

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12|2000

Die erste Seite	Erfolge, Defizite und Herausforderungen im ausklingenden Jahr 2000	528
Berufspolitik	Ergebnisse einjähriger Arbeit von 30 Verbänden und Körperschaften	529
	Sächsischer Gesundheitsminister: Dringender Handlungsbedarf zugunsten der Ärzte in den neuen Ländern	529
	Aus der Vorstandssitzung	530
	23. Kammerversammlung	532
	Besuch bei der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw	543
	Erste Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000	544
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen	545-560
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Prüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“	562
	Stellenausschreibung	563
	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	563
	Die Sächsische Ärzteversorgung informiert	563
	Konzerte und Ausstellungen	563
	Erratum	563
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	564
	Impressum	564
Originalie	Indikationen, Technik und Ergebnisse der Pankreastransplantation H. Witzigmann, T. Lohmann, J. Hauss	565
Verschiedenes	Gründung des Arbeitskreises „Stationäre Diabetesbehandlung in Sachsen“	570
	Alternativcurriculum für Anerkennung als Diabetologe	570
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Hans Haller zum 80. Geburtstag	571
	Dr. med. Günter Bartsch zum 60. Geburtstag	572
	Geburtstage im Januar 2001	572
Feuilleton	Zum Weihnachtsfest: Lebkuchen und Stollen	574
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Februar 2001	

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

Erfolge, Defizite und Herausforderungen im ausklingenden Jahr 2000

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Nicht weil die Dinge unerreichbar sind, wagen wir sie nicht, sondern weil wir sie nicht wagen, bleiben sie unerreichbar.“

Lucius Seneca

Unabweisbar stehen Reformen für den deutschen Sozialstaat auf der Tagesordnung. Alle unsere Sozialsysteme von den Steuern über die Rente bis zur Krankenversicherung müssen auf den Prüfstand, um sie auf ihre Zukunftssicherheit hin zu untersuchen.

Dabei zeigt sich immer deutlicher, dass es infolge demografischer Entwicklung, ungebremsstem medizinischem Fortschritt bei veralteter Beitragsschöpfung und staatlichen Belastungen zu gravierenden Ausgabensteigerungen bei drastischen Einnahmerückgängen kommt.

Reformversuche unter phantasieloser Beibehaltung von Ausgabendämpfung, Leistungskürzung, Budgets und Regressen eignen sich nicht, einen sinnvollen Wandel des Systems einer solidarischen Krankenversicherung zu erreichen.

Deshalb haben wir „Heilberufler“ dem unausgegorenen Gesetzestorso vor über einem Jahr unsere Bündnisse Gesundheit 2000 entgegengesetzt und am 14. 10. 2000 der Politik und Öffentlichkeit beachtliche substanzielle Reformvorschläge vorgestellt.

Dreh- und Angelpunkt muss dabei die solidarische Absicherung der großen und größeren Lebensrisiken bleiben. Diesen Grund- oder Basisleistungen stehen die sog. Gestaltungsleistungen aus dem Sektor „lifestyle, wellness, beauty“ gegenüber, die eigenverantwortlich abgesichert werden müssen. Bei einigen Leistungen sollte künftig eine Mischfinanzierung greifen. Mit Konsequenz müssen versicherungsfremde Leistungen steuerfinanziert werden, sog. „virtuelle“ Krankenkassen müssen abgeschafft und staatliche „Verschiebehäfen“ zu Lasten der Krankenversicherung künftig ausgeschlossen werden. –

Würde dieser Weg der Konsolidierung zielgerichtet betrieben, so käme es mittelfristig zu einer Stabilisierung der GKV und damit auch zu besseren Möglichkeiten, die noch immer bestehenden Sozialdifferenzen zwischen Ost- und Westdeutschland zu beseitigen!

Hier ein deutliches Signal an die Bundespolitik abzugeben, war das Ziel der von den fach- und hausärztlichen Berufsverbänden initiierten und den ärztlichen Körperschaften unterstützten erfolgreichen Aktionswoche in Sachsen. Es war und ist das

intensive Bemühen der Ärzteschaft, einer 100%igen Leistungspflicht für ambulante Patienten den dafür verfügbaren bisherigen Budgetanteil von 75 % auf mindestens 86 % anzuheben.

Weitere Problemfelder in der aktuellen Diskussion betreffen unsere scheinbare Omnipotenz bei der Steuerung und Gestaltung der Lebensvorgänge am Anfang und Ende menschlichen Daseins: Dürfen und müssen wir alles tun, was technisch möglich ist? Im Hinblick auf genetische - und Präimplantationsdiagnostik, Transplantations- und Intensivtherapie bedarf es des intensiven Gesprächs mit Juristen und Philosophen, bei einigen Fragen auch der öffentlichen Meinungsbildung.

Die ganz großen Herausforderungen an eine „humane Medizin“ sind mit der Einführung von vollpauschalierten Abrechnungen für die ambulante und stationäre Medizin verbunden! EBM-plus und DRG sind die Kürzel, die für Leistungstransparenz, Abrechnungsgerechtigkeit und Ökonomie in der Medizin stehen werden. Hier ist unsere ärztliche ethische Verantwortung in ganz besonderer Weise angefragt. Hier ist unser starkes ärztliches Votum für eine ethisch-ärztliche Zuwendungsmedizin und gegen einen medizinischen Reparaturbetrieb mit Vollkasko-Mentalität erforderlich! Weitere Fragen müssen gestellt und redlich beantwortet werden:

Bleibt der Arzt in Zukunft Helfer, Heiler, Berater und Anwalt des Patienten oder wird er Erfüllungsgehilfe von Krankenkassen und Abhängiger des Krankenhausmanagements?

Welchen Stellenwert wird eine fundierte ärztliche Weiterbildung im Hinblick auf die neuen Entgeltsysteme und eine rapide Privatisierungswelle von Krankenhäusern haben?

Neben diesen schwerwiegenden Richtungsentscheidungen stehen weitere Reformen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie bei der Vervollkommnung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung an. Zur Lösung aller dieser Aufgaben bedarf es der gemeinsamen Aktion der ärztlichen Körperschaften und deren ständiger Verjüngung! –

Wir Ärzte haben für unser Gesundheitswesen nicht nur kritische Diagnosen gestellt, sondern getreu unseres erweiterten Berufs- und Sicherstellungsauftrages notwendige Therapieempfehlungen zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems auf den Weg gebracht.

Es bleibt noch viel zu tun!

Ihnen allen ein herzliches „Glück auf“ für ein erfolgreiches 2001!

Ihr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

**Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“
sowie der Leipziger Messe Verlag wünschen allen sächsischen Ärzten und ihren Familien
eine besinnliche Adventszeit, ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gutes Jahr 2001**



Presseerklärung
vom 14. Oktober 2000

Ergebnisse einjähriger Arbeit von 30 Verbänden und Körperschaften

„Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“ lautete das Thema der Podiumsdiskussion und anschließender Pressekonferenz, welches am Sonnabend, den 14. Oktober 2000 in Dresden stattfand. Vorgestellt und engagiert diskutiert wurde das gemeinsame Positionspapier von 30 im Bündnis Gesundheit 2000 zusammenwirkenden Verbänden und Körperschaften in Sachsen.

Das sächsische Bündnis erschöpft sich nicht in Kritik und Ablehnung, zum Beispiel der Budgetierung in jeglicher Form, sondern es skizziert seine Vorstellungen wirklicher Reformierung des Gesundheitswesens unter weitgehender Beibehaltung des Solidarprinzips.

Demnach muss der Grundkonflikt zwischen globalem Versorgungsanspruch unter sich verändernden Bedingungen

und dessen Finanzierbarkeit, die jetzt an ihre Grenzen stößt, gelöst werden. Hier helfen keine neuen Kontrollsysteme und deren Verwaltungsapparat, sondern Politik und Gesellschaft müssen ihre Gesundheitsziele und deren Finanzierbarkeit neu definieren, wie dies auch in der Rentenfinanzierungsdebatte geschieht. In der Aktionswoche Ende September 2000 wurde die neue Qualität des Zusammenwirkens erstmalig deutlich im gemeinsamen Aufruf der sächsischen Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapeutenverbände, der von mehr als 90 % aller Praxen in ganz unterschiedlicher Weise umgesetzt wurde.

Unter dem Druck rot-grüner Gesundheitspolitik ist eine deutliche Annäherung zwischen den Bündnispartnern gewachsen. Dies kommt sowohl in dem

Positionspapier sowie auch im gemeinsamen Handeln zum Ausdruck.

Die Leistungserbringer erklären auch weiterhin ihre Bereitschaft zum Handeln, wenn Verhandlungen keine Ergebnisse erwarten lassen. Beides geschieht in Abstimmung und Zusammengehen der Partner im Bündnis in Verantwortung gegenüber den Patienten und der Gesellschaft. Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 erklärt nochmals, dass es besondere und dringende Probleme im Gesundheitswesen der neuen Länder gibt, die von der Bundesregierung ungenügend wahrgenommen werden.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 möchte den politischen Entscheidungsgremien die Erwartung signalisieren, dass diese in Zukunft die Kompetenz der Leistungserbringer rechtzeitig einbeziehen.

Sächsischer Gesundheitsminister:

Dringender Handlungsbedarf
zugunsten der Ärzte
in den neuen Ländern

Rasches Handeln der Bundesregierung ist nach Auffassung des Sächsischen Staatsministers für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Dr. Hans Geisler, zur Verbesserung der ärztlichen Vergütung in den neuen Ländern geboten. Die Fachärzte im Freistaat Sachsen haben im ersten Quartal 2000 einen Rückgang der Punktwerte von bis zu 31 % zu verzeichnen. Die Prognosen für das zweite Quartal sind nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nicht besser.

Auslöser dieser Entwicklung sind beispielsweise die Mitgliederverluste von sächsischen Krankenkassen an geöffnete Betriebskrankenkassen mit Sitz in den

alten Bundesländern sowie Leistungszunahmen bei den Fachärzten.

Eigentliche Ursache für die unzureichende Vergütung der sächsischen Ärzte ist aber nach Auffassung des zuständigen Gesundheitsministers die Budgetierung der ärztlichen Vergütung. Durch eine andere Honorarverteilung würde sich dieses Problem daher nicht aus der Welt schaffen lassen. Wegen der Trennung der Honoraranteile zwischen Haus- und Fachärzten ist es nicht möglich, einen Ausgleich herbeizuführen. Dies würde das Problem auch nicht endgültig lösen. Es fehlt insgesamt an Geld.

Diese Situation wird kritisch vor dem Hintergrund, dass die Vergütung der

Ärzte in den neuen Ländern ohnehin im Vergleich zu den Ärzten in den alten Bundesländern zu niedrig ist. Werden im Westen im ersten Halbjahr 2000 von den Krankenkassen nach deren Angaben, die als zuverlässig gelten und jederzeit überprüfbar sind, 17,96 % für die ärztliche Vergütung ausgegeben, so sind es in den neuen Ländern 14,57 %. Dies sind Fakten, die auch durch Zahlen über Durchschnittseinkommen aus dem Jahr 1998 nicht widerlegt werden können. Die niedrigere Vergütung ist ein Ostproblem, welches sich im Freistaat Sachsen existenzbedrohend auswirken kann. Das Problem kann nur dadurch gelöst werden, dass der Budget-Deckel geöffnet

wird, also mehr Geld in die ärztliche Vergütung fließt. Zu erreichen ist dies durch den Einsatz von Mitteln aus dem gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich. Dieser wird ab dem Jahre 2001 stufenweise eingeführt und wird den ostdeutschen Krankenkassen Mehreinnahmen bringen. Diese sollten stufenweise

auch für die Verbesserung der Vergütung bestimmter finanziell benachteiligter Leistungserbringer, vor allem aber der Ärzte verwendet werden können. Beitragssatzerhöhungen sind nach Einschätzung des sächsischen Gesundheitsministers für sächsische Kassen dadurch nicht zu befürchten.

Der Bundesgesetzgeber ist dringend zum Handeln aufgerufen. Sachsen ist zur Mitarbeit und zu Gesprächen jederzeit bereit, betonte Dr. Hans Geisler am 29. 9. 2000 in Dresden.

Pressemitteilung des Sächsischen
Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit,
Jugend und Familie

Aus der Vorstandssitzung

1. November 2000

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten sowie der Protokollbestätigung und der Beschlusskontrolle aus der letzten Vorstandssitzung folgte eine lebhafte Diskussion über den Stand, die **Probleme und Gedanken zur gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage.**

■ Eine sehr positive Bilanz konnte über die am 14. 10. 2000 in Dresden stattgefundene Podiumsdiskussion des „Bündnis Gesundheit 2000 in Sachsen“ gezogen werden. Von den Referenten wurde das in über einjähriger Tätigkeit in verschiedenen Arbeitsgruppen erstellte gemeinsame Positionspapier eindrucksvoll präsentiert, was auch bundesweit ein sehr positives Echo hervorrief. Die sich anschließende Diskussion der Vertreter der Bündnispartner sowie der Kassen und der Politik verlief sehr konstruktiv.

■ Das Fortbildungsdiplom soll möglichst deutschlandweit vereinheitlicht und aufgewertet werden. Nachgedacht wird zum Beispiel über eine Vergünstigung bei der Berufshaftpflichtversicherung.

■ Für den Berlinumzug ist vorgesehen, dass sowohl die Bundesärztekammer als auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenhausgesellschaft einen gemeinsamen Gebäudekomplex errichten und beziehen.

■ Für die am 11. 11. 2000 in Dresden stattfindende 23. Kammerversammlung wurden noch letzte organisatorische Probleme besprochen.

■ Eine kleine Delegation unter Leitung unseres Präsidenten weilte anlässlich des 50. Jahrestages der Medizinischen Akademie Breslau in Polen. Es konnten hier bereits bestehende Kontakte vertieft und weitere gegenseitige Konsultationen vereinbart werden.

Berufsrecht: Wie nahezu in jeder Vorstandssitzung musste auch diesmal wieder über einen Widerspruch gegen einen Rügebescheid sowie über Rügeverfahren und Rügebescheide und über den Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens befunden werden.

Finanzen: Der Vorstand befasste sich mit der Haushalteinanspruchnahme per 30. 9. 2000. Insgesamt konnte vom kaufmännischen Geschäftsbereich ein ausgeglichener Haushalt vorgelegt werden. Bis zum 30. 9. 2000 waren 98,4 % der geplanten Erträge aus Kammerbeiträgen erreicht. Für das Beitragsjahr 2000 sind von 12.959 Mitgliedern die Kammerbeiträge gebucht.

Weitere Themen:

■ Nach eingehender Beratung mit dem Vorsitzenden des Ausschusses Rettungs-

dienst, Herrn Dr. Burgkhardt, konnte die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst als Beschlussvorlage für die 23. Kammerversammlung beschlossen werden. Inhalt ist die Änderung der Eignungsvoraussetzungen zur Verbesserung der ärztlichen Qualität gegenüber den Rettungssanitätern.

■ Eine Nachberufung für den Ausschuss Ärztinnen machte sich wegen eines Todesfalles eines bisherigen Mitgliedes erforderlich. Frau Dr. Kaschl wurde einstimmig vom Vorstand in diesen wichtigen Ausschuss berufen.

■ Für die Arbeitsgruppe Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kardiologie wurden vom Vorstand vier Mitglieder benannt.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

23. Kammerversammlung

Dresden
11. November 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 9.00 Uhr im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 23. Kammerversammlung und begrüßte herzlich die Mandatsträger, Ausschussvorsitzenden und Gäste. Willkommen hieß der Präsident vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Dr. Rainer Wedekind, Leiter des Referates Krankenhausfinanzierung, und Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Berufsrecht; von der Technischen Universität Dresden den Prodekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Professor Dr. Richard Funk, und von der Philosophischen Fakultät den Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Technikforschung, Herrn Professor Dr. Dr. Bernhard Irrgang.

Mit großer Freude begrüßte Herr Professor Dr. Jan Schulze die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich, Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer; Herrn Dr. Heinz Brandt, und Herrn Dr. Peter Schwenke.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 23. Kammerversammlung waren 72 der 98 Mandatsträger anwesend. Damit war die Kammerversammlung beschlussfähig. Im Hauptreferat berichtete der Kammerpräsident über aktuelle gesundheits- und berufspolitische Schwerpunkte und Probleme.

Zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im 21. Jahrhundert bedarf es Mut, Vertrauen und Kreativität

Von Christian Morgenstern stammt der treffende Zweizeiler

*„Wer den Weg nicht kennt,
kann das Ziel nicht haben.“*

Gerade weil die Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen der letzten 20 Jahre in der Regel Fehlwege mit reiner Kostendämpfung waren, ist auch im



Prof. Dr. Jan Schulze

Hinblick auf Europa der Weg des tradierten GKV-Systems ein Pfad in die Sackgasse!

Diese Reformansätze haben bereits zum Abbau von Gesundheitsleistungen und Qualitätseinbußen geführt, weil sie sich auf kurzatmige, rein ökonomisch motivierte Maßnahmen, wie Ausgaben- und Leistungskürzungen, Budgets und Regressandrohungen, beschränken.

Jedem von uns ist mittlerweile klar geworden, dass ein rigide gedeckeltes Budget uns Ärztinnen und Ärzten in Praxis und Klinik vor nahezu unlösbare Probleme stellt. Der Zielkonflikt zwischen einem innovativen und prosperierenden Gesundheitsangebot von Pharmaindustrie und Medizintechnik einerseits und begrenzten Mitteln und Möglichkeiten andererseits wird auf den Köpfen von uns Ärzten ausgetragen. Dies führt zu unzumutbaren Belastungen der Ärzteschaft, die gewissermaßen „im letzten Glied“ Rationierungsentscheidungen zu treffen und dem Patienten gegenüber zu vertreten hat, vor denen sich Politik und Kassen noch immer herumogeln. Es nimmt nicht Wunder, dass dadurch eine gute und vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung unnötigen Belastungen ausgesetzt wird, wenn sich zum Beispiel unsere Patienten fragen: „Untersucht und behandelt mich mein Arzt richtig oder

lastet er nur seine Geräte aus oder enthält er mir einiges aus Budgetgründen vor?!“ Spätestens hier war und ist es wichtig, sich erneut auf unsere hippokratische Ethik des *Salus aegroti suprema lex* zu besinnen, die nicht zu einer „Kalkulations- und Finanzierungsgröße“ verkommen darf! Die Sorge um das Wohl und die Gesundheit unserer Patienten gilt unabhängig von Finanztöpfen, unabhängig von Klinik oder Praxis, von Universität oder Gesundheitsamt, von Rehaklinik oder dem Medizinischen Dienst. Aus dieser „Verantwortungsethik“ heraus hat die deutsche Ärzteschaft das 1999 konzipierte GKV-Reformgesetz abgelehnt und in kraftvollen „Bündnissen Gesundheit“ Alternativvorstellungen zu einer echten Gesundheitsreform entwickelt. Am 14. Oktober 2000 wurde ein Konsenspapier des Sächsischen Aktionsbündnisses Gesundheit nach einjähriger Arbeit von 30 Verbänden und Körperschaften zur „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“ der Presse, Politik und Öffentlichkeit übergeben. In der diesbezüglichen Podiumsdiskussion wurde deutlich gemacht, dass die Heilberufler konstruktiv an einer Gesundheitsreform an „Haupt und Gliedern“ mitwirken werden. Es gilt, unter weitgehender Beibehaltung des Solidarprinzips den Grundkonflikt zwischen globalen Versorgungsansprüchen der Versicherten und den derzeitigen begrenzten Finanzierungsgrundlagen der GKV/PKV zu lösen.

Die Aufgabe der Politik ist es, Entscheidungen herbeizuführen, was man künftig in einer Versichertengemeinschaft zu welchen Konditionen solidarisch finanzieren will und kann und welche Leistungen in die Eigenverantwortung und –vorsorge des mündigen Bürgers übergehen sollten. Bezüglich des vollständigen Positionspapiers und der hochinteressanten Statements der Bündnispartner, sowie der Presseerklärung vom 14. Oktober 2000 verweise ich auf unser nächstes „Ärzteblatt Sachsen“.

Unter der Devise „Handeln und Verhan-

deln“ sehe ich auch die in der letzten Septemberwoche 2000 erfolgreich durchgeführte Aktionswoche der niedergelassenen Ärzteschaft. Dem Aufruf der sächsischen Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapeutenverbände waren mehr als 90 % der genannten Praxen gefolgt. Es ist nach meiner Kenntnis – weder patienten- noch ärzteseitig - zu Stör- oder Zwischenfällen gekommen. Ziel der Aktion war und ist es, der Bundespolitik kräftig zu signalisieren, dass 100 % Leistungsanspruch nicht dauerhaft mit nur 75 % ambulanten Finanzanteilen zu bestreiten sind. Verschärft wurde die Situation besonders für die Gruppe der Fachärzte, die mit geringeren Budgetmitteln auch noch die Psychologen aus ihrem „Topf“ finanzieren müssen.

Kassenärztliche Vereinigung, Kammer und Landessozialministerium setzen sich für eine gezielte Ausgleichszahlung für bedrohte Facharztpraxen aus dem Risikostrukturausgleich ein.

Am runden Tisch des Bündnisses Gesundheit werden auch künftig die sogenannten Leistungserbringer geeint, im Willen zur kritischen Reflexion und dem Mut zu Veränderungen am notwendigen Umbau der gewachsenen und manchmal verkrusteten Strukturen unseres Gesundheits- und Sozialsystems mitzuwirken.

In einer schnelllebigen Zeit, die von Widersprüchen, Lobbyismen und Streit geprägt ist, wird die Bewahrung und der Ausbau innerärztlicher Solidarität immer wichtiger!

Dies gilt in allernächster Zeit für die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft. Die Krankenhäuser sind in Europa seit über 200 Jahren „Erfolgsmodelle“ für Dienstleistungen aus dem Bereich der Medizin und der Pflege und durch staatliche Gesetzgebung in ihrem Bestand geschützt. Diese traditionelle Rolle von staatlich oder kommunal betriebenen „Rückzugs-, Behandlungs- und Versorgungsrefugien“ für den kranken Bürger ist nachhaltig erschüttert, und die Krankenhauslandschaft befindet sich in Deutschland und Europa in einem dra-

matischen Umbruch. Der Weg führt von den tradierten Krankenanstalten hin zu modernen Gesundheitsunternehmen. Neben der bisherigen institutionalisierten Krankenbehandlung müssen sich Krankenhäuser künftig als Orte der Vernetzung von Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationsangeboten verstehen.

Krankenhäuser können und müssen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung einer vernetzten Versorgungslandschaft in den jeweiligen Territorien spielen. Wer diese intensive Kooperation als Unternehmen Krankenhaus nicht rechtzeitig komplex entwickelt, verpasst die Chance, zukünftig erfolgreich zu agieren. Wichtige Überlebensfaktoren, die bis zur Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems beachtet und verstärkt vorangebracht werden müssen, sind:

- Patientenorientierung mit medizinischer, pflegerischer und organisatorischer 1a-Qualität

- Integration, Kooperation mit den Netzpartnern

- Effektives Kosten- und Qualitätsmanagement

- Flexibilität und Bereitschaft zur Veränderung

Ob es sich bei dem im Gesetz verankerten DRG-System um Chancen oder Risiken für die unter Druck geratenen Krankenhäuser handeln wird, bleibt abzuwarten. In jedem Falle handelt es sich um eine riesige Herausforderung, die, wenn sie wirklich – wie beabsichtigt – ab 2003 budgetneutral eingeführt werden sollte, zu gravierenden quantitativen und qualitativen Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft führen wird.

Die Krankenhausversorgung insgesamt wird sich mit der flächendeckenden Einführung pauschalierter Vergütungsformen grundlegend ändern. Dieses gilt auch für die Krankenhausplanung und die Definition des Versorgungsauftrages mit allen seinen prä- und poststationären Facetten. Zur Einführung dieses verkürzt ausgedrückten „EBM“ für Krankenhäuser laufen auf vielen Ebenen mündliche

und schriftliche Informationsveranstaltungen. Seitens der Landesärztekammer haben wir zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mehrere hochkarätige Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen durchgeführt – weitere werden folgen.

Ein wichtiger, jedoch bis heute zu Unrecht vernachlässigter Aspekt beim beabsichtigten vollpauschalierten DRG-System, sind grundsätzliche medizinethische Erwägungen und Probleme in der Patient-Ärzt-Beziehung, die es zu lösen gilt. Diese zum Teil gravierenden medizinethischen und medizinrechtlichen Themen wurden zwar in Einführungskursen zum DRG diskutiert, jedoch nach Auskunft von Professor Leitis, Göttingen, bisher von der deutschen Medizinethik nicht professionell bearbeitet. Lassen Sie mich deshalb dazu einige wichtige Fragen aufwerfen, die sich in der Folge der DRG-Einführung ergeben:

- Bleibt der Arzt der Anwalt des Patienten oder muss er künftig vorrangig den Zielen des Krankenträgers beziehungsweise des Kostenträgers gerecht werden?

- Droht eine weitere Einschränkung ärztlicher Entscheidungsfreiheit durch ständige Kontrolle und Normierung der von ihm genutzten Ressourcen durch das Krankenhausmanagement?

- Besteht bei den umfassenden Dokumentationspflichten nicht die Gefahr einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht?

- Welche Bedeutung haben künftig traditionelle Werte der Krankenbehandlung, wie Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit, Wohl-tätigkeit, Achtung, Verteilungsgerechtigkeit und andere?

Viele kritische Fragen, die recht bald einer Bearbeitung und Beantwortung bedürfen. Natürlich gilt auch, dass der unwirtschaftliche Einsatz von beschränkten Ressourcen in hohem Maße unethisch ist!! -

Patienteninformation – Patientenrechte

Es mutet schon diabolisch an, dass angesichts rigider Budgetierung diese Thematik durch die Bundesregierung auf die Tagesordnung gesetzt wurde, obwohl Patientenrechte in Deutschland, durch mehrere Rechtskreise so stark verankert sind, wie in keinem anderen Land in Europa. Dennoch hat sich die Bundesärztekammer an einer diesbezüglichen Gesprächsrunde im Bundesministerium für Gesundheit beteiligt und den Entwurf einer „Charta der Patientenrechte“ vorgelegt.

In Sachsen bedienen die Körperschaften gemeinsam das Informationsbedürfnis der Bevölkerung nach seriösen medizinischen Angaben zu Praxen, Kliniken, Rehaeinrichtungen, Apotheken und Gesundheitsämtern. Die Arbeitsgruppe Multimedia der Kammer hat viel Mühe in den Aufbau und die Koordinierung dieses Gesundheitsportals für das Internet gesteckt, welches künftig auch weiteren Nutzern für eigene Präsentationen zur Verfügung gestellt werden kann (zum Beispiel Physiotherapie, Pflegeberufe). Da etwa nur 20 % der Bevölkerung diese Internetangebote nutzen können, wird in einer weiteren Arbeitsgruppe bei der Kammer über eine Koordinationsstelle oder Hotline nachgedacht, die die vielfältigen Informationsangebote der Körperschaften und Verbände transparenter als bisher und direkter zugänglich machen sollen.

Ärztewachstum

Große Sorgen bereitet uns die Nachbesetzung bestimmter Facharztgruppen, die sich infolge Überalterung und Pensionierung in bestimmten Fachgebieten drastisch defizitär auswirken wird. Die sogenannte Ärzte-Schwemme wird konterkariert von einem Mangel wichtiger Arztgruppen in Klinik und Praxis.

Alarmierend ist die Nachwuchssituation in der Allgemeinmedizin, wo wir trotz des Förderprogramms zunehmende Besetzungsschwierigkeiten und Praxisaufgaben ohne Nachfolger zur Kenntnis be-

kommen. Aber auch Anästhesisten, Kinderärzte, Labor- und Augenärzte sowie Hygieneärzte, sind zunehmende „Mangelware“. Unsere Statistiker sind dabei, für alle Facharztgruppen eine prospektive Epidemiologie der sächsischen Ärzte zu erstellen, um möglichst valide Aussagen und gezielte Fördermaßnahmen für die Zukunft zu initiieren.

Bio- und Gentechnik

Die Gentechnologien gelten medizinisch wie wirtschaftlich als die wichtigsten Zukunftsfaktoren für den Standort Deutschland. Der ärztlich ethische Diskussionsprozess muss differenziert erfolgen und zu einem baldigen Ergebnis kommen, denn die Verabschiedung des Biopatentgesetzes im Bundestag steht nach positiver Kabinettsentscheidung bevor. Damit würde die EU-Patentrichtlinie umgesetzt und der Weg frei sein für Genpatentierungen, die die Herstellung von Impfstoffen und Medikamenten im gentechnischen Verfahren ermöglichen.

Auch hier ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen ethischen Erwägungen und ökonomischen Zukunftskalkulationen und -perspektiven!

Im Hinblick auf unsere derzeitigen medizinischen Möglichkeiten am Anfang und Ende menschlichen Lebens stellt sich immer dringender die Frage:

„Müssen und dürfen wir alles das tun, was technisch möglich ist?“

Bei den Stichworten Gentechnik, Gentests, Präimplantationsdiagnostik der sogenannten Schwangerschaft auf Probe, bei Transplantationsproblemen stehen wir erst am Anfang dieser ethisch-rechtlichen Diskussionen. Auch können diese Konflikte nicht mehr allein von Medizinern, Philosophen oder Juristen gelöst werden, da diese Problemfelder den breiten gesellschaftlichen Diskurs erfordern.

Meine Damen und Herren, der Arztberuf steht auf der Sozialprestigeleiter nach wie vor auf Platz eins. Über 90 % der Bevölkerung sind mit den von ihnen gewählten Ärzten voll zufrieden.

Allerdings ist die Verbindung von Arzt und Geld nur allzu oft prägend für die Wahrnehmung der Ärzteschaft insgesamt. Hier nur die hässlichen Stichworte vom Herzklappenkomplex, vom verschärften Antikorruptionsgesetz wegen angeblicher Vorteilsnahme, der Drittmittelkriminalisierung und vom Abrechnungsbetrug einzelner „schwarzer Schafe“, den es natürlich konsequent zu bekämpfen gilt. Kein Verständnis hat die Ärzteschaft allerdings für medienwirksame Generalverdächtigungen und Pauschalverurteilungen wegen angeblichen Abrechnungsbetruges in Größenordnungen – wie das anlässlich einer BKA-Tagung in Wiesbaden seitens Polizei und Staatsanwaltschaft formuliert wurde. Wir Ärzte sind mit hohen moralischen Ansprüchen angetreten, eine gute qualitätsvolle Medizin zu betreiben. Dazu bedarf es auch und gerade eines fairen Umgangs mit der Jurisprudenz. Lassen Sie uns gemeinsam die ärztlichen Generaltugenden der Patientenzuwendung, der Wissenschaftlichkeit, des nihil nocere und der Verschwiegenheit hochhalten und auch in stürmischen Zeiten den nächsten Ärztegenerationen als kostbares Erbe weitergeben. Lassen Sie uns auch weiterhin für das Wohl und Wehe des Einzelnen und der Gesellschaft Verantwortung übernehmen. Lassen Sie uns nicht nur in diesen geschichtsträchtigen Novembertagen deutliche Zeichen setzen für mehr Toleranz und Integration, gegen Fremdenfeindlichkeit und Gewalt, denn

„der Schoß ist fruchtbar noch aus dem das kroch!“

Ethische Probleme der Budgetierung im Gesundheitswesen

Vortrag: Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang
Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Technikforschung an der Technischen Universität Dresden, Philosophische Fakultät, Institut für Philosophie

Das Problemfeld Budgetierung ist ethisch nicht einfach zu strukturieren. Wenn

Ethik die Reflexion von Moral ist mit dem Ziel, eine vertretbare ethische Empfehlung zu erarbeiten, dann empfiehlt sich die Position einer Verantwortungsethik, die sowohl von ethischen Grundsätzen wie von konkreten Folgenabschätzungen ausgeht. Dabei stehen gewisse ethische Grundsätze untereinander in einem Spannungsverhältnis wie Patientenwohl und Patientenautonomie oder ausgleichende Gerechtigkeit und Solidarität mit Verteilungsgerechtigkeit („Jedem das Seine“). Das Versicherungsprinzip beruht auf der Umverteilung von Risiken im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit (Gesunde – Kranke, Junge – Alte, Arme – Reiche). Die Organisation des Versicherungsprinzips kann je nach Prinzip unterschiedlich ausgerichtet sein. Eine Gemeinwohlorientierung realisiert sich am besten in einer nationalen Krankenversicherung, Eigenverantwortung korrespondiert private Krankenkassen oder Freistellung von der Versicherungspflicht, sowie das Prinzip Solidarität - gesetzliche Krankenkassen.

Kostenfaktoren für den wachsenden Finanzbedarf im Gesundheitswesen erwachsen der technologischen Herausforderung (eher Produkt-, weniger Prozess- und Organisationsinnovationen), die Alterung der Bevölkerung aufgrund des Erfolges der Medizin und die Veränderung der Familienstruktur (Singlehaushalte,



Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang

alte Frauen). Eine Verschärfung des Kostendrucks entsteht durch Rückkopplungseffekte. Budgetierung ist jedoch wahrscheinlich dennoch ein falsches Mittel der Kostendämpfung. Zentral für ethische Empfehlungen ist das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dabei ist von einem Konflikt zwischen Ärzten und Patienten über die Honorierung auszugehen. Eine erfolgsabhängige Komponente des Arzthonorars ist nicht einfach zu realisieren und vom Patienten schwer zu beurteilen. Daher dürfen ergänzende Sachwalter, wie Staat, Krankenversicherung oder Berufsverbände auftreten. Die Patienten-

autonomie erlaubt dem Patienten die eigene Entscheidung in Absprache mit dem Arzt. Außerdem sollten Anreizstrukturen für erfolgsorientiertes Handeln von Arzt und Patient (zum Beispiel Prävention) geschaffen werden.

Ethische Anforderungen an die Ausgestaltung des Gesundheitswesens

- Sicherung einer Basisversorgung nach dem Solidaritätsprinzip
- Stärkung der Patientenautonomie und der Eigenverantwortlichkeit des Patienten (auch durch Selbstbeteiligungen)
- Ausdifferenzierung der versicherten Leistungen nach Wunsch des Patienten
- Anreizsysteme für Prävention, aber keine Life-Style-Medizin (wegen Diskriminierung)
- Gesundheitserziehung ist Aufgabe der Gesundheitsdienste, aber auch des Staates
- Überdenken des Prinzips der privaten Krankenversicherung.

Inhalte des sich anschließenden einständigen produktiven und engagierten **Meinungs- und Gedankenaustausches** waren:

„ der Patient“

- Das Wort Kunde und das Wort Leistungserbringer sollte nicht bei der Positionierung eines kranken Menschen verwendet werden, da der Patient kein Gegenstand ist und sich auch nicht als Gegenstand selbst definieren würde. Der würde-

volle Name „Patient“ muss erhalten bleiben und auch der des „Arztes“ als Anwalt der Patientenautonomie. Je würdevoller man den anderen achtet, desto mehr ist der Patient bereit, auf den Rat des Arztes einzugehen.

- Patientenschulung, Patientenberatung und Patienteninformation muss in erster Linie in unseren Praxen stattfinden.

- In ein Beratungsgespräch mit dem Patienten über seine Krankheit gehört eine transparente Patienteninformation mit Grenzziehung in ethischer Richtung.

„Genforschung“

- Wir Mediziner sollten einen ethischen Ärztetag haben, der jedes Jahr aktuelle ethische Probleme bespricht und der in regelmäßigem Konsens mit den Genforschern berät und diskutiert, was an neuen Erkenntnissen angewendet werden darf.

Wir Ärzte sind für die genetische Erforschung des Menschen und für die behutsame Mitteilung an den Patienten. Wir sind auch für das Recht für Nichtwissen, aber es muss ethisch begleitet sein.

- Was die Gen-Beurteilung und die genetische Forschung betrifft, sollten wir Ärzte nichts verbieten, aber wir sollten die Genforschung ethisch streng begleiten.

- Die individuelle Lebensgestaltung ist auch geprägt vom genetischen Muster eines Menschen. Es erhebt sich die bedeutsame Frage, ob wir mit moralischen

Aussprachen Lebensgestaltung ändern können oder sie dadurch untermauern müssen, indem jeder Mensch weiß, wie seine genetische Struktur ist. Es wird vieles verständlicher auch in der Prävention, wenn ein Patient frühzeitig weiß, dass er zum Beispiel suchtgefährdet ist.

- Die genetischen Muster, die wir vielleicht selbst irgendeinmal bekommen könnten, zu wissen bis hin zu der Frage, für welche Krankheiten bin ich besonders gefährdet, und dann Konsequenzen für die Lebensführung zu ziehen, wäre ethisch gut. Die Begleitung und die Verwaltung dieses Wissens über das eigene genetische Muster, sind die großen Probleme.

„Gesundheitsökonomie“

- Die Budgetierung unter dem Gesichtspunkt – Aufbürdung von nicht lösbarer Verantwortung – ist als unethisch zu betrachten.

- Wir müssen auf die Folgen einer Budgetierung hinweisen, die in einer Zweiklassenmedizin enden kann.

- Wir Ärzte werden für Kosten verantwortlich gemacht, die durch die Pharmaindustrie und durch die Medizintechnik produziert werden.

Die Not der Krankheit wird benutzt, um das Prinzip der Marktwirtschaft - das Bessere müsste billiger sein - zu durchbrechen. Diese Problematik sollte an den „Runden Tischen“ so offen ausgesprochen werden.

- Müssen wir nicht von einer medizinischen Ethik und von einer Wirtschaftsethik sprechen?

- Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement müssen zur Ausbildung und zum Fachwissen eines Arztes zukünftig gehören.

- Wir müssen als Berufsorganisation einen größeren Kampf gegen die Irrationalität scheinbar medizinischen Handelns führen.

„Bündnis Gesundheit“

Die 30 Bündnispartner im „Bündnis Gesundheit 2000“ im Freistaat Sachsen haben in ihrem Positionspapier eindeutig Lösungswege und Ziele für eine künftige Gesundheitsreform dargestellt.

Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – Übersicht aus ausgewählten Leistungsbereichen

Referat: Dr. habil. Hans-Jürgen Hommel
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Berufspolitische Einleitung

Qualitätserbringung und Qualitätssicherung sind grundsätzliche originäre ärztliche Aufgaben, die von den ärztlichen Körperschaften zu fördern und kontrollieren sind. Die Problematik der Qualitätssicherung darf nicht nur innerärztlich

diskutiert werden, sondern muss in einem gewissen Maß an Aggressivität auch nach außen getragen werden, um zu vereiteln, dass andere diesen Aufgabenbereich wahrnehmen.

Auch der Gesetzgeber, insbesondere die rot-grüne Koalition, hat sich dem Thema Qualitätssicherung angenommen und man hat derzeit den Eindruck, die Qualitätssicherung sei zum Spielball der Politik geworden.

Die Gesundheitspolitiker verbinden diese, ihre neue „Qualitätssicherung“ aber mit den Schlagworten „Stärkung der Effizienz“, das heißt sinkenden Kosten bei konstantem Versorgungsumfang und konstanter Versorgungsqualität und dies



Dr. habil. Hans-Jürgen Hommel

alles unter dem Blickwinkel der Beitragsstabilität.

Neu ist im Gesundheitsreformgesetz 2000, alle Leistungserbringer für die Qualität und die Sicherung der Qualität ihrer Leistungen in die Verantwortung zu nehmen. Der Begründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz ist weiter zu entnehmen, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf die stationären Einrichtungen beschränkt wird.

Der Gesetzgeber geht mit anderen Worten davon aus, dass die positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung an-

erkannt sind und auch ohne die gesetzliche Vorgabe Qualitätsmanagement durchgeführt wird.

Aktivitäten der Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
 Qualitätssicherungsmaßnahmen, zu denen die KV Sachsen auf Grund gesetzlicher und überregionaler vertraglicher Vorschriften verpflichtet ist und Verträgen und Maßnahmen, die selbst initiiert werden.

Das Gros der Maßnahmen betrifft die Prüfung der Gewährleistung der Strukturqualität im Rahmen der Erteilung sogenannter „Besonderer Genehmigungen“, als Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Tätigkeiten.

Der Vorstand der KV Sachsen greift hierbei auf die Hilfe von Kommissionen zurück.

Insgesamt gibt es in der KV Sachsen 20 derartige Kommissionen, die in Tabelle 1 aufgelistet sind.

Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der Qualitätssicherung, wie sie in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Anwendung kommen.

Die Methoden der Qualitätsprüfungen können recht unterschiedlich sein.

In der *Sonographie* haben vierteljährlich fünf durch einen Zufallsgenerator ermittelte Ärzte je Bezirksstelle fünf konkret vorgegebene Leistungen und fünf selbst ausgewählte pathologische Befunde zur Prüfung einzureichen. Bisher wurden 146 Praxen geprüft. In immerhin 13 % der Fälle mussten Maßnahmen ergriffen werden, das heißt, es wurden Beratungsgespräche durchgeführt sowie Praxisbegehungen Vor-Ort, um die Mängel abzustellen. Vorwiegend handelte es sich hier um Probleme der Geräteeinstellungen, die jedoch einen Genehmigungsentzug nicht erforderlich machten.

In der *gynäkologischen Zytologie* prüft die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen jährlich Sammelstatistiken aller betei-

Kommissionen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, die über die Erteilung von Besonderen Genehmigungen auf den genannten Gebieten entscheiden:

- Ambulantes Operieren + Fachberater Arthroskopie
- Computertomographie-Kommission
- Diabetologie-Kommission + Fachberater
- Dialysekommission + Fachberater LDL-Elimination
- Herzschrittmacher-Kommission
- Homöopathie-Kommission
- Invasive Kardiologie
- Labor-Kommission + Fachberater
- Langzeit-EKG-Kommission
- Lithotripsie
- Magnetresonanztomographie-Kommission
- Methadon-Kommission
- Nuklearmedizin-Kommission
- Onkologie-Kommission + Fachberater
- Psychotherapie-Kommission
- Radiologie-Kommission + Fachberater
- Schlafapnoe-Kommission
- Schmerztherapie-Kommission + Fachberater
- Sonographie-Kommission auf Landesebene + Fachberater
- Zytologie-Kommission

Tabelle 1

igten Ärzte; bei Auffälligkeiten dieser werden Einzelfallprüfungen nach § 6 136 Absatz 1 SGB V angeschlossen. Die hier durchgeführte Prüfungsform wurde durch die Zytologie-Kommission initiiert und durch den KV-Vorstand mit Wirkung vom 1. Januar 1996 beschlossen. Im Bereich des *ambulanten Operierens* gehören die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zu einer der wenigen KVen, die hier aktiv war und bis zu 200.000 Operationen pro Jahr erfasst und ausgewertet hat. Selbst nach Wegfall der Dokumentationspflicht der Operationen unter der EBM-Ziffer 80, die ursprünglich einen Anteil von ca. 50 % hatten, sind noch immer ca. 120.000 zu dokumentierende Operationen pro Jahr ver-

Maßnahmen/Verfahrensweisen der Qualitätssicherung, die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Anwendung kommen

Qualitätssicherungs-Maßnahmen	Anwendungsgebiete
Durchführung von Kolloquien	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie/ Computertomographie • Kernspintomographie • Onkologie • Ultraschall-diagnostik usw.
Stichprobenprüfungen von Patientendokumentationen	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall-diagnostik • Schmerztherapie
Prüfung Bild-dokumentationen	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie *) • Ultraschall-diagnostik
Dokumentationsbögen	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulantes Operieren • Diabetesbehandlung
Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung
Fortbildungsveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapie • Akupunktur/ Homöopathie • Onkologie usw.
Evaluierungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung usw.
Statistisches Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Gynäkologische Zytologie
Erbringung Mindestanzahl von Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Invasive Kardiologie
Vorgaben für Anzahl Ärzte bezogen auf Patientenanzahl	<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse
Schulungen des Personals	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung • Onkologie
Praxisbegehungen/ Beratungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie • Ultraschall-diagnostik • Schmerztherapie usw.

Tabelle 2 *) Klärung im Rahmen der Kooperation mit Ärztlicher Stelle

blieben. Besonders bemerkenswert ist, dass 95 % der Bögen vom ambulanten Bereich erstellt wurden und ein signifikanter Vergleich zu den 5 % stationärer Ausfertigungen kaum möglich ist.

Auf dem Gebiet der *Labordiagnostik* sind interne und externe Qualitätskontrollen vorgeschrieben, für deren Durchführung der Leistungserbringer (Laborleiter) verantwortlich ist.

Die interne Qualitätskontrolle beinhaltet Präzision und Richtigkeit jeder Laboranalyse beziehungsweise Analysenserie und deren Dokumentation auf Qualitätskontrollbögen, die sich am jeweiligen Arbeitsplatz befinden.

Verantwortlich für die Kontrollen in den Laboratorien ist das „Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen“. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erhält regelmäßig einen Jahresbericht über die Qualitätsentwicklung in den Laboratorien und aufgetretene Mängel. Die externe Qualitätskontrolle beinhaltet die Teilnahme an zentral durchgeführten Ringversuchen. Für die in den Richtlinien der Bundesärztekammer angegebenen Laborparameter besteht Teilnahmepflicht. Zu den positiven Seiten des Qualitätsmanagements zählen die Qualitätszirkel. Qualitätszirkel sind auch ein Ort der Fortbildung, jedoch primär der Ersatz für das Konsil im stationären Bereich. Die Fallbesprechung ist gerade für den „einsamen Frontkämpfer“, Vertragsarzt, eine Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse mit seinen Fachkollegen auszuwerten.

Zusammenarbeit Sächsische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausgesellschaft Sachsen

Die Zusammenarbeit von Sächsischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft ist eine Notwendigkeit, um die Durchsetzung der Qualitätssicherung nach gleichen Standards und mit gleichen gesetzlichen Vorgaben in allen medizinischen Arbeitsbereichen durchzusetzen.

Qualitätsmanagement im stationären Bereich: Probleme, Schnittstellen, konkrete Beispiele der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen

Referat: Dr. Thilo Lipkow
Mitglied des Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik
und Therapie

Das Gesundheitsstrukturreformgesetz 2000 verpflichtet die Krankenhäuser zur Einführung eines Qualitätsmanagements (QM). Der Aufbau eines Qualitätsmanagements im komplexen System Krankenhaus sollte von der Führungsebene initiiert und gefördert werden und dann von der Basis der Mitarbeiter aufgebaut und eingefordert werden. Zur Koordination der Aktivitäten sollte frühzeitig ein QM-Beauftragter bestellt werden. Dabei kann es sinnvoll sein, von außen einen QM-Manager mit entsprechender Vorbildung zu berufen.

Ein QM-Beauftragter ist dabei Mittler zwischen der Geschäftsführung, der Betriebsleitung und einer Qualitätsmanagement-Gruppe, die ihrerseits über Projektverantwortliche das Qualitätsmanagement in der Durchführung vor Ort auf den Weg bringt.



Dr. Thilo Lipkow

Dabei ist eine von Beginn an durchzuführende Fortbildung und Schulung möglichst aller Mitarbeiter bezüglich der gemeinsam erarbeiteten Standards und den zu etablierenden Projekten zu organisieren, wobei Mitarbeiter, die von einem speziellen (Schnittstellen)-Problem direkt betroffen sind, auch in vorderster Front an Lösungen mitarbeiten sollten.

Eine Alternative ist die Konsultation externer Berater zur Durchführung einer Selbstbewertung (zum Beispiel nach European Foundation for Quality Management (EFQM)). Hierdurch können relativ kurzfristig Schwachstellen, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten, die als Ansatz für QM-Projekte dienen können, erkannt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die Entscheidung für eine Zertifizierung, in deren Primärphase ebenfalls zunächst eine Bewertung vorgenommen wird. Dabei erfolgt die Erstellung eines sogenannten Handbuchs (als Festlegung der Einrichtung zur Erfüllung von Standardvorgaben) und die Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems auf der Basis dieses Handbuchs.

Jede Organisation sollte sich daher zunächst über ihre Besonderheiten, Strategien und Zielstellungen selbst Klarheit verschaffen, bevor eine Entscheidung getroffen wird, da die Vorgehensweise wesentlich für die weitere Entwicklung des Krankenhauses sein wird und das Vorhaben aufgrund von oft vorhandenen Vorbehalten gut vorbereitet werden sollte.

Schwerpunkte der Diskussion über die Notwendigkeit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären medizinischen Bereich waren:

- Wir Ärzte müssen deutlich machen, dass Qualitätssicherung in den Ländern stattfinden muss. Die Umsetzung dessen, was Qualität und den Qualitätsbegriff umfasst, muss in den Ländern implementiert werden. Dazu braucht es entsprechende Strukturen und entsprechende Mittel.

- Auf alle Krankenhäuser kommt eine Analyse mit der kritischen Unterfrugung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu.

- Eine echte und gute Zusammenführung der ambulanten Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Strukturen der stationären Qualitätssicherung ist notwendig.

- Wir brauchen eine enge Verzahnung der Qualitätssicherung zwischen stationär und ambulant.

- Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat die Qualitätssicherungsmaßnahmen beeindruckend vorangebracht.

- Die Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen müssen auch in Zukunft noch enger in der Qualitätssicherung zusammenarbeiten. Ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sollte im Ausschuss Qualitätssicherung und im Lenkungsausschuss der Landesärztekammer aktiv mitarbeiten.

In der Arbeitstagung wurden am Sonnabendnachmittag zunächst erforderliche Satzungsänderungen behandelt. Herr Privatdozent Dr. Wolfgang Sauermann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen, trug die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vor. In Anlehnung an die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages erfolgten Änderungen der Vorschriften zur beruflichen Kommunikation sowie Novellierung zum Praxisverbund.

Herr Dr. Michael Burgkhardt, Vorsitzender des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin, interpretierte den Mandatsträgern die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst und die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt. Im Mittelhefter dieser Ausgabe „Ärzteblatt Sachsen“ sind alle beschlossenen Satzungsänderungen im vollen Inhalt amtlich bekannt gemacht. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat Herrn



Dr. Michael Burgkhardt

Privatdozent Dr. Eduard Bertram, Herrn Dr. Manfred Ramminger und Herrn Dr. Wolfgang Krahwinkel für die Bestellung als stellvertretende ehrenamtliche Richter des Berufsgerichts für die Heilberufe am Oberlandesgericht Dresden einstimmig gewählt.

Mit 41 Stimmen wurde Herr Dipl.-Med. Ingolf Schmidt als neues Mitglied für den Ausschuss Finanzen gewählt, der 2. Kandidat, Herr Dr. Thomas Benusch, erhielt 20 Stimmen. Die Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen war notwendig, da Herr Dr. Helmut Schmidt an den Kammerpräsidenten den Antrag gestellt hat, von seiner bisherigen Funktion als Vorsitzender des Finanzausschusses entbunden zu werden.

Herr Dr. Helmut Schmidt hat im August 2000 die Funktion des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung übernommen. Die damit verbundene zeitliche Beanspruchung zwang ihn seine bisherige Tätigkeit und Mitgliedschaft im Ausschuss Finanzen aufzugeben. Herr Professor Dr. Schulze bedankte sich im Namen des Vorstandes bei Herrn Dr. Helmut Schmidt für die seit 1995 geleistete umfangreiche und intensive ehrenamtliche Tätigkeit.

Die am Nachmittag noch anwesenden 61 Mandatsträger wählten Frau Dr. Marina Selbig einstimmig als neues Mitglied für den Ausschuss Arbeitsmedizin. Die Nachwahl war notwendig, da Herr Dr. Bodo von Schmude den Kammerpräsidenten gebeten hat, zum 31. Dezember 2000 von seinen Aufgaben als Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin entbunden zu werden. Mit Eintritt in den Ruhestand beendet Herr Dr. von Schmude seine berufliche Tätigkeit. Herr Professor Dr. Schulze würdigte die von Herrn Dr. von Schmude geleistete Arbeit als langjähriges Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin und bedankte sich dafür herzlich.

In der Arbeitstagung stellte Herr Dr. Helmut Schmidt den Haushaltsplan für



Während der Abstimmung



Der Präsident verabschiedet Herrn Dr. Bodo von Schmude

das Jahr 2001 vor und erläuterte umfassend die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung und Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Auch diese Beschlussvorlagen wurden durch die Mandatsträger ohne Gegenstimme angenommen.

Haushaltplan für das Jahr 2001

Vortrag: Dr. med. Helmut Schmidt
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Nach intensiven Diskussionen sowohl im Finanzausschuss wie auch im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und mehrfacher Überarbeitung der Entwürfe kann der Kammerversammlung nunmehr ein ausgeglichener Haushaltplan für das Jahr 2001 vorgelegt werden.

Als Vergleichsmaßstab wurde der Jahresabschluss 1999 gewählt. Aus dem Bezug zu den Ist-Zahlen aus 1999 ergibt sich eine enge Kalkulation; die Einhaltung der Vorgaben wird nur mit einem konsequenten Kostenmanagement möglich sein. Insgesamt steigen die Aufwendungen 2001 gegenüber dem Ist 1999 um 4,5 %. Dies bedeutet eine jährliche Steigerungsrate von 2,25 %, die als sehr moderat bezeichnet werden kann. Gegenüber dem Bezugszeitraum steigen die Personalkosten um 8,2 %, wovon 6,1 % auf die Anpassung der Gehälter und Löhne auf der Grundlage des Tarifvertrages für den

Öffentlichen Dienst (BAT-Ost) entfallen. Für den juristischen Geschäftsbereich ist folgende Erhöhung des Stellenplanes vorgesehen:

1. Volljurist/in
2. Juristischer Sachbearbeiter/in mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden

Die Begründung für diese Stellenplanerweiterung liegt unter anderem in folgenden Tatsachen:

■ Die Anzahl von zu bearbeitenden Vorgängen im juristischen Bereich nimmt stetig zu. Außerdem wächst die Bereitschaft von Ärzten und Patienten, weitergehende Entscheidungskontrolle zu suchen, was eine umfassendere gerichtssichere Bearbeitung der Vorgänge zwingend notwendig macht.

■ Die Betreuung verschiedener Ausschüsse ist durch die Juristische Geschäftsführerin allein aufgrund des zeitlichen Aufwandes, die Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung erfordern, nicht mehr zu leisten.

■ Neu hinzukommende Aufgaben wie Patienteninformationssystem, Nutzung Internet und Ähnliches führen zu einem erhöhten Aufwand in der juristischen Bewertung.

Diese erhöhten Anforderungen lassen sich mit der derzeitigen Stellenbesetzung ohne Abstriche an Qualität, Quantität und der Einhaltung vertretbarer Bearbeitungsfris-



Dr. med. Helmut Schmidt

ten nicht mehr erfüllen.

Die Sachaufwendungen steigen gegenüber dem Ist 1999 um 4 %. In dieser Kostenart sind auch die Beiträge an die Bundesärztekammer (880 TDM) und die Rückflussgelder an die Kreisärztekammern (398 TDM) erfasst. Werden beide Positionen addiert, ergibt sich ein „durchlaufender Posten“ von 10,4 % des Gesamthaushaltes der Sächsischen Landesärztekammer.

Auf der Einnahmenseite sinken die Einnahmen durch Kammerbeiträge gegenüber 1999 um 411,5 TDM. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen des Haushaltes vermindert sich gegenüber dem Vergleichszeitraum damit um 0,7 % auf nunmehr 72,5 %. Dieser Minderung der Einnahmen durch Kammerbeiträge steht eine Erhöhung derselben durch Gebühren gegenüber (siehe Satzung zur Änderung der Gebührenordnung). Der durchschnittliche Kammerbeitrag pro Kammermitglied verringert sich um 30,24 DM auf 532,10 DM.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung

Hauptziel der vorgelegten Änderung der Beitragsordnung war die Vereinfachung des Regelwerkes durch Konkretisierung der Sachverhalte. Dadurch soll eine bessere Handhabung für jedes Kammermitglied möglich werden. Der Hebesatz für den Kammerbeitrag bleibt unverändert bestehen.

Folgende Änderungen wurden eingearbeitet:

■ Das Datum für die Übersendung der Unterlagen zur Selbsteinstufung an die Landesärztekammer verschiebt sich vom 01. Februar auf den 01. März.

■ Nachweispflicht und erforderliche vorzulegende Unterlagen wurden konkretisiert.

■ Für eine freiwillige Mitgliedschaft in der Sächsischen Landesärztekammer wurde ein Kammerbeitrag von 340 DM pro Jahr festgesetzt.

■ Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, sich im Mutterschafts- beziehungsweise Erziehungsurlaub befinden oder arbeitslos sind, werden zum Mindestkammerbeitrag von 30 DM pro Jahr veranlagt.

■ Rentnerinnen und Rentner werden bis zum 70. Lebensjahr veranlagt, falls sie nicht mehr ärztlich tätig sind, zum Mindestbeitrag.

Eine bundesweite Umfrage bei den anderen Ärztekammern hat ergeben, dass acht Ärztekammern ein Ende der Beitragspflicht überhaupt nicht kennen und weitere vier über das 70. Lebensjahr hinaus veranlagten.

■ Die Berechnung von Verzugszinsen wurde gestrichen, da sie zu einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand führt.

■ In der Beitragstabelle findet sich der nachrichtliche Ausweis der Eurowerte.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung

Die bisherige Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer galt seit acht Jahren unverändert. Eine Novellierung ist damit zeitgemäß. Es ist auch berufspolitisch gewollt, bei der Finanzierung des Gesamthaushaltes den Anteil der Einnahmen durch Gebühren zu erhöhen. Ärzte, die eine spezielle Dienstleistung der Sächsischen Landesärztekammer in Anspruch nehmen, sollen im Vergleich zu den übrigen Kammermitgliedern stärker belastet werden. Neu ist die Weiterberechnung von Auslagen, zum Beispiel Entschädigungen für Zeugen und Sachverständige oder Beiträge, die anderen Behörden oder anderen Personen für ihre Tätigkeit zustehen. Zu den einzelnen Veränderungen in der Gebührenhöhe wird auf das Gebührenverzeichnis verwiesen. Für die zweite Mahnung erfolgt aus Kostengründen keine Zusendung mehr mit Postzustellungsurkunde.

Die arbeitsreiche diskussionsaktive und sehr konstruktive 23. Kammerversamm-

lung wurde gegen 16.30 Uhr mit folgenden Sätzen des Präsidenten, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, beendet. „Ich danke Ihnen für Ihr Kommen, Ihr Ausharren, Ihre heftigen und kräftigen Diskussionen, die auch vieles noch wieder in die richtige Richtung gebracht haben. Der Souverän unserer Kammer hat wichtige Dinge diskutiert und befördert. Ich wünsche Ihnen ein gutes ersprießliches Restwochenende und einen guten Heimweg.“ klug

Beschlüsse der 23. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 23. Kammerversammlung am 11. November 2000 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (mit redaktionellen Änderungen bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Nachbenennung von ehrenamtlichen Richtern für die Besetzung des Landesberufsgerichts (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen

Beschlussvorlage Nr. 6:

Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Arbeitsmedizin

Beschlussvorlage Nr. 7:

Haushaltsplan für das Jahr 2001 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 10:

Termine 2001 – 11. Sächsischer Ärztetag (24. Kammerversammlung) und 25. Kammerversammlung

Beschlussantrag Nr. 11

Zur Beschlussvorlage Nr. 1 Berufsordnung (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst, die Satzung zur Änderung der Satzung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“, Heft 12/2000, Seiten 545 bis 560, amtlich bekannt gemacht.

Bekanntgabe von Terminen

11. Sächsischer Ärztetag
(24. Kammerversammlung)
Freitag/Sonnabend,
den 15. und 16. Juni 2001

25. Kammerversammlung
Sonnabend, den 10. November 2001.

Tagungsort:
Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Plenarsaal.

Besuch bei der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw

5. bis 7. Oktober 2000

Seit Bestehen der Sächsischen Landesärztekammer gibt es freundschaftliche Beziehungen zur Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw. Diese Beziehungen äußern sich in vielfältiger Weise, zum Beispiel durch gegenseitige Besuche bei besonderen Anlässen, durch Hospitationen polnischer Kollegen in Sachsen oder durch die materielle Unterstützung von hochwassergeschädigten polnischen Ärzten während der Hochwasserkatastrophe 1997 durch die Sächsische Landesärztekam-



Begrüßung durch den Niederschlesischen Kammerpräsidenten Dr. Bednorz
Dr. Herzig, Prof. Dr. Schulze, Dr. Schmidt,
Dr. Bednorz, Frau Dr. Janas (v.l.n.r.)

mer. Bei einem Besuch zum 10. Jahrestag der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer regte der polnische Kammerpräsident Wlodzimierz Bednorz an, ein deutsch-polnisches Symposium zur medizinischen Vergangenheit Breslaus und zur Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung unter deutscher oder polnischer Herrschaft durchzuführen. Dieses wurde vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer wohlwollend aufgenommen und angeregt, die notwendigen Arbeitsschritte einzuleiten.

Vom 5. bis 7. Oktober diesen Jahres war eine Delegation der Sächsischen Landesärztekammer, der Prof. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. Helmut Schmidt, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärztersorgung, und Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer, angehört, in Wroclaw. Der Empfang war wie immer überaus herzlich und die Gespräche konstruktiv. Es wurden Festlegungen für das gemeinsame Symposium getroffen

und nächste Arbeitsschritte besprochen. Beim abendlichen Empfang im wunderschönen alten Rathaus von Wroclaw klang der erste Besuchstag aus.

Durch eine glückliche Terminwahl hatte es sich ergeben, dass der zweite Besuchstag auf den Festakt zum 50. Jahrestag der Medizinischen Akademie Wroclaws fiel. Als Ehrengäste waren wir zu den Feierlichkeiten eingeladen und konnten einen Eindruck von der Traditionspflege in Polen mitnehmen. Der Tag begann mit einem Ökumenischen Gottesdienst und der Heiligen Messe in der Kathedrale von Wroclaw. Dann ging es mit Bussen in die Jahrhunderthalle zum eigentlichen Festakt, der unter der Schirmherrschaft des polnischen Präsidenten Alexander Kwasniewski stand, der übrigens zwei Tage später als Präsident der Republik Polen wieder gewählt wurde. Die Jahrhunderthalle, 1913 aus Anlass des 100. Jahrestages der Völkerschlacht bei Leipzig eingeweiht, war seinerzeit ein sensationeller Bau mit seiner freitragenden Kuppel von 67 m Spannweite (Petersdom 44,40 m) aus Stahlbeton, dem damals neuesten Baumaterial. Mit dem Festakt zum 50-jährigen Bestehen der Medizinischen Akademie in Wroclaw war gleichzeitig die Zentrale Immatrikulation der Studenten des Akademischen Jahres 2000/2001 verbunden. Aus diesem Anlass zogen Vertreter der Studentenschaft, der Senat der Universität Wroclaw und die



Einzug der Rektoren der polnischen Universitäten

Rektoren sämtlicher polnischer Universitäten im traditionellen Habit aus Purpur und Hermelin unter Fahnen und feierlichen Klängen in den Festsaal. Diese Tradition ist in Deutschland von den 68ern unter dem Motto „Unter Roben und Talaren ist der Mief von 1000 Jahren“ hinweggefegt worden. Eigentlich schade. Nach den üblichen Reden wurden die Studenten feierlich immatrikuliert und leisteten ihren akademischen Schwur. Nachdem auch noch zwei Ehrendoktoren gekürt worden waren, schlossen die Feierlichkeiten mit dem von allen gekannten, aber nur noch von wenigen gekannten Lied „Gaudeamus igitur ...“

Der Tag klang mit einem Konzert und dem Ärzteball aus, bei dem die polnische Gastfreundschaft den Abend würdig abschloss. Obwohl Breslau im Krieg 80 % zerstört worden war, ist die Stadt inzwischen wunderbar restauriert und bietet das Flair einer polnischen Großstadt mit 640 000 Einwohnern. Der Markt, genannt der „Ring“, mit seinem berühmten Rathaus ist in seiner alten Form wiedererstanden und ein architektonisches Kleinod. Es würde zu weit führen, alle weiteren Sehenswürdigkeiten aufzuführen. Es kann eingeschätzt werden, dass der Besuch bei der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer wiederum dazu beigetragen hat, die Annäherung unserer Kammern voranzubringen und das gemeinsame Symposium hat inzwischen Gestalt angenommen. Die Arbeitsgruppe, der auf der deutschen Seite Prof. Albrecht Scholz (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Institut für Geschichte der Medizin), Dr. Schmidt und Dr. Herzig (Sächsische Landesärztekammer) angehören, werden bald erste Ergebnisse vorlegen. Das Symposium soll im nächsten Jahre in Kreisau (Polen), symbolträchtiger Ort des antifaschistischen Widerstandes (Kreisauer Kreis, Moltke, Stauffenberg) und in Dresden an der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Erste Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000

Beschluss des Bundeskuratoriums zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ab 1.1.2001

Erste Auswirkungen auf Bundesebene

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 deutliche Akzente zur Qualitätssicherung gesetzt. Erste Auswirkungen ergeben sich für die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Die folgenden Ausführungen dienen dazu, sowohl über die aktuellen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene zu berichten und auch über die inzwischen geschaffenen Strukturen insbesondere auf Bundesebene zu informieren.

Das Bundeskuratorium hat in seiner 22. Sitzung am 25. September 2000 über die Modalitäten der bundesweiten Einführung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten beraten. Die hierzu gefassten Beschlüsse standen im Mittelpunkt der 7. Sitzung des Lenkungsgremiums am 11. Oktober 2000 zur Sicherung der Qualität bei Fallpauschalen und Sonderentgelten auf der Basis der bestehenden vertraglichen Vereinbarung zwischen den Vertretern der sächsischen Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen und der sächsischen Landesärztekammer.

Gemäß Beschluss des Bundeskuratoriums wird mit der „Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser“ dieses Qualitätssicherungsverfahren bundesweit ab dem 1. Januar 2001 verbindlich und mit allen Modulen (bisher 25) nach einem Stufenkonzept eingeführt. In Ländern, in denen bereits Module im Routinebetrieb sind, werden diese weitergeführt. Dies betrifft in Sachsen die Hysterektomien, den Einbau oder Wechsel von Hüftgelenksendoprothesen bei Coxarthrose und die Prostataktomien. Auf Landesebene soll der Aufbau der notwendigen Strukturen gemäß des Kuratoriumsvertrages bis zum 1. April 2001

erfolgen. Ab dem Jahr 2002 werden dann definierte Vergütungsabschläge pro Fall bei Nichtteilnahme von Krankenhäusern wirksam werden.

Umsetzung und Gültigkeit auf Landesebene

Angesichts dieser Beschlüsse auf Bundesebene hat das sächsische Lenkungsgremium nachstehende Entscheidungen getroffen. Vorweg gilt es zu betonen, dass im Freistaat Sachsen die notwendigen Strukturen zur Umsetzung der neuen Anforderungen wie eine Projektgeschäftsstelle, Facharbeitsgruppen einschließlich Lenkungsgremium schon seit Jahren bestehen und in der zurückliegenden Zeit ihre Kompetenz sowie Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt haben, so dass es grundsätzlich neuer Strukturen in Sachsen nicht bedarf. Aus dem Beschluss des Lenkungsgremiums geht hervor:

1. Im Jahre 2001 werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie mit den bekannten drei Tracerdiagnosen Cholezystitis/Cholelithiasis, Leistenhernie und Oberschenkelhalsfraktur vorerst wie bisher fortgeführt.
2. Gleiches gilt für die Perinatalogie/Neonatalogie nach (bekannten) modifizierten Rahmenbedingungen.
3. Die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten werden im Jahr 2001 in dieser Form weitergeführt.
4. Gemäß der vom Bundeskuratorium definierten ersten Stufe wird die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten in der operativen Gynäkologie um die Ovar- und Salpingektomie erweitert. Gleichzeitig ist in Abstimmung mit fachkompetenten Vertretern der Chirurgie zusätzlich die Qualitätssicherung bei mammachirurgischen Eingriffen zum 01. Januar 2001 einzuführen. Die hierzu erforderliche Facharbeitsgruppe gilt es entsprechend strukturell und fachkompetent zu erweitern.
5. Das Fachgebiet der Chirurgie wird eine Erweiterung um die Fallpauschalen/Sonderentgelte zur Appendektomie zum 01. Januar 2001 erfahren. Die diesbezüg-

liche Facharbeitsgruppe wird sich aus den Kollegen rekrutieren, welche die Fallpauschalen/Sonderentgelte zur Mammachirurgie begleiten.

6. Die Innere Medizin ist nun ab 1. Januar 2001 erstmalig auch in die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen, und zwar für die Sonderentgelte der Perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) und der Koronarangiographie. Damit geht einher die Berufung einer Facharbeitsgruppe Kardiologie zum Zwecke der Begleitung und Bewertung der erhobenen Daten.

Nähere Einzelheiten zur weiteren Spezifizierung, wie zum Beispiel Datentransfer, finanzielle Kennziffern, Abrechnungsmodalitäten et cetera liegen noch nicht vor und sind damit anspruchsvolle Themen der folgenden Beratungen des Lenkungsgremiums. Spätestens im Januar 2001 werden die klinischen Fachvertreter im Rahmen einer Informationsveranstaltung in der sächsischen Landesärztekammer von der Projektgeschäftsstelle und Vertretern des Lenkungsgremiums über die noch zu klärenden Aspekte informiert werden. Die 8. Sitzung des Lenkungsgremiums zu dieser Thematik ist für den 13. Dezember 2000 vorgesehen.

Zukünftige Entwicklung und Herausforderungen

Die Einführung weiterer externer Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten bleibt den Phasen 2 und 3 vorbehalten, deren Terminierung noch weitestgehend offen ist. Die stufenartige Umsetzung des Gesamtpaketes mit eindeutiger Fokussierung auf die Fallpauschale und das Sonderentgelt erfordert eine weitere Kräftebündelung, sowohl in den betroffenen Abteilungen der Krankenhäuser als auch der Projektgeschäftsstelle bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Nach Auffassung des Bundeskuratoriums wird es vorerst nicht möglich sein, den Wunsch einiger Fachgruppen zur Einbeziehung ambulanter Operationen auf die gleiche Weise umzusetzen.

Dieses Anliegen bleibt einer Umsetzung zur Öffnungsklausel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorbehalten.

Gremien auf Bundesebene

Mit der bundesweiten Einführung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß § 137 SGB V zum 1. Januar 2001 sind sowohl vorbereitende als auch begleitende Maßnahmen notwendig. Zu diesem Zweck und zur Unterstützung des Bundeskuratoriums bei der Realisierung und Weiterentwicklung der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) als gemeinnützige GmbH zum 1. Oktober 2000 mit Sitz in Düsseldorf gegründet. Sie wird die Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) ablösen und deren bis-

herige Tätigkeit mit übernehmen.

Das Bundeskuratorium ist das Gremium der Spitzenverbände der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat, welches gemäß § 137 SGB V Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vereinbart. Diese gleichberechtigten Partner nehmen unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Erstellung von Auswahlkriterien und Auswahl der in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Leistungen,
 - Auftragsvergabe an Fachgruppen, insbesondere zur Entwicklung und Bewertung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Mit der Einführung des Stufenkonzeptes zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten liegt nunmehr das erste verbindliche Ergebnis aus der Tätigkeit des Bundeskuratoriums vor.

Ansprechpartner auf Landesebene

Für die Umsetzung dieser anspruchsvollen Ziele braucht es den Dialog und regelmäßigen Informationsaustausch. Sowohl die Projektgeschäftsstelle bei der Sächsischen Landesärztekammer, als auch der Ausschuss Qualitätssicherung gemeinsam mit den Vertretern des Lenkungsremiums stehen für Anfragen aus der Ärzteschaft zur Verfügung.

i. A. des Lenkungsremiums
Anfragen und Hinweise richten Sie bitte an die: Sächsische Landesärztekammer, Projektgeschäftsstelle, Qualitätssicherung, Herr Dr. med. Torsten Schlosser
Tel.: (03 51) 8 26 73 87
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Weihnachtsaufruf für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
mehrere Tausende von Ihnen folgten in den zurückliegenden 45 Jahren des Bestehens der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ der keineswegs altmodischen oder überholten Mahnung von Friedrich Rückert: „Du bringst nichts mit herein, du nimmst mit hinaus, lass eine goldene Spur im Erdenhaus“, und bedachten die Stiftung mit großzügigen Spenden.

Herausragende Motive waren dabei sowohl die Dankbarkeit gegenüber dem eigenen Lebensschicksal als auch der vom Solidaritätsgedanken geprägte Wunsch, denjenigen selbstlos zu helfen, die der Unterstützung durch ihre Kollegen bedürfen. Angesichts der zunehmenden Individualisierung von Lebensstilen und Lebensverhältnissen, aber auch in Anbetracht der finanziell schwierigen Situation im Gesundheitswesen, müssen immer größere Anstrengungen unternommen werden, um Spenden für die Stiftung einzuwerben.

Gleichzeitig bedingen die Probleme im Gesundheitswesen eine permanent steigende Nachfrage bei der Stiftung, der wir von Herzen gerne nachkommen würden, wenn es die Mittel unserer aller Stiftung erlauben würden.

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ ist das große Gemeinschaftswerk der gesamten Ärzteschaft. Sie ist ein Gradmesser für das kulturelle und soziale Niveau unserer Berufsgruppe. Die Stiftung dokumentiert durch ihr anspruchsvolles Hilfeprogramm einzigartig das Engagement einer ganzen Berufsgruppe für ihre Angehörigen. Sie bietet vielen einen sozialen Rückhalt und Erfahrungsraum, der für das Meistern ihrer existenziellen Problemlagen von großer Bedeutung ist.

Helfen Sie bitte, gerade jetzt in der Vorweihnachtszeit, dass wir all den Kollegen eine Stütze sein können, die in ihrer momentanen Lebenssituation verzweifelt sind. Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 45 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Dr. Richter-Reichhelm
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Thomas
Vorsitzender des Hartmannbundes -
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes -
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen
und Ärzte Deutschlands e.V., Bundesverband

Dr. Zollner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes - Verband
der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, DAZ, e.V.

Frau Dr. Bühren
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Prof. Dr. Dr. Hoffmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Dr. Jaeschke
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Willmes
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Dr. Beckmann
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher
Zahnärzte e.V.

Prof. Dr. Pschorn
Präsident der Bundestierärztekammer e.V.

Die Stiftung hat folgende Konten:
„Ärzte helfen Ärzten“, Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Stuttgart Nr. 0 001 486 942 (BLZ 60 090 609),
Postbank Stuttgart Nr. 41 533 - 701 (BLZ 60 010 070)
oder Sparkasse Bonn Nr. 24000705 (BLZ 38 050 000).

Prüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“

Zwischenprüfung

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

**Freitag, den 22. Juni 2001,
8.00 – 10.00 Uhr**

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

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

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat auf den bereitgestellten Formularen bis zum **20. Mai 2001** zu erfolgen.

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

Abschlussprüfung

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

**Freitag, den 27. April 2001,
8.00 – 14.15 Uhr**

Folgende Prüfungsorte für Zwischen- und Abschlussprüfungen wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Technik I
Park der OdF 1, 09111 Chemnitz
Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Berufliches Schulzentrum Gesundheit und Sozialwesen
Bautzener Straße 116, 01099 Dresden
Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales, Carl-v.-Ossietzky-Str. 13-16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig
Berufliches Schulzentrum Torgau
Replitzer Weg 10, 04860 Torgau

Die Termine für die praktischen Prüfungen werden voraussichtlich im Mai 2001 liegen.

Zur Abschlussprüfung am 27. April 2001 können zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. Juli 2001 endet.

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

3. Zulassung in besonderen Fällen gemäß § 40 Berufsbildungsgesetz

3.1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. Juli 2001 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung um maximal sechs Monate zur Abschlussprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die Leistungen das rechtfertigen.

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

- sehr gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis

- gute Lernmotivation und -ergebnisse mit Notendurchschnitt bis 1,8 in der Berufsschule

- Die Inhalte des Ausbildungsrahmens und des im Berufsschulunterricht

vermittelten Lehrstoffes – soweit es für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

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

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder bei Ziffer 2. und 3.2. die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. Für die Anmeldung zur Abschlussprüfung sind die Unterlagen vollständig bis spätestens **28. Februar 2001** einzureichen (gemäß § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“, veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“ Hefte 5/93 und 2/94). Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis sind zusätzlich die Nachweise gemäß Ziffer 3.1. und 3.2. zum gleichen Termin einzureichen. Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass bei unvollständig und/oder verspätet eingereichten Unterlagen eine fristgemäße Bearbeitung durch die Sächsische Landesärztekammer nicht möglich und somit eine Zulassung zum gewünschten Prüfungstermin am 27. April 2001 in Frage gestellt ist.

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

Veronika Krebs

Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

An der Sächsischen Landesärztekammer ist die Stelle

Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung zu besetzen.

Wir freuen uns auf die Bewerbung einer Ärztin/eines Arztes, nach Möglichkeit mit Facharztabschluss sowie mit Kenntnissen oder zumindest Interesse im medizinischen Qualitätsmanagement und in der Informatik.

Die Vergütung erfolgt nach den Tarifbestimmungen des BAT-O.

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte an die
Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstelle Chemnitz der Sächsische Landesärztekammer bleibt wegen Urlaub vom 22. 12. 2000 bis einschließlich 2. 1. 2001 geschlossen.

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 21. 12. 2000 bis 2. 1. 2001 nicht besetzt.

In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 74 11.

Die Sächsische Ärzteversorgung informiert

Hinweis für Selbstzahler

Erfahrungsgemäß sind wegen der Feiertage zum Jahreswechsel und einer zum Jahresende erhöhten Anzahl von Überweisungen die Banklaufzeiten am Ende des Monats Dezember etwas länger als üblich. Um eine Gutschrift der von Ihnen überwiesenen Beiträge noch für das Jahr 2000 zu sichern, empfehlen wir Ihnen, **Beitragsüberweisungen zur Sächsischen Ärzteversorgung im Monat Dezember so rechtzeitig zu veranlassen, dass der überwiesene Beitrag der Sächsischen Ärzteversorgung spätestens am 31. 12. 2000 zugegangen ist.**

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

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

Weihnachtskonzert

Ich steh an deiner Krippe hier

Mädchenchor der Jugendkunstschule
„Schloß Albrechtsberg“ Dresden

**Sonntag, 14. Januar 2001
11.00 Uhr**

Junge Matinee Klaviermusik

Sächsische Spezialechule für Musik
Dresden und Hochschule für Musik
Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten
Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und Freunden sehr herzlich eingeladen. Telefonische Nachfrage unter Telefonnummer 03 51 / 82 67 0.
Karten erhalten Sie auch an der Tageskasse.

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
bis 12. Januar 2001**

**Andrea Türke
Dresdner Stadtlandschaften
16. Januar 2001 bis 9. März 2001**

**Vernissage:
Donnerstag, 18. Januar 2001,
19.30 Uhr
Einführung: Heinz Weißflog, Dresden**

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Renate Rieß
Aquarelle**

Erratum

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2000, Seite 517, Medizingeschichte: „Carl Reinhold August Wunderlich (1815 bis 1877)“ ist der Redaktion ein bedauerlicher Druckfehler unterlaufen.

Im ersten Satz des Artikels muss es richtig heißen:

„... einem der **bedeutendsten Kliniker** des 19. Jahrhunderts und langjährigen Ordinarius für Innere Medizin in Leipzig.“

Die Redaktion

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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Planungsbereich Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27. 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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Urologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13. 01. 2001 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 Chirurgie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 20. 12. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Planungsbereich Dresden-Stadt

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 01. 2001 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

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15. 01. 2001 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.

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistenz:

Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: 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 gestattet. 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 Abonnementsgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lesermanagement Medizinischer Zeitschriften e. V.

H. Witzigmann¹, T. Lohmann², J. Hauss¹

Indikationen, Technik und Ergebnisse der Pankreastransplantation

Universität Leipzig

Zusammenfassung

Indikationen für eine kombinierte Pankreas-Nierentransplantation sind Patienten mit Diabetes mellitus Typ I und prä- oder terminaler Niereninsuffizienz. Bei noch normaler Nierenfunktion ist eine isolierte Pankreastransplantation bei Patienten mit extrem instabilem Diabetes und wiederholten metabolischen Entgleisungen gerechtfertigt. Aufgrund der Multimorbidität von Diabetikern ist eine kritische Auswahl der Empfänger, insbesondere hinsichtlich kardialer Risikofaktoren, notwendig. Die Fortschritte der simultanen Pankreas-Nierentransplantation in den letzten Jahren wurden durch eine verbesserte Immunsuppression und eine Standardisierung der chirurgischen Technik erreicht. In Zentren werden inzwischen 1-Jahres-Funktionsraten von 90 Prozent erreicht. Die Überlebensrate der

Patienten ist nach Pankreas-Nierentransplantation auf lange Sicht deutlich besser als nach einer isolierten Nierentransplantation. Bei einem Teil der Patienten kann bei frühzeitiger Transplantation ein Sistieren oder sogar eine Rückbildung der diabetischen Spätschäden erreicht werden. Zusammenfassend kann die kombinierte Pankreas-Nierentransplantation als Standardverfahren für die präterminal und terminal niereninsuffizienten Typ-I-Diabetiker bezeichnet werden. Die Insellzelltransplantation ist derzeit noch ein experimentelles Verfahren.

Schlüsselwörter: Pankreastransplantation, Indikation, Technik, Ergebnisse

¹ Klinik für Abdominal-, Transplantations- und Gefäßchirurgie
Liebigstr. 20 a, 04103 Leipzig

² Medizinische Klinik und Poliklinik III,
Philipp-Rosenthal-Str. 27,
04103 Leipzig

Pathophysiologische Grundlagen

Beim Gesunden wird die Konzentration des Blutzuckers innerhalb eines sehr engen Bereiches über einen sensitiven Rückkopplungsmechanismus konstant gehalten. Das Fehlen eines solchen Rückkopplungsmechanismus macht verständlich, dass beim diabetischen Patienten durch exogene Insulinapplikation selbst bei Durchführung einer intensivierten Insulintherapie keine Normalisierung des Glucosestoffwechsels erreicht wird. Folge davon sind auf kurze Sicht akute metabolische Entgleisungen, das heißt Hypo- oder Hyperglykämien. Wesentlich gravierender sind jedoch die charakteristischen diabetischen Spätschäden, die auf eine jahrelange unzureichende Kontrolle des Blutzuckerspiegels zurückzuführen sind. Diese betreffen vor allem die Nerven und Gefäße im Bereich der Extremitäten, der Nieren, des Herzens, des Gehirns und der Augen. Die Pankreastransplantation stellt im Moment das einzige Therapieverfahren dar, durch das in einem hohen Prozentsatz der Fälle die physiologische, rückkop-

plungsgesteuerte endogene Insulinsekretion wiederhergestellt werden kann. Die Insellzelltransplantation ist ein experimentelles Verfahren (1).

Historischer Hintergrund

Die ersten erfolgreichen klinischen Pankreastransplantationen wurden von Kelly und Lillehei an der Universität von Minnesota 1966 durchgeführt. Ihre Technik bestand in der Transplantation eines Pankreassegments in die Fossa iliaca mit Ligatur des Pankreasganges. Diese Technik resultierte in einer signifikanten Inzidenz von Transplantatpankreatitiden. Deshalb erschien es notwendig, andere Techniken zur Ableitung der exokrinen Pankreassekretion zu entwickeln. Groth in Stockholm führte die Dünndarm-drainagetechnik ein. Er verwendete dabei eine nach Y-Roux ausgeschaltete Dünndarmschlinge mit temporärer, externer Ausleitung des Pankreassekrets durch einen kleinen Katheter. 1982 entwickelten Sollinger et al. an der Uni-

versität von Wisconsin in Madison das Konzept der direkten Ableitung des exokrinen Pankreassekrets in die Harnblase. Ca. 90 Prozent aller weltweit bis jetzt durchgeführten Transplantationen erfolgte durch die Verwendung eines Pankreas-Duodenaltransplantats (gesamtes Pankreas) und einer Anastomose zwischen dem Duodenalsegment und der Harnblase. Seit ca. 3-4 Jahren kommt es zu einer Renaissance der Dünndarm-drainagetechniken.

Indikationen

Die Pankreastransplantation kommt für Patienten mit juvenilem Diabetes (Diabetes mellitus Typ I) in Betracht (Tab. 1). Bei diesen Patienten besteht innerhalb der Langerhansschen Inseln ein selektiver, autoimmun bedingter Ausfall der das Insulin produzierenden Betazellen. Im Gegensatz dazu findet sich bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II unter anderem eine hohe periphere Insulinresistenz bei anfänglich hohen

Diabetes mellitus Typ I

- mit (prä-)terminaler Niereninsuffizienz: simultane Pankreas-Nierentransplantation indiziert (bei Ausschluss allgemeiner Kontraindikationen);
- mit gut funktionierendem Nierentransplantat: Pankreas- nach Nierentransplantation indiziert (bei Ausschluss allgemeiner Kontraindikationen)
- mit weitgehend normaler Nierenfunktion: isolierte Pankreastransplantation bei Patienten mit extrem instabilem Diabetes und wiederholten metabolischen Entgleisungen (vitale Bedrohung!) indiziert.

Tab. 1 Indikationen zur Pankreastransplantation bei Diabetes mellitus [4]

peripheren Insulinkonzentrationen. Die Indikation zur Pankreastransplantation ist daher bei Typ-II-Diabetikern auch bei Auftreten einer Insulinpflichtigkeit in der Regel nicht gegeben.

Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ I hängt die Indikation zur Pankreastransplantation ganz wesentlich vom Ausmaß der gleichzeitig bestehenden Nierenschädigung ab.

Typ-I-Diabetiker mit (prä-)terminaler Niereninsuffizienz

Für diese Patienten stellt im Moment trotz der Risiken der notwendigen Langzeitimmunsuppression die Nierentransplantation sicher das beste Nierenersatzverfahren dar.

Im Hinblick auf die hohe Erfolgsrate und das begrenzte zusätzliche Risiko durch eine gleichzeitige Pankreastransplantation ist bei dieser Patientengruppe bei Ausschluss allgemeiner Kontraindikationen die Indikation zur simultanen Pankreas-Nieren-Transplantation grundsätzlich gegeben. Im Hinblick auf die Progredienz der Spätschäden wird die simultane Transplantation zunehmend früher, das heißt vor Beginn der Dialysepflichtigkeit, also bereits bei einem Serumkreatinin von $>250 \mu\text{mol/l}$ erwogen.

Typ-I-Diabetiker mit gut funktionierendem Nierentransplantat

Bei diesen Patienten ist die oben erwähnte Akut- und Langzeitproblematik des Diabetes mellitus weiter vorhanden. Bei gut funktionierendem Nierentransplantat (Serumkreatinin $<200 \mu\text{mol/l}$) ist daher die Indikation zur Pankreas- nach Nierentransplantation bei Fehlen allgemeiner Kontraindikationen ebenfalls grundsätzlich gegeben.

Im Moment ist allerdings die Erfolgsrate bei diesem Patientenkollektiv infolge der Transplantation von zwei immunologisch unterschiedlichen Organen noch schlechter, als bei Patienten mit simultaner Pankreas-Nieren-Transplantation.

Typ-I-Diabetiker mit weitgehend normaler Nierenfunktion

Bei diesen Patienten besteht die Schwierigkeit darin, die durch den Diabetes mellitus eingeschränkte Lebensqualität und das Risiko der möglichen diabetogenen Akut- und Langzeitkomplikationen gegenüber den Risiken der nach einer Transplantation notwendigen Langzeitimmunsuppression abzuwägen. Die Indikation zur isolierten Pankreastransplantation wird daher im Moment nur bei Patienten mit extrem instabilem Diabetes und wiederholten schweren metabolischen Entgleisungen generell anerkannt, da solche Patienten nicht nur in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt, sondern oft auch vital bedroht sind. Bei Patienten mit relativ stabiler Diabetes-einstellung und guter Nierenfunktion ist dagegen die Indikation zur isolierten Pankreastransplantation vor allem im Hinblick auf die unzureichenden Langzeitergebnisse zur Zeit noch nicht gegeben.

Spezielle Risikofaktoren und Kontraindikationen

Aufgrund der Multimorbidität von Diabetikern müssen sämtliche Organsysteme (Herz, Lunge, Gastro-intestinaltrakt, Urogenitaltrakt, Gefäße, Gehirn, Augen, Zähne, HNO-Bereich, Endokrinium, Knochen) auf mögliche Begleiterkrankungen hin umfassend und gegebenenfalls invasiv untersucht werden. Das Risiko eines perioperativen Myokardinfarktes ist bei nicht entsprechend selektierten Patienten erheblich. Eine präoperative Koronarangiographie ist daher unabhängig von den subjektiven Beschwerden bei allen Patienten zu fordern.

Aufgrund der bei Diabetikern häufig anzutreffenden schweren peripheren Makro- und Mikroangiopathie weisen viele Patienten einen Zustand nach Apoplex, eine teilweise oder vollständige Erblindung, einen Zustand nach Myokardinfarkt und/oder nach Amputationen unterschiedlichen Ausmaßes auf. Bei solchen

Patienten besteht keineswegs per se eine Kontraindikation zur Pankreastransplantation, da das perioperative Risiko häufig durchaus noch vertretbar ist. Zu bedenken ist zudem, daß diese Patienten, was den Zugewinn an subjektiver Lebensqualität betrifft, im Einzelfall von einer Pankreastransplantation oft besonders profitieren.

Bei geplanter Blasendrainage des exokrinen Pankreassekretes sollte das Ausmaß einer neurogenen Blasenentleerungsstörung mittels Restharnbestimmung und Blasenmanometrie unbedingt abgeklärt werden. Wichtig ist auch wie bei allen anderen Organtransplantationen der sichere präoperative Ausschluss eines Infektfokus, ein virologischer Status (CMV, EBV, Hepatitis B, C, HIV) sowie die Bestimmung der Blutgruppe. Eine HLA-Typisierung hat im Gegensatz zur isolierten Nierentransplantation für die Organauswahl nur eine untergeordnete Bedeutung. Wegen des diabetischen Spätschadens sollte das Empfängeralter nicht über 45-50 Jahren liegen. Desweiteren ist infolge der lebenslangen Immunsuppression eine gute Compliance der Patienten Voraussetzung. Absolute Kontraindikationen sind bestehende bösartige Tumorerkrankungen, nicht sanierte akute und chronische Infektionen und eine fortgeschrittene Leberzirrhose.

absolut

Bestehende bösartige Tumorerkrankungen
Bestehende akute und chronische Infektionen
Fortgeschrittene Leberzirrhose

relativ

Alter $>45-50$ Jahre
Fortgeschrittene diabetische Spätschäden
Schlechte Compliance

Tab. 2 Kontraindikation zur Pankreastransplantation

Organspende und ex situ-Präparation

Als Spender kommen kreislaufstabile, hirntote Patienten zwischen 5 und 55 Jahren infrage. In letzter Zeit wurden auch Organe von Spendern unter 10

Jahren erfolgreich transplantiert. In der Regel erfolgen die Organentnahmen als kombinierte Leber-Niere-Pankreasexplantation. Hohe Adrenalin/ Noradrenalinindosen zur Kreislaufstützung, schwerwiegende längerdauernde hypotensive Phasen, systemische Infektionen, eine Tumoranamnese, ein Zustand nach akuter oder chronischer Pankreatitis und ein frisches Pankreustrauma stellen Ausschlusskriterien für eine Pankreas-spende dar. Eine relative Kontraindikation liegt bei stark verfettetem Pankreas vor. Die aktuellen Amylase-, Lipase- und Glucosewerte sind keine sicheren Parameter zur Verwendbarkeit des Organs. Die Organprotektion erfolgt heute fast nur noch mit der University of Wisconsin-Lösung und nur selten mit der HTK(Histidin-Tryptophan-Ketoglutarat) - Lösung nach Bretschneider. Bei der Organentnahme und der ex situ-Präparation ist von entscheidender Bedeutung, dass Leber und Pankreas eine gemeinsame arterielle und venöse Versorgung haben (Truncus coeliacus, eventuell Arteria mesenterica superior, Vena portae) und dass im Oberbauch eine ganze Anzahl von anatomischen Variationen existieren. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Arteria lienalis und die Arteria mesenterica superior am Pankreas und die Arteriae hepatica communis und propria bei der Leber verbleiben. Bei der Präparation in tabula wird das Duodenalsegment auf etwa 10 cm gekürzt und die arteriellen Gefäße und gegebenenfalls auch die Vena portae durch vom Spender entnommene Gefäßtransplantate rekonstruiert (Abb. 1).

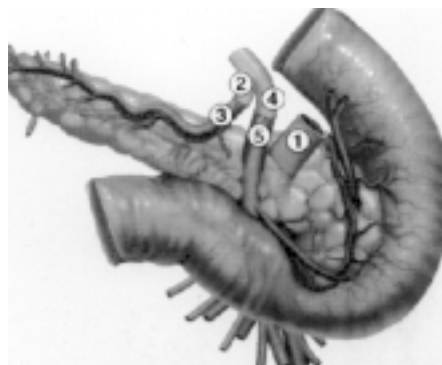


Abbildung 1:
Pankreas-Duodenum Transplantat
1 = Vena portae, 2 = Arteria iliaca interna (Spender), 3 = Arteria lienalis, 4 = Arteria iliaca externa (Spender), 5 = Arteria mesenterica superior

Pankreaskopfes – an die Vena cava inferior oder Vena iliaca externa angeschlossen (Abb. 2). Dies führt zu einer systemisch venösen Drainage des Blutes aus dem Transplantat. Um eine portal-venöse Drainage zu erreichen, kann die Vena portae des Transplantates alternativ an die Vena mesenterica superior oder direkt mit der Vena portae des Empfängers anastomosiert werden. Diese Technik ist jedoch mit einem hö-

heren postoperativen Risiko (venöse Thrombose im Mesenterialstromgebiet) verbunden und wird derzeit nur in Einzelfällen durchgeführt. Zur Ableitung des exokrinen Pankreassekrets wird das Duodenalsegment weltweit in zunehmender Häufigkeit direkt mit dem Dünndarm Seit-zu-Seit oder mit einer ausgeschalteten Roux-Schlinge anastomosiert (Dünndarmdrainagetechnik). Die Blasendrainagetechnik durch eine Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen dem Duodenalsegment und der Harnblase wird wegen der bekannten Langzeitprobleme (Harnwegskomplikationen, metabolische Azidose) zunehmend seltener durchgeführt. Wegen der bei diesen Patienten häufig vorkommenden stenosierenden Arteriosklerose müssen gelegentlich in dem Bereich der Iliacal-Arterien Desobliterationen oder Patch-Plastiken durchgeführt werden. Von vielen Zentren wird die gleichzeitige Appendektomie empfohlen. Im Falle einer simultanen Pankreas-Nierentransplantation wird die Niere anschließend über denselben Zugang intraperitoneal auf der linken Seite implantiert (Abb. 3). Bei entsprechenden personellen Möglichkeiten kann während der Prä-

Empfängeroperation

Die Implantation von Pankreas und Niere erfolgt über eine mediane Laparotomie. Aus technischen Gründen werden das Pankreas in den rechten Unterbauch und die Niere in den linken Beckenbereich implantiert. Die Gefäße des Pankreastransplantats werden an die rechte Arteria iliaca communis und – je nach kranialer oder kaudaler Lage des

paration des Pankreastransplantats ex situ von einem zweiten Team die Niere implantiert werden. Daraus resultiert eine kurze kalte Ischämiezeit mit einer hohen initialen Funktionsrate des Nierentransplantats. Eine primäre Nierenfunktion erleichtert in der postoperativen Phase das Management der Volumentherapie, die Medikamentendosierung und das Immunmonitoring.

Immunsuppression

In den letzten Jahren wurde durch eine Optimierung der Immunsuppression in Form der Quadruple-Induktionstherapie die Inzidenz der Abstoßungsreaktionen auf etwa 30 Prozent gesenkt.

Die derzeit mehrheitlich durchgeführte Immunsuppression beinhaltet präoperativ die Gabe von polyklonalen Antikörpern ("single-shot-ATG") und postoperativ von Tacrolimus oder Cyclosporin (Neoral), Mycophenolat-Mofetil und Steroiden.

Ergebnisse

Patienten mit einem voll funktionsfähigen Pankreastransplantat benötigen kein exogenes Insulin, müssen keine Diät mehr einhalten und weisen ein völlig normales Blutzuckertagesprofil sowie einen normalen HBA_{1c}-Wert auf. Fast alle endokrin relevanten Parameter werden normalisiert. Das Risiko einer akuten Abstoßungsreaktion geht nach 4 bis 6 Monaten deutlich zurück.

Auf längere Sicht kann die anfangs intensivere immunsuppressive Therapie reduziert werden. Transplantatverluste durch chronische Abstoßung sind gering. Ebenso ist ein Funktionsverlust des Pankreastransplantats durch ein Rezidiv der Autoimmunerkrankung extrem selten. Wegen der Langzeitprobleme der Blasendrainage für die exokrine Pankreassekretion gewinnt die Dünndrainage zunehmende Bedeutung. Inwieweit die milde Hyperinsulinämie nach systemisch-venöser Drainage einen negativen Einfluss zum Beispiel auf die Progression der Arteriosklerose hat,

wird kontrovers diskutiert. Sollinger et al. berichteten über die Erfahrung mit 500 kombinierten Pankreas-Nierentransplantationen seit 1985 (6). In dieser weltweit größten Serie lag das 1-, 5- und 10-Jahresüberleben der Patienten bei 96, 88 und 76 Prozent, der Nierenfunktion bei 89, 80 und 67 Prozent und der Pankreasfunktion bei 87, 78 und 67 Prozent. Diese Daten liegen im Bereich der Ergebnisse der klinisch fest etablierten Leber- und Nierentransplantation. In Langzeitstudien zeigt sich, dass die Überlebensrate von Patienten mit Typ-I-Diabetes und terminaler Niereninsuffizienz nach einer simultanen Pankreas-Nierentransplantation signifikant besser ist als nach einer isolierten Nierentransplantation (5, 7). Auch ist zwischenzeitlich erwiesen, daß die Normalisierung des Glukosemetabolismus nach erfolgreicher Pankreastransplantation bei einem Teil der Patienten zu einem Sistieren oder gar einer Besserung der diabetischen Spätschäden führt. Morphologische Untersuchungen von Nierenbiopsien durch Fioretto et al. ergaben Rückbildungen der diabetischen Schädigung bei Patienten mit über 5 Jahre funktionierenden Pankreastransplantaten (2). In der Studie von Gaber et al. zeigte sich eine signifikante Verbesserung der kardialen Funktion nach simultaner Pankreas-Nierentransplantation (3). Insgesamt zeigen die Ergebnisse im Schrifttum, dass die positiven Effekte einer erfolgreichen Pankreastransplantation auf Mortalität und diabetische Spätschäden erst nach 4-5 Jahren zum Tragen kommen. Andererseits besteht kein Zweifel, dass bei diabetischen Spätschäden ein "point of no return" existiert, nach dessen Überschreitung eine Normalisierung des Glukosestoffwechsels zu keiner Verbesserung mehr führt. Deshalb profitieren Patienten mit wenig fortgeschrittenen Spätschäden auf lange Sicht am meisten von einer Pankreastransplantation. Bei praktisch allen Patienten ist zirka 1 Jahr nach erfolgrei-

cher Transplantation ein deutlicher Zuwachs an Leistungsfähigkeit, subjektivem Wohlbefinden und allgemeiner Lebensqualität feststellbar.

Wir führten an der Universität Leipzig seit Oktober 1998 19 kombinierte Pankreas-Nierentransplantationen bei Patienten mit Typ-I-Diabetes mellitus durch. Es trat keine OP-Letalität auf. Alle Patienten haben eine gute Nierenfunktion mit einem Kreatinin unter 120 µmol/l und 17 Patienten ein gut funktionierendes Pankreastransplantat. Bei zwei Patienten mußte das Pankreastransplantat infolge Pankreatitis beziehungsweise Transplantatthrombose bei gut funktionierender Niere entfernt werden. Einer dieser beiden Patienten wurde inzwischen erfolgreich retransplantiert.

Die kombinierte Pankreas-Nierentransplantation kann aufgrund der weltweit erreichten Ergebnisse als Standardverfahren für präterminal und terminal niereninsuffiziente Typ-I-Diabetiker bezeichnet werden. Die Fortschritte in den letzten Jahren können im wesentlichen auf eine verbesserte Immunsuppression und die Standardisierung der chirurgischen Technik (Pankreas-Duodenaltransplantation; Dünndarm- oder Blasendrainage) zurückgeführt werden. Von der amerikanischen Diabetesvereinigung wird die simultane Pankreas-Nierentransplantation als therapeutische Option für diese Patienten akzeptiert und die Inselzelltransplantation derzeit als experimentelles Verfahren betrachtet (1).

Literaturverzeichnis

1. American Diabetes Association: Pancreas transplantation for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2000, 23: 112-116
2. Fioretto P, Steffes M, Sutherland D et al.: Reversal of lesions of diabetic nephropathy after pancreas transplantation. *N Engl J Med* 1998, 339: 69-75
3. Gaber A, Soliman El-G, Sugathan P et al.: Early improvement in cardiac function occurs for pancreas-kidney but not diabetic kidney-alone transplant recipients. *Transplantation* 1995, 59: 1105-1112.

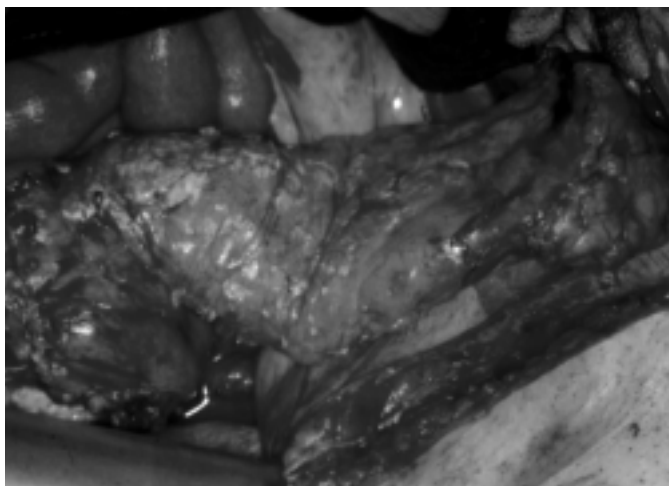


Abbildung 2:
Intraoperativer Situs unmittelbar nach Reperfusion des transplantierten Pankreas

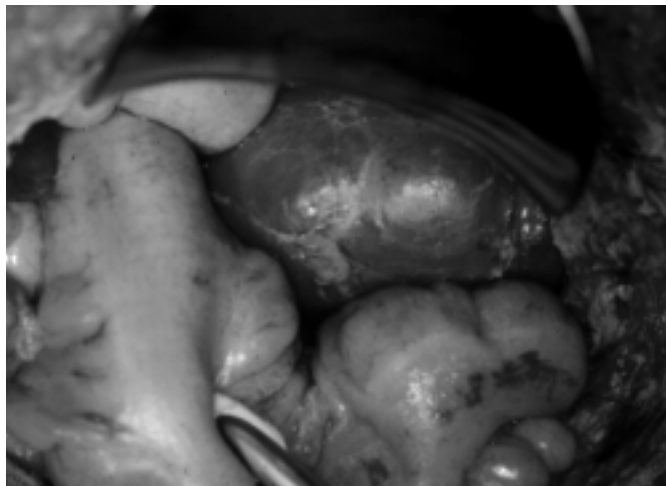


Abbildung 3:
Intraoperativer Situs des Nierentransplantats nach Reperfusion

4. Hopt UT: Pankreastransplantation. In: Lippert H (Hrsg) Praxis der Chirurgie, Allgemeine und Viszeralchirurgie. 1998, Georg Thieme Stuttgart New York S. 804

5. Smets Y, Westendorp R, van der Pijl J et al.: Effect of simultaneous pancreas-kidney transplantation on mortality of patients with type-1 diabetes mellitus and end-stage renal failure. The Lancet 1999, 353: 1915-1919

6. Sollinger H, Odorico J, Knechtle S et al.: Experience with 500 simultaneous pancreas-kidney transplants. Ann Surg 1998, 228: 284-296

7. Tydén G, Bolinder J, Solders G et al.: Improved survival in patients with insulin-dependent diabetes mellitus and end-stage diabetic nephropathy 10 years after combined pancreas and kidney transplantation. Transplantation 1999, 67: 645-648

Korrespondenzadresse:
PD Dr. H. Witzigmann
Universität Leipzig, Zentrum für Chirurgie
Chirurgische Klinik und Poliklinik II
Abdominal-, Transplantations- und
Gefäßchirurgie, Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 18. 2. 2000
Artikel nach Revision angenommen: 6. 4. 2000

Gründung des Arbeitskreises „Stationäre Diabetesbehandlung in Sachsen“

Sächsische Gesellschaft für
Stoffwechselkrankheiten
und Endokrinopathien e.V.

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes spielt in allen Internistischen Kliniken quantitativ und qualitativ eine große Rolle. Diabetiker werden sowohl in von der Deutschen Diabetesgesellschaft anerkannten Behandlungseinrichtungen als auch in Kliniken ohne eine solche Anerkennung behandelt.

Wie auch andere medizinische Teilgebiete, befindet sich die Diabetologie im Spannungsfeld von Leistungserbringung und Kostenträgern, von ambulanter und stationärer Medizin. Zunehmend wird von den Kostenträgern die Forderung nach Qualitätsmanagement in den Kliniken laut.

Wie im ambulanten Bereich zum Teil schon erfolgt, ist es auch für die an der stationären Betreuung von Diabetikern beteiligten Kliniken erforderlich, sich dieser Herausforderung zu stellen.

Aus diesem Grunde lud die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V. als Regionalgesellschaft der DDG alle für die Diabetologie vordergründig verantwortlichen Fachoberärzte und Chefärzte der Inneren Kliniken Sachsen zur Gründung eines Arbeitskreises „Stationäre Diabetesbehandlung in Sachsen“ ein. Dieser Qualitätszirkel soll auf regionaler Ebene in den Regierungsbezirken Chemnitz,

Dresden und Leipzig die Kommunikation zwischen den diabetologisch tätigen Kollegen der stationären Einrichtungen fördern und die Qualität stationärer Diabetologie verbessern.

Unter der Leitung des Vorsitzenden der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V., Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch, trafen sich am 21.06.2000 im Hörsaal der Klinikum Chemnitz gGmbH, Krankenhaus Flemmingstraße, 81 Ärzte aus 68 Inneren Kliniken Sachsens zu einer konstituierenden Versammlung des Arbeitskreises „Stationäre Diabetesbehandlung in Sachsen“.

Nach kurzer Erläuterung der Zielstellung der Versammlung durch den Vorsitzenden der Gesellschaft, einem Fachvortrag von Herrn Dr. Krug aus Leipzig zu Aspekten der modernen Insulintherapie bei Typ 1- und Typ 2-Diabetes und vertiefenden Erläuterungen des Vorhabens durch Dr. Kirsten aus Dresden fanden sich in getrennten Sitzungen die Vertreter der drei sächsischen Regierungsbezirke zusammen.

Nach lebhaften Diskussionen über die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität der stationären Diabetesbehandlung zu verbessern, wurde der Beschluss gefasst, dass in regelmäßigen Abständen die

Arbeitskreise der einzelnen Regierungsbezirke sich treffen und speziellen Rahmenthemen widmen.

Die nächste **gemeinsame Tagung aller Regierungsbezirke** findet am 28. März 2001 in Dresden statt. Leitung: Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch; Organisation: Dr. Kirsten, Telefon: (03 51) 8 56 21 30, Fax: (03 51) 8 56 21 29.

Für die einzelnen Arbeitskreise wurden folgende Sprecher gewählt:

Chemnitz

- Frau Dr. med. Gericke, Klinikum Chemnitz gGmbH, Medizinische Klinik, Krankenhaus Flemmingstraße
- Herr Dipl.-Med. Teller, Klinikum Chemnitz gGmbH, Medizinische Klinik, Krankenhaus Flemmingstraße

Dresden

- Herr Dr. Reichel, Universitätsklinikum Dresden
- Herr Dr. Kirsten, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

Leipzig

- Herr PD Dr. Lohmann, Universität Leipzig, Medizinische Klinik und Poliklinik III
- Herr Dr. Steindorf, Stadt Krankenhaus Leipzig, Friesenstraße

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch
Chefarzt der Medizinischen Klinik Krankenhaus
Flemmingstraße des Klinikums Chemnitz

Alternativcurriculum für Anerkennung als Diabetologe DDG

Nachdem alle Punkte des Curriculums erfüllt und Unterlagen über absolvierte Kurse vorliegen, kann der Antragsteller bei der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien die Prüfung seiner Dokumentationen über die geforderte Zahl behandelter Diabetiker vom Typ I und II beim

Vorsitzenden, Dr. med. habil. Matthias Weck, beantragen. Nach erfolgreicher Prüfung der Dokumentation durch eine vom Vorstand der Sächsischen Gesellschaft ernannten Kommission kann der Antrag für die mündliche Prüfung vor einer Prüfungskommission der Sächsischen Gesellschaft, der ein Mitglied

des Weiterbildungsausschusses der Deutschen Diabetes Gesellschaft angehört, beim Vorsitzenden Dr. med. habil. Matthias Weck eingereicht werden.

Sächsische Gesellschaft für
Stoffwechselkrankheiten
und Endokrinopathien e.V.

Prof. Dr. med. habil. Hans Haller zum 80. Geburtstag

Am 17. 12. – in diesem Jahr am 3. Advent – feiert Professor Hans Haller seinen 80. Geburtstag. Wir als seine Weggefährten, Mitstreiter, seine Kollegen und seine Schüler verehren in ihm nicht nur eine der herausragenden professoralen ärztlichen Persönlichkeiten Dresdens, sondern den Menschen, der sich weit über seinen Beruf hinaus für die Wissenschaft, die Lehre, die ärztliche Berufspolitik, die Belange seiner Kollegen und den Arztberuf an sich engagiert hat.

Wissenschaftlich ist sein Name untrennbar mit dem anerkannten Ruf Dresdens als „Stoffwechsel – Hochburg“ verbunden. Seine klinische Karriere begann bei Otto Rostowski, dem Begründer der ersten Diabetesambulanz Europas, in Dresden-Friedrichstadt. Geprägt durch diesen Pionier der Stoffwechselforschung verfasste er grundlegende wissenschaftliche Arbeiten, vor allem auf dem Gebiet der oralen Antidiabetika.

Probleme des Fettstoffwechsels und der Arterogenese bildeten den Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit in den 60er und 70er Jahren. Die Dresdner Stoffwechselschule, durch die das „Metabolische Syndrom“ zu einem Paradigma der modernen Medizin wurde, entwickelte sich im wesentlichen unter seiner Ägide – als gründlicher, ungemein fleißiger Arbeiter, als ein Forscher mit breitem enzyklopädischem Wissen, ein rhetorisch hochbegabter Lehrer (der seinen sächsischen Zungenschlag keinesfalls verleugnete) und als ein Arzt, der ganze Generationen von Schülern durch sein Vorbild in klinischer Allgemeinbildung, Detailkenntnissen, Sorgfalt, vor allem aber durch sein Charisma prägte. Persönlichkeiten unter



Hochschullehrern wie er, die Studenten nachhaltig zu beeinflussen in der Lage sind, werden in Zeiten zunehmender Stromlinienform unter Wissenschaftlern und Professoren, trotz vermeintlicher individueller Freiheit, immer seltener.

Was den Jubilar besonders auszeichnet, ist nicht nur seine glanzvolle und erfüllte Berufskarriere, sondern die Tatsache, wie er sich – lange nach seiner Emeritierung – in der neu gegründeten Ärztekammer Sachsens engagierte.

Als Vorsitzender der Widerspruchskommission konnte er seine langjährige Berufsverfahren bei mitunter kniffligen Verhandlungsfällen allen Beteiligten nutzbringend zur Verfügung stellen und half, zahlreiche „verfahren Verfahren“ zu einem befriedigenden Abschluss zu bringen, Wogen zu glätten und gegebenenfalls mit Autorität und Weisheit ein Machtwort zu sprechen.

Auch, wenn bei ihm aus dem Ruhestand über etliche Jahre ein „Unruhestand“ wurde – sein Verdienst um die noch relativ junge ärztliche Standesorganisation ist groß, und wir möchten Hans Haller an dieser Stelle für sein Engagement sehr herzlich danken.

Aus dem Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden, dessen aktives Mitglied er bis zum vorigen Jahr war, lässt sich sein Einfluss nicht wegdenken. Professor Hallers Gespräche und Vorschläge waren stets Anregung, Diskussionsgrundlage und Bereicherung. Wenn er sich auch verständlicherweise aus der aktiven Arbeit etwas zurückgezogen hat, spüren wir weiterhin seinen Esprit und seine Vitalität bei anliegenden Aufgaben. Dankbarkeit gebührt ihm heute dafür, dass er soviel Kraft, Energie und Zeit seines eigentlich wohlverdienten Daseins als Emeritus seinen Kollegen, seinem Beruf und seiner Berufung gegeben hat.

Wir gratulieren Hans Haller auf das herzlichste und wünschen ihm, bei guter Gesundheit einen dauerhaft befriedigenden und glücklichen Un-Ruhe-Zustand im Kreise seiner Familie, Freunde und nicht zuletzt Kollegen zu erleben. Alles Gute!

Für seine Schüler:

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld
Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius
Prof. Dr. rer. nat. habil. Wolfgang Leonhardt

Uta Katharina Schmidt
Kreisärztekammer Dresden

Dr. med. Günter Bartsch zum 60. Geburtstag

Am 25. Dezember 2000 vollendet der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer das 60. Lebensjahr.

In Preußisch Eylau geboren, musste seine Familie in den Wirren des 2. Weltkrieges die angestammte Heimat verlassen und floh über das winterliche Haff, Danzig und Berlin nach Weißenfels. Dort wurde er auch eingeschult und lebte bis 1950, dem Jahr des frühen Todes der Mutter, in der Saalestadt.

Der erst 1949 aus sowjetischer Gefangenschaft zurückgekehrte Vater arbeitete zu dieser Zeit bei der SDAG Wismut in Johanngeorgenstadt. Das Erzgebirge wurde zum neuen Domizil des Heranwachsenden und ist es bis heute geblieben.

Während der Oberschulzeit in Schwarzenberg und Schneeberg, hier legte er 1959 das Abitur ab, reifte der Wunsch, Humanmedizin zu studieren. Diese Ausbildung absolvierte der Jubilar an den Universitäten Bukarest und Leipzig. Nach Promotion und Pflichtassistentz in Bad Salzungen erfolgte von 1966 bis 1971 die Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie bei Herrn Dozent Dr. Johannes Hempel, dem hervorragenden Hochschullehrer, Wissenschaftler und Direktor der Kinderklinik Chemnitz. Im Oktober 1973 übernahm Kollege Bartsch die Staatliche



Kinderarztpraxis in Neukirchen, die seit 1990 in eigener Niederlassung betrieben wird. Während dieser Zeit erwarb er sich das Vertrauen und hohes Ansehen seiner Patienten und deren Eltern.

Günter Bartsch, auch geprägt durch die eigene entbehrensreiche Kindheit, hat dem Streben nach Gerechtigkeit, Wissen und Harmonie stets eine zentrale Rolle zugeordnet. So war es kein Zufall, dass er von 1979 bis 1991 der Landessynode der Evangelischen Kirche angehörte und über Jahre mit leitenden Aufgaben betraut

war. Aus dem Glauben schöpfte er Hoffnung, Kraft und Mut.

Diese Attribute bestimmen sein Verhalten und Tun in der Zeit des Niederganges der DDR. Kollege Bartsch trat als Mitorganisator und Redner der ersten Demonstrationen in Chemnitz in Erscheinung, gehörte zu den Mitbegründern des Neuen Forums und agierte in dessen Sprecherrat. Mit dem gleichen Enthusiasmus übernahm er nach der Wende berufspolitische Aufgaben. Als Vorstandsmitglied und Mitarbeiter des Redaktionskollegiums des „Ärztblatt Sachsen“, ebenso wie als Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Multimedia in der Medizin“, setzt er sich unermüdlich für die Belange der Ärzteschaft ein.

Wache Aufmerksamkeit, scharfer Verstand und kritisches Hinterfragen zeichnen ihn aus. Von einer Sache überzeugt, vertritt er diese mit hohem Einsatz und scheut keine, dem Ziel und Erfolg dienende Auseinandersetzung.

Mit der Wahl zum Vizepräsidenten unserer Kammer im Jahr 1999 honorierten Sachsens Ärzte nicht nur seine Leistungen, sie entschieden sich auch für den Menschen Günter Bartsch.

Dr. med. Rudolf Marx
Vorstandsmitglied

Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

60 Jahre					
02.01	Dr.med. Suntheim, Helga 04356 Leipzig	05.01	Dr.med. Weber, Gerd 01829 Stadt Wehlen	11.01	Dr.med. Frey, Elke 01129 Dresden
03.01	Dr.med. Adomeit, Anke 09350 Lichtenstein	06.01	Dr.med. Schöne, Heideleine 02827 Görlitz	11.01	Dr.med. Krause, Peter 01217 Dresden
03.01	Franck, Regina 01855 Sebnitz	08.01	Dr.med. Coder, Ingeborg 08280 Aue	12.01	Derneff, Barbara 01307 Dresden
04.01	Dr.med. Loose, Helga 01097 Dresden	09.01	Dr.med. Gehlhar, Siegfried 01454 Ullersdorf	12.01	Dr.med. John, Uta 01307 Dresden
04.01	Dr.med. Puschmann, Matthias 08223 Höhenluftkurort Grünbach	10.01	Bischoff, Lutz-Gregor 08451 Crimmitschau	12.01	Prof. Dr.med.habil. Nitzsche, Hartmut 01705 Freital
05.01	Dr.med. Ebermann, Rosemarie 01796 Pirna	10.01	König, Gerlinde 09120 Chemnitz	12.01	Dr.med. Weber, Ulrich 02906 Weigersdorf
		10.01	Teich, Horst 09306 Rochlitz	13.01	Dr.med. Berger, Fritz 01824 Kurort Gohrisch

13.01	Rothe, Christa 09126 Chemnitz	26.01	Dr.med. Müller, Eveline 08124 Cainsdorf	29.01	Dr.med. König, Klaus 04207 Leipzig
14.01	Hickel, Annelies 04564 Böhlen	27.01	Kolle, Ulla 09350 Lichtenstein	30.01	Dr.med. Pabst, Irene 01069 Dresden
15.01	Dr.med. Nitzsche, Monika 01705 Freital	27.01	Dr.med. Koßmagk, Renate 04249 Leipzig	31.01	Dr.med. Vogler, Wolfgang 04808 Wurzen
15.01	Rösler, Elisabeth 02730 Ebersbach	27.01	Dr.med. Mager, Sabine 01474 Weißig	70 Jahre	
16.01	Dr.med. Schulze, Christine 08064 Zwickau	27.01	Dr.med. Oelschlägel, Heidemarie 08228 Rodewisch	02.01	Dr.med. Weißbach, Renate 08371 Glauchau
17.01	Buch, Volker 09217 Burgstädt	30.01	Prof.Dr.med.habil. Spencker, Friedrich-Bernhard, 04277 Leipzig	03.01	Dr.med. Schulz, Hans-Jürgen 04838 Eilenburg
17.01	Dr.med. Leuteritz, Karin 04860 Torgau	31.01	Dr.med. Bollmann, Joachim 04838 Eilenburg	07.01	Dr.med. Holfert, Manfred 01705 Freital
17.01	Dr.med. Stoll, Dietmar 09128 Euba	31.01	Dr. med. Fischer, Gisela 08349 Johanngeorgenstadt	10.01	Dr.med. Nothaaß, Ernestine 04275 Leipzig
18.01	Dr.med. Weise, Wolfgang 04249 Leipzig	31.01	Dr.med. Glaß, Dagmar 08248 Klingenthal	18.01	Dr.med. Herrig, Ruth 09127 Chemnitz
18.01	Dr.med. Wepner, Dorit 01816 Bad Gottleuba	65 Jahre		23.01	MUDr. Benetka, Alois 08058 Zwickau
19.01	Dr.med. Baldauf, Monika 09131 Chemnitz	02.01	Grübel, Wilfried 09337 Hohenstein-Ernstthal	25.01	Prof.Dr.med.habil. Baerthold, Wolfgang, 01187 Dresden
19.01	Dr.med. Fiege, Arnold 04860 Torgau	04.01	Dr.med. Unger, Christine 04105 Leipzig	26.01	Prof.Dr.med.habil. Winkelmann, Ernst, 01474 Weißig
19.01	Dr./ Med.Univ. Budapest Sohn, Ulrich, 09131 Chemnitz	05.01	Dr.med. Ehmman, Gertraude 08529 Plauen	30.01	Dr.med. Heuschkel, Harald 04509 Delitzsch
20.01	Fasold, Ursula 01705 Pesterwitz	06.01	Dr.med. Eisenreich, Roland 08060 Zwickau	75 Jahre	
20.01	Dr.med. Gaunitz, Monika 04157 Leipzig	07.01	Dr.med. Linemann, Ingrid 01217 Dresden	01.01	Prof.Dr.med.habil. Aßmann, Dietmar 01796 Pirna
20.01	Dr.med. Gehrig, Peter 04299 Leipzig	07.01	Dr.med. Müller, Ingeborg 01591 Riesa	13.01	Dr.med. Schubert, Edith 08066 Zwickau
20.01	Prof.Dr.med.habil. Keller, Eberhard 04157 Leipzig	07.01	Dr.med. Pomplun, Eva 09599 Freiberg	18.01	Dr.med. Steglich, Heinz 04435 Schkeuditz
20.01	Müller, Juliane 08209 Rebesgrün	07.01	Dr.med. Pomplun, Eva 09599 Freiberg	20.01	Dr.med. Peschel, Gerhard 09130 Chemnitz
20.01	Dr.med. Petermann, Günther 04736 Waldheim	08.01	Dipl.-Med. Lauschke, Gertraud 01139 Dresden	80 Jahre	
21.01	Höhn, Brigitte 01159 Dresden	09.01	Dr.med. Zwarg, Dietrich 09496 Marienberg/OT Niederlauterstein	13.01	Dr.med. Purrucker, Fritz 09114 Chemnitz
21.01	Dr.med. Rosenkranz, Martin 04299 Leipzig	11.01	Flehsig, Eberhard 04758 Oschatz	18.01	Dr.med. Herzog, Eleonore 01217 Dresden
21.01	Dr.med. Siegert, Monika 04349 Leipzig	11.01	Dr.med. Kohlschmidt, Eberhard 02994 Bernsdorf	26.01	Dr.med. Möbius, Werner 01723 Wilsdruff
22.01	Prof.Dr.med.habil. Höring, Helmut 08645 Bad Elster	13.01	Dr.med. Vogler, Martina 04808 Wurzen	27.01	Dr.med. Christof, Roland 07919 Mühlthoff
22.01	Neubauer, Gisela 09217 Burgstädt	16.01	Dr.med. Tzschoppe, Achim 01129 Dresden	81 Jahre	
23.01	Dr.med. Engelstädter, Monika 01936 Königsbrück	19.01	Dr.med. Thierfelder, Maria 09366 Stollberg	18.01	Prof.Dr.med.habil. Dietzsch, Hans- Joachim, 01326 Dresden
23.01	Prof.Dr.med. Zimmer, Heinz-Gerd 04275 Leipzig	22.01	Dr.med. Ferse, Wolfgang 01474 Weißig	22.01	Dr. med. Burkhardt, Hans 04357 Leipzig
24.01	Dr.med. Göckritz, Wolfgang 08318 Hundshübel	22.01	Dr.med. Schmiedt, Gert 09599 Freiberg	28.01	Dr.med. Lorenz, Irene 01067 Dresden
24.01	Hentschel, Günter 01097 Dresden	25.01	Dr.med. Kumpf, Hanspeter 01445 Radebeul	29.01	Dr.med. Leibiger, Wolfgang 01896 Pulsnitz
24.01	Dr.med. Martin, Sieglinde 09131 Chemnitz	26.01	Dr.med. Beyer, Ursula 04347 Leipzig	82 Jahre	
24.01	Dr.med. Siebert, Wolf 01587 Riesa	26.01	Dr.med. Rockstroh, Werner 09395 Hormersdorf	02.01	Dr.med. Patzelt, Oskar 04808 Wurzen
25.01	Dr.med. Haller, Wolfgang 08527 Plauen	27.01	Dr.med. Vogel, Dieter 08280 Aue	08.01	Dr.med. von Zimmermann, Blandine 01217 Dresden
25.01	Schürer, Helmut 09661 Hainichen	28.01	Dr.med. Werner, Dieter 01877 Bischofswerda	09.01	Dr.med. Gawantka, Joachim 09468 Geyer

22.01 Dr.med. Nickol, Renuat
01219 Dresden

84 Jahre

23.01 Dr.med. Illing, Heinrich
09496 Marienberg

86 Jahre

17.01 Dr.med. Sieg, Heinz
09599 Freiberg

18.01 Dr.med. Merkl, Ursula
04683 Naunhof

87 Jahre

09.01 Prof.em.Dr.med.habil. Edel, Herbert
01465 Langebrück

88 Jahre

02.01 Dr.med. Runge, Anneliese
04157 Leipzig

04.01 Dr.med. Langer, Horst
01689 Weinböhla

10.01 Dr.med. Schubert, Walter
02999 Lohsa

89 Jahre

17.01 Dr.med. Singer, Harry
09127 Chemnitz

26.01 Dr.med. Weißgerber, Renate
04758 Oschatz

Zum Weihnachtsfest: Lebkuchen und Stollen

Das Jahr neigt sich seinem Ende zu, und die Feiertage stehen vor der Tür.

Die Adventszeit und das Weihnachtsfest stimmen uns froh und in gewohnter Weise soll auch in diesem Jahr etwas Kurzweiliges zur Weihnachtszeit unser „Arzteblatt Sachsen“ bereichern.

Nachdem in den vorausgegangenen Jahren Geschichtliches zum Weihnachtsfest, Brauchtum und Weihnachtsmusik beleuchtet wurden, wollen wir uns diesmal der schmackhaften Weihnachtsbäckerei zuwenden.

Weihnachten ist vor allem eine Zeit, in der die Haus- und Festbäckerei eine Blütezeit hat. Neben Plätzchen und Pfeffer- oder Lebkuchen gehören Stollen zu den Köstlichkeiten des Verzehrs.

Um die Urheberschaft der beliebten und bei uns bekannten Stollen gibt es bis heute Rivalität. Berichtet wird von einem Privileg des Naumburger Bischofs aus dem Jahre 1329. Die Bäckerinnung war aufgefordert, dem Bischof jeweils am Geburtstag Christi und am Michaelistag zwei lange Weißbrote, auch Stollen genannt, als Zins zu liefern. Wenn man der Historie Glauben schenken darf, stellte der Koch vom Schloss Hartenstein nahe Torgau erst um 1457 seiner Herrschaft dieses herrliche Backwerk vor.

In Dresden bekamen die Stollen mit dem



Striezelmarkt eine bis heute geliebte Heimstatt. Die Tradition des Stollenbackens verlangte sogar von der Dresdner Bäckerinnung bis zum Abdanken des Sächsischen Königs 1918 die Lieferung zweier über einen Meter langen Stollen zu den Weihnachtsfeiertagen. Nicht nur Bäcker, auch Geschäftsleute haben wesentlich zum Erhalt des Brauchtums beigetragen. Sie waren es, die den Stollen als auch die sächsische Weihnachtsbäckerei außerhalb Sachsens bekannt machten. Sachsen, die überall anzutreffen sind, haben den Brauch des Stollenbackens zu seinem Bekanntheitsgrad weltweit verholfen. Es war und ist deshalb üblich in der Weihnachtszeit, dass Stollen auf dem Postweg in Europa und nach Übersee unterwegs sind. Schon Ende Oktober findet man in den Geschäften der Konditoreibranche und

in Kaufhallen Backwerk mit dem Namen Dresdner Christstollen oder Christstollen nach Dresdner Art. Das Wort Stollen führt uns in die Symbolik des weihnachtlichen Geschehens, in dem die Stollen uns das in weiße Windeln gelegte Christkind versinnbildlichen.

Die weihnachtliche Hausbäckerei hat insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg nochmals eine Hochblütezeit erfahren. Hausfrauen sammelten im Jahreslauf die Zutaten für das gute Backwerk, und im Dezember wurden beim Bäcker Bleche zum Abbacken für kleines Entgelt reserviert. Die Stollen durften aber erst am Heiligen Abend angeschnitten werden. Im Computerzeitalter werden sie schon ab Oktober verspeist, da doch inzwischen alles eine Frage der Logistik und des Kommerz geworden ist. Zu den schärfsten Stollenkonkurrenten gehören die Lebkuchen, die sich als Pulsnitzer und Nürnberger Lebkuchen eine große Beliebtheit verschafft haben. Auch diese haben eine eigene Geschichte.

Bei Ausgrabungen im alten Mesopotamien hat man Backformen gefunden, die uns Glauben machen, dass unsere Vorfahren Backwerk mit Gewürzen und Honig versetzt verzehrt haben, mit Zutaten also, denen die

Menschen in jener Zeit neben dem Genuss einen hohen gesundheitlichen Wert beimaßen.

Der Honigkuchen der vorchristlichen Zeit hat offenbar seinen Weg über italienische Klöster zu uns genommen. Da die mittelalterlichen Klöster Stätten der Kultur waren, kam auch das Essen und Trinken nicht zu kurz. In klösterlichen Handschriften tauchte im 11. Jahrhundert erstmalig der Begriff „pfeforzeltum - Pfefferzelten oder Pfefferkuchen“ auf. Der Begriff Pfeffer deshalb, weil die Vorliebe für Pfeffer damals so groß war, dass er geradezu zum Oberbegriff für alle Gewürze wurde.

Die Version, dass Lebkuchen vom mittellateinischen Wort - libum also Fladen oder Kuchen abgeleitet wurde, ist auch nicht von der Hand zu weisen, weil Latein nun einmal die Klostersprache und der Lebkuchen auch eine Klostersache war.

Vielleicht geht die Vorsilbe aber auch auf Laib zurück oder das polnische Wort Lipa/Linde, weil Bienen aus den Lindenblüten Nektar saugen, der zu Honig verarbeitet wird und im Lebkuchen Verwendung findet.

Aus den Klöstern ist die Lebkuchenbäckerei in alle Volksschichten gelangt. Pfefferzelten, lebknoche und lebzeltel wurden bekannt im schlesischen Schweidnitz, in Thorn, Danzig, Pulsnitz, Salzburg, Basel, Ulm und Nürnberg.

Überall, wo es einerseits genug Honig und die notwendigen Gewürze gab und andererseits insbesondere dort, wo sich Handelsstraßen kreuzten, sind Wurzeln der Pfefferkühlerei zu finden.

Pulsnitz ist seit Jahrhunderten als sächsische Pfefferkuchenstadt bekannt.

Der ausgezeichnete Geschmack und die gute Bekömmlichkeit der Pfefferkuchen sorgten dafür, dass seit über 400 Jahren die Tradition von Meistern und Gesellen weitergetragen wurde.

Im Jahre 1558 wurde die Pfefferkuchenbäckerei in Pulsnitz bereits urkundlich erwähnt. Sie war damals noch keine Spezifität, so dass sie noch in den

Backstuben der Brotbäcker zu finden war. Anfangs hatten es die Bäcker schwer, ihre Lebkuchen auch außerhalb von Pulsnitz zu vertreiben. So gab es beispielsweise 1675 einen Pfefferkuchenstreit zwischen Kamenz und Pulsnitz. Dieser konnte beigelegt werden, und es wurde den Pulsnitzern erlaubt, ihr Backwerk zu Weihnachten und auf sonstigen Jahrmärkten feilzubieten. Im Laufe der Zeit bildeten sich ganze Pfefferkühlergenerationen heraus.

Zirka zehn dieser Traditionisten gelang der Sprung in die Marktwirtschaft nach 1990, was den Osten Deutschlands betrifft. Die ererbten Rezepte wurden und werden streng geheim gehalten, verbessert und verfeinert, und sie lassen uns bis heute hohen Genuss erleben.

Der Teig wurde durch schwere körperliche Arbeit von Hand gemacht, oft lange, bisweilen auch Jahre gelagert, ehe er in Formen wie Brezeln, Sterne, Ringe, Herzen u. a. kam. Später halfen Maschinen die Arbeit zu erleichtern.

In Sachsen hat der Pulsnitzer Lebkuchen seinen Siegeszug über die Grenzen der Heimat mit Bravour angetreten, und er ist als Markenzeichen in Deutschland genau so bekannt wie der berühmte Nürnberger Lebkuchen.

Dank der weltweiten Handelsbeziehungen der Nürnberger Kaufmannsgeschlechter und der darüber hinaus verkehrsgünstigen Lage der Stadt am Schnittpunkt der alten Salz- und Handelsstraße fehlte es den Nürnberger Pfefferkühlern nicht an den notwendigen Zutaten und Gewürzen, ohne die eine Herstellung der Lebkuchen undenkbar war und ist. Anis, Ingwer, Koreander, Macis-Blüte, Nelken, Piment, Zimt, Orangeat und Zitronat neben anderen Gewürzen machen den guten Geschmack der Pfefferkuchen aus. Von einem eigentlichen Lebküchlerhandwerk ist in Nürnberg allerdings erst im 17. Jahrhundert die Rede.

Nach fast hundertjährigem vergeblichem Bemühen um Selbstständigkeit dieses Handwerks gewährte der Rat der Stadt

Nürnberg 1643 endlich die Gründung einer Nürnberger Lebküchlerzunft.

Im Laufe der Zeit wurden braune Lebkuchen, Lebkuchen mit Zucker und mit Schokoladenglasur hergestellt. Eine Besonderheit waren Pfefferkuchen mit Oblaten. Der Teig musste mit den Oblaten in Verbindung gebracht und gebacken werden. Bis in die dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts wurden die Oblaten Stück für Stück von Hand gestrichen.

Nach der Mechanisierung in den sechziger Jahren setzte sich dann die Automatisierung durch. Heute werden in der Bundesrepublik tausende Tonnen von Lebkuchen gebacken. Die Zeit zwischen September und Dezember ist Hochzeit der Pfefferkuchenbäckerei. Neben herkömmlichen Pfefferkuchen, Dominosteinen und Nusslebkuchen sind die seit 1808 bekannten Elisenlebkuchen, offenbar nach der Tochter eines Nürnberger Pfefferkühlers oder vielleicht der Heiligen Elisabeth als Schutzpatronin der Bäcker und Lebküchler benannt, ein erlesener Leckerbissen, der nicht in der Weihnachtsnascherei fehlen darf.

Ob Stollen, Pulsnitzer oder Nürnberger Lebkuchen, es handelt sich um Tradition, die bei uns aktiv zu den Feiertagen gelebt wird.

Aber in Anbetracht des Hungers in vielen Teilen dieser, unserer Welt sollten wir auch im Bewusstsein des Überflusses nicht vergessen, an die Menschen zu denken, die nicht wie wir frohen und behaglichen sowie satten Feiertagen entgegengehen können.

Wünschen wir uns nun neben den Gaumenfreuden zum Jahresende eine friedliche und besinnliche Weihnachtszeit und ein gutes und erfolgreiches Jahr 2001

namens des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis