

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 1|2001

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung	4
Berufspolitik	Zukünftige Probleme der Arbeits- und Betriebsmedizin	5
Gesundheitspolitik	Zur ärztlichen Versorgung endokriner Erkrankungen	7
	Infektionsschutzgesetz ab 1. 1. 2001	8
Amtliche Bekanntmachungen	Betäubungsmittelrezepte	9
	Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln	9
	Beschlagnahme Präparat–Germanium 132	10
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Arzt online	7
	Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen	10
	Mitglieder der Ethikkommission	11
	Konzerte und Ausstellungen	11
	Stelle Qualitätssicherung zu besetzen	11
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung	12
	Mitteilung zur Wahl	12
	Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge	13
Mitteilungen der KVS	KV Sachsen im Internet	13
	Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen	14
	Impressum	14
Originalie	Was tun ohne Cisaprid U. Winkler und J. Henker	15
Tagungsberichte	30. Wissenschaftlicher Tag der HNO-Ärzte	18
	Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht	19
Verschiedenes	5. Sächsisches Seniorentreffen	21
	Aufruf an alle Seniorinnen und Senioren	21
Personalia	Prof. Dr. med. Dr. hc. Herbert Uerbermuth	22
	Prof. Dr. med. Achim Dippold zum 65. Geburtstag	23
	Geburtstage im Februar 2001	24
	Zum Gedenken an Prof. Dr. med. Reinhard Vock	26
Feuilleton	Der Schrebergarten H.-J. Gräfe	27
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – März 2001	
	Inhaltsverzeichnis „Ärzteblatt Sachsen“ 11. Jahrgang (2000)	

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

Aus der Vorstandssitzung

6. Dezember 2000

Am Nikolausabend 2000 fand die letzte Sitzung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer in diesem Jahr turnusmäßig statt.

Nach der Begrüßung durch den Herrn Präsidenten und der Protokollbestätigung der vergangenen Sitzung nahmen die aktuellen gesundheitspolitischen Probleme wieder den ersten Platz in der Diskussionsrunde ein.

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ist nach wie vor im Fluss, die Abwanderungen in die Betriebskrankenkassen stellen ein großes Problem dar und bringen den Gesetzgeber in Zugzwang. Die Einrichtung einer Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung an der Bundesärztekammer sollte nicht als übergeordnete Instanz über die Geschäftsstellen der Landesärztekammern verstanden werden.

Die Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie bleibt weiterhin in der Eigenverantwortung der Landesärztekammern.

Ein Dauerthema ist die Prävention im Gesundheitswesen.

Zwar steht Deutschland in der Diagnostik von Risikoerkrankungen in vorderster Reihe, jedoch in der Konsequenz einer gezielten Therapie liegt Deutschland hinten. Dies betrifft vor allem Erkrankungen wie Hyperlipidämie, Hochdruck, Adipositas etc. Die Gründe dafür sind viel-

schichtig, nicht zuletzt spielt wohl auch die Budgetierung eine Rolle.

In Vorbereitung des 104. Deutschen Ärztetages wurden Themen vom Vorstand der Bundesärztekammer erarbeitet.

Großen Raum nahm die Diskussion der Ausbeutung der Ärzteschaft, namentlich der jungen Ärzte ein. Der 104. Deutsche Ärztetag wird sich mit diesem Problem beschäftigen müssen, wie auch wieder mit der (Muster)-Weiterbildungsordnung, in welche maßgeblich die sächsischen Vorstellungen eingebracht werden sollen.

Weitere Themen sind Satzungsänderungen, die erneut anstehende Diskussion über die Stimmen-Gewichtung der Landesärztekammern im Vorstand der Bundesärztekammer. Die Einrichtung von Patienteninformationsstellen an den Kammern ist noch im Fluss. Umfang, Inhalt und Repräsentation sowie Darstellungsformen bedürfen noch ausführlicher Erörterungen. Dr. Günter Bartsch und Dr. Claus Vogel berichteten über die erfolgten Vertreterversammlungen der Landes-KV'en Sachsen und den Vertreterwahlen.

Ein Konsens von Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen ist unerlässlich.

Dr. Kirsch berichtete über eine Tagung „Baustelle Krankenhaus – Abriss? – Umbau? – Neubau?“ in Hannover am 2. 6. 2000, welche namentlich im Hinblick auf ein DRG-orientiertes Entgeltsystem enorme Probleme für die

gesamte Krankenhausstruktur erkennt.

Noch sind die Entscheidungen offen, die finanziellen Probleme ungelöst.

Wie bei jeder Vorstandssitzung standen wieder mehrere berufspolitische Entscheidungen an. Es wurden Entscheidungen über die Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin getroffen, in Vorbereitung der 16. Tagung der Kreisärztekammervorsitzenden am 31. 3. 2001 die Themen erarbeitet.

Zum Schluss der Sitzung wurde von der kaufmännischen Geschäftsführung die Haushaltanspruchnahme per 31. 10. 2000 vorgestellt und vom Vorstand bestätigt. Die finanzielle Situation ist ausgeglichen. Die Ernennung eines Beauftragten der Sächsischen Landesärztekammer für Menschenrechtsfragen von Herrn Dr. med. Clemens Weiss, Mitglied des Vorstandes, wird begrüßt.

Zuständigkeit, Kompetenz und Zusammenarbeit mit anderen Gremien wie zum Beispiel „ai“ und „Ärzte ohne Grenzen“ werden noch ausgelotet und bestimmt.

Der Präsident beendete die Sitzung mit dem Dank an die Vorstandsmitglieder für die geleistete Arbeit des vergangenen Jahres und wünscht für das Weihnachtsfest und den Jahreswechsel alles Gute, Gesundheit und ein gutes Gelingen.

Ende der Sitzung gegen 21.15 Uhr.

Dr. med. Clemens Weiss
Vorstandsmitglied

Zukünftige Probleme der Arbeits- und Betriebsmedizin in Sachsen

Entwicklung von Arbeits- und Betriebsmedizinern bis 2010

Zum 31. 12. 1999 gab es nach der Erfassung durch die Bundesärztekammer in Deutschland 13 033 ÄrztInnen mit arbeitsmedizinischer Fachkunde, davon in Sachsen 1 094. Sachsen hat bei 4,5 Millionen Einwohnern, davon 3 Millionen im erwerbsfähigen Alter, mit dieser Zahl von ÄrztInnen im Vergleich zu anderen Bundesländern einen vorderen Platz. So arbeiten in Hessen mit 6 Millionen Einwohnern (etwa 4 Millionen im arbeitsfähigen Alter) 809 Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde, in Niedersachsen sind es 963, dagegen in Bayern 2 352 und in Nordrhein-Westfalen 2 724. Solche Statistiken spiegeln jedoch nicht die Realität wieder.

Genauere Angaben zur Zahl arbeitsmedizinisch tätiger Ärzte sind aus den Ermächtigungen für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen zu gewinnen, die durch den Landesgewerbearzt und den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ausgesprochen werden. Jeder arbeitsmedizinisch tätige Arzt benötigt für diese Vorsorgeuntersuchungen je nach Exposition der zu Untersuchenden bestimmte Ermächtigungen.

Insgesamt waren von der oben genannten Zahl von 1 094 ÄrztInnen in Sachsen zum 31.12.1999 nur 686 für die arbeitsmedizinische Vorsorge ermächtigt, das heißt nur etwa 63 Prozent der bei der Kammer registrierten Arbeits-/Betriebsmediziner waren tatsächlich arbeitsmedizinisch tätig.

Auch diese Zahl ist trügerisch, denn der Umfang der arbeitsmedizinischen Wirksamkeit der Leistungserbringer ist je nach Beschäftigungsform der Ärzte unterschiedlich. Die Struktur der Leistungserbringer der arbeitsmedizinischen Vorsorge ist in Tabelle 1 dargestellt.

Dabei ist anzunehmen, dass nur die 128 Ärzte in arbeitsmedizinischen Diensten und die zehn niedergelassenen Arbeitsmediziner einen full-time-job in arbeitsmedizinischen Aktivitäten leisten. Bei allen anderen wird der Anteil arbeits-

medizinischer Tätigkeit zwischen 5 und 70 Prozent geschätzt. Berücksichtigt man diese Anteile, dann haben wir in Sachsen gegenwärtig etwa 240 vollbeschäftigte Arbeits-/Betriebsmediziner.

Von diesen 240 Vollbeschäftigten gehen bis zum Jahre 2005 50 Prozent in Rente. Nimmt man an, dass 110 aus der Arbeitstätigkeit ausscheiden, dann bleibt 2005 in Sachsen ein arbeitsmedizinisches Potential von 130 vollbeschäftigten Ärzten, ohne die Kollegen, die in den nächsten fünf Jahren ihre Weiterbildung abschließen.

Tab. 1: Leistungserbringer der arbeitsmedizinischen Vorsorge 1999 in Sachsen

128	Ärzte in 13 überbetrieblichen Arbeitsmedizinischen Diensten an 52 Standorten
79	Ärzte in Dienststellen/ Instituten (darunter 11 Gesundheitsämter und 28 Kliniken)
44	Ärzte in Betrieben
435	niedergelassene Ärzte
	davon: 171 Praktiker
	116 Augenärzte
	93 HNO-Ärzte
	33 Internisten
	8 Pulmologen
	3 Dermatologen
	10 Arbeitsmediziner
	1 Zahnarzt

Der Altersgipfel für männliche Ermächtigte (n = 273) liegt zwischen 56 und 63 Jahren (Mittelwert 54,9 Jahre) und für weibliche Ermächtigte (n = 429) zwischen 57 und 60 Jahren (Mittelwert 52,5 Jahre). Bis zum Jahre 2010 ist mit einem Abgang von 422 ermächtigten Ärzten, das sind 60,1 Prozent zu rechnen. Die Altersproblematik ist in den ostdeutschen Ländern besonders prekär, weil sich nach der politischen Wende eine Vielzahl jüngerer Betriebsärzte als Allgemeinärzte oder in ihrem Facharzt-

bereich niedergelassen haben, während ältere Betriebsärzte im Bereich der betriebsärztlichen Tätigkeit blieben.

Mit der EG-Rahmenrichtlinie von 1989 über die „Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer“ und deren Umsetzung in deutsches Arbeitsschutzrecht 1996 durch das Arbeitsschutzgesetz erweitert sich das Aufgabenfeld für die betriebsärztliche Betreuung erheblich. Zukünftig müssen alle ArbeitnehmerInnen betriebsärztlich betreut werden, auch die der Kleinbetriebe mit nur einem Beschäftigten. Mit den branchenspezifischen berufsgenossenschaftlichen Vorschriften „Betriebsärzte“ (VBG 123, neue Bezeichnung BGV A7) tragen die Berufsgenossenschaften dem bereits Rechnung. 1994 betrug in Sachsen der Erfüllungsgrad ca. 50 Prozent. Demnach wäre durch das Arbeitsschutzgesetz nahezu eine Verdopplung der Anzahl von Arbeitsmedizinern/Betriebsärzten notwendig. In Sachsen leben etwa 1 584 000 Erwerbstätige. Es wird geschätzt, dass pro Erwerbstätigem im Jahr 0,45 Einsatzstunden betriebsärztlicher Aktivitäten notwendig sind. Daraus ergeben sich für Sachsen insgesamt 712 800 arbeitsmedizinische Betreuungsstunden. Dies entspricht bei einer Arbeitszeit von 1 640 Stunden pro Jahr einem Bedarf von 435 vollbeschäftigten Ärzten.

Unter Berücksichtigung der Altersentwicklung sowie der Annahme, dass die in Tabelle 1 aufgeführten Leistungserbringer einen arbeitsmedizinischen Leistungsanteil von durchschnittlich 36 Prozent erbringen, ist ein Weiterbildungsbedarf an arbeitsmedizinischer Fachkunde von etwa 900 Ärzten in den nächsten zehn Jahren abzuleiten.

Voraussetzungen für Weiterbildungsstellen für Arbeits- und Betriebsmedizin

Die Besonderheit der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin besteht darin, dass man die gleiche Tätigkeit sowohl über den Facharzt für Arbeitsmedizin (vier Jahre)

oder die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin erreichen kann. Es wird im Rahmen der Änderung der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer angestrebt, dass nur noch der Facharzt Arbeitsmedizin bleiben wird. Im Interesse der Qualitätssicherung und der Position der Arbeitsmedizin in den Betrieben sowie im Gefüge der medizinischen Fachdisziplinen ist eine solche Entwicklung zu begrüßen.

Eine zweite Besonderheit besteht in der unterschiedlichen Bereitstellung von Weiterbildungsstellen. Öffentliche Einrichtungen, wie Universitäten oder Gewerbeärzte, ziehen sich aufgrund von Sparmaßnahmen immer stärker aus ihrer Verantwortung zurück. Weiterbildungsstellen sind zeitlich begrenzte Anstellungen und da gegenwärtig zum Beispiel an den Universitäten kaum eine Neueinstellung erfolgt, fallen diese Stellen der Streichung automatisch zum Opfer. Weiterhin bieten arbeitsmedizinische Dienste unterschiedlicher Strukturen Weiterbildungsstellen an. Diese Möglichkeiten sind in hohem Maße von den Betreuungsanforderungen der Unternehmen abhängig, die wiederum von der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung bestimmt werden.

Weiterbildung bei bestellten Betriebsärzten in großen Betrieben ist in Sachsen selten. Dabei bezahlt der Unternehmer die ärztliche Stelle.

Demnach entzieht sich das Weiterbildungsangebot weitgehend dem Einfluss ärztlicher Fachkompetenz.

Obwohl Weiterbildungsassistenten von der Planstelle her billiger sind als Fachärzte, entstehen zusätzliche Kosten durch die vielgestaltige obligatorische Weiterbildung. Zwei Jahre internistische oder andere klinische Weiterbildung wird gefordert. Zusätzlich ist ein dreimonatiger theoretischer Kurs zu absolvieren, der nicht nur Arbeitszeit absorbiert, sondern Kosten verursacht. Die Weiterbildungskurse werden gegenwärtig in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Hessen und

Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Seit 1998 werden diese Kurse in anerkannt sehr hoher Qualität auch in Sachsen unter anderem aufgrund der vorher genannten Situation realisiert.

Die medizinische Fachdisziplin Arbeits-/Betriebsmedizin hat einen gesetzlich fixierten Auftrag zu erfüllen, für dessen Umsetzung jedoch jeder Arbeitgeber nach dem Arbeitsschutzgesetz verantwortlich ist. Die Aufgaben des Betriebsarztes und seine Stellung regelt das Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG). Es wird jedoch nirgendwo die Verantwortung für die notwendige Bereitstellung von Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde geregelt.

Grundsätzlich hat der Staat, der – seiner verfassungsgemäßen Fürsorgepflicht entsprechend – mit Gesetzen die Aufgabenstellung vorgibt, auch die Voraussetzungen zum Vollzug zu schaffen. Es ist heute abzusehen, dass die gesetzlich vorgeschriebene Breite arbeitsmedizinischer Betreuung der Beschäftigten in unserem Land Sachsen in allernächster Zeit nicht mehr verwirklicht werden kann. Das ist nicht nur für die Umsetzung des Arbeitsschutzes, sondern auch für die Gesundheit von Arbeitnehmern ein erhebliches politisches Problem. Es gilt deshalb Überlegungen anzustellen, wie eine Forcierung der Weiterbildung zu Arbeitsmedizinern/Betriebsmedizinern ohne Qualitätsverlust erreicht werden kann.

Die Kassenärztliche Vereinigung fördert die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Tätigkeit wird von Arbeitgebern finanziert, außerhalb jeglichen Einflusses der Standesvertretung von Ärzten oder anderer ärztlich orientierter Institutionen. Deshalb meinen wir, dass die Regierung von Sachsen überlegen muss, wie Weiterbildungsstellen und -möglichkeiten gefördert werden können. Es wird auch zukünftig notwendig sein, dass niedergelassene Ärzte in Zweitfacharztweiterbildung den Facharzt für Arbeitsmedizin/Arzt für Betriebsmedizin anstre-

ben. Doch für das Fachgebiet Arbeitsmedizin brauchen wir unbedingt eine Reihe vollbeschäftigter Arbeitsmediziner in dem Konkurrenzfeld „Arbeit und Gesundheit“ im Betrieb im Interesse der Arbeitgeber und/oder auch der gesamten Medizin.

Eine äußerst wichtige Frage ist die Stellung der arbeitsmedizinischen Hochschulinrichtungen in Dresden und Leipzig. Ihre Position und ihre Ausstrahlung gewinnt Interessenten für die Weiterbildung Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin. Häufig wird erst in späteren Jahren ärztlicher Tätigkeit die Notwendigkeit und Interessantheit arbeitsmedizinischen Wirkens entdeckt, was zur deutlichen Überalterung arbeitsmedizinisch tätiger Ärzte beiträgt. Deshalb muss es Anliegen des Landes Sachsen sein, gerade diese Einrichtungen zu unterstützen, um in das Medizinstudium arbeitsmedizinische Denk- und Verhaltensweisen einzubringen und den Stellenwert der Arbeitsmedizin bereits während des Studiums zu stärken. Die Beibehaltung des Faches Arbeitsmedizin als obligatorisches Fach in der gegenwärtig diskutierte Approbationsordnung ist für die Lösung staatlicher Aufgabenstellungen in dieser wichtigen präventiven Disziplin unbedingte Voraussetzung.

Die Arbeitsmedizin ist Sachwalter der Gesundheit in der Arbeit. Sie ist die wichtigste präventive Säule in unserem Land für den Erwachsenen. Ihre Aufgabenstellung ist gesetzlich fixiert und formuliert. Um diese zu realisieren, benötigen wir sowohl Anstrengungen seitens des Staates, der Arbeitgeber, der Arbeitnehmervertretungen aber auch der Standesvertretung der Ärzte.

Prof. Dr. med. Klaus Scheuch, Dr. med. Bodo von Schmude, Dr. med. Norman Beeke
für den Ausschuss Arbeitsmedizin der
Sächsischen Landesärztekammer

Autorenadresse:
Prof. Dr. med. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- u. Sozialmedizin,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon 0351 458 2491, Fax 0351 458 4313
e-mail: Klaus.Scheuch@mailbox.tu-dresden.de

Zur ärztlichen Versorgung endokriner Erkrankungen im Freistaat Sachsen

Zukunft und Entwicklung der Endokrinologie werden in jüngster Zeit unter vielfältigen Aspekten diskutiert. Die Spannweite reicht von der endokrinologischen Forschung und Besetzung endokrinologischer Lehrstühle über die spezielle Versorgung in Krankenhäusern bis zur endokrinologischen Sprechstunde in der Peripherie. Um Einblick in die aktuelle Situation der Betreuung endokriner Erkrankungen zu gewinnen, wurden kürzlich im Freistaat Sachsen von der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V. 41 Innere Kliniken, einschließlich Universitätskliniken und Akademischen Lehrkrankenhäusern, Auskünfte über folgende Sachverhalte befragt:

Anteil endokrinologischer Betten in internistischen Kliniken

Von 41 Kliniken hatten 8 (20 %) endokrinologische Abteilungen. Bei einer Gesamtzahl von 5.383 internistischen Betten wurden 3,5 % für Endokrinopathien vorgehalten.

	Anzahl	Betten
befragte Kliniken	41	5383
davon mit endokr. Abteilung	8	186
in %	19,6	3,5

Betreuung der Endokrinopathien in den internistischen Kliniken

In 15,6 % erfolgt die Betreuung der Endokrinopathien durch Endokrinologen,

in 29 % durch Diabetologen und in 66 % durch den Allgemeininternisten.

14,6 %	Endokrinologe
29,3 %	Diabetologe
65,8 %	Allgemeininternist

Ambulante Behandlung nach stationärem Aufenthalt

Die ambulante Nachsorge erfolgt:

- Im Rahmen der Ermächtigung zu 10 % durch Diabetologen, 17 % durch endokrinologisch interessierte Internisten und 27 % durch den Endokrinologen.
- Durch den niedergelassenen Endokrinologen in 17 %, den endokrinologisch interessierten Internisten in 29 %, den Allgemeinmediziner in 32 % und den Diabetologen in 32 %.

Ermächtigt:	
9,8 %	Diabetologe
17,1 %	endokrinologisch interessierter Internist
26,8 %	Endokrinologe

Niedergelassen:	
17,1 %	Endokrinologe
29,3 %	endokrinologisch interessierter Internist
31,7 %	Allgemeinmediziner
31,7 %	Diabetologe

Die Zahlen bestätigen die tägliche Erfahrung: Die Endokrinopathien werden in den Internistischen Kliniken mit 66 % zum großen Teil durch den Allgemein-

internisten, sonst durch den Diabetologen, weniger durch den Endokrinologen betreut. Im Bereich der niedergelassenen Kollegen übernimmt der Allgemeinmediziner weiterhin ebenso häufig wie der Diabetologe diese Betreuung. Erfreulicherweise nehmen relativ viele ermächtigte Endokrinologen an der ambulanten Versorgung teil. Es darf davon ausgegangen werden, dass sich die erhobenen Daten durchaus auch auf andere Bundesländer übertragen lassen. Die Daten unterstreichen die Notwendigkeit, nicht nur die endokrinologische Forschung, sondern auch die aktuelle Situation der Betreuung von Endokrinopathien in Ambulanz und Kliniken ernsthaft im Auge zu behalten und die Fortbildung in der Endokrinologie als fachübergreifendem Schwerpunktfach zu fördern. Nur so kann dem großen wissenschaftlichen Erkenntniszuwachs in der Endokrinologie entsprochen und die Qualität der endokrinologischen Patientenversorgung verbessert werden.

Prof. Dr. med. Karlheinz Bauch
Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V.

Arzt online

Internet-Kurse für Ärzte nun auch in Chemnitz!

Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer in Chemnitz können den Ärzten ihrer Region nach Schaffung eines Computer-Kabinetts in

der Carl-Hamel-Straße die dringend gewünschten abgestuften Internet-Kurse - zugeschnitten auf den Bedarf der Ärzte - anbieten. Nach den bisherigen Erfahrungen werden zunächst folgende Themen in je 1,5 bis 2 Stunden mittwochs 18.00 Uhr zu bearbeiten sein:

1. Einführungskurs
 - Internet-Einstieg einfacher als gedacht – Voraussetzungen –
 - Bewegen im Internet
2. Die Internet-Post
 - Mailing-Vorteile nutzen:

- außerordentlich ökonomisch -
schnell- weltweit
3. Die Internet-Bankverbindung und
Einkauf
- Banking – schon häufig genutzt –
am Beispiel der Standesbank (Apo-Bank)
- Shopping - Einkaufen ohne
Ladenschluss
4. Ärztliche Information und
- Kommunikation
- Internet – Intranet – Angebote zur
Information und Beratung
(Gesundheitsportale, Patienten- und
Arztinformationen)
- Online-Recherchen zu medizinischen
Themen

Die Reihenfolge bestimmen Sie durch Ihre Meldung bei Frau Thierfelder, Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer, Carl-Hamel-Straße 3A, 09116 Chemnitz, Tel.: (03 71) 21 65 14, Fax: (03 71) 21 65 43, bitte mit Angabe der Themen.

Es werden Gruppen zu je 8 bis 10 Personen eingeladen, da für jeden Teilnehmer ein PC zur Verfügung stehen muss. Wir bitten bei Wartezeiten um Verständnis. Ausdrücklich sind auch – besonders zu Thema 1 und 2 – Vorruhe- und Ruheständler angesprochen, da hier die (Fern-) Kommunikation eine zunehmend große Bedeutung hat. Jeder Kurs wird von der Ärztekammer

mit 2 Punkten für das Sächsische Fortbildungsdiplom anerkannt, beginnend am 14. 2. 2001.

Die ärztlichen Körperschaften sind bemüht, die Kosten für sich und den Einzelnen möglichst niedrig zu halten, deshalb wird nur ein Unkostenbeitrag von 10 DM pro Stunde erhoben.

Wir freuen uns, Ihnen am Jahresanfang dieses Angebot machen zu können und danken vor allem der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen für ihre Aktivitäten und die Schaffung der materiellen Voraussetzungen.

Dr. med. Günter Bartsch, Vizepräsident

Meldung von Infektionskrankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern nach Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

ab 1. 1. 2001

Am 1. 1. 2001 tritt das neue Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft (Bundesgesetzblatt, Jg 2000, Teil I, Nr 33, ausgegeben zu Bonn am 25. Juli 2000). Dieses Gesetz ist eine Novellierung des bisherigen Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG) von 1979. In diesem Gesetz sind zahlreiche Neuerungen verankert, die es zukünftig zu beachten gilt.

Das Gesetz gliedert sich in 16 Abschnitte. In dieser Kurzmitteilung soll zunächst nur auf den Abschnitt Meldewesen eingegangen werden. Um Veränderungen im Meldewesen zur jetzigen Verfahrensweise gering zu halten und um das bisherige Niveau der Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen nicht abzusenken, ist auch eine Novellierung der bisher gültigen „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz (SeuchMeldeVO) vom 11. November 1995“ (SächsGVBl, Nr. 29 vom 05. Dezember 1995) notwendig. Ein entsprechender Entwurf wurde von einer Ar-

beitsgruppe erarbeitet und liegt dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie vor (Infektionsschutzgesetz-Meldevorordnung / IfSG-MeldeVO).

Die Meldung von Infektionskrankheiten beziehungsweise der Nachweis von Krankheitserregern an das zuständige Gesundheitsamt erfolgt auf zweierlei Weise:

- die Meldungen vom Arzt zum Gesundheitsamt gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und
- die unmittelbaren Meldungen der Laboratorien an das Gesundheitsamt gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.

In Sachsen wird dies nach je einem einheitlichen verbindlichen Meldebogen erfolgen. Diese beiden Meldebögen, unter Berücksichtigung der sächsischen Besonderheiten - IfSG-MeldeVO, wurden von einer Arbeitsgruppe unter Beachtung der Vorgaben des RKI erarbeitet. Sie erhalten rechtzeitig nach dem Inkrafttreten dazu noch weitergehende Informationen. Um keinen Bruch im Meldewesen eintreten zu lassen beachten Sie bitte, dass ungeachtet der Tatsache, ob die IfSG-MeldeVO zum 01. 01. 2001 bereits de-

jure in Kraft ist oder nicht, das bisherige Meldesystem (Umfang der Meldungen und Meldemodalitäten) weiter volle Gültigkeit besitzt.

Um die Meldevorgänge zukünftig zu optimieren, insbesondere seitens der zirka 40 sächsischen Laboratorien, ist zunächst (bis zur späteren EDV-Meldung per eMail) die Meldung per Fax favorisiert. Die Gesundheitsämter sind gegenwärtig aufgefordert, je eine Fax-Nummer ihres Gesundheitsamtes zu benennen, auf dem diese Meldungen eingehen sollen (aus datenschutzrechtlichen Gründen an einem Ort, zu dem nur befugtes Personal Zutritt hat und wo die Meldungen auch an Wochenenden und Feiertagen zur Kenntnis genommen werden). Diese Fax-Nummern werden Ihnen ebenfalls so bald als möglich mitgeteilt werden.

Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz

Ordnungsgemäßes Ausfüllen von Betäubungsmittelrezepten

Den Regierungspräsidien obliegt die Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln. Vom Regierungspräsidium Dresden wurde die Sächsische Landesärztekammer informiert, dass bei der Kontrolle des Umgangs mit Betäubungsmitteln in den Apotheken wiederholt festgestellt wurde, dass verordnende Ärzte das Betäubungsmittelrezept nicht ordnungsgemäß ausstellen.

Gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 5 Betäubungsmittelverschreibungsordnung (BtMVVO) muss das Rezept eine Gebrauchsanweisung enthalten.

Wird dies unterlassen, so liegt nach § 17 Nr. 1 BtMVVO eine Ordnungswidrigkeit vor, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

Wir bitten alle Ärzte, die Betäubungsmittel verordnen, die Rezepte entsprechend dem BtMVVO auszufüllen.

Zu Ihrer Erleichterung drucken wir den § 9 des BtMVVO noch einmal ab.

§ 9

Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept

(1) Auf dem Betäubungsmittelrezept sind anzugeben:

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den das Betäubungsmittel be-

stimmt ist; bei tierärztlichen Verschreibungen die Art des Tieres sowie Name, Vorname und Anschrift des Tierhalters,

2. Ausstellungsdatum,

3. Arzneimittelbezeichnung, soweit dadurch eine der nachstehenden Angaben nicht eindeutig bestimmt ist, jeweils zusätzlich Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilter Form, Darreichungsform,

4. Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form oder Größe und Anzahl der Packungseinheiten,

5. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „Gemäß schriftlicher Anweisung“, im Falle des § 5 Abs. 7 zusätzlich die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen,

6. in den Fällen des § 2 Abs. 2 und des § 4 Abs. 2 der Buchstabe „A“, in den Fällen des § 5 Abs. 3 der Buchstabe „S“, in den Fällen des § 7 Abs. 5 Satz 2 der Buchstabe „K“, in den Fällen des § 8 Abs. 6 Satz 4 der Buchstabe „N“,

7. Name des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer,

8. in den Fällen des § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 3 der Vermerk „Praxisbedarf“ anstelle der Angaben in den Nummern 1 und 5,

9. Unterschrift des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, im Vertretungsfall darüber hinaus der Vermerk „i. V.“. (2) Die Angaben nach Absatz 1 sind dauerhaft zu vermerken und müssen auf allen Teilen der Verschreibung übereinstimmend enthalten sein. Die Angaben nach den Nummern 1 bis 8 können durch eine andere Person als den Verschreibenden erfolgen. Im Falle einer Änderung der Verschreibung hat der verschreibende Arzt die Änderung auf allen Teilen des Betäubungsmittelrezeptes zu vermerken und durch seine Unterschrift zu bestätigen.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln – Produkte der Fa. Matthias Rath B. V., 7600 Alemelo, Niederlande

Vom Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie wurden wir informiert, dass es sich bei den Produkten **Vitacor plus**, **ImmunoCell**, **Femiforte**, **Metavivor**, **Relacor**, **Diacor**, **Arteriforte**, **Enercor**, **VitaCforte**, **ProLysinC** und **Lysin-C-Drink** um zulassungspflichtige Arzneimittel handelt.

Da diese in Deutschland weder zugelassen noch registriert sind, ist es nicht statthaft, diese in den Verkehr zu bringen. Das in Verkehr bringen von nicht zugelassenen Arzneimitteln ist nach dem Arzneimittelgesetz bei fahrlässigem Handeln eine Ordnungswidrigkeit, anderenfalls eine Straftat. Wir empfehlen allen Ärztinnen und Ärzten, das Verordnen

dieser Arzneimittel zu unterlassen, um der rechtlichen Situation gerecht zu werden.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Beschlagnahme des Präparates Germanium 132 – Kapseln

Über die Europäische Kommission wurde das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie über die Beschlagnahme des Präparates „Germanium 132 - Kapseln“ (Hersteller: Ökopharm GmbH & Co. KG, A-5580 Unternberg, Vertreiber: Cosmoterra Handelsgesellschaft, A-5580 Tamsweg) durch die österreichischen Behörden in Kenntnis gesetzt. Grund für diese Maßnahme war die Gesundheitsschädlichkeit dieses Produktes, das als Nahrungsergänzungsmittel (Lebensmittel) in den Verkehr gebracht wurde.

1990 hat die Arzneimittelkommission (AMK) erstmals vor der Abgabe von Rezepturen gewarnt, die Germanium-Verbindungen enthalten (Pharm. Ztg. 20 (1990) 6). Neuerdings gibt es wieder Anlass, auf

die Risiken von Germanium hinzuweisen, denn amerikanische Anbieter von Nahrungsergänzungsmitteln mit organischem Germanium (Germaniumsesequioxid) preisen ihre Produkte im Internet für die Anwendung bei Asthma, Rheuma, Krebs, Diabetes, Osteoporose, Infektionskrankheiten etc. an.

Germanium-Verbindungen, die über einen langen Zeitraum in hohen Dosen eingenommen wurden (Germaniumoxid: 30 - 600 mg/d über 18 Monate, Carboxyethylgermaniumsesequioxid: 300 - 600 mg/d über 4 - 5 Monate, Lactat-Citrat-Germanium: kumulative Einnahme von 36 - 47 g in 3 - 9 Monaten), führten vor allem zu Nierenfunktionsstörungen. Diese waren nach Absetzen des Germaniums nicht immer reversibel. Einige Fälle endeten

letal. Außerdem können Myopathien und Neuropathien vorkommen. Für die beanspruchten Anwendungsgebiete liegen keine Belege vor. Sie sind auch nicht plausibel. Deshalb müssen Germanium-haltige Präparate, ob es sich nun um Rezepturen, Fertigarzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel handelt, nach wie vor als bedenklich angesehen werden. Homöopathische Arzneimittel sollten Germanium-Verbindungen in Verdünnungen über D4 enthalten. Die AMK empfiehlt den Apotheken, nachfragende Kunden eindringlich auf die potenziellen Risiken von Germanium-Verbindungen hinzuweisen und darüber aufzuklären, dass der behauptete Nutzen weder nachgewiesen noch plausibel ist (Pharm. Ztg. 43 (1999) 128).

Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Die Sächsische Landesärztekammer erhielt eine Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA) zum Gehaltstarifvertrag, der am 24.11.2000 in Frankfurt/Main abgeschlossen wurde.

Frankfurt/Main, 24.11.2000:

Ab 1. Januar 2001 erhalten die rund 400.000 Arzthelferinnen und Auszubildenden in den Arztpraxen in Deutschland 2 % mehr Gehalt. In den neuen Bundesländern steigt gleichzeitig das Tarifniveau von 81,5 % auf 83 % des Westtarifs. Die Auszubildenden im Westen erhalten für alle drei Ausbildungsjahre einheitlich 20 DM mehr (930/1010/1095 DM), die Auszubildenden im Osten bekommen im 1. Ausbildungsjahr 40 DM, im 2. und 3. Ausbildungsjahr 10 DM mehr (740/880/965 DM). Die Ver-

handlungspartner (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Verband der weiblichen Arbeitnehmer e.V., Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr) haben eine Einspruchsfrist bis zum 18.12.2000 vereinbart.

Das Volumen des Tarifabschlusses liegt damit leicht über der gesetzlich festgelegten Zuwachsrate der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2000 (sogenannte Grundlohnsummensteigerungsrate). Er berücksichtigt die Höhe der Tarifabschlüsse in anderen Wirtschaftsbereichen und verringert das Ost-Westgefälle beim ostdeutschen Praxispersonal.

Durch den Tarifabschluss kommt der unverzichtbare Beitrag des Fachberufs Arzt-

helferin an einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung Deutschlands zum Ausdruck, wenn auch durch die Budgetierung der Spielraum für angemessene Gehaltserhöhungen stark eingeschränkt ist.

Für das Jahr 2001 wurden Gespräche über die Einführung einer Regelung zur betrieblichen Altersversorgung im Manteltarifvertrag und zu den Tätigkeitsgruppen im Gehaltstarifvertrag vereinbart.

(Ansprechpartner für Rückfragen bei der AAA: Frau Rosemarie Bistrup, Tel. (02 21) 4 00 44 34)

Mitglieder der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer

Die Registrierung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Jahre 1998 erfolgt.

Entsprechend der Verfahrensordnung sind wir verpflichtet, das Bundesinstitut über Änderungen der Zusammensetzung der Mitglieder der Ethikkommission in Kenntnis zu setzen. Aus diesem Grund veröffentlichen wir nachfolgend die neue Liste der Mitglieder der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer:

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Rolf Haupt
Facharzt für Pathologie
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
Institut für Pathologie u. Tumordiagnostik
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Frau Dr. med. Charlotte Aehle
Fachärztin für Anästhesiologie
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Frau Dr. med. Brigitte Herold
Fachärztin für Innere Medizin
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Herr Dipl.-Med. Winfried Möhr
Facharzt für Kinderheilkunde
Städtisches Klinikum Dresden-
Friedrichstadt, Frauenklinik
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Klaus-D. Sinkwitz
Facharzt für Chirurgie
Universitätsklinik der TU Dresden
Klinik für Unfallchirurgie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Herr Prof. Dr. med. Bernd Terhaag
Facharzt für Klinische Pharmakologie
Arzneimittelwerk Dresden GmbH
Medizinische Forschung
Meißner Straße 191, 01445 Radebeul

Herr Prof. Dr. med. Gottfried Wozel
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Universitätsklinik der TU Dresden
Klinik für Hautkrankheiten
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Herr Dipl.-Ing. Fred Wonka
Biomedizintechniker
Universitätsklinik der TU Dresden
Institut für Anatomie/BMT
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Rink
Facharzt für Innere Medizin
HELIOS Klinikum Aue
Klinik für Innere Medizin II
Gartenstraße 6, 08280 Aue

Herr Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern
Jurist
Universität Leipzig, Juristenfakultät
Otto-Schill-Straße 2, 04109 Leipzig

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

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

Junge Matinee Klaviermusik

Sächsische Speziialschule für Musik
Dresden und Hochschule für Musik
Dresden

**Sonntag, 4. Februar 2001
11.00 Uhr**

Junge Matinee „Mezzo Contra-Tenor“

Altitalienische Arien & Duette von
Purcell, Scarlatti, Marcello, Lotti,
Pergolesi, Monteverdi, Händel und
andere, Hochschule für Musik Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten
Alle Kammermitglieder sind mit ihren
Angehörigen und Freunden sehr
herzlich eingeladen.

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**

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

Stellenausschreibung

Bei 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.

Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung

Vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesrates zur Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2001 ergeben sich ab 1. Januar 2001 folgende Werte:

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle Bundesländer:		19,1 %
	Arbeitgeberanteil	9,55 %
	Arbeitnehmeranteil	9,55 %
2. Beitragsbemessungsgrenze gültig ab 1. 1. 2001	neue Bundesländer	alte Bundesländer
	7.300,00 DM/Monat	8.700,00 DM/Monat
	87.600,00 DM/Jahr	104.400,00 DM/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Höchstbeitrag	1.394,30 DM/Monat	1.661,70 DM/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Höchstbeitrag)	139,43 DM/Monat	166,17 DM/Monat
3) halber Mindestbeitrag	69,72 DM/Monat	83,09 DM/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflicht- beiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht für die Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 44 der Satzung der SÄV)	3.485,75 DM/Monat	4.154,25 DM/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 2000 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen bis spätestens zum 31. März 2001 zugeschickt.

Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich folgende Beitragswerte:

	neue Bundesländer	alte Bundesländer
1) Höchstbeitrag für Pflichtversicherte	1.394,30 DM/Monat	1.661,70 DM/Monat
2) Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte	120,33 DM/Monat	120,33 DM/Monat
3) freiwilliger „Anwarterschaftserhaltungs- Beitrag“ für Rente wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit	120,33 DM/Monat	120,33 DM/Monat
3) Regelbeitrag für Selbständige	721,98 DM/Monat	855,68 DM/Monat

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

1) Beitragssatz	spezifisch für jede Krankenkasse	
2) Beitragsbemessungsgrenze	6.525,00 DM/Monat	6.525,00 DM/Monat
	78.300,00 DM/Jahr	78.300,00 DM/Jahr

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,7 %	1,7 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	6.525,00 DM/Monat	6.525,00 DM/Monat
	78.300,00 DM/Jahr	78.300,00 DM/Jahr

Mitteilung zur Wahl des Vorsit- zenden des Verwaltungsausschus- ses sowie des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

In der konstituierenden Sitzung des neuen **Verwaltungsausschusses** am 19. Juli 2000 wurde *Herr Dr. med. Helmut Schmidt* zum *Vorsitzenden* und

Herr Dr. med. Manfred Halm zum *stellvertretenden Vorsitzenden* gewählt.

Der stellvertretende Vorsitzende, Herr Dr. med. Manfred Halm, wurde in der 22. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) am 18. November 2000 wiederum zum Mitglied des Vorstandes gewählt.

Die ABV ist die Interessenvertretung aller 77 berufsständischen Versorgungswerke in Deutschland und besteht seit 1978. Der neue **Aufsichtsausschuss** wählte in seiner Sitzung am 20. September 2000 wiederum *Herrn Dr. med. Hans-Dieter Simon* zum *Vorsitzenden*. Ebenso wurde *Herr Tierarzt Günter Elßner* wiederum zum *stellvertretenden Vorsitzenden* gewählt.

Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung 2001

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2001 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23, Abs. (3) der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung werden die Beiträge für angestellte Mitglieder monatlich jeweils zum Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder quartalsweise jeweils am Ende des Quartals eingezogen.

1. Monatlicher Lastschrifteinzug für angestellte Mitglieder

Monat	Termin
Januar	24. 01. 2001
Februar	26. 02. 2001
März	26. 03. 2001
April	25. 04. 2001
Mai	23. 05. 2001
Juni	25. 06. 2001
Juli	25. 07. 2001
August	27. 08. 2001
September	24. 09. 2001
Oktober	24. 10. 2001
November	26. 11. 2001
Dezember	17. 12. 2001

2. Quartalsweiser Lastschrifteinzug für niedergelassene Mitglieder, die keinen monatlichen Lastschrifteinzug mit der Sächsischen Ärzteversorgung vereinbart haben

Quartal	Termin
I.	29. 03. 2001
II.	28. 06. 2001
III.	27. 09. 2001
IV.	20. 12. 2001

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten

Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank beziehungsweise Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung ihres Kontos je nach Bearbei-

KV Sachsen im Internet: <http://www.kvs-sachsen.de>

Seit dem 1. September 2000 ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen im Internet präsent. Der Auftritt soll hier kurz vorgestellt werden.

Aktuelles

Dieser Bereich dient der ständigen aktuellen Information. Veröffentlichte Presseinformationen sind hier ebenso zu finden, wie relevante Veranstaltungen, insbesondere aus dem Bereich der ärztlichen Weiterbildung.

Noch im Aufbau befindet sich die Übernahme aktueller Print-Ausgaben der KVS-Mitteilungen. Hier soll ein recherchierbares Archiv zu diesen Heften aufgebaut werden.

Was Wer Wo Wie

Dieser Bereich stellt die KVS mit ihren Aufgaben, Strukturen und seinem Vorstand vor. Darüber hinaus werden die Kommissionen genannt.

Suche / Links

Die wichtigste Funktion für den medizinischen Laien stellt die Arztsuche dar. Sicher sind auch viele Ärzte dankbar, wenn Sie den Kollegen oder die Kollegin finden und das gedruckte Ärzteverzeichnis nicht mehr aktuell ist. Die zugrunde liegende Datenbank wird arbeitstäglich durch die Bezirksstellen der KVS gepflegt. Den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten wird empfohlen, den Eintrag bei nächster Gelegenheit zu überprüfen.

Änderungen und Ergänzungen, zum Beispiel Fax-Nummer, neue zusätzliche Qualifikationen und veränderte Öffnungs-

zungsdauer durch das jeweilige Kreditinstitut ca. 2 bis 4 Tage später.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

zeiten sind bitte der zuständigen KVS-Bezirksstelle mitzuteilen.

Die Sprechzeiten sind auch ein patientenorientiertes Suchkriterium.

Die für die Arbeit im Internet unerlässlichen und hilfreichen Links wollen wir nach Hinweisen und Wünschen aus der Ärzteschaft ergänzen. Hinter der Volltextsuche verbirgt sich eine interne Suchmaschine für den gesamten KVS-Internet-Auftritt.

Arzt-Infos

Hier befinden sich Rechtsdokumente, Vertragstexte und Statistiken für den niedergelassenen Arzt. Die Auswahl beschränkt sich auf jene, für deren Veröffentlichung es keine Einschränkungen gibt. Ergänzt wird der Bereich durch ausgewählte Praxis-Infos, zum Beispiel die Zulassungsbeschränkungen.

Interne Infos

In diesem Bereich werden künftig Informationen eingestellt, die für den allgemeinen öffentlichen Nutzer nicht einsehbar sind. Dazu werden noch spezielle Zugangsmöglichkeiten für die berechtigten Vertragsärzte geschaffen.

Email-Adressen

Die Landesgeschäftsstelle und die Bezirksstellen der KVS sind über vier externe Email-Adressen erreichbar:

sachsen@kvs-sachsen.de,
chemnitz@kvs-sachsen.de,
dresden@kvs-sachsen.de und
leipzig@kvs-sachsen.de.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle
Abt. Öffentlichkeitsarbeit

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 Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 2. 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 Allgemeinmedizin
Facharzt für HNO-Heilkunde

2 Fachärzte für Kinderheilkunde
(zusammen in einer
Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Görlitz-Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Löbau-Zittau

Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 2. 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

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Döbeln

Facharzt für HNO-Heilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 31. 1. 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 (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:

Steffi Oehme, 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. 4 vom 1. 1. 2001 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 E (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 E (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 E (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



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

U. Winkler und J. Henker

Klinik und Poliklinik
für Kinderheilkunde
TU Dresden

Was tun ohne Cisaprid?

Zusammenfassung

Ein gastroösophagealer Reflux im Kindesalter ist differenziert zu bewerten. Während eine Speineigung beim gut gedeihenden Säugling keine Indikation für diagnostische Interventionen oder eine medikamentöse Therapie darstellt, sind Hinweise auf Komplikationen wie Gedeihstörung oder Anämie sowie Refluxsymptome bei Kindern jenseits des Säuglingsalters ernst zu nehmen. Diagnostische Maßnahmen, in erster Linie eine Ösophagus-pH-Metrie, können über die Art und Schwere der Refluxkrankheit Auskunft geben, was die Voraussetzung für eine effektive und individuelle Therapie ist.

Da das gut wirksame Prokinetikum Propulsin auf Grund bestimmter Nebenwirkungen vom Markt genommen wurde, tritt der Einsatz von Prokinetika in der Therapie der Refluxkrankheit bei Kindern in den Hintergrund. Statt dessen müssen andere konservative Therapiemaßnahmen versucht und bei Notwendigkeit eine säureblockende Therapie konsequent durchgeführt werden.

Schlüsselwörter: gastroösophagealer Reflux, Kindesalter, pH-Metrie, Prokinetika

Stellungnahme zur aktuellen Therapie des gastroösophagealen Refluxes (GÖR) im Kindesalter

Das bewährte Prokinetikum Cisaprid (Propulsin, Alimix) wurde aufgrund bestimmter Kontraindikationen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (Makrolide!) kürzlich auch in Deutschland vom Markt genommen, das heißt die Zulassung des Medikaments ruht derzeit. Nebenwirkungen, zum Teil mit fatalem Ausgang, sind im wesentlichen eine QT-Verlängerung, Herzrhythmusstörungen insbesondere beim Long-QT-Syndrom, und Bradykardiezustände bis zum Herzstillstand. Obwohl eine offizielle Stellungnahme der „Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung“ zu Behandlungsoptionen des gastroösophagealen Refluxes (GÖR) in dieser Situation noch aussteht, möchten wir auf Grund zahlreicher Anfragen und einer gewissen Verunsicherung der Kollegen das diagnostische und therapeutische Vorgehen beim GÖR im Kindesalter aus unserer Sicht darlegen.

Symptome beim GÖR:

Klassische Refluxsymptome sind im Säuglingsalter Regurgitation, bei älteren Kindern und Jugendlichen retrosternale Schmerzen, Aufstoßen und Foetor ex ore. Hinweise für refluxbezogene Komplikationen können Symptome wie Inappetenz, Gewichtsstillstand, Eisenmangelanämie, rezidivierende Bronchitiden oder Pneumonien, Atemstörungen und Near-SIDS

(plötzlicher Kindstod), sowie asthmatische Beschwerden und Dysphagien sein. Eine besondere Patientengruppe stellen zerebral geschädigte Kinder dar, bei denen der GÖR oft lange Zeit klinisch stumm verläuft und erst im Rahmen einer schweren Ösophagitis mit Blutung auffällt. Hier können Nahrungsverweigerung, Erbrechen, rezidivierende Pneumonien, Gewichtsverlust oder eine Eisenmangelanämie auf einen GÖR hinweisen.

Diagnostik

Das diagnostische Procedere ist abhängig von der Schwere der Symptomatik, so dass zum Beispiel bei einem gut gedeihendem „Speikind“ keinesfalls eine umfangreiche Diagnostik indiziert ist. Neben einer genauen Anamneseerhebung ist die wichtigste Untersuchung die 24-h-Ösophagus-pH-Metrie, mit der die Häufigkeit, Dauer und das zeitliche Auftreten der Refluxes (tags, nachts, nüchtern, postprandial) erfasst wird (Abb.1 bis 3). Damit lassen sich physiologische und pathologische Refluxepisoden differenzieren. Zudem kann das Ausmaß der Säurebelastung, also das Risiko einer Ösophagitis, mit der relativen Refluxzeit abgeschätzt werden. Zu beachten ist, dass im Säuglingsalter unter einer Milchnahrung durch deren Pufferkapazität die Beurteilung postprandialer Refluxphasen nicht sicher möglich ist. Lässt sich ein pathologischer GÖR in der pH-Metrie nachweisen, muss zumindest bei ausgeprägtem Befund das Ausmaß einer möglicherweise bestehenden Öso-

phagitis durch eine Ösophago-Gastroskopie abgeklärt werden. Mit einer Röntgenuntersuchung sollte eine Zwerchfell-Hiatushernie ausgeschlossen werden. Die Sonografie ist bei der Bewertung einer Refluxkrankheit wenig hilfreich.

Therapieoptionen

Bei der gastroösophagealen Refluxkrankheit im Kindesalter ist in Abhängigkeit von der Symptomatik, den Befunden und Begleiterkrankungen immer eine individuelle Therapiekonzeption zu planen. Folgende Therapiephasen werden unterschieden (nach Vandenplas):

- Beruhigung der Eltern
- Lagerung, Nahrungsandickung, Kostregulierung
- Prokinetika
- Säuresuppression
- Operation.

Sogenannte Speikinder, also gut gedeihende Säuglinge ohne sonstige klinische Auffälligkeiten, bedürfen keiner medikamentösen Therapie. Hier ist die Aufklärung der Eltern über die Unreife der Kardie im jungen Säuglingsalter und den dadurch bedingten physiologischen Reflux sowie die Ausreifungsvorgänge der Antirefluxmechanismen sehr wichtig (Phase 1). Eine Schräglagerung des Bettchens sowie die Andickung der Nahrung bzw. der Einsatz einer sog. Antireflux- (AR-) Nahrung können die Symptomatik mildern (Phase 2). Mit der Einführung der Breimahlzeiten bessert sich die Sympto-

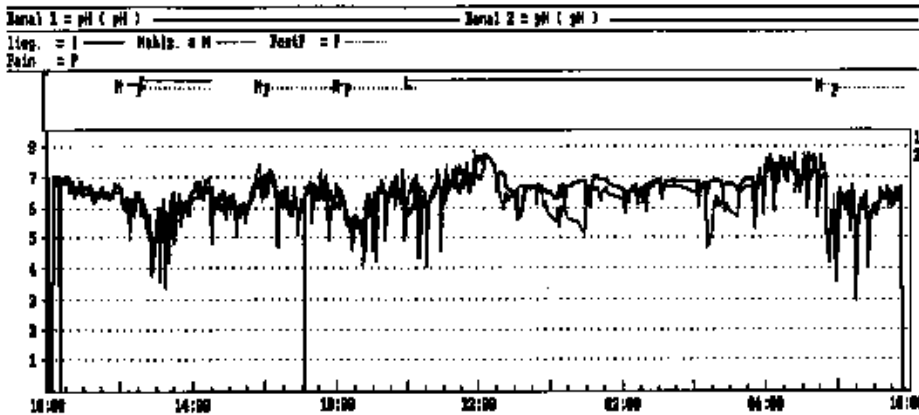


Abb. 1: Normalbefund einer 24h – pH-Metrie bei einem Säugling; lediglich kurze, physiologische Reflexphasen.

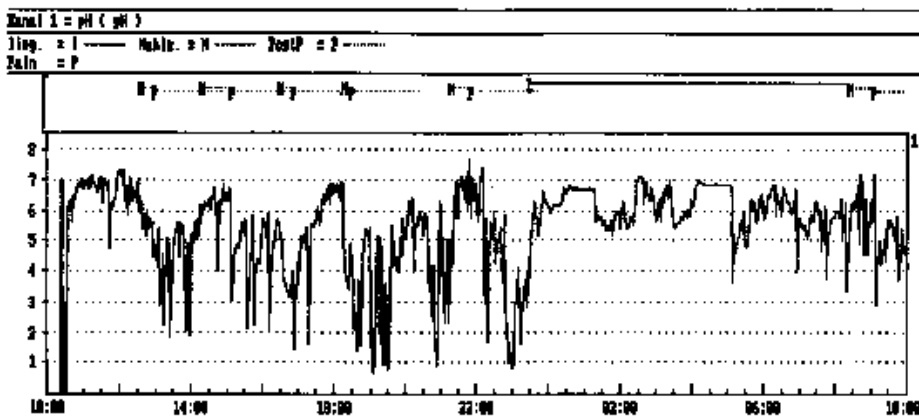


Abb. 2: 24h – pH-Metrie eines Kleinkindes: Stark erhöhte Reflexaktivität mit länger dauernden Reflexphasen, besonders postprandial, aber keine nächtlichen Reflexphasen. Deutliche Säurebelastung.

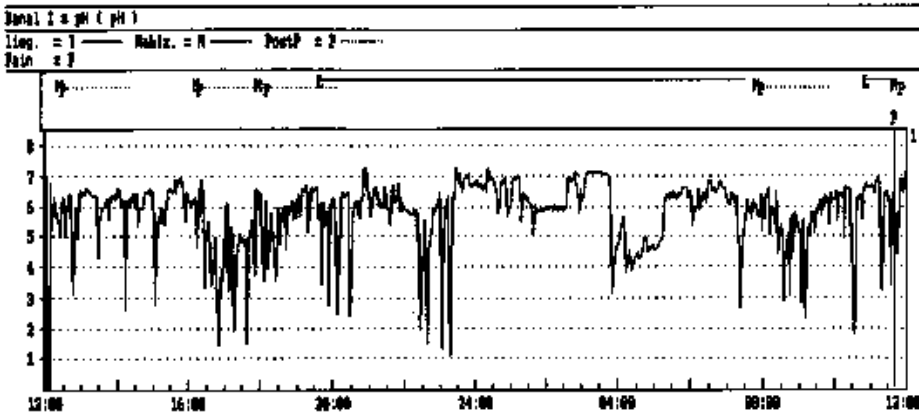


Abb. 3: 24h – pH-Metrie eines Kleinkindes: Vermehrte Reflexaktivität tagsüber, nachts im Liegen ebenfalls lange Reflexphasen.

matik weiterhin. Bei Fortbestehen der Symptomatik oder Hinzutreten weiterer Symptome sollte die Diagnostik intensiviert werden, ebenso bei einer Refluxsymptomatik älterer Kindern.

Pathologischer GÖR ohne Ösophagitis
Bei einem pathologischen GÖR ohne Ösophagitis, insbesondere postprandial betont, war bisher die Gabe eines Prokinetikums die Therapie der Wahl (Phase 3). Durch eine Anregung der Magenentleerung und die allgemein prokinetische Wirkung des Präparates lässt sich das Ausmaß des GÖR gut beeinflussen, viele Patienten profitieren davon. Die nunmehr noch verfügbaren Prokinetika Metoclopramid und Domperidon sind beide laut Roter Liste im Säuglingsalter kontraindiziert und im Kindesalter allgemein „nicht indiziert“ bzw. „nicht geeignet“. Auch ist die zu erwartende Nebenwirkungsrate deutlich höher als beim Propulsin. Trotzdem muss auf diese Medikamente zurückgegriffen werden, wenn eine prokinetische Therapie notwendig ist und allgemeine Maßnahmen (gehäufte kleine Mahlzeiten, kein spätes Abendbrot, keine kohlen-säurehaltigen Getränke, Schrägstellen des Bettes) nicht ausreichen. Das Einverständnis der Eltern ist vor dem Einsatz dieser Medikamente aber unbedingt in schriftlicher Form einzuholen.

Pathologischer GÖR mit Ösophagitis:
In Abhängigkeit von der Säurebelastung ist bei der Refluxkrankheit mit einer Ösophagitis zu rechnen. Ist der Reflux an sich nicht zu verhindern, muss zumindest die schädliche Wirkung der refluierten Magensäure gehemmt werden (Phase 4). In der Therapie und Prophylaxe der Ösophagitis hat sich im Erwachsenenalter der Einsatz von Protonenpumpen-inhibitoren (PPI) als überlegen erwiesen. Hierbei ist nur Antra MUPS im Kindesalter (> 1 Jahr) zugelassen. Zu beachten ist, dass bei kleineren Kindern verhältnismäßig hohe Dosen für eine ausreichende Säuresuppression notwen-

Tabelle: p.o.-Dosierung wichtiger Medikamente in der Therapie des GÖR im Kindesalter

	Säuglinge	Kleinkinder	Schulkinder	Jugendliche/ Erwachsene
Ranitidin	Frühgeb.: 2 x 0,5 mg/kg/d sonst 3 x 1,5 mg/kg/d	3 x 1,5 mg/kg	2 x 75 mg	2 x 75 - 150 mg
Omeprazol (Antra MUPS)	1-2 x 5 mg/d	1-2 x 10 mg/d	2 x 10 mg/d	2 x 20 mg/d Prophylaxe 1 x 20 mg/d
Metoclopramid		3-5 x 0,1 mg/kg/d		2-3 x 5-10 mg/d
Domperidon				3 x 10 mg/d

dig sind, eine Berechnung anhand des Körpergewichtes führt zu Unterdosierung (siehe Tabelle). Eine Kontrolle der Säuresuppression wird gefordert (normale Ösophagus-pH-Metrie beziehungsweise pH-Wert stets > 4,0 in einer Magen-pH-Metrie). H2-Blocker sind weniger gut wirksam und sollten auf den symptomatischen Einsatz zum Beispiel bei retrosternalen Beschwerden ohne relevante Ösophagitis beschränkt bleiben. Auch Ranitidin ist erst ab einem Alter von 10 Jahren zugelassen.

Pulmologische Symptome und GÖR:

Auch bei pulmologischen Erkrankungen, die mit einem GÖR assoziiert sind, sind Prokinetika wünschenswert. Allerdings profitieren gerade Asthma-Patienten mit GÖR auch von einer wirksamen Säureblockung.

GÖR bei zerebral geschädigte Kindern:

Besonders problematisch sind Refluxprobleme bei zerebral schwerstgeschädigten Patienten. Hier gilt es einerseits eine bestehende, oft schwere Refluxösophagitis zur Ausheilung zu bringen, andererseits ein Rezidiv zu verhindern und schließlich Aspirationen vorzubeugen. Hierbei ist zunächst eine intensive konservative Therapie und anschließende Dauerprophylaxe vor allem mit PPI indiziert, die jedoch auf Dauer oft nicht ausreichend ist. Auch Prokinetika sind

wünschenswert, auch wegen der oft bestehenden Obstipation. Zu beachten ist aber, dass Metoclopramid bei einer Epilepsie kontraindiziert ist.

GÖR und Operation

Grundsätzlich sollte man mit operativen Maßnahmen (Phase 5) beim GÖR im Kindesalter sehr zurückhaltend sein, da die Spätergebnisse oft nicht befriedigen.

Eine Operation (Fundoplikatio nach NISSEN) ist jedoch bei zerebral geschädigten Kindern rechtzeitig zu erwägen, um langfristig die Situation zu verbessern.

Dies sollte nach Möglichkeit bereits vor einer eventuellen PEG-Anlage erfolgen, weshalb in Vorbereitung auf die Anlage einer PEG immer eine Ösophagus-pH-Metrie durchgeführt werden sollte.

Falls bei anderen Patienten mit therapieresistenten Ösophagitiden die Indikation für eine operative Behandlung gestellt wird, sollte wegen der besseren funktionellen Ergebnisse die Semifundoplikatio nach THAL durchgeführt werden.

In Abbildung 4 ist das Vorgehen bei Verdacht auf GÖR nochmals synoptisch zusammengefasst.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Jobst Henker
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

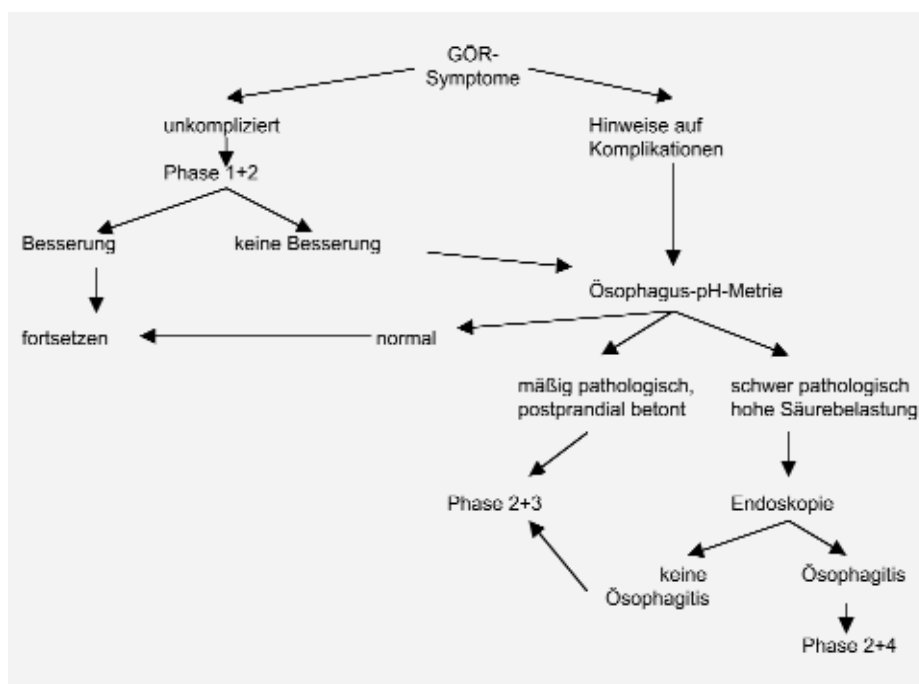


Abb. 4: Synoptische Darstellung des Vorgehens bei Verdacht auf GÖR

30. Wissenschaftlicher Tag der Hals-Nasen-Ohrenärzte

Kreis Krankenhaus Stollberg
6. Mai 2000

Am 6. Mai 2000 fand unter Leitung von Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. Hans-Hellmut Frey der 30. Wissenschaftliche Tag der Hals-Nasen-Ohrenärzte des Kreiskrankenhauses Stollberg gGmbH gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte e.V. statt. Er war in diesem Jahr der aktuellen Diagnostik und Therapie der Schwerhörigkeit gewidmet. **Frau Dr. med. Hildmann** sprach über „subjektive und objektive Hörprüfverfahren in Praxis und Klinik“, insbesondere über ihre Arbeit bei der Früherkennung von Hörstörungen Neugeborener. Da ein regelrechtes Hörvermögen die unabdingbare Voraussetzung für eine normale Sprachentwicklung und somit für die gesamte Allgemeinentwicklung eines Kindes ist, kommt der frühzeitigen Diagnosestellung und der entsprechenden Behandlung einer Schwerhörigkeit bei Säuglingen und Kleinkindern eine besondere Bedeutung zu.

Um die Reifung der Hörbahn auszunutzen und eine Verzögerung der Sprachentwicklung zu vermeiden, sollte deshalb bei entsprechenden Schwerhörigkeiten die Hörgeräteversorgung möglichst bis zum 6. Lebensmonat des Kindes erfolgen. Der anzustrebende Zeitpunkt der Diagnosestellung einer Hörstörung liegt somit in den ersten 3 Lebensmonaten.

Die Erfahrungen bei dem seit knapp 2 Jahren durchgeführten Hörscreening bei Neugeborenen mittels Ableitung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen des Kreiskrankenhauses Stollberg gGmbH wurden dargelegt. Als Screening-Verfahren erscheint die Methode den damit beschäftigten HNO-Ärzten noch nicht ganz ausgereift. Es sind oftmals zeitaufwendige Kontrolluntersuchungen bei unruhigen Kindern oder technischen Problemen erforderlich.

In der anschließenden Diskussionsrunde wurde auf die erforderliche enge Zusammenarbeit zwischen Kinder- und HNO-Arzt hingewiesen. Für Sachsen sei für das nächste Jahr ein flächendeckendes OAE-Screening geplant. Trotz relativ hohem Zeit- und Kostenaufwand zahle

sich diese Anstrengung jedoch später aus. Zu „hörverbessernden Operationen heute“ sprachen **Herr Prof. Dr. habil. Hildmann** (Bochum) sowie **Frau Dr. med. Bauer** (Stollberg). Es wurden verschiedene Operationstechniken, Gehörknöchelchen- und Trommelfelltransplantate vorgestellt sowie ihre Vor- und Nachteile erläutert.

Herr Dr. med. Fabian (Pirna) referierte über *Indikationen, Kontraindikationen und Op.-Schritte bei knochenverankerten Hörgeräten*. Sie kommen unter anderem bei operativ nicht zu versorgenden Schallleitungsschwerhörigkeiten beiderseits, Gehörgangsfehlbildungen oder rezidivierenden Gehörgangsentzündungen zum Einsatz. Erwähnenswert wäre hierbei, dass die Anpassung schon im Kindesalter erfolgen kann.

Herr PD Dr. med. habil. Müller (Würzburg) stellte die *Indikationen, das operative Vorgehen und die Erfolgsaussichten bei Cochlea-Implants* vor. Für taube Patienten mit nicht mehr funktionsfähigem Innenohr sind mit Hilfe dieser Technik Hörempfindungen möglich, was zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität führt. Die beidseitige Versorgung mit einem Cochlea-Implant wurde vom Referenten favorisiert. Trotz modernster operativer Versorgung bei Schwerhörigkeiten hat die konventionelle Hörgeräteversorgung nach wie vor ihre Berechtigung.

Herr Dr.-Ing. Eismann (Chemnitz/ Stollberg), Hörgeräteakustikmeister, stellte den aktuellen Versorgungsstand vor: Momentan erfolgt die Hörgeräteversorgung etwa zu zwei Drittel mit Hinter-dem-Ohr-Geräten und zu einem Drittel mit In-dem-Ohr-Geräten. Weiterhin gliedert sich die Versorgung in zwei Drittel analoge und ein Drittel digitale Geräte auf. Die ein- oder mehrkanalige Hörgerätetechnik hält sich etwa die Waage. Trotz eines erreichbaren guten Hörens bei mehreren Gesprächspartnern und in gestörter Umgebung bei hohem Tragekomfort wird es

jedoch ein „Hören wie früher“ nie geben. Zur Problematik der *Hörsturzbehandlung* sprach **Herr Dr. med. Weinaug**. Viele etablierten Therapieverfahren wie beispielsweise die Infusionstherapie mit Rheologika oder die hyperbare Sauerstofftherapie führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Während der Begleit-Tinnitus beim Hörsturz eine sehr gute Besse-rungs- und Rückbildungsrate aufweist, hat der isoliert auftretende Tinnitus oftmals eine schlechtere Prognose.

Wie **Herr Dr. med. Hesse** (Bad Arolsen) darlegte, gibt es jährlich 340.000 Neuerkrankungen in Deutschland. Neben einer ausführlichen HNO-ärztlichen Diagnostik kommen in seiner Klinik psychologische Untersuchungen, Tinnitus- und Stressbewältigungsfragebögen zum Einsatz. Neben der Akutbehandlung gilt der Therapie im chronischen Stadium, das heißt, wenn der Tinnitus mehr als 12 Wochen besteht, besondere Aufmerksamkeit.

Wie in den vergangenen Jahren wurde die Fachtagung durch die Diskussion aktueller Fragen der Berufspolitik durch **Herrn Dr. med. Meißner** als Landesvorsitzender Sachsens des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte e.V. abgerundet. Dabei wurde die zunehmende Diskrepanz zwischen den Wünschen des Patienten und dem Vermögen des Gesundheitswesens erwähnt.

Die Veranstaltung am **5. Mai 2001** wird sich mit „**Funktionsstörungen in der HNO-ärztlichen Praxis**“ befassen.

Sylvia Männel
Fachärztin für HNO-Heilkunde

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e. V.

Heidelberg
September 2000

Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben

Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens

Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e. V. hat am 22. und 23. 9. 2000 in Heidelberg einen Workshop zu ausgewählten medizinrechtlichen Aspekten des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens veranstaltet. Die Ergebnisse dieses Arbeitstreffens werden im Folgenden als Empfehlungen der DGMR vorgestellt.

1. Die Ausgangslage

Die Bedeutung des Patientenwillens als Ausdruck seiner Autonomie rückt in den vergangenen Jahren zusehends in den Vordergrund der medizinrechtlichen Diskussion. Diese Entwicklung ist bedingt durch die nachhaltigen Fortschritte der Medizin, insbesondere der Notfall- und Intensivmedizin, aber auch der Pharmazie, die es zuweilen zweifelhaft werden lassen, ob alles, was die Medizin leisten kann, wirklich den Wünschen und dem Wohlergehen der jeweiligen Patienten entspricht. Auch die Rechtsprechung hat diese Entwicklung geprägt und regelmäßig die alleinige Entscheidungsbefugnis der Patienten herausgestellt. Dies zeigen insbesondere die juristischen Anforderungen an Umfang und Intensität der ärztlichen Aufklärung.

In deutlichem Widerspruch zu der intensiven Debatte um die Autonomie des Patienten am Lebensende steht allerdings, dass es bisher nur wenige wissenschaftliche Daten zur Realität von Behandlungsabbruch und -begrenzung gibt.

2. Das Selbstbestimmungsrecht

Grundlage des ärztlichen Behandlungsauftrags ist der Patientenwille. Dieser ist für alle an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen grundsätzlich verbindlich. Er ist eine spezielle Ausprägung des verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbe-

stimmungsrechts und findet seine Grenzen allein in der Einhaltung ärztlicher Standards und in strafrechtlichen Normen.

3. Die Einwilligungsfähigkeit

Die Ausprägung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten gilt auch und gerade in der Sterbephase.

Von insgesamt ca. 900.000 Todesfällen pro Jahr in Deutschland sind rund 25 % auf Tumorerkrankungen zurückzuführen. Ein zunehmender Teil dieser Patienten mit einer nicht heilbaren und progredienten Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung wird heute palliativmedizinisch betreut. Dabei beruht die Palliativmedizin auf einem ganzheitlichen Konzept in der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten und beinhaltet physische, psychische und soziale Maßnahmen, insbesondere der Schmerztherapie. Die Entwicklung der Palliativmedizin sollte gefördert werden.

Unterstützt durch die Palliativmedizin sind diese Patienten meist bis zum Lebensende bewusstseinsklar und einwilligungsfähig. Der Wille dieser Patienten ist daher in den genannten Grenzen verbindlich.

4. Die Einwilligungsunfähigkeit

Bei Krankheitsbildern, welche die Willensbildung und die Einsichtsfähigkeit beein-

trächtigen oder aufheben, ist die Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens erschwert oder unmöglich. Früher von diesen Patienten geäußerte und gegebenenfalls dokumentierte Therapieentscheidungen (Patientenverfügungen), die erkennbar aus einer individuellen Auseinandersetzung mit der Sterbenssituation hervorgegangen sind, sind grundsätzlich verbindlich. Dies gilt nur dann nicht, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Patient an diesen früheren Willensäußerungen nicht festhalten will. Solche Anhaltspunkte können sich etwa aus Gesprächen mit Angehörigen oder anderen Ärzten, Pflegepersonal oder anderen Bezugspersonen ergeben. Der Zeitablauf seit Abfassung der Patientenverfügung alleine ist kein geeignetes Kriterium. Im Übrigen erlaubt die Vielgestaltigkeit der Einzelfälle keine Katalogisierung von Anknüpfungstatsachen.

Aus diesen Anhaltspunkten kann sich auch ein mutmaßlicher Wille feststellen lassen, der einem früher geäußerten Willen entgegensteht. Dieser mutmaßliche Wille ist dann für die ärztliche Entscheidung verbindlich.

5. Das objektiv verstandene Interesse des Patienten

Liegt keine Willensäußerung des Patienten vor, und kann der Arzt einen Patienten-

tenwillen oder persönliche Wertvorstellungen des Patienten auch nicht durch andere Anhaltspunkte ermitteln, entscheidet der Arzt, gegebenenfalls nach Gesprächen mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, im Rahmen seiner medizinischen Verantwortung nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung allgemeiner Wertvorstellungen. Dabei muss er sich an den Grundsätzen der Rechtsprechung und den Empfehlungen der ärztlichen Standesorganisationen orientieren und die maßgeblichen Gesichtspunkte seiner Entscheidungsfindung dokumentieren.

6. Die Patientenverfügung

Schriftliche Willensäußerungen in Form von Patientenverfügungen sind für diejenigen, die in Krisensituationen entscheiden und handeln müssen, eine große Hilfe, im Sinne des Betroffenen zu handeln. Bei der Abfassung solcher Verfügung sollten sich die Betroffenen aber darüber bewusst sein, dass gesunde Menschen ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankungen Krisensituationen anders einschätzen als Erkrankte.

Je konkreter diese Patientenverfügungen inhaltlich ausgestaltet sind, desto eher ist auch ihre Umsetzung im einzelnen gewährleistet. Formularverfügungen allgemein gehaltener Art sind hierfür in aller Regel ungeeignet. Vor Abfassung von Patientenverfügungen empfiehlt sich eine ärztliche Information und ein Gespräch mit den Angehörigen, anderen Bezugspersonen oder geeigneten Einrichtungen. Die ärztlichen Standesorganisationen müssen dafür Sorge tragen, dass eine entsprechende Information der Patienten bei der Abfassung von Patientenverfügungen gewährleistet wird und Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung in der Praxis angewandt werden.

7. Der Genehmigungsvorbehalt

In den Fällen des § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB bedarf der Betreuer einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Diese Vorschrift ist in mehrfacher Hinsicht

missglückt. Unsystematisch werden vergleichbar schwerwiegende Fälle nicht geregelt, insbesondere die trotz tödlicher Folgen von Anfang an unterlassene Behandlung und der Behandlungsabbruch, der den Tod des Patienten auslöst.

Ein Teil der Rechtsprechung und ihr folgend der juristischen Literatur hat dennoch den Anwendungsbereich des § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB auf den Behandlungsabbruch erstreckt. Dem ist zu widersprechen. Insbesondere ist das diese Analogie tragende Argument einer „unbewussten Gesetzeslücke“ unzutreffend. Die Gesetzgebungsgeschichte belegt, dass der Gesetzgeber die Problematik gesehen hat, sie aber nicht regeln wollte – und dies bis heute nicht will. Der Bedarf für eine analoge Anwendung ergibt sich daher auch nicht aus einer juristischen Schutzpflicht gegenüber dem betreuten Patienten und dem behandelnden Arzt. Es ist daher zu empfehlen, § 1904 Abs. 1 BGB zu streichen.

8. Die Vorsorgevollmacht

Der einwilligungsfähige Patient kann als Folge seiner Selbstbestimmung für den Fall künftiger Äußerungsunfähigkeit auch einen Vertreter mit der Wahrnehmung seiner Gesundheitsangelegenheiten bestellen, sogenannte Vorsorgevollmacht. Er unterwirft sich damit in der Regel der Fremdbestimmung durch den Bevollmächtigten.

9. Die vormundschaftsgerichtliche Kontrolle

Der in § 1904 Abs. 2 Satz 1 BGB für bestimmte schwerwiegende ärztliche Maßnahmen angelegte doppelte Kontrollmechanismus – Schriftlichkeit und Ausdrücklichkeit der Vollmacht sowie Genehmigungsvorbehalt des Vormundschaftsgerichts für die Einwilligung des Bevollmächtigten – stellt eine Überregulierung dar. Der Patient hat durch die Vollmachtserteilung bereits sein Vertrauen in den Bevollmächtigten ausreichend dargetan. Zumindest die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist überflüssig. Das

Selbstbestimmungsrecht des Vollmachtgebers sollte gerade bei Entscheidungen über Leben und Tod nicht wieder in Frage gestellt werden.

10. Ethikkonsile

Ethikkonsile zur Sterbebegleitung können einen Ausgleich des Spannungsverhältnisses zwischen rechtlichen, medizinischen, ethischen, theologischen und psychologischen Aspekten herbeiführen und Empfehlungen und Entscheidungshilfen im Einzelfall geben. Dabei sollte neben dem Patientenwillen vor allem sein Wohlergehen Beachtung finden. Damit kann auch dem Eindruck einer übermäßigen Therapie und den damit verbundenen Ängsten der Patienten entgegengewirkt werden.

Das Präsidium der DGMR e.V.

5. Sächsisches Seniorentreffen - ein Tag der Begegnung und Erlebnisse

Man staunt, was es in unserer Region alles zu entdecken gibt. Sachsens Ärztesenioren lernten ein Kleinod kennen: eine ehemalige Wasserburg, Schloß Schleinitz, früherer Sitz des sächsischen Landadels in der Lommatzcher Pflege bei Meißen. Es wurde von einem aus privater Initiative entstandenen Förderverein e.V. mit großer zum Teil ehrenamtlicher Einsatzbereitschaft vor dem Untergang bewahrt, und Schritt für Schritt wird noch immer rekonstruiert. Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und Landesseniorenausschuss hatten auch im Jahre 2000 wieder zu einem Tag der Begegnungen und Erlebnisse eingeladen. Am 26. 9., 4. 10., 10. 10. und 17. 10. 2000 fanden gleichartige Veranstaltungen statt, die jeweils mit der Besichtigung von Schloß und Rittergutsanlage Schleinitz begannen und zugleich eine Ausstellung von ländlichem Brauchtum beinhalteten. Hier waren Gegenstände des Alltags aus den 20er bis 50er Jahren des 20. Jahrhunderts zusammengetragen, die bei den Betrachtern Wiedererkennungsrufe und Jugenderinnerungen auslösten, zum Beispiel in der Wäscherei die Wäscherolle und Klöppelspitzen-Unterwäsche oder in der Schusterwerkstatt die Ahle und die mit Hand zu klopfenden Holzstifte. Danach ging die Fahrt weiter zur Börse Coswig, einem Kultur- und Touristenzentrum, in dem eine abwechslungsreiches Mittagsbuffett den Hunger stillte. Wer Lust hatte, konnte anschließend an einem kurzen Spaziergang zu der alten, 1497 geweihten Holzkirche teilnehmen



und dort den Ausführungen über das Schicksal der restaurierten Kirche und den Klängen der wertvollen Renaissance-Orgel lauschen. Zurückgekehrt in die Coswiger Börse enthielt das Nachmittagsprogramm den bewegenden Erfahrungsbericht von Herrn Prof. Dr. med. Wolfram Behrendt über seinen Einsatz als HNO-Arzt in Addis Abeba/Äthiopien. Das strahlende Leuchten in den Augen der Kinder, die unter elenden Bedingungen leben, kann uns zu denken geben. Ebenso die Einsatzbereitschaft von Menschen wie Herrn Prof. Behrendt, der angesichts der unterträglichen Verhältnisse in der dritten Welt einfach an einem Punkt mit eigener Hilfe begonnen hat und diese durch Gründung eines Fördervereins der Universität Leipzig fortsetzt. Prof. Behrendt und seine Kollegen operieren dort Kinder, deren Kehlkopf durch prinzipiell gutartige Papillome verschlossen ist, so dass sie nur mit einer Kehlkopfkanüle leben und atmen, aber nicht sprechen

können – eine in Afrika weit verbreitete Erkrankung. Von dem gesammelten Geld wurde ein Laser-Operationsgerät gekauft, nach Addis gebracht, und die dortigen Kollegen erhielten darüber hinaus Unterstützung zum Erlernen der Operationstechnik. Die Zuhörer waren von dem mit ausdrucksstarken Dias unterlegten Bericht spürbar beeindruckt. Die musikalische Umrahmung durch Jugendmusikpreisträgerinnen der Musikhochschule Dresden war von hoher Qualität. Wie immer, endete der Tag mit einem Kaffeetrinken und der Heimreise. Für die vielen schriftlichen und mündlichen Äußerungen der Freude und des Dankes für diesen Tag möchte sich der Seniorenausschuss an dieser Stelle herzlich bedanken und bittet um Verständnis, dass die vielen Zuschriften nicht beantwortet werden können.

Prof. Dr. med. Helga Schwenke
Vorsitzende des Ausschusses Senioren
der Sächsischen Landesärztekammer

„Aufruf an alle Seniorinnen und Senioren“

Als wir vor vielen Jahren die Universitäten besuchten, konnten wir noch nicht ahnen, dass eine der größten Innovationen des 20. Jahrhunderts der Personal-Computer sein würde. Um geistig nicht zu versanden, noch einmal Student zu sein, mit den Enkelkindern mitreden zu können, bin ich 1999 in dieses große Abenteuer eingestiegen und habe es nicht bereut. Aber ich erhielt auch Hinweise wie: „Was willst Du denn

mit einem PC?“. Die „Studienzeit“ war viel kürzer, als ich mir vorstellte und die Anwendungsmöglichkeiten sind grenzenlos. Aber dazulernen kann man an jeden Tag. So bitte ich zunächst Chemnitzer Kolleginnen und Kollegen darüber nachzudenken, ob sie bereit sind, einmal pro Monat an einem noch zu bestimmenden Ort am Erfahrungsaustausch teilzunehmen. Eingeladen sind auch alle, die sich mit dem

Gedanken tragen, einen Personal-Computer anzuschaffen und noch Zweifel haben, ob sie dies tun sollen. Frau Beatrix Thierfelder, Leitende Sachbearbeiterin der Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer, nimmt entsprechende Anfragen gerne entgegen.

Dr. med. Martin Geipel (Chemnitz)
e-mail-address >drgeipel@t-online.de

Prof. Dr. med. Dr. hc. Herbert Uebermuth Gedenken zum 100. Geburtstag

18.1.1901 - 1.1.1986

In heutiger Zeit sind originelle und charismatische Persönlichkeiten, die mit Fleiß und Klugheit sowie Rastlosigkeit und unermüdlicher Tatkraft, aber auch mit beispielhafter Durchsetzungsfähigkeit und Visionen zu Meistern ihres Faches geworden sind, nicht mehr häufig anzutreffen. Herbert Uebermuth war einer von ihnen!

Sein Elternhaus stand in Leipzig, wo sein Vater ein kleines Friseurgeschäft betrieb. Von 1911 bis 1920 besuchte er das hiesige Thomas-Gymnasium, und studierte an der Universität seiner Heimatstadt von 1920 bis 1925 Medizin. Kurz nach dem Staatsexamen promovierte er mit einer Dissertation über das Pankreaskarzinom, die er bei Geheimrat Payr, seinem späteren Chef, erstellte. In der sich nun anschließenden Assistentenzeit suchte sich Uebermuth renommierte Lehrer von internationalem Ruf, und wurde zunächst für drei Jahre im Pathologischen Institut bei Werner Hueck tätig.

Nächste Station wurde die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel, den er schon als Student in Leipzig erlebte, und wo er 4 Jahre tätig war, zuletzt als Oberarzt.

Wie auch Hueck hatte Stoeckel die klinische Fähigkeit und wissenschaftliche Arbeit Uebermuths außerordentlich gewürdigt, und ihm die Habilitation angeboten. 1933 kehrte Uebermuth nach Leipzig zurück und wurde in der Chirurgischen Klinik Assistent bei Geheimrat Erwin Payr. Es begann eine anhaltend intensive klinische und wissenschaftliche Tätigkeit, die Uebermuth befähigte bereits 1936 zu habilitieren. Im gleichen Jahr wurde er Oberarzt und Leiter des Pathologisch-anatomischen Labors der Klinik. 1937 erhielt Uebermuth die Dozentur für das Fachgebiet Chirurgie, noch unter dem Direktorat seines verehrten Chefs Payr, der im gleichen Jahr emeritiert wurde. Klinische und wissenschaftliche Tätigkeit wurden 1942 durch die Einberufung zum Militärdienst unterbrochen. Unter dem jetzigen Ordinariat Rieders und auf dessen Antrag wurde



Herbert Uebermuth 1943 zum außerordentlichen Professor ernannt. 1945 gelangte Uebermuth in Gefangenschaft und konnte 1946 nach Leipzig zurückkehren. Zunächst war er als freipraktizierender Chirurg an der Chirurgischen Privatklinik des Geheimrates von Goebel in der Funkenburgstraße tätig, und wurde 1950 als Nachfolger Erich Sonntags zum Direktor des Chirurgisch-Poliklinischen Institutes der Universität Leipzig berufen. Als Uebermuth 1952 zum Professor mit Lehrstuhl für Chirurgie ernannt wurde und das Ordinariat an der Leipziger Universität als Nachfolger von Ernst Heller übernahm, hatte sich nicht nur ein langgehegter Wunsch erfüllt, sondern es war auch der mehrfache Wechsel im Direktorat beendet, der einer Klinik immer Unruhe und Energieverlust bringt. Von 1955 bis 1957 war Uebermuth Ärztlicher Direktor des Klinikums und 1958 bis 1959 Dekan der Medizinischen Fakultät. Trotz Belastung durch Klinik und administrative Verpflichtungen umfaßt das wissenschaftliche Werk Uebermuths mehr als 130 Publikationen, zahlreiche Handbuchbeiträge und Monographien. Es gibt nur wenige Bereiche der Chirurgie, die von ihm nicht bear-

beitet wurden. Sein Lehrbuch der Speziellen Chirurgie war die Grundlage chirurgischen Wissens für viele Studentengenerationen.

Durch Uebermuths Initiative und Förderung konnten aus Spezialabteilungen der Chirurgie folgende eigenständige Kliniken entstehen: 1958 die Kinderchirurgische Klinik und 1961 die Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie. Bereits 1954 wurde die Neurochirurgische Klinik begründet. Als selbständige Abteilung im Verbund der Klinik blieben die Thoraxchirurgie, Urologie, Unfallchirurgie und Anästhesiologie. 1964 wurde die Chirurgische Wachstation errichtet.

Uebermuth schreibt 1956, „dem Ordinarius unserer Zeitentwicklung obliegt die nicht leichte Aufgabe, trotz aller Spezialisierung und aller Neigungen zur Trennung der Chirurgie im ganzen zusammen zu halten und ihre speziellen Fachvertreter in der allgemeinen Arbeitsleistung der Gesamtchirurgie zu vereinen“. Herbert Uebermuth war eine wortgewandte und redegewaltige Persönlichkeit. Wie sein Lehrer Payr verstand er es, den Studenten in eindrucksvoller und verständlicher Weise die Chirurgie zu vermitteln. Einfache operative Eingriffe wurden demonstriert, wenn sie zum Verständnis notwendig schienen. Seine Vorlesungen waren stets temperamentvoll und gelegentlich gewürzt mit Humor. Strenge war immer dann geboten, wenn erwartetes Wissen bei Studenten fehlte.

In der Ordinariatszeit Uebermuths wurden viele Mitarbeiter zu glänzenden Operateuren und außerordentlich befähigten Wissenschaftlern ausgebildet.

In der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts ist es ihm wie kaum einem weiteren gelungen, eine große eigene Chirurgenschule zu bilden.

Zehn seiner Schüler wurden zu Ordinarien für Chirurgie berufen und eine stattliche Anzahl von Dozenten und Professoren wurden Chefs großer Chirurgischer Kliniken des Landes.

Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit sowie Einsatzbereitschaft, akribische Pünktlichkeit

und Disziplin, aber auch Verantwortungsbewußtsein und Bescheidenheit waren Charaktermerkmale, welche von seinen Mitarbeitern überaus geschätzt wurden und die er von ihnen selbst auch erwartete. Seinen Patienten gegenüber war er ein gesuchter und einführender Arzt, und in seiner Art des Umganges mit Kranken und Angehörigen konnte man bereits ermes- sen, welch große Persönlichkeit er war. Im Laufe seines langen ärztlichen und wissenschaftlichen Lebens hat Uebermuth viele hohe Auszeichnungen und Ehrungen erhalten. So war er Ehrensator der Uni- versität Leipzig und erhielt die Ehren-

doktorwürde der Friedrich Schiller - Uni- versität Jena. In zahlreichen wissenschaft- lichen Gremien und Chirurgengesell- schaften war er Mitglied und Ehren- mitglied. Zum 65. Geburtstag überreich- ten ihm seine Schüler eine schöne Schrift mit wissenschaftlichen Beiträgen aus ver- schiedenen chirurgischen Disziplinen. 1966 wurde Prof. Uebermuth emeritiert, ver- blieb aber kommissarischer Direktor der Klinik bis zur Übernahme des Ordinariates durch Werner Kothe am 15.6.1967.

Herbert Uebermuth war auch als Ruhe- ständler rastlos und wissenschaftlich aktiv,

und befasste sich nun überwiegend mit gutachterlichen Fragestellungen.

Am 1.1.1986, wenige Tage vor seinem 85. Geburtstag, vollendete sich die Lebens- bahn dieser machtvollen und bedeuten- den Persönlichkeit, dessen Leben und Wir- ken vorbildhaft war und dessen Leistungen für unser Fachgebiet in dankbarer Aner- kennung und Verehrung immer zu bewah- ren sein werden.

Univ.-Prof. Dr. med. C. F. Schwokowski
Chirurgische Universitätsklinik I
Liebigstr. 20 a , 04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Achim Dippold zum 65. Geburtstag

Am 6. 12. 2000 feierte Prof. Dr. Achim Dippold seinen 65. Geburtstag, seit dem 1. Januar ist er im Ruhestand. Anlass für einen Rückblick auf sein Berufsleben. Nach zweieinhalbjähriger Tätigkeit im Industriekrankenhaus Wolfen und 4 Jahren in der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig trat er als Facharzt für Anästhesie am 1. 10. 1966 in die Orthopädische Universitätsklinik und Poliklinik Leipzig ein mit dem Ziel, auch noch Facharzt für Orthopädie zu werden. Parallel zur zweiten Facharztweiterbildung widmete er sich der Organisation der Anästhesie an der Klinik, die er zusammen mit anderen Weiterbildungsassistenten und jungen Fachärzten bestritt, für die er aber allein verantwortlich war. Besondere Anfor- derungen stellten die Einrichtung und der Betrieb einer Intensivtherapiestation, auf der zusätzlich zu Patienten nach orthopä- dischen Wahleingriffen bis zu drei Hals- marksgeschädigte, die beatmet werden mussten, und andere Schwertraumatisierte untergebracht wurden. Das Ergebnis seiner



orthopädisch-traumatologischen Weiterbil- dung – 30 % der Patienten wurden wegen Frakturen und Luxationen behandelt – bestand in der Anerkennung als Facharzt für Orthopädie 1970. Zwischen 1974 und

1977 war er an der damaligen Städtischen Klinik für Orthopädie und Rehabilitation „Dr. Georg Sacke“ tätig. Nach seiner Rück- kehr an die Universitätsklinik habilitierte er sich 1980 mit einer Arbeit über die muskuläre Stabilisierung des Kniege- lenks und den Einfluss von muskulären Dysbalancen auf die Entstehung von Gonarthrosen. Die Wahl des Themas kenn- zeichnet sein zweites klinisches und wis- senschaftliches Interessengebiet. Ihm blieb er auch nach 1990 treu, nachdem die Anästhesie an der Orthopädischen Uni- versitätsklinik in die Hand der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin gelegt worden war. – 1982 folgte die Facultas docendi. Akademische Anerkennung als Hochschullehrer wurde ihm trotz einer Vielzahl von Veröffentlichungen und Vor- trägen nicht zuteil. Sie ließ auch nach der Wiedervereinigung auf sich warten. Die längst überfällige Ernennung zum apl. Professor mit Hochschullehrer-Status ent- sprechend den Bestimmungen des SHEG erfolgte 1993 über ein Rehabilitations-

verfahren. Von Prof. Dippold stammen 58 Originalarbeiten, 5 Buchbeiträge und 188 wissenschaftliche sowie eine große Zahl von Weiterbildungs- und populärwissenschaftlichen Vorträgen. Hauptthema war nach 1990 zunehmend die Beziehung zwischen muskulärer Stabilität des Kniegelenks und Gonarthrose. Besonderen

Wert legt er darauf, dass er seit 1980 bei 1.008 Studenten das Orthopädische Staatsexamen abgenommen hat und dass sich unter seinen über 6.000 Operationen 1.200 Hüftendoprothesen und 400 Knieendoprothesen befinden. Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ wünscht ihm für seinen neuen Lebensabschnitt Gesund-

heit und die Muße, sich nicht nur seinen interessanten und wertvollen wissenschaftlichen Neigungen weiter widmen, sondern gemeinsam mit seiner Frau und seinen Freunden auch seinen privaten Neigungen weiter nachgehen zu können.

P. Matzen, Leipzig

Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

60 Jahre					
01. 02.	Dr.med.habil. Krug, Gisela 09127 Chemnitz	10. 02.	Dr.med. Wagler, Karsten 01900 Großröhrsdorf	16. 02.	Dr.med. Eberth, Karl-Heinz 02977 Hoyerswerda
02. 02.	Dr.med. Oeser, Wolfgang 08066 Zwickau	10. 02.	Dr.med. Wolf, Günter 01069 Dresden	16. 02.	Dr.med. Trübsbach, Gisela 01309 Dresden
03. 02.	Dr.med. Kuhfahl, Elke 01474 Weißig	11. 02.	Dr.med. Müller, Peter 01829 Stadt Wehlen	17. 02.	Zeh, Karl Peter 08399 Wolkenburg-Kaufungen
05. 02.	Dr.med. Pökert, Hans-Gert 01616 Strehla	11. 02.	Dr.med. Paul, Wolf 02828 Görlitz	18. 02.	Dr.med. Heinrich, Erdmute 01662 Meißen
06. 02.	Janke, Ina 04289 Leipzig	12. 02.	Dr.med. Fink, Martin 09544 Neuhausen	18. 02.	Dr.med. Schlenzig, Joachim 02692 Döberritzsch
07. 02.	Priv.-Doz.Dr.med.habil.Gläser, Volkmar, 08525 Plauen	12. 02.	Dr.med. Pinkert, Rudolf 01445 Radebeul	19. 02.	Dr.med. Korn, Dieter 09130 Chemnitz
07. 02.	Dr.med. Rudolf, Karl-Heinz 04277 Leipzig	12. 02.	Dr.med. Taubert, Frank 09111 Chemnitz	19. 02.	Dr.med. Treibmann, Sigmar 01326 Dresden
08. 02.	Dr.med. Baum, Gisela 04457 Baalsdorf	12. 02.	Dr.med. Weiß, Brita 08321 Zschornau	20. 02.	Dr.med. Baron, Waldemar 08228 Rodewisch
08. 02.	Bayn, Maria 02692 Singwitz	13. 02.	Prof.Dr.med.habil.Heberling, Hans-Jürgen, 04416 Markkleeberg	20. 02.	Dr.med. Thiem, Bärbel 04435 Schkeuditz
08. 02.	Dr.med. Bullmann, Wolfgang 02829 Neißeau	14. 02.	Martin, Hans-Ulrich 08321 Zschornau	21. 02.	Dr.med. Bredel, Peter 04448 Wiederitzsch
08. 02.	Fröbel, Helfriede 08060 Zwickau	14. 02.	Dr.med. Oettinger, Bernt 01454 Ullersdorf	22. 02.	Dr.med. Weigel, Klaus 08289 Schneeberg
08. 02.	Dr.med. Stephan, Helga 04105 Leipzig	14. 02.	Dr. med. Schildhaus, Inge 01983 Großräschen	23. 02.	Dr.med. Eisold, Werner 01458 Ottendorf-Okrilla
09. 02.	Dr.med. Böhme, Richard 08141 Reinsdorf	14. 02.	Dr.med. Schrepel, Volkmar 09212 Limbach-Oberfrohna	23. 02.	Prof. Dr.med.habil. Franz, Rüdiger 01474 Schönfeld
09. 02.	Dr.med. Heinick, Fritz 08393 Meerane	15. 02.	Rosche, Antje 04574 Deutzen	23. 02.	Dr.med. Hirsch, Ulrike 01159 Dresden
09. 02.	Dr.med. Michel, Heidrun 08525 Plauen	15. 02.	Prof.Dr.med.habil. Schwokowski, Christian, 04279 Leipzig	23. 02.	Landgraf, Emil 98617 Meiningen
		16. 02.	Dr.med. Baron, Ursula 08228 Rodewisch	23. 02.	Prof. Dr.med.habil. Schmoz, Günter, 01662 Meißen

23. 02. Dr.med. Stagl, Jutta
04454 Holzhausen
24. 02. Köhler, Ruth
08228 Rodewisch
24. 02. Dr.med. Oechel, Siegbert
01309 Dresden
25. 02. Dr.med. Nebe, Petra
04277 Leipzig
28. 02. Dr.med. Frenzel, Rainer
01896 Pulsnitz
28. 02. Dr.med. Schreiber, Lucie
04349 Leipzig
- 65 Jahre**
01. 02. Nowitzki, Christa
04720 Döbeln
01. 02. Dr.med. Schimmel, Klaus
04808 Wurzen
04. 02. Dr.med. Liebig, Christoph
08499 Mylau
06. 02. Dr.med. Heine, Annemarie
01445 Radebeul
08. 02. Dr.med. Schneider, Hanswolf
04703 Leisnig
10. 02. Dr.med. Berger, Günther
02827 Görlitz
12. 02. Dr.med. Günther, Brigitta
01259 Dresden
13. 02. Dr.med. Oeser, Joachim
08062 Zwickau
13. 02. Szeskus, Edith
04277 Leipzig-Connewitz
14. 02. Dr.med. Grube, Rolf
09599 Freiberg
16. 02. Dr.med. Thiemig, Eva
02829 Markersdorf
17. 02. Dr. med. Escher, Renate
04668 Grimma
17. 02. Dr.med. Schmidt, Christine
08066 Zwickau
17. 02. Thielmann, Marianne
02699 Quos
18. 02. Dr.med. Klinger, Helmut
02906 Niesky
23. 02. Dr.med. Kempter, Manfred
04107 Leipzig
23. 02. Dr.med. Martin, Heinz
08149 Vielau
25. 02. Dr.med. Adler, Dieter
01069 Dresden
25. 02. Dr.med. Günnel, Helga
08428 Langenbernsdorf
25. 02. Tasler, Helga
01307 Dresden
27. 02. Dr.med. Kerl, Martin
04155 Leipzig
27. 02. Dr.med. Naupert, Wolfgang
01877 Bischofswerda
27. 02. Dr.med. Schierz, Dietmar
01796 Pirna
27. 02. Dr.med. Zerna, Manfred
02943 Weißwasser
28. 02. Dr.med. Wolff, Hans-Dieter
04416 Markkleeberg
- 70 Jahre**
03. 02. Dr.med. Wießner, Wolfgang
04720 Ebersbach
04. 02. Birbinschus, Valentin
08412 Werdau
04. 02. Dr.med. Mertens, Helga
04463 Großpösna
05. 02. Dr.med. Hübner, Hans-Joachim
04318 Leipzig
05. 02. Dr.med. Pfeifer, Günther
08412 Werdau
11. 02. Prof.Dr.med.habil. Sarembe, Bodo
01326 Dresden
11. 02. Dr.med. Schimmel, Margit
04828 Deuben
13. 02. Dr.med. Klaufß, Irene
09120 Chemnitz
15. 02. Dr.med. Dipl.-Psych. Behrends,
Lothar, 04155 Leipzig
16. 02. Dr.med.habil. Kratzsch, Karl-Heinz
09131 Chemnitz
16. 02. Dr.med. Langer, Horst
09131 Chemnitz
17. 02. Dr.med. Horn, Ehrenfried
08289 Schneeberg
18. 02. Prof.Dr.sc.med. Radzuweit, Heinz
02943 Weißwasser
25. 02. Schmiedens, Edeltraud
08525 Plauen
- 75 Jahre**
02. 02. Dr.med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
09. 02. Dr. med. habil. Dietel, Klaus
09131 Chemnitz
22. 02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08124 Cainsdorf
28. 02. Dr.med. Göhler, Irene
04275 Leipzig
- 80 Jahre**
06. 02. Prof.Dr.med.habil. Seyfarth, Harro
04454 Holzhausen
10. 02. Dr.med. Heinrich, Horst
04416 Markkleeberg
10. 02. Dr.med. Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
13. 02. Dr.med. Ahnert, Friedrich
04109 Leipzig
13. 02. Dr.med. Kluge, Helmut
01067 Dresden
23. 02. Dr.med. Klöppel, Eva
04275 Leipzig
26. 02. Dr.med. Berlin, Krista
01307 Dresden
- 81 Jahre**
15. 02. Dr.med. Franck, Gerhard
08349 Erlabrunn
16. 02. Dr.med. Fischer, Helmut
04564 Böhlen
24. 02. Dr.med. Böhringer, Jutta
09429 Wolkenstein
28. 02. Osswald, Samuel
08058 Zwickau
29. 02. Dr.med. Kerber, Jürgen
09114 Chemnitz
- 85 Jahre**
17. 02. Nawka, Joachim
02627 Radibor
27. 02. Dr.med. Pastrnek, Johann
04509 Delitzsch
29. 02. Prof.Dr.sc.med. Sachsenweger,
Rudolf, 04277 Leipzig
- 86 Jahre**
03. 02. Dr.med. Krause, Helmut
01307 Dresden
28. 02. Dr.med. Lawonn, Heinz
04680 Zschadraß
- 88 Jahre**
18. 02. Dr.med.Dr.med.dent. Becker,
Heinz, 08371 Glauchau
24. 02. Dr.med. Schmerl, Elisabeth
02977 Hoyerswerda
- 89 Jahre**
20. 02. Dr.med. Kunzmann, Annie
04460 Kitzten
- 90 Jahre**
01. 02. Dr.med. Seefried, Johannes
01326 Dresden
07. 02. Dr.med. Biskupski, Franz
04469 Lützschena

Zum Gedenken an Prof. Dr. med. Reinhard Vock

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig trauert um einen bei seinen Studenten und seinen Kollegen beliebten Hochschullehrer und anerkannten Wissenschaftler: Prof. Dr. med. Reinhard Vock, der unter tragischen Umständen aus dem Leben schied.

Er wurde am 13.7.1948 in Mainz als Sohn eines Arztes geboren. Zunächst studierte er Biologie, dann Medizin an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. 1974 promovierte er mit dem Thema „Thrombozytenaggregationsveränderungen bei östrogen- und nicht östrogen-therapierten Prostatakarzinompatienten“, 1975 erhielt er seine Approbation als Arzt. Nachdem er seine Assistenzzeit in verschiedenen Fachrichtungen absolviert hatte und 1982 Arzt für Pathologie wurde, entschied er sich für eine weitere Spezialisierung auf dem Gebiet der Rechtsmedizin an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. 1987 wurde er Arzt für Rechtsmedizin.

Im Jahre 1989 habilitierte sich Dr. Vock in Würzburg mit dem Thema „Das stumpfe Bauchtrauma aus rechtsmedizinischer Sicht“. Einige Jahre war er Funktionsoberarzt und wissenschaftlicher Oberassistent bei Prof. Dr. W. Schwerd und Prof. Dr. D. Patzelt in Würzburg bis er 1995 als C3-Professor für Gerichtliche Medizin an die Universität Leipzig berufen wurde.



Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig ist Professor Vock zu großem Dank verpflichtet, übernahm er doch 1996 bis zu seinem Tode die kommissarische Leitung des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Leipzig. In dieser verantwortlichen Funktion wurde er von seinen Mitarbeitern als kompetenter und stets einsatzbereiter Chef sehr geschätzt, der viel forderte, aber doch stets menschlich blieb.

Mit viel Engagement war Professor Vock in der Lehre tätig. Seine Studenten verloren in ihm einen Hochschullehrer, der

sie zu begeistern verstand. Seine Vorlesungen waren stets gut besucht und in der praktischen Arbeit gelang es ihm, viele für eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Rechtsmedizin zu gewinnen. Gefragt war er als anerkannter Gutachter vor Gericht. Unspektakulär und gewissenhaft tat er hier seine Arbeit. Ganz besonders engagierte er sich gegen Kindesmisshandlungen. Hier arbeitete er eng mit Pädiatern, Soziologen, Psychologen und Kinderchirurgen im Arbeitskreis „Kindesmisshandlung“ zusammen, um misshandelten Kindern effektiv und langfristig zu helfen.

Unbedingt zu erwähnen sind die Aktivitäten Professor Vocks über die deutschen Grenzen hinaus. Für lettische Kollegen sammelte er technische Geräte, die diese für ihre Arbeit brauchen. Darüber hinaus ermöglichte er jungen lettischen Wissenschaftlern Aufenthalte an seinem Institut. Besonders hervorzuheben ist sein Einsatz im Kosovo, wo er half, Tote aus Massengräbern zu identifizieren und Kriegsverbrechen aufzudecken.

Wir haben in Reinhard Vock einen hochgeschätzten Hochschullehrer verloren, den wir stets in dankbarer und ehrender Erinnerung behalten.

Prof. Dr. Joachim Mössner
Dekan der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig

Der Schrebergarten - die Kleingärtnerbewegung in Deutschland

Die sächsischen Museen haben 1996 eine Bereicherung erfahren. Seit dem 23. August 1996, dem Tag der Eröffnung der Ausstellung „Kleingärten und Kleingärtner im 19. und 20. Jahrhundert“ im „Deutschen Kleingärtnermuseum“ gibt es in der museumsreichen Stadt Leipzig, die auch die Wiege der Schreberbewegung ist, eine Attraktion mehr. Etwa drei Straßenbahnhaltestellen vom Hauptbahnhof entfernt, in der Aachener Straße, befindet sich historisches Gelände. Es beherbergt die Anlage des Kleingärtnervereins „Dr. Schreber“ e.V. als ältesten deutschen Schreberverein mit dem inzwischen über einhundertjährigen historischen Vereinshaus. Die Abbildung zeigt den heutigen Zustand.

In diesem Haus ist das Museum dank der Initiative des 1992 gegründeten Fördervereins untergebracht. Weiterhin gibt es eine traditionsreiche gastronomische Einrichtung im Objekt. Das Museum zeigt auf einer Etage Exponate, die - in 10 Abschnitte gegliedert - den Weg der deutschen Kleingärtnerbewegung von der Gründung des ersten deutschen Kleingartenvereins 1814 über die Konstituierung des „Reichsverbandes der Kleingartenvereine Deutschlands“ 1921 in Bremen und die Gründung der internationalen Kleingärtnerorganisation 1926 in Luxemburg sowie die Zeit darüber hinaus verfolgen lassen.

Das „Deutsche Kleingärtnermuseum“ ist bemüht, mit seinen spezifischen Mitteln klarzulegen, dass die Kleingärten-Generationen Zeiten und Systeme überdauert haben und auch heute aus dem Leben und Alltag, insbesondere in deutschen Städten und Gemeinden, aber auch bei unseren europäischen Nachbarn nicht mehr wegzudenken sind. Unter dem Gesichtspunkt ökologischer Lebensweisen, der Gesundheitsprophylaxe der Bürger, sinnvoller Freizeitgestaltung im Zeitalter der Computertechnik und des globalen Motorismus und insbesondere der Entwicklung der Kommunen leistete die Kleingartenbewegung einen wertvollen Beitrag zu unverzichtbarer guter Lebens-



qualität der Kleingärtner und ihrer Freunde. Die deutsche Kleingärtnerbewegung basiert auf verschiedenen entwicklungsgeschichtlichen Pfeilern, die kurz beleuchtet werden sollen.

Die Gründung des ersten deutschen Kleingärtnervereins erfolgte 1814 in Kappeln an der Schlei durch den Pastor Friedrich Christian Heinrich Schröder. Angesichts der großen Not, die nach den zu Ende gegangenen napoleonischen Kriegen überall im Lande herrschte, verpachtete er 24 Gartenparzellen auf Kirchenland, das er selbst nicht bewirtschaften konnte. In den „Coditionen“ legte er die Pachtbedingungen und die Verantwortung eines von den Pächtern gewählten Vorstandes für deren Einhaltung fest. Somit waren alle Voraussetzungen vorhanden, um von einem Kleingärtnerverein sprechen zu können: Eine Anlage, eine Gartenordnung und ein gewählter Vorstand.

Auch Landgraf Carl von Hessen (1744 - 1836) war bestrebt, die große Armut im Land zu mildern. Er war nach 1815 königlicher Statthalter der Herzogtümer Schleswig und Holstein, damals unter dänischer Verwaltung. Als Landbesitzer lässt er Gartenland für arme Bürger der Region bereitstellen. Für die Ausgestaltung der sogenannten „Carlsgärten“ er-

lässt er genaue Vorschriften. Diese werden mitunter auch als erste Kleingartenordnung bezeichnet. Carl von Hessen bewirkt mit einem Schreiben vom 10.10.1819, dass die Magistrate der Städte Schleswig-Holsteins kommunales Land an arme Familien als Gartenland verpachten, um so eine produktive Armenfürsorge zu betreiben. 1820 entsteht in der Stadt Schleswig die erste „Armengartenanlage“, der bis zum Jahr 1822 in 20 weiteren Städten ebensolche Anlagen folgten.

Die Kleingartenanlagen dienten neben dem Zweck der Ruhe und Erholung sowie der Entspannung auch dem Zugewinn von Feld- und Gartenfrüchten sowie Obst und Gemüse zur Selbstverwertung und damit verbunden der Aufbesserung der Haushaltskasse. Die Armengartenanlagen gab es im 19. Jahrhundert aber nicht nur in Städten und Gemeinden Schleswig-Holsteins, sondern auch in Berlin, Dresden, Frankfurt am Main, Hagen, Königsberg, Leipzig, Stettin, Worms und anderen Ballungsgebieten. In Leipzig wurde 1832 der erste Kleingartenverein im Sinne der Armengartenanlagen - namentlich der Kleingartenverein „Johannistal“ e.V. - gegründet. Das Gelände, heute noch den gleichnamigen Verein beherbergend, ist beschaubar und liegt zwischen medizinischem Viertel und der Prager Straße. Im Rahmen der zunehmenden Industrialisierung in Deutschland im 19. Jahrhundert, insbesondere in den dreißiger und vierziger Jahren, kam es zu einem erheblichen Wachstum der Zahl der Arbeiter in Fabriken und Manufakturen. Teile der Bevölkerung vom Land wanderten in die Städte, in denen Arbeit vorhanden war. Mit der Industrialisierung wurde die Urbanisierung schwunghaft entwickelt. Durch die Fabrikarbeit ging allerdings die Verbindung zur Natur verloren, und das Leben der Menschen wurde gewaltig verändert. Vor allem die Arbeiter und ihre Familien mit unzureichenden Wohnverhältnissen hatten unter hoher Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit zu lei-

den. Politiker, Pädagogen, Theologen und Ärzte, aber auch fortschrittliche Fabrikanten, die ihre Welt kritisch betrachteten, erkannten die negativen Folgen der Ausweitung der Industrie und der Verstädterung. Die Anlage von Gärten war eine Möglichkeit, den Auswirkungen der Industrialisierung zu begegnen.

Die deutsche Kleingartenbewegung verdankt ihren das Jahrhundert überdauernden Namen allerdings einem anderen Sachverhalt. Circa 50 Jahre nach Gründung des ersten deutschen Kleingartenvereins in Kappeln schlägt die Geburtsstunde der Schreberbewegung in Leipzig. Viele Kleingärtner und Gartenfreunde sowie Laien auf diesem Gebiet ergaben sich bisher allzu oft einem Trugschluss, weil angenommen wurde, Schreber sei der Erfinder der Kleingartenbewegung. Der Leipziger Arzt Dr. med. Daniel Gottlob Moritz Schreber (1808 - 1861), ehemaliger Thomasschüler und später Internist und Orthopäde, der auch erste Vorlesungen als Privatdozent auf orthopädischem Gebiet an der Leipziger Universität hielt, plädierte für gesunde Lebensführung, Körperertüchtigung und sportliche Aktivität sowohl in Räumen als auch im Freien. Seine Wirksamkeit wurde durch viele Schriften, Aufsätze und Bücher untermauert. Er rief auf, Kinderspielplätze anzulegen, um Körperertüchtigung, Spiel und Gymnastik im Freien durchzuführen. Der befreundete Leipziger Pädagoge, Dr. Ernst Innocenz Hauschild (1808 - 1866), greift etwa drei Jahre nach Schrebbers Tod diese Idee auf. Er gründete einen entsprechenden Verein mit dem Ziel, einen großen Spielplatz zu errichten. Der Legende nach schlägt Hauschild vor, den neuen Verein „Schreberverein“ zu nennen. Der erste Schreberplatz der Welt war also eine Spielwiese ohne Garten und er lag in der Nähe der alten Thomasschule in Leipzig hinter dem Johannapark. Die Vereinsgründung wird auf den 10. Mai 1864 datiert. Der pensionierte Lehrer Karl Gesell (1800 - 1879) lässt später am Rande des Spielplatzes sogenannte Kinderbeete anlegen,

aus denen zunächst Familienbeete und später kleine Gärten werden. Karl Gesell geht in die Geschichte der Schrebervereine als „Spielvater“ ein. Der Schreberverein der Westvorstadt, es gab ab 1874 noch weitere Gründungen, musste infolge Kündigung des Pachtvertrages vom Gelände hinter dem Westplatz 1876 weichen und an seinen heutigen Standort hinter der Aachener Straße umziehen. Die nach und nach weiter entstehenden Vereine schlossen sich letztendlich zu einem großen Verband zusammen.

Eine weitere Ursprungslinie der Kleingartenbewegung ist in der Naturheilkundebewegung zu finden. Die Anhänger dieser Richtung gründeten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts allorts in Deutschland Vereine, und sie hatten sich eine gesunde Lebensweise, naturverbunden, zum Ziel gesetzt. Die Naturheilkunde, gestützt auf Licht, Luft, Wasser, Bewegung und gesunde Ernährung hatte ursprünglich nicht die Absicht der Kleingartenbewegung, aber im Laufe der Zeit kam es auch hier zur Verknüpfung, so dass letztendlich eine Verbindung zwischen Naturheilkunde und Kleingartenwirtschaft resultierte.

Während sich also die Schrebervereine ursprünglich als Erziehungsvereine verstanden, waren die Naturheilvereine vorwiegend der naturgemäßen Lebensweise verbunden. Insbesondere in den Schrebervereinen gab es einen Spielausschuss, eine Spielleitung und auch einen Gartenausschuss sowie weitere Ausschüsse. Sommerfest und Weihnachtsfeier gehörten zu den besonderen Höhepunkten des Vereinslebens. Gemeinnützige Arbeit und Gartenwettbewerbe bereicherten die Gedanken einer Zusammengehörigkeit. Die Vereine hatten und haben einen zentralen Spielplatz mit Geräteschuppen und Vereinskantine. In der Kantine ist ein Versammlungs- und Vortragsraum meist vorhanden. Um den zentral gelegenen Spielplatz mit Sandkasten und Turnfläche sowie Turn- und Spielgeräten gliedern sich die Gärten mit Beeten und Bäumen sowie Sträuchern.

Eine weitere Linie mit besonderem Blickpunkt Berlin ist die Laubenkolonistenbewegung. Parzellen mit Lauben und Anbauflächen wurden zu Kolonien. Es bildete sich der Ackerbürger oder auch Laubenkolonist Berlins heraus. 1871 wurde Berlin Hauptstadt des Deutschen Reiches. Durch die bereits erwähnte Industrialisierung strömten Arbeitssuchende vom Land in die Hauptstadt, und zwischen 1880 und 1900 verdoppelte sich die Einwohnerzahl Berlins. Die Berliner Laubenkolonisten, auch „Laubenpieper“ genannt, schlugen häufig ihren Hauptwohnsitz in den Gartenanlagen auf Grund der herrschenden Wohnungsnot und auch aus Kostengründen auf. Mit bescheidenen Mitteln verbesserten sie ihren Lebensunterhalt durch Anbau von Kartoffeln, Obst und Gemüse. Aber auch Blumen und Ziergewächse gehören zum Garteninventar. Gleichfalls entwickelte sich eine weitere Linie aus einer anderen Richtung heraus. Es gab nunmehr in Deutschland auch Gärten der Bergknappen, der Eisenbahnbediensteten, der Fabrikarbeiter und die Gärten der Rot-Kreuz-Bewegung. In Leipzig sind es beispielsweise so große und bedeutende Firmen wie Bleichert oder Krause, die ihren Arbeitern und Betriebsangehörigen Kleingärten verpachten. Der Hintergedanke der getreuen Ergebenheit zum Betrieb blieb dabei nicht aus. Politische Aktivität war nicht erwünscht.

Der Traum von einer Gartenstadt war eine weitere Linie. Arbeiten, leben und wohnen im Grünen ist einer der Gedanken der Menschen des beginnenden 20. Jahrhunderts. Eine der bedeutendsten Gartenstädte in unserem sächsischen Raum ist die Gartenstadt Hellerau bei Dresden. Unter Federführung Alwin Bielefeldts, des Begründers der „Arbeitergärten vom Deutschen Roten Kreuz“, (er war auch erster Vorsitzender des Reichsverbandes der Kleingartenvereine und die Gründung war 1921 in Bremen erfolgt), entwickelte sich das deutsche Kleingartenwesen fort. Eine Unterbrechung musste

durch den Ersten Weltkrieg und seine Folgen hingenommen werden. In der Zeit nach dem Krieg wurde der Gedanke einer europäischen Kleingärtnerorganisation wieder aufgegriffen.

Auch in anderen europäischen Ländern wie Frankreich, England, Luxemburg, Österreich, der Schweiz und in den Niederlanden entwickelte sich die Kleingärtnerbewegung. Am 3. und 4. Oktober 1926 tagte die Konferenz zur Gründung einer internationalen Arbeitsgemeinschaft in Luxemburg. Abbe Lemire (1853 - 1928), der Begründer der französischen Kleingartenbewegung hatte den Vorsitz der Luxemburger Tagung. Zu Vizepräsidenten wurden Förster aus Deutschland, Goernaere aus Belgien sowie Robson aus England gewählt. Es wurde beschlossen, den Namen „Office International des Jardins Ouvriers“ zu führen, was gleichbedeutend Internationaler Verband der Kleingartenorganisation hieß.

Während der Zeit des Dritten Reiches hatte auch die Kleingartenbewegung unter der Gleichschaltung zu leiden.

Nach dem Krieg entwickelte sich das Kleingartenwesen in Deutschland Ost und West unabhängig voneinander fort. Letztendlich durch die Wiedervereinigung kann jetzt die gesamtdeutsche Kleingartentradition und Schreberbewegung erfolgreich fortgesetzt werden. Um noch detaillierteres Wissen zu erhalten, ist ein Besuch des „Deutschen Kleingärtnermuseums“ in Leipzig, der Stätte der Wissensvermittlung, des Erfahrungsaustausches und der Traditionspflege empfehlenswert. Zu hoffen ist, dass auch nachfolgende Generationen den Schrebergedanken aufrechterhalten und ihre Freizeit zur gesunden Lebensführung nutzen. Kleiner Anhang: Der Autor erinnert sich gern seiner Kindheit. Ein Kleingarten im Leipziger Nordosten war vorhanden. Sommers wie auch winters war der Garten ein Erlebnis. Besonders schön war das Ernten von selbst angebauten und gezogenen Tomaten und Gurken, aber auch die Ernte von Äpfeln und Beerenobst. Zum Sommerfest trat die Spielgruppe und die Turmriege auf, und

Limonade für 20 Pfennige und Kleingebäck schmeckten in der Vereinskantine immer genau so gut wie Bockwurst mit Brot. Vierzehntägig fand nachmittags ein gemeinsames Kinderspiel statt. Dazu wurde eigens vom Verein eine Spielleiterin engagiert. Im Sandkasten des Vereins konnte immer gebuddelt werden. Eine Schaukel und eine Wippe waren vorhanden, auch ein kleines Karussell. Eltern mussten um ihre Kinder keine Angst haben. Der besondere Höhepunkt für die Kinder des Vereins war aber die Weihnachtsfeier. Die Spielgruppe der Kinder des Gartenvereins zeigte dann für alle Vereinsmitglieder das Weihnachtsprogramm. Zur Freude aller wurde anschließend vom Weihnachtsmann der Sack geöffnet und kleine Geschenke für alle wurden überreicht. So war im Jahresverlauf der Vereinsgeist immer positiv gestimmt. Dadurch wurden menschliches Miteinander und gleichfalls der Schrebergedanke gefördert.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Dietrich Koch: Das Verhör

Hille Verlag Dresden 2000, 3 Bände ISBN I-932858-38-7

ISBN I-932858-38-7

Der Autor legt einen Bericht über seine Erfahrungen im Umgang mit der Staatssicherheit, in deren Fänge er geraten war, vor. In einem sehr umfangreichen -3-bändigen - Werk (davon ein Band Dokumente) wird dargestellt, wie er insbesondere im Zusammenhang mit der Sprengung der Universitätskirche in Leipzig 1968 und von ihm und anderen organisierten Protesten inhaftiert, verhört und vielfältig drangsaliert wurde. Für den Rezensenten ist dieses Werk außerordentlich eindrucksvoll gewesen, weil selten in der die DDR-Zeit aufarbeitenden politischen Literatur so gründlich recherchiert, so gründlich und leidvoll am eigenen Leibe erlebt, ein Tatsachenbericht über die Praktiken des Versuchs, Menschen zu demütigen, sie psychologisch zu zersetzen und aus ihren sozialen Bezügen zu

entfernen, abgegeben wurde. Das Werk hat medizinischen Bezug insofern, als der Autor – zeitweilig wegen aus beruflichen Konflikten resultierenden depressiven Verstimmungen in psychiatrischer Behandlung gewesen – erleben musste, wie seine gesamte Krankengeschichte der Staatssicherheit verfügbar gemacht wurde und aus dem Wissen Versuche unternommen wurden, ihn zur Aufgabe seiner Haltung, zum Verrat an Partnern zu veranlassen. Psychiatrische Begutachtungen und wunderbare Befundänderungen der begutachteten Ärzte, weil die Stasiinstanzen andere Opportunitäten setzten, lassen das Bild eines Ablaufs entstehen, der aufweist, dass die Psychiatrie mancherorts und in bestimmten Fällen eng mit der Stasi kooperierte, definitiver Psychiatriemissbrauch betrieben wurde. Dieser Tatsachen-

bericht ist kein vordergründig psychiatrische Verhältnisse der DDR thematisierendes Werk. Es zeigt aber auf, dass das System auch die Psychiatrie zu benutzen verstand, wenn es den eigenen Zielen diente. Andererseits stellt Koch auch dar, dass er auch eine psychiatrische Behandlungseinrichtung kennen gelernt hat, die sich ihm förderlich und angemessen zuwendete und in den Konflikten zur Seite stand. Der Rezensent glaubt, dass man dem Phänomen des staatlicher Macht ausgelieferten, zu Unrecht inhaftierten Menschen nicht mit den Mitteln der Statistik nahe kommen kann, sondern dass man sich affizieren lassen muss von einem selbst erlebten und akribisch beschriebenen Einzelschicksal. In diesem Sinne sei dieses Werk dem Leser anempfohlen.

Prof. Dr. Otto Bach, Dresden