, die keine unmittelbare Gefährdung der Allgemeinheit oder bestimmter Personen

darstellen (zum Beispiel mikrobielle Kontamination, Abweichungen bei Haltbarkeit und Gewicht, Mängel in der Kennzeichnung oder der Packungsbeilage), sind ebenfalls unverzüglich mitzuteilen und werden vom örtlich zuständigen Regierungspräsidium eigenverantwortlich bearbeitet.

Das zuständige Regierungspräsidium informiert über die eingegangene Meldung sowie über den Bearbeitungsstand und die getroffenen Maßnahmen fortlaufend das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.

### IV. Maßnahmen

1. Die zuständigen Behörden können im Zuge der Risikoabwehr folgende Maßnahmen ergreifen:
  - a) gezielte Information ausgewählter Fachkreise (zum Beispiel Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, pharmazeutischer Großhandel),
  - b) Information der Fachkreise unter Nutzung des Informationssystems der Sächsischen Landesärztekammer sowie der Sächsischen Landesapothekerkammer,
  - c) Information der Fachkreise unter Nutzung des Informationssystems der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft beziehungsweise der Deutschen Apotheker,
  - d) unmittelbare (direkte) Information der Fachkreise sowie
  - e) Warnung der Bevölkerung.Gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen nach § 69 Arzneimittelgesetz bleiben hiervon unberührt.
2. Das Lagezentrum beim Staatsministerium des Innern kann zur Gefahrenabwehr außerhalb der Dienstzeit folgende Maßnahmen ergreifen:
  - a) Information der Lagezentren der anderen Bundesländer,
  - b) Information der Krankenhäuser, der Rettungsleitstellen sowie der diensthabenden Apotheken im

Freistaat Sachsen über die nachgeordneten Polizeidienststellen (für die Aktualisierung der entsprechenden Liste der Krankenhäuser ist das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie verantwortlich) sowie

- c) Information der Bevölkerung über die Medien nach Maßgabe einer von den Vertretern des Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie oder des Regierungspräsidiums Dresden übermittelten Warnmeldung.

3. Für die länderübergreifende Koordination von Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken ist das für den pharmazeutischen Unternehmer zuständige Land federführend. Sind mehrere Länder federführend betroffen, sollen die erforderlichen Maßnahmen einvernehmlich über die Zentrale Koordinierungsstelle der Länder festgelegt werden, erforderlichenfalls kann dazu auch eine gutachterliche Stellungnahme bei der zuständigen Bundesoberbehörde angefordert werden. Über die beabsichtigten oder bereits veranlassten Maßnahmen werden die übrigen Obersten Landesgesundheitsbehörden informiert. Im Interesse eines einheitlichen Vollzuges orientieren sich die entsprechenden Aktivitäten der anderen Länder an diesen Maßnahmen.
4. Besteht bei einem Arzneimittelrisiko nach Ziffer III Nr. 1 der Verdacht, dass der Zulassungsstatus des Präparats betroffen ist oder liegt eine Staatliche Chargenfreigabe vor, ist zur weiteren Veranlassung unverzüglich die zuständige Bundesoberbehörde zu unterrichten.
5. Untersuchungen und Begutachtungen, die im Zusammenhang mit im Freistaat Sachsen festgestellten Arzneimittelrisiken erforderlich werden, sind zunächst durch die Landesun-

tersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA)

Fachgebiete Pharmazie

Postfach 20 02 74, 01192 Dresden

Tel.: (03 51) 2 68 35 83

Fax: (03 51) 2 68 36 96

oder in Absprache mit der LUA Sachsen, Fachgebiete Pharmazie durchzuführen.

6. Die Regierungspräsidien haben bei den pharmazeutischen Unternehmen darauf hinzuwirken, dass eigenverantwortlich veranlasste und durchgeführte Maßnahmen, insbesondere Rückrufe, rechtzeitig mit ihnen abzustimmen sind. Sie haben sich den Vollzug derartiger Maßnahmen unverzüglich mitteilen zu lassen und diesen gegebenenfalls beim pharmazeutischen Unternehmer zu überprüfen.

#### V. Schnellwarnsystem innerhalb der EU (Rapid Alert System, RAS)

1. Auf Qualitätsmängel, über die die zuständige Bundesoberbehörde die Obersten Landesgesundheitsbehörden im Rahmen des RAS informiert, finden die Ziffern I bis IV entsprechende Anwendung.
2. Über Maßnahmen nach Nummer 9.4 des Stufenplanes informiert das jeweils zuständige Regierungspräsidium mit dem RAS-Formblatt, das dieser Verwaltungsvorschrift als Anlage 1 beigelegt ist, das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie. Der jeweilige Qualitätsmangel ist auf Grundlage der entsprechenden Klassifizierungshinweise der EU, die dieser Verwaltungsvorschrift als Anlage 2 beigelegt sind, zu bewerten. Das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie unterrichtet die zuständige Bundesoberbehörde über die getroffenen Maßnahmen.

#### VI. Zentral zugelassene Arzneimittel

1. Auf Risiken im Sinne der Ziffer III Nr. 1 und 2, die im Zusammenhang mit Arzneimitteln stehen, die von der Europäischen Kommission zentral zugelassen wurden, findet die Ziffer III entsprechend Anwendung. In diesen Fällen gilt allerdings die Maßgabe, dass die zuständige Bundesoberbehörde unverzüglich über das aufgetretene Arzneimittelrisiko zu informieren ist. Diese unterrichtet die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA).
2. Die Koordination von Maßnahmen erfolgt in diesen Fällen durch die EMA. Deren Vorschläge für Maßnahmen werden über die zuständige Bundesoberbehörde den Obersten Landesgesundheitsbehörden zugeleitet. Die Regierungspräsidien treffen die erforderlichen Veranlassungen und berichten über deren Vollzug.
3. Ist eine Maßnahme zum Schutz der Gesundheit dringend erforderlich, kann in einem solchen Fall das wei-

tere Inverkehrbringen des Arzneimittels durch die Regierungspräsidien im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie gemäß § 69 Abs. 1 a Arzneimittelgesetz untersagt werden. Die Ziffer IV Nr. 3 findet entsprechende Anwendung. Die zuständige Bundesoberbehörde unterrichtet die EMA über diese Maßnahme.

#### VII. In-Kraft-Treten

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Dresden, den 14. Juli 2000

**Staatsministerium für Soziales,  
Gesundheit, Jugend und Familie  
In Vertretung  
Dr. Albin Nees  
Staatssekretär**

**Staatsministerium des Innern  
In Vertretung  
Hartmut Ulbricht  
Staatssekretär**

## Weiterbildung für Arzthelferinnen „Ambulantes Operieren“

Gemäß Berufsbildungsgesetz ist die Sächsische Landesärztekammer nicht nur für die Ausbildung und Umschulung der Arzthelferinnen zuständige Stelle, sondern auch für deren Fort- und Weiterbildung.

Folgende Weiterbildung wird angeboten: **Fortbildungscurriculum „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen** nach dem Curriculum der Bundesärztekammer gemäß der „Vereinbarung zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren“ 160 Stunden (120 Unterrichtsstunden + 40 Stunden Praktikum)

Teilnahmevoraussetzungen sind:

- Vorliegen des Prüfungszeugnisses als Arzthelferin-, Kranken- oder Sprechstundenschwester
- Nachweis einer 2-jährigen Berufserfahrung in einer Arztpraxis

Zu dieser Weiterbildungsmaßnahme haben sich Arzthelferinnen und Krankenschwestern aus den Praxen, die die Ab-

rechnungsgenehmigung für ambulantes Operieren haben, für die Teilnahme angemeldet.

**Weitere Anmeldungen sind erwünscht und werden erwartet.**

Die Fortbildungsveranstaltungen, mit **Beginn am 3. 2. 2001**, finden an Sonnabenden in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt. Pro Teilnehmer wird ein Stundenbeitrag von 10,00 DM einschließlich Prüfungsgebühren erhoben.

Bitte richten Sie Ihre Anmeldung und Anfragen an:

Sächsische Landesärztekammer  
Referat Arzthelferinnenwesen  
PF 10 04 65  
01074 Dresden  
Tel. (03 51) 8 26 73 40,  
Telefax: (03 51) 8 26 74 12

Veronika Krebs  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

## Wichtige Ergänzung zum „Ärzteblatt Sachsen 10/2000“

Die Hauptautorin des Artikels „Stand und Bekämpfungsstrategie bei der Tuberkulose im Freistaat Sachsen“, „Ärzteblatt Sachsen“, 10/2000, Seite 452 bis 455, ist **Frau Dr. Dagmar Kluge**, Abteilungsleiterin Hygiene und Epidemiologie der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA). Die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die Nichtnennung des Namens der Hauptautorin dieses Artikels, Frau Dr. Dagmar Kluge, auf der Seite 455 zu entschuldigen.

Die Redaktion

### Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

**Sonntag, 3. Dezember 2000,  
11.00 Uhr**

#### Junge Matinee

Kammermusik  
Streicherguppe der Sächsischen  
Spezialschule für Musik Dresden

**Donnerstag, 14. Dezember 2000,  
19.30 Uhr**

#### Weihnachtskonzert

„Ich steh an deiner Krippen hier“  
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**

### Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Am 6. Dezember 2000 um 15.00 Uhr findet das nächste Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden statt.

Herr Dr. Peter Kunze wird einen Vortrag über „Die Geschichte des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt“ halten.

Seien Sie und Ihre Partner dazu und zum anschließenden vorweihnachtlichen gemütlichen Beisammensein recht herzlich eingeladen.

Ort: Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Straßenbahnlinien 7 und 8  
bis Haltestelle Stauffenbergallee

Uta Katharina Schmidt  
Vorsitzende des Seniorenausschusses  
der Kreisärztekammer Dresden



## 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  
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**  
2 Fachärzte für Kinderheilkunde

**Planungsbereich Mittweida**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 12. 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  
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**  
Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 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 Allgemeinmedizin

**Planungsbereich Görlitz-Stadt/  
Niederschlesischer Oberlausitzkreis**  
Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 30. 11. 2000 an die  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksstelle Dresden,  
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,  
Tel. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

**Planungsbereich Dresden-Stadt**  
Facharzt für Kinderheilkunde

Facharzt für Chirurgie  
(Vertragsarztsitz in einer  
Gemeinschaftspraxis)

**Planungsbereich Weißeritzkreis**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich Landkreis Bautzen**  
Facharzt für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Planungsbereich  
Landkreis Sächsische Schweiz**  
Facharzt für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 12. 2000 an die  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksstelle Dresden,  
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,  
Tel. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

### Bezirksstelle Leipzig

**Planungsbereich Leipzig-Stadt**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für  
Haut- und Geschlechtskrankheiten

**Planungsbereich Torgau-Oschatz**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 12. 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.**

E. Siegert<sup>1</sup>, L. Hackert<sup>2</sup>, Ch. Offergeld<sup>3</sup>

# Hämangiome und vaskuläre Fehlbildungen – eine interdisziplinäre Aufgabe

Universitätsklinikum  
TU Dresden

## Zusammenfassung

Hämangiome und vaskuläre Fehlbildungen sind häufige Gefäßanomalien. Die exakte Zuordnung ist wegen unterschiedlicher Klassifikationen, die therapeutischen Festlegungen sind aufgrund fachspezifischer Behandlungsmöglichkeiten recht unterschiedlich.

Hämangiome bedürfen oft einer Lokalthherapie (Laser- oder Kryotherapie), selten sind systemische Behandlungen erforderlich.

Um die optimale Therapie zum richtigen Zeitpunkt zu finden, bedarf es in vielen Fällen einer interdisziplinären Entscheidung, der sich am Universitätsklinikum Dresden eine Arbeitsgruppe stellt.

## Schlüsselworte:

**Hämangiome, vaskuläre Fehlbildungen, interdisziplinäres Konsil, Therapie**

## Einleitung

Gefäßanomalien treten bei 10 bis 15 % aller Kinder auf, der überwiegende Anteil betrifft **Hämangiome (HA)**.

Die Vielfalt des Erscheinungsbildes und der Therapieoptionen führen die Patienten zu unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten.

Verschiedene Klassifikationen und therapeutische Richtlinien erschweren dabei die Orientierung für den praktisch tätigen Kollegen.

Empfehlenswert ist die fachübergreifende Beurteilung und Behandlung durch ein interdisziplinäres Konsil.

Aus diesem Grund hat sich 1998 an der Universitätsklinik Dresden eine Arbeitsgruppe „Hämangiome/vaskuläre Malformationen“ gebildet, die den Dermatologen, HNO-Arzt, Angiologen, Kinderchirurgen, Kinderradiologen und Kinderarzt einschließt.

Die International Society for the Study of Vascular Anomalies empfahl, Gefäßanomalien in zwei Gruppen einzuteilen:

1. Tumoren, die vom Gefäßsystem ausgehen
2. Gefäßfehlbildungen.

## Tumoren, die vom Gefäßsystem ausgehen

Die Klassifikation dieser Gefäßanomalien wird nach Cremer wie folgt benannt:

### 1. Hämangiome

#### lokalisierte HA

oberflächliche HA (zirka 86 %)

- „weiße HA“ (HA-Vorläufer)

- flache diffus gerötete HA
- gruppenförmig auftretende HA-Papeln
- teleangiektatische HA
- einzelstehende erhabene HA mit regelmäßiger Begrenzung

tiefliegende HA (zirka 2 %)

gemischte HA (zirka 12 %)

#### systemische HA (Hämangiomatosen)

benigne neonatale Hämangiomatose

disseminierte Hämangiomatose

mit visceraler Beteiligung

### 2. Hämangiom-Sonderformen

ausgedehntes HA im kraniofacialen Bereich, zumindest eine Gesichtshälfte betreffend

eruptive Angiome

tumorartiges HA des Neugeborenen mit guter Spontanregression

### 3. Sonstige angeborene

#### vaskuläre Tumoren

Kasabach-Merritt-Syndrom

tufted Angiom

Hämangioperizytom

Hämangioendotheliom

Die klassischen HA sind gutartige Tumoren des Gefäßendothels. Sie sind bei Geburt meist noch nicht sichtbar, treten dann in den ersten Lebenswochen auf und zeigen bis zum ersten Lebensjahr eine Proliferationsphase. Die sich über Jahre ausdehnende Regressionsphase endet meist mit einer Restitutio ad integrum oder narbigen Hautveränderungen. Ein kleiner Teil der HA (ca. 10 %) bildet sich nicht zurück, ca. 20 % zeigen nur eine partielle Regression. Besonders die HA im Lippenbereich und tiefliegende HA bilden sich schlecht zurück. In der Abb. 1 ist das Proliferationsverhalten der HA dargestellt.

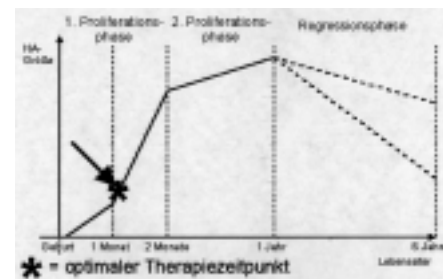


Abb. 1: Wachstumsphasen und optimaler Therapiezeitpunkt (nach Cremer)

Die Lokalisationen der HA werden mit folgenden Häufigkeiten angegeben (Cremer):

Kopf	50 %
Stamm	27 %
Arme	8 %
Beine	8 %
Anogenitalregion	4 %
Hals	3 %

Die diagnostische Methode der Wahl ist die farbcodierte Duplexsonografie. Voraussetzungen sind sowohl ein Ultraschallhochleistungsgerät mit einem 7-10-MHz-Linearschallkopf als auch ein pädiatrisch erfahrener Untersucher. Im B-Bild lassen sich Aussagen zur Größe des HA, zur Textur (Echogenität, Homogenität) sowie zur Beziehung zu umliegenden Strukturen treffen. Mittels Doppler-Sonografie können verschiedene Vaskularisationsmuster klassifiziert werden, zum Beispiel venös, arteriell, shuntartig. Letzteres Flussmuster kann zu einer kardialen Volumenbelastung bis hin zur Herzinsuffizienz beim Säugling führen, so dass hier eine Echokardiografie indiziert sein kann.

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Dermatologie

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

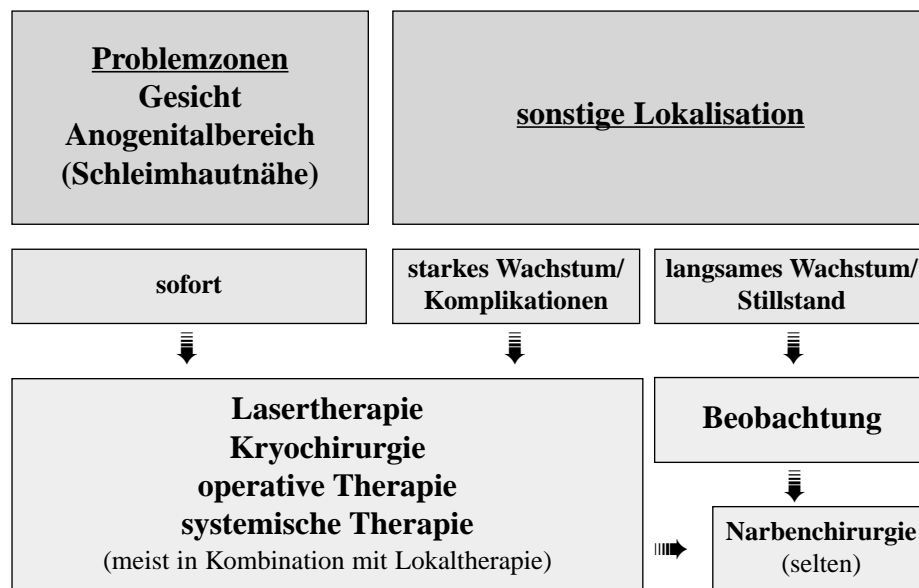
In Einzelfällen (zum Beispiel besondere Lokalisationen, schwierige Abgrenzbarkeit von benachbarten Organen) wird zusätzlich ein MRT durchgeführt.

**Die therapeutischen Maßnahmen** sind von der Lokalisation, der Wachstumsgeschwindigkeit und dem Alter abhängig. Als Risikozonen gelten der Gesichtsbereich, besonders die Augen-, Nasen- und Lippenregion, und der Anogenitalbereich. Hier muss sofort eine Therapie eingeleitet werden! Aber auch für alle anderen HA, die rasch wachsen, ist eine Therapie indiziert. Als optimaler Zeitpunkt für die Behandlung dieser HA wird die frühe Proliferationsphase (zirka 4. – 8. Lebenswoche) angesehen.

Die Richtlinien unserer Arbeitsgruppe zur HA-Therapie zeigt die Abbildung 2. Die lokale Therapie richtet sich nach der Art des HA.

Für die oberflächlichen HA stehen heute nebenwirkungsarme Therapiemethoden wie die Kryochirurgie und die Behandlung mit dem gepulsten Farbstofflaser zur Verfügung (siehe Abbildungen 3 und 4). Initiale oder flach erhabene oberflächliche HA stellen eine sehr gute Indikation zur Behandlung mit dem blitzlampengepumpten gepulsten Farbstofflaser (FPDL 585 nm, 450 µs) dar. Es lassen sich auch bei stärker exophytischen HA durch mehrfache Anwendungen gute Ergebnisse erreichen. Das Behandlungsziel ist nicht die vollständige Rückbildung des HA, sondern ein stabiler Wachstumsstopp, die Prophylaxe von Komplikationen und die Regressionseinleitung. Die Ergebnisse der Farbstofflasertherapie sind umso besser, je kleiner die HA sind. Auch die Behandlung von Frühgeborenen ist leicht möglich. Als typische Nebenwirkungen des Farbstofflasers können blauschwarze Verfärbungen, Bläschen oder Krusten auftreten, die in der Regel keiner spezifischen Therapie bedürfen. Es gibt somit kein Argument, auf die Frühtherapie solcher HA zu verzichten.

Die kryochirurgische Behandlung wird als Kontakttherapie mit einer von flüssigen Stickstoff durchflossenen Sonde



**Abb. 2:** Richtlinien zur Therapie der HA

(Arbeitstemperatur -196 °C) oder mit indirekt gekühlten Applikatoren (Arbeitstemperatur -145 °C) durchgeführt. Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Typ des HA, der Lokalisation, der Geräteart und liegt bei durchschnittlich 10 – 15 Sekunden. Durch die einfach zu handhabende Methode ist ebenfalls eine Frühtherapie von planen und planotuberosen HA möglich. Die Kältebehandlung eignet sich insbesondere durch die zusätzliche Kompression der Läsion für umschriebene, stärker exophytisch wachsende HA. In Abhängigkeit von der Intensität der Behandlung kommt es zur Schwellung, zur Ausbildung von Blasen und Krusten, so dass eine antiseptische Lokaltherapie notwendig werden kann. Die therapeutischen Resultate sind ebenfalls ausgezeichnet.

Bei etwa 3 % der Kinder entwickeln sich trotz mehrmaliger Laser- oder Kälte-therapie subkutane Anteile.

Gemischte und tiefliegende HA lassen sich mit dem Nd-YAG-Laser (insbesondere als ultraschallgesteuerte interstitielle Nd-YAG-Lasertherapie) effektiv behandeln (siehe Abbildungen 5 und 6).

Die Sklerosierungstherapie, die Magne-

sium-Spickbehandlung und Embolisationen eventuell in Kombination mit interstitieller Nd-YAG-Lasertherapie oder/und chirurgischer Therapie bleiben Problemfällen vorbehalten.

Eine systemische Therapie ist nur bei zirka 2 % der HA erforderlich. Dabei können Glukokortikoide und/oder Alpha-Interferon 2a angewendet werden. Die Indikationen für die systemische Therapie und ihre Dosierungen sind nachfolgend aufgeführt:

#### **Kortikoidtherapie**

##### *Indikationen*

- Okklusion vitaler Strukturen
- Ausgeprägte proliferierende HA trotz adäquater Lokaltherapie
- Systemische Verlaufsformen mit visceraler Beteiligung
- Kasabach-Merritt-Syndrom

##### *Dosierung*

- 2 – (5) mg/kg täglich über 3 – 6 Wochen oder
  - intermittierend 2 mg/kg täglich über 2 Wochen mit 2 Wochen Pause (mehrere Zyklen)
  - i.v.-Gabe wirksamer als orale Gabe
- In wenigen Fällen sind sowohl lokale als



auch systemische Behandlungen erforderlich.

### Interferontherapie (Alpha-2a)

#### Indikationen

- Versagen der Kortikoidtherapie bei entsprechenden Indikationen
- systemische Verlaufsformen mit visceraler Beteiligung/Herzdekompensation
- Kasabach-Merritt-Syndrom/Verbrauchskoagulopathie
- Hämangioendotheliom (kaposiform)

#### Dosierung

- Tag 1 – 3: 1 Mio E/m<sup>2</sup> täglich
- Tag 4 – 6: 2 Mio E/m<sup>2</sup> täglich
- ab Tag 7: 3 Mio E/m<sup>2</sup> täglich (über mehrere Monate)

### Vaskuläre Fehlbildungen (VF)

Die Klassifikation der VF erfolgt entsprechend der Hamburger Einteilung nach Belov.

Es werden folgende fünf Gruppen eingeteilt, die jeweils in trunkuläre und extratrunkuläre Formen unterschieden werden:

- vorwiegend arterielle Fehler
- vorwiegend venöse Fehler
- vorwiegend lymphatische Fehler
- vorwiegend durch av-Shunts gekennzeichnete Fehler
- kombinierte Gefäßfehler

Die Unterscheidung zwischen trunkulären und extratrunkulären Formen bezieht sich auf die Embryogenese. Die trunkulären Fehler entstehen aus einer Dysembryoplasie bereits differenzierter Gefäße, während die extratrunkulären Fehler aus dem primitiven kapillaren Netz hervorgehen.

Die VF sind bei Geburt bereits vorhanden und unterliegen keinen wesentlichen Progressions- oder Regressionsphasen (Ausnahme: hämangiomatöse Mischformen).

**Das klinische Bild** ist sehr vielfältig. Am häufigsten werden Venektasien, Naevi, umschriebene Weichteilschwellungen, Umfangs- und Längendifferenzen der Extremitäten, Schmerzen und lokale Überwärmung beschrieben.

Eine Reihe von Fehlbildungssyndromen sind den VF unterzuordnen. Die Angiologen fordern jedoch, diese Eigennamen

zugunsten einer exakten individuellen Befundbeschreibung aufzugeben:

■ Klippel-Trenaunay-Syndrom: Kombination lateraler Naevus flammeus mit tieferliegenden VF, daraus resultierenden Längen- und Umfangsdifferenzen meist im Bereich der unteren Extremitäten

■ Sturge-Weber-Syndrom: Kombination lateraler Naevus flammeus mit VF der Chorioidea und/oder der Leptomeningen

■ Hippel-Lindau-Syndrom: VF im Bereich der Retina und des Kleinhirns, zum Teil mit VF anderer Organe Häufig ist der Naevus flammeus das klinisch erste und/oder einzige Zeichen einer VF. Es wird zwischen lateralem und medialem Feuermal unterschieden:

#### 1. Laterale Feuermale

isoliert: häufig im Gesichtsbereich lokalisierte, kapilläre Gefäßfehlbildung kombiniert: zusätzliche Fehlbildungen tieferer Gefäße und entsprechender Organe (siehe Fehlbildungssyndrome)

#### 2. Mediale Feuermale

harmlose Naevi, die nur einer Weitstellung der Kapillaren entsprechen, keine Fehlbildungen

– „Storchenbiss“ im Nackenbereich (keine Rückbildung)

– Naevi im Bereich zwischen den Augenbrauen am Nasenansatz (Rückbildung)

In der Diagnostik der VF steht ebenfalls die farbcodierte Duplexsonografie an erster Stelle. Vor einem gefäßchirurgischen Eingriff sind außerdem Angiogramme oder eine Angiografie indiziert.

**Die therapeutischen Maßnahmen** bedürfen folgender Strategie:

- Beginn der Behandlung im Kleinkind-/Vorschulalter
  - individuelle, interdisziplinäre Therapie
  - schrittweise chirurgische Behandlung ohne Funktionseinschränkung
- Nichtchirurgische Therapieverfahren (zum Beispiel Lasertherapie, Sklerosierungen, Embolisationsverfahren) finden im Gegensatz zur HA-Therapie seltener Anwendung. Indikationen dafür sind Feuermale, Lymphangiome und der chirurgischen Therapie nicht zugängliche VF.

### Fazit:

#### Hämangiome

■ treten bei ca. 10 % aller Kinder auf und bilden sich in 70 % der Fälle zurück

■ bedürfen meist einer frühzeitigen Therapie zur Einleitung der Regression und zur Vermeidung von Komplikationen (in der ersten Proliferationsphase liegt der optimale Therapiezeitpunkt)

■ erfordern in Problemzonen (Gesicht, Anogenitalregion, drohende Okklusion vitaler Strukturen) sofort eine Therapieentscheidung

■ können überwiegend einer lokalen Therapie zugeführt werden (Kryotherapie, verschiedene Lasertherapien, selten chirurgische Interventionen) – eine Strahlentherapie ist obsolet!

■ müssen in zirka 2 % der Fälle einer systemischen Therapie zugeführt werden

#### Gefäßfehlbildungen

■ sind bei Geburt bereits vorhanden

■ zeigen keine deutlichen Wachstums- und Rückbildungstendenzen

■ erfordern insbesondere beim Auftreten lateraler Feuermale den Ausschluss von Fehlbildungssyndromen (im Gegensatz dazu sind mediale Feuermale harmlose Gefäßweitstellungen)

■ bedürfen einer individuellen Diagnostik- und Therapieentscheidung.

**Gefäßanomalien müssen exakt klassifiziert werden, die Wahl des Therapiezeitpunktes und der Behandlungsart beeinflusst meist entscheidend die funktionelle und kosmetische Prognose. Für viele Patienten ist deshalb die Vorstellung in einem erfahrenen Zentrum empfehlenswert.**

Literatur beim Verfasser:  
Anschrift der Verfasser:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der Technischen Universität Dresden  
Dr. med. Elke Siegert  
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde  
Dr. med. Ingrid Hackert  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Dr. Christian Offerfeld  
Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-  
Heilkunde

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Artikel eingegangen: 26. 11. 1999  
Artikel nach Revision angenommen: 3. 4. 2000



**Abbildung 3:**  
3 Monate alter Säugling mit einem seit Geburt bestehendem HA am linken medialen Augenwinkel mit deutlicher Wachstumstendenz



**Abbildung 4:**  
Zustand nach zweimaliger kryochirurgischer Behandlung, der drohende Lidspaltenverschluss mit Amblyopiegefahr konnte verhindert werden



**Abbildung 5:**  
25-jährige Patientin mit HA im Bereich der Lippe, Zustand nach chirurgischer Teillexstirpation im Bereich des linken Zungenrandes im Kindesalter



**Abbildung 6:**  
Zustand nach Anwendung der interstitiellen Nd-YAG-Lasertherapie, die Beschwerden mit rezidivierenden Schwellungen, Blutungen und Sprachstörungen konnten behoben werden

## Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch zum 75. Geburtstag

Lieber Dieter!

Eine große Schar von ehemaligen Kollegen des Klinikums, von niedergelassenen ambulant tätigen Kollegen zahlreicher Fachgebiete, sehr viele der früheren Mitarbeiter und sicher Tausende von Patienten gratulieren in tiefer Dankbarkeit Dir zu Deinem 75. Geburtstag und wünschen Dir von Herzen viele viele Jahre in geistiger Frische und hoffentlich auch bei stabiler Gesundheit.

Um die tiefe Dankbarkeit all der Genannten widerzuspiegeln, seien wichtige Daten aus dem Leben und Schaffen des Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch genannt.

Geboren wurde der Jubilar am 28.10.1925 in Chemnitz, verbrachte dort den größten Teil seiner Kindheit, legte 1943 das Notabitur ab und musste dann von 1943 bis 1945 am Zweiten Weltkrieg teilnehmen, geriet 1945 in sowjetische Kriegsgefangenschaft, aus der er 1947 in die Heimat zurückkehrte. Nach der Rückkehr wurde ein Kriegsteilnehmerlehrgang 1948 in Leipzig mit der Reifeprüfung abgeschlossen. Von 1949 bis 1955 studierte Wolf-Dietrich Kirsch Humanmedizin in Leipzig, war dann von 1955 bis 1958 als Assistenzarzt am Krankenhaus Markranstädt tätig und trat am 15. Oktober 1958 in das Städtische Klinikum „St. Georg“ ein und erwarb 1962 die Facharztanerkennung für Innere Medizin.

Seine fachliche Ausbildung in der Inneren Medizin erhielt Wolf-Dietrich Kirsch zunächst bei Horst Julich und dann vor allem bei Erich Förster, unserem Chefarzt der Klinik für Infektionskrankheiten. Für diesen Bereich der Inneren Medizin bestand von vornherein ganz besonderes Interesse bei Wolf-Dietrich Kirsch, so dass er gern dem Ruf als Oberarzt für die Klinik für Infektionskrankheiten folgte und vom 1. Januar 1963 bis zum 31. Januar 1976 in dieser Klinik erfolgreich als Oberarzt wirkte. Dabei konnte er ein sehr großes Erfahrungswissen mit sämtlichen einweisungspflichtigen Infektionskrankheiten sammeln. Am 1. Februar 1976 trat er dann die Nach-



folge seines Lehrers, Erich Förster, als Chefarzt der Klinik für Infektionskrankheiten in unserem damaligen Bezirkskrankenhaus „St. Georg“ an.

Eine weitere spezielle Bereicherung seines Wissens erfuhr Wolf-Dietrich Kirsch durch einen längeren Auslandsaufenthalt in Indien, wo er sich besonders mit Tropenkrankheiten auseinandersetzen konnte. Deshalb war es ihm dann auch besonders möglich und ein großes Anliegen, die Klinik weiter zu profilieren. Neben der Gliederung in vier Abteilungen mit jeweils angeschlossenen Spezialambulanzen entwickelte sich eine besondere Betreuungsstruktur für die entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Es wurden neue Diagnostik- und Therapiestandards für die Sepsis erarbeitet. Es erfolgte eine weitere Profilierung der Abteilung für Tropenmedizin und nachfolgend eine Popularisierung des Wissens über die neuen Infektionskrankheiten, besonders AIDS sowohl in ärztlichen Kreisen als auch in der Bevölkerung. Wolf-Dietrich Kirsch hat über Jahre sehr aktiv an der „Sektion Infektologie, Tropenmedizin und medizinische Parasitologie“ mitgewirkt. Eine besondere Bedeutung ist seiner engen Verbindung zur Hygieneinspektion zuzumessen. Da er selber als Berater des zuständigen Kreisarztes in der Funktion des Kreisepidemiologen von 1968 bis 1975 tätig war, war die Zusammenarbeit auch im Meldewesen und in der Seuchenbekämpfung

in der Stadt in besonders glücklicher Symbiose.

Dieses umfangreiche Wissen einer sehr großen Infektionsklinik hat Wolf-Dietrich Kirsch in selbstloser Weise in hunderterten von Vorträgen vor Ärzten und Pflegekräften, auf Kongressen und in Fortbildungsveranstaltungen weitervermittelt. Es verging wohl kein Tag, an dem nicht mehrere Kollegen telefonisch seinen Rat bei der Behandlung von Infektionskrankheiten erbat. Alle sind jeweils gut beraten und für ihre Patienten mit gesichertem Wissen ausgestattet worden.

Aus dem großen fachlichen Schatz sind drei umfangreiche bedeutende Buchbeiträge auf wissenschaftlichem Gebiet durch Wolf-Dietrich Kirsch geschrieben worden, bei elf größeren Publikationen war er Autor. Seine umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen zu den Infektionskrankheiten des Darmes unter dem großen Schlagwort „Durchfallserkrankungen“ blieben als ungehobener Schatz leider liegen, sie wären mehr als eine Habilitationsschrift wert gewesen. Die besondere Entwicklung der Hepatologie, die durch Wolf-Dietrich Kirsch gefördert wurde, führte dann unter seiner Betreuung zur Habilitation seines Oberarztes, Manfred Wiese, der sich einen besonderen Namen auf dem Gebiet der C-Hepatitis gemacht hat. Diese Arbeitsrichtung hat auch heute in der Klinik noch einen besonderen Stellenwert.

Nach der politischen Wende sind drei Dinge besonders hervorzuheben:

Das Erste ist die große Bereitschaft von Wolf-Dietrich Kirsch, sich als stellvertretender leitender Chefarzt voll in die entwicklungs-konzeptionelle Arbeit des inzwischen Städtischen Klinikums „St. Georg“ einzubringen. Seinen Rat in vielen Bereichen dieser schweren Umstellungsjahre war von unschätzbarem Wert. Zweitens ginge es darum, die Klinik weiter zu profilieren und umzuprofilieren, da mit dem Wegfall vieler Patienten, deren Infektionskrankheiten nicht mehr einweisungspflichtig waren, einfach ein neuer Belegungsmodus für die Betten

dieser Klinik gefunden werden musste. So wurde an der 2. Klinik für Innere Medizin die Abteilung Nephrologie etabliert mit dem Dialysezentrum, das in unserem Haus inzwischen entstanden war, später dann eine enge Zusammenarbeit mit dem durch das Kuratorium für Heimdialyse und Nierentransplantation betriebenen Dialysebereich aufgebaut. Darüber hinaus entwickelte Wolf-Dietrich Kirsch eine Abteilung für Akutgeriatrie, die inzwischen als Pilotstudie für das Land Sachsen großen Einfluss auf die Entwicklung der Geriatrie im Freistaat hat. Die Zuwendung zur Akutgeriatrie mit einer hochdifferenzierten Diagnostik und interdisziplinären Therapie ist es ein besonderes Verdienst und führte auch zur ersten wichtigen sächsischen Tagung auf dem Gebiet der Geriatrie unter der Leitung von Wolf-Dietrich Kirsch. Drittens sei besonders hervorgehoben seine berufspolitischen Aktivitäten. So war er mit Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und somit einer der ersten aktivsten Mitarbeiter im berufspolitischen Bereich im Freistaat Sachsen. Seit der Gründung der Kammer

hat er als Mitglied und Vorsitzender des Ausschusses für Krankenhaus wesentlich an der Krankenhausplanung teilgehabt und war somit auch Mitglied des Krankenhausplanungsausschusses im Sozialministerium des Freistaates Sachsen. Er hat das Versorgungswerk für Ärzte mit aufgebaut, war dessen gewähltes Mitglied vom November 1991 bis zum Juli 2000 und hat in den Jahren 1995 bis 1999 eine aktive Arbeit als Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer geleistet. Er ist seit 1999 der Alterspräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Diese bedeutende ausstrahlende Tätigkeit Wolf-Dietrich Kirsch's ist aber nur recht einzuschätzen unter der Wichtung seiner Persönlichkeit. Als selbstloser und im besten Sinn kollegial interdisziplinär wirkender Kliniker hat er sich in seiner vorbildlichen Weise für die ärztliche Zusammenarbeit und für die konsiliarische Tätigkeit im Klinikum eingesetzt. Seine besondere Fähigkeit, ganz rasch das Vertrauen der Patienten zu erwirken, hat ihn sprichwörtlich zu einem der beliebtesten Ärzte unseres Klinikums werden

lassen. Die Zuwendungsbereitschaft und seine vorbildliche Art, die Anamnese zu erheben und damit eine breite Vertrauensbasis zum Patienten aufzubauen, ist auch heute noch sprichwörtlich im Klinikum als vorbildlich benannt. Nicht zuletzt war er ein hervorragender Partner und Freund des Autors, der ihn nicht nur menschlich und medizinisch betreut und oft beraten hat, sondern der auch immer bereit war, schwierige Situationen, die die Jahre der Wende mit sich brachten, in selbstloser Weise mit zu tragen.

Grundlage dieser menschlichen Haltung sind eine zutiefst christliche Glaubensüberzeugung, ein vorbildliches ärztliches Ethos und die Liebe und Vertrauensbasis einer harmonischen Ehe und Familie.

So ist es wohl mehr als gebühlich, diese Gratulation mit einem tief empfundenen Dank all derer zu schmücken, die durch Wolf-Dietrich Kirsch im privaten Leben und als Kollegen und Freunde beeinflusst, behandelt und in vielen Situationen mit getragen worden sind.

Nimm diesen Dank als besonders emotionale Geburtstagsgabe.

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt

## Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

### 60 Jahre

- 1. 12. Dr. med. Bolz, Brunhilde  
08289 Schneeberg
- 1. 12. Dr. med. Horn-Kreuzler, Sigrid  
09600 Zug-Langenrinne
- 2. 12. Dr. med. Fickert, Hannelore  
01069 Dresden
- 2. 12. Dr. med. Lange, Helga  
09623 Nassau
- 2. 12. Dr. med. Trenkler, Christian  
01917 Kamenz
- 3. 12. Dr. med. Krumbach, Ernst-Albrecht  
04519 Rackwitz
- 3. 12. Oertel, Manfred  
02708 Großschweidnitz
- 5. 12. Dr. med. Keller, Renate  
04157 Leipzig

- 6. 12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kreiner, Roland  
01277 Dresden
- 6. 12. Schlick, Christa  
08606 Oelsnitz
- 6. 12. Seidel, Ingrid  
08209 Auerbach
- 7. 12. Dr. med. Krickau, Marlies  
01109 Dresden
- 7. 12. Rostock, Petra  
01816 Bad Gottleuba
- 9. 12. Dr. med. Hanschke, Reiner  
04105 Leipzig
- 10. 12. Arnhold, Ingrid  
01187 Dresden
- 10. 12. Dr. med. Fröhlich, Elke  
09376 Oelsnitz
- 10. 12. Dr. med. Otto, Lothar  
04129 Leipzig

- 10. 12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Westermann, Knut  
01445 Radebeul
- 11. 12. Dr. med. Elze, Christel  
04275 Leipzig
- 13. 12. Frank, Ann-Christin  
01445 Radebeul
- 13. 12. Dr. med. Krieger, Ingrid  
09429 Hopfgarten
- 13. 12. Dr. med. Sachse, Christine  
04880 Dommitzsch
- 13. 12. Dr. med. Seyfert, Christian  
02827 Görlitz
- 14. 12. Dr. med. Gröger, Hans-Günter  
09599 Freiberg
- 14. 12. Koll, Isolde  
04416 Markkleeberg
- 15. 12. Dipl.-Med. Kastl, Helga  
08236 Ellefeld

15. 12. Dipl.-Med. Nitzsche, Frank  
02727 Neugersdorf
15. 12. Dr. med. Schaarschmidt, Natalia  
09112 Chemnitz
16. 12. Dr. med. Meierhöfer, Jürgen  
04654 Greifenhain
19. 12. Dr. med. habil. Tilch, Günter  
08228 Rodewisch
20. 12. Kühn, Bärbel  
02763 Zittau
20. 12. Dr. med. Schmidt, Sieghart  
08606 Ebersbach
21. 12. Dr. med. Steinert, Achim  
09235 Burkhardtsdorf
22. 12. Dr. med. Mothes, Margit  
08280 Aue
23. 12. Dr. med. Bullmann, Helga  
02827 Görlitz
23. 12. Dr. med. Giseke, Volker  
04435 Schkeuditz
25. 12. Dr. med. Bartsch, Günter  
09221 Neukirchen
25. 12. Dr. med. Berger, Roswitha  
04357 Leipzig
25. 12. Dr. med. Müller, Claus  
01069 Dresden
25. 12. Dr. med. Woitschach, Heidrun  
04357 Leipzig
26. 12. Trommer, Brigitte  
09405 Zschopau
27. 12. Dr. med. Löw, Gerda  
04229 Leipzig
27. 12. Dr. med. Zerm, Reimar  
01623 Lommatzsch
28. 12. Dr. med. de Haas, Friedrich-Erich  
01099 Dresden
28. 12. Dr. med. Lehmann, Christine  
01217 Dresden
28. 12. Dr. med. Wirth, Peter  
08233 Treuen
29. 12. Dr. med. Brade, Annelies  
01257 Dresden
31. 12. Dr. med. Aehnelt, Frank  
02727 Neugersdorf
31. 12. Dr. med. Buchheim, Christine  
08547 Jöbnitz
31. 12. Dr. med. Dähnert, Jürgen  
09514 Lengefeld
31. 12. Dr. med. Hellmich, Siegrun  
01773 Altenberg
31. 12. Dr. med. Laue, Dietmar  
04643 Geithain
- 65 Jahre**
1. 12. Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo  
01477 Arnsdorf
2. 12. Dr. med. Capek, Ruth  
01129 Dresden
2. 12. Rändchen, Helga  
04249 Leipzig
3. 12. Dr. med. Cieslok, Claus  
04347 Leipzig
4. 12. Dr. med. Hagemoser, Ernst  
01157 Dresden
5. 12. Dr. med. Braune, Wilfried  
01609 Gröditz
5. 12. Dr. med. von Wolfersdorff, Nikolaus  
08371 Glauchau
6. 12. Prof. Dr. med. habil. Dippold, Joachim  
04289 Leipzig
6. 12. Dr. med. Schröpfer, Hans-Dieter  
02763 Zittau-Eichgraben
9. 12. Dr. med. Götz, Claus  
02827 Görlitz
11. 12. Dr. med. Hille, Rolf  
01462 Niederwartha
11. 12. Dr. med. Neick, Helga  
04299 Leipzig
11. 12. Risch, Wolfgang  
08056 Zwickau
24. 12. Koban, Annemarie  
02782 Seifhennersdorf
25. 12. Dr. med. Vehlow, Ulrich  
04668 Grimma
27. 12. Dr. med. Gläser, Christine  
01662 Meißen
29. 12. Dr. med. Schulz, Manfred  
01796 Pirna
- 70 Jahre**
10. 12. Satzger, Jelena  
08058 Zwickau
12. 12. Prof. Dr. med. Dempe, Alexander  
09113 Chemnitz
22. 12. Dr. med. Både, Erich  
01996 Hosena
30. 12. Nowak, Margot  
01217 Dresden
- 75 Jahre**
6. 12. Dr. med. Santanche, Guiseppo  
04509 Zwochau
10. 12. Dr. med. Butter, Brigitte  
02625 Bautzen
17. 12. Dr. med. Ludwig, Klaus  
09127 Chemnitz
19. 12. Dr. med. Müller, Lenore  
09599 Freiberg
20. 12. Dr. med. Claus, Hans-Dieter  
09128 Chemnitz
20. 12. Dr. med. Greiner, Hans-Joachim  
09224 Grüna
23. 12. Dr. med. Liebold, Christa  
09599 Freiberg
30. 12. Prof. Dr. sc. med. Hajduk, Frantisek  
09111 Chemnitz
- 80 Jahre**
1. 12. Dr. med. Wehnert, Hans  
01454 Radeberg
15. 12. Dr. med. Gebhardi, Rosemarie  
08523 Plauen
17. 12. Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans  
01069 Dresden
19. 12. Prof. Dr. med. habil. Dr. med. h.c.  
Schmincke, Werner  
01324 Dresden
29. 12. Prof. em. Dr. med. habil.  
Pickenhain, Lothar  
04299 Leipzig
- 81 Jahre**
6. 12. Dr. med. Steffan, Otto  
08645 Bad Elster
17. 12. Dr. med. Migale, Rudolf  
01824 Kurort Gohrisch
26. 12. Dr. med. Neumann, Edith  
04299 Leipzig
- 82 Jahre**
21. 12. Dr. med. Hellfritzsich, Fritz  
01587 Riesa
26. 12. Dr. med. habil. Brandt, Heinz  
04889 Gneisenaustadt Schildau
- 83 Jahre**
11. 12. Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim  
08412 Werdau
- 84 Jahre**
17. 12. Dr. van der Heijde, Eleonore  
04209 Leipzig
22. 12. Dr. med. Eckelt, Hans  
04275 Leipzig
- 85 Jahre**
15. 12. Dr. med. Weisbach, Hans-Georg  
08056 Zwickau
- 86 Jahre**
15. 12. Prof. Dr. med. habil. Ludwig, Werner  
01324 Dresden
22. 12. Neumann, Rudolf  
01309 Dresden
28. 12. Dr. med. habil. Jacob, Günter  
09125 Chemnitz
31. 12. Dr. med. Born, Helmut  
01326 Dresden
- 87 Jahre**
10. 12. Dr. med. Rudolph, Peter  
01445 Radebeul
18. 12. Dr. med. Emmrich, Kurt  
09127 Chemnitz
23. 12. Dr. med. Steuer, Margarethe  
08373 Niederlungwitz
- 89 Jahre**
13. 12. Dr. med. Kasperek, Bernhard  
08645 Bad Elster
- 90 Jahre**
31. 12. Dr. med. Dennhardt, Elfriede  
04416 Markkleeberg

## Carl Reinhold August Wunderlich (1815 bis 1877)

Rezension

Auf Beschluss des Rates der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wird der seit 1998 verliehene Preis für klinische Lehre nach C. R. A. Wunderlich benannt, einem der bedeutendsten Künstler des 19. Jahrhunderts und langjährigen Ordinarius für Innere Medizin in Leipzig.

Am 4. August 1815 in Sulz am Neckar als Sohn des Oberamtsarztes geboren, sollte Wunderlich nach dem Besuch des Gymnasiums auf Wunsch der Mutter die Priesterlaufbahn einschlagen, entschied sich aber für ein Medizinstudium, das er in Tübingen 1837 mit Auszeichnung beendete. Nach der Assistenz am Stuttgarter Katharinen-Hospital wurde er 1838 mit der Arbeit „Die Nosologie des Typhus“ zum Dr. med. promoviert. Studienreisen nach Paris und Wien mit ihren damals führenden klinischen Schulen ließen ihn die Unzulänglichkeit von medizinischer Theorie und Praxis in Deutschland erkennen. 1842 gründete er daher mit seinem Freund Wilhelm Roser das „Archiv für physiologische Heilkunde“ (seit 1847 vom Wilhelm Griesinger herausgegeben), womit die beiden jungen Ärzte „so ziemlich sämtlichen Vertretern der damaligen deutschen Medicin den Fehdehandschuh hinwarfen“ (Heubner). Nachdem Wunderlich 1843 zum ao. Professor und 1846, gerade 31jährig, zum ordentlichen Professor und Direktor der Tübinger Medizinischen Klinik berufen worden war, konzentrierte er sich in den politisch unruhigen Jahren um 1848 vor allem auf die Arbeit an seinem „Handbuch der Pathologie und Therapie“, in dem er das pathologisch-anatomische und physiologische Wissen seiner Zeit nahezu vollständig erfasste. 1850 folgte Wunderlich als Nachfolger des genialen Klinikers Johann von Opolzer, der nach Wien ging, dem Ruf nach Leipzig. In seiner Antrittsvorlesung „Ein Plan zur festeren Begründung der therapeutischen Erfahrungen“ forderte er die Einführung exakter Methoden in die Medizin, insbesondere zur Bewertung therapeutischer Effekte. Am Leipzi-



ger Jakobshospital führte er eine genaue Befunddokumentation ein und ließ ab 1859 Fieberkurven anlegen. Deren charakteristische Verläufe beschrieb er in seinem berühmten Buch „Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten“ (Leipzig 1868). Von Wunderlichs vielseitigen Aktivitäten, auch über die Fakultät hinaus, seien nur sein Engagement auf hygienisch-epidemiologischen Gebiet (zum Beispiel Erarbeitung eines „Cholera-Regulativs“ mit Griesinger und Max von Pettenkofer) und als Leiter des Leipziger Kriegsmedizinwesens 1870/71 genannt. Mit dem Chirurgen Carl Thiersch entwarf er die Pläne für den Neubau des Krankenhauses St. Jakob als modernes Barackenhospital, das 1871 eröffnet wurde. Im Sommer 1877, als er das letzte Mal Klinik hielt, besprach er vor den erschütterten Zuhörern seine eigene schwere Krankheit. Am 25. September 1877 starb Wunderlich, tief betrauert von Kollegen, Patienten und Studenten. Die Sektion ergab ein Lymphosarkom der Mesenterialdrüsen und akute Miliartuberkulose.

Doz. Dr. med. Ingrid Kästner  
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin  
und der Naturwissenschaften  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

### Sulfonylharnstoffe – Eine Säule im Behandlungskonzept des Typ-2- Diabetes mellitus: von der experimentellen Basis zur klinischen Effektivität

Prof. Dr. Jan Schulze  
Herausgeber, Medizinische Klinik III,  
Universitätsklinikum der TU Dresden  
UNI-MED Science, 1. Auflage 2000,  
116 Seiten, 33 Abbildungen, Hardcover,  
ISBN 3-89599-401-4, DM 79,80.

Einer Dresdner Tradition verbunden, haben die Autoren J. Schulze, U. Julius, M. Weck eine der grundlegenden Säulen der oralen Therapie des Typ-2-Diabetes umfassend und aktuell dargestellt. Die Tatsache, dass die Wiege der Sulfonylharnstoffe eigentlich in Dresden steht, ist wenig bekannt. Als Zufallsprodukt der antimikrobiellen Chemotherapieforschung wäre die Testsubstanz Ca 1022, welche Hypoglykämien auslöste, um ein Haar in Vergessenheit geraten. Mit dem Wechsel von C. HAAK und seiner Mitarbeiter von Dresden nach Mannheim im Jahre 1953 gelangte die eigentliche Nebenwirkung in ein neues Forschungsfeld und erbrachte 1955 den ersten Sulfonylharnstoff zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Ungeachtet dieses Zufalls entwickelte sich in Dresden eine bekannte Schule für den Typ-2-Diabetes. Sie setzt das Engagement für die orale Diabetestherapie fort, welches 1959 von H. Haller und St. E. Strauzenberg begründet und später unter Leitung von M. Hanefeld weiter entwickelt wurde.

Die vergangenen Jahre waren geprägt von einer kritischen Auseinandersetzung mit allen Substanzen zur oralen Diabetesbehandlung. Es kam zur Verunsicherung über dieses Therapieprinzip. Das hat zu einer intensiven Forschung geführt und den Stellenwert dieser Substanzgruppe erneut begründet. Letzten Ausschlag in dieser Betrachtung brachte der Abschluss der UKPDS – Studie. Die Ergebnisse verdeutlichten eindrucksvoll, dass die

Substanzgruppe auf dem Weg zur Normoglykämie ein effektiver Faktor ist, dem keine Kardiotoxizität nachgewiesen werden kann. Besonders aus diesem Gesichtspunkt ist die aus unmittelbarer Praxis erwachsene grundlegende Darstellung des Typ-2-Diabetes und seiner Behandlungsmöglichkeiten von großer Aktualität.

In dem Abschnitt über die Pathophysiologie der Insulinsekretion und Ursachen der Hyperglykämie beim Typ-2-Diabetes werden die Grundlagen detailliert und aktuell zusammengefasst. Die Wirkmechanismen der Sulfonylharnstoffe und ähnlich wirkender insulinotroper Substanzen nehmen – dem Titel des Buches entsprechend – einen breiten Raum ein. So wird eine vollständige und übersichtliche Darstellung der Entwicklungsgeschichte dieser Wirkstoffe gegeben.

Studienergebnisse zur Behandlung des Typ-2-Diabetes werden zusammengefasst. Dabei kommt eindrucksvoll zur Darstellung, dass die Diabetesbehandlung nicht die Gabe eines Medikamentes allein ist, sondern Schulung, Beratung, Ernährung und Bewegung als grundlegende Säulen der Behandlung anzusehen sind. Die Stufentherapie der oralen Behandlung weist auf den Stellenwert der Sulfonylharnstoffe zum Erreichen der heute genau definierten Therapieziele in der Praxis.

Besonders hervorzuheben ist die Darstellung der „Sächsischen Leitlinien“ zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 zum Schluss des Buches. Diese Leitlinien haben die Diskussion über strukturierte Behandlungskorridore in Deutschland ganz wesentlich vorangebracht. Sie sind die ersten und viel beachteten praxisrelevanten Leitlinien ihrer Art.

Die Orientierung auf die Therapieziele und die Normoglykämie bei den Patienten weist auf den frühzeitigen Einsatz aller Therapieschienen, beginnend von der Frühintervention bei Vorliegen von ersten Symptomen über die oralen Antidiabetika, bis hin zum Insulin. Das Buch ist Allgemeinmediziner, Internisten und Diabetologen eine wichtige Unterstützung in ihrem Mühen um eine qualitätsgesicherte Diabetestherapie. Der Diabetes mellitus Typ 2 als Volkskrankheit der nächsten Jahre wird eine effektive und finanzierbare Behandlung schon deshalb benötigen, weil wir die Aufwendungen für die Folgekrankheiten erst recht nicht erbringen können.

Dr. med. Hannes Rietzsch  
Universitätsklinikum der TU Dresden  
Medizinische Klinik III