

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 5|2001

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung	160
	Aufruf	161
Amtliche Bekanntmachungen	Mitteilung der Bundesärztekammer zur Polio-Eradikation	162
	Grundsätze für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung der Gutachten im Fahrerlaubniswesen	162
Berufspolitik	Arbeitszeit im Krankenhaus – Aktuelle Aspekte Kommentar	164 165
	16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	166
	Gesundheitslotse Sachsen Orientierungshilfe für Patienten und Ärzte	170
Mitteilungen der Geschäftsstelle	11. Sächsischer Ärztetag – 24. Kammerversammlung	172
	Ein historischer Tag	174
	Deutsch-Polnisches Symposium	174
	Seminar für in Arztpraxen tätiges fachfremdes Personal in Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin	175
	Konzerte und Ausstellungen	175
	Impressum	175
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	178
	Abgabe von Vertragsarztsitzen	178
Gesundheitspolitik	Tuberkulose – Meldeversäumnis – Meldepflicht	179
Originalien	Norwalk-like-Viruserkrankungen S. Bigl, D. Kluge, L. Müller, S.-S. Merbecks, L. Monzer, A. Protze	179
	Bedeutung und Eigenschaften des Erregers des „Rinderwahnsinns“ E. Kolb	186
Personalien	Professor Dr. med. habil. Karl-Heinz Straube zum 90. Geburtstag	191
	Professor Dr. med. habil. Rolf Haupt zum 65. Geburtstag	192
	Unsere Jubilare im Juni	193
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Juli 2001	

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

4. April 2001

Einleitend beriet der Vorstand in geschlossener Sitzung über die Besetzung der Planstelle für einen zweiten Juristen im juristischen Geschäftsbereich (Beschluss der Kammerversammlung vom Herbst 2000). Notwendig wurde dies durch kontinuierlichen Arbeitszuwachs im Bereich Berufsrecht. Es ist zu bemerken, dass nicht nur die Zahl der berufsrechtlichen Angelegenheiten steigt, sondern die Rechtsfindung zunehmend schwieriger und dazu eine ständig höhere juristische Fachkompetenz erforderlich wird. Nach Vorgesprächen mit der Geschäftsleitung wurden zwei BewerberInnen zum persönlichen Bewerbungs-, Vorstellungsgespräch in den Vorstand eingeladen.

Im Rahmen der berufspolitischen Diskussion berichtete der Präsident aus der letzten gemeinsamen Sitzung der Vorstände der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Kritisch hinterfragt wurde dabei das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in dem für uns völlig unverständlich das Deutsche Gesundheitswesen als teuer und insuffizient sowie die medizinisch-ärztliche Weiterbildung und Fortbildung als unzureichend dargestellt werden.

Die Aktionswoche in den Neuen Ländern und Berlin hat deutliche politische Wirkung gezeigt, auch wenn die konkreten Ergebnisse noch ausstehen. Wir registrierten im Allgemeinen eine gute, akzeptierende öffentliche Berichterstattung. Es ist wichtig, dass die spezifische „Ost-Problematik“ mit geringerer Arztdichte und höherer Morbidität und anfänglich unterentwickelter ambulanter Psychotherapie sachlich druckvoll dargestellt wurde und auf bundespolitischer Ebene zur Kenntnis genommen werden musste. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer sind sich einig, dass weitere Aktionen folgen müssen. Der Vorstand wird für den kommenden Deutschen Ärztetag einen Antrag bezüglich der „Ostangleichung“ unter Beachtung des Gesetzes der Rechtsangleichung formulieren.

In der Sächsischen Landesärztekammer fand ein Rundtischgespräch mit Herrn Gesundheitsminister Geisler zum Thema der „Ostdefizite“ statt. Im Ergebnis dieser Aussprache wird eine Bundesratsinitiative aller Neuen Länder für eine Leistungs-, Vergütungsanhebung um zunächst 5% für 2002 erwartet.

Trotz dieser sehr öffentlichkeitswirksamen Proteste für die bessere ambulante Versorgung in den Neuen Ländern lassen wir nicht außer Acht, dass auch im stationären Bereich – und hier von vornherein bundesweit gleichermaßen – drohende Schatten in Form von DRG's aufsteigen. Dieses System ist nichts anderes, als der EBM für die kassenärztliche Leistungsabrechnung. Es bringt keinen realen Leistungszuwachs, sondern höheren Abrechnungsaufwand mit personeller Aufstockung im Verwaltungssektor und bei den Kassen, zusätzlicher administrativer Belastung der Krankenhausärzte und hier mit anzunehmender hoher Wahrscheinlichkeit ohne zusätzliche ärztliche Planstellen. Alles mit dem Effekt, dass die Krankenhäuser sehr schnell lernen werden „effektiv“ („besser als die anderen“) zu codieren, um damit die eigene Finanzierung aus dem festgeschriebenen Budget zu sichern. Aber – für alle wird es nicht reichen: Krankenhausbetten und insbesondere Pflegepersonal werden reduziert, Krankenhäuser geschlossen werden. Die Krankenhausbehandlung wird sich bei sinkender Verweildauer auf zwingend notwendige medizinische Leistungen ohne begleitende, geschweige nachfolgende Pflege reduzieren, die Patienten trotz höherer Komplikationsrisiken so früh wie möglich in ambulante Nachsorge entlassen werden. Damit sind wir dann wieder bei der Kostenwippe zwischen stationärem und ambulanten Sektor angelangt und können uns auf kommende Aktionswochen vorbereiten. Trotz allem wird sich der Vorstand auch zu dieser Problematik um Kooperation mit den befassten Gremien bemühen und versuchen, ärztlich-medizinischen Sachverstand einzubringen, um

die ausschließlich ökonomische Wichtung der Leistungsvergütung zu mindern. Neben der rein berufspolitischen Diskussion und Standortbestimmung stehen in fast jeder Vorstandssitzung auch organisatorische Themen auf der Tagesordnung:

■ Es wurden thematische und organisatorische Probleme im Rahmen der Vorbereitung auf die nächste Kammerversammlung am 15. und 16. Juni 2001 und das Deutsch-Polnische Symposium vom 14. bis 16.09.2001 in Kreisau zum Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ besprochen.

■ Wir informierten uns über den Stand der Einführung eines elektronischen Arztausweises. Diesbezüglich möchte sich die Sächsische Landesärztekammer an einem staatlich geförderten Pilotprojekt beteiligen. Für die Sicherung der elektronischen Signatur ist ein Vertragsabschluss mit einem Trustcenter erforderlich. Die Kammer muss dabei keine finanziellen Risiken/Verpflichtungen eingehen. Sie wird lediglich koordinierende Aufgaben übernehmen. Der „Kaufvertrag“ für den Ausweis wird direkt zwischen Arzt und Trust-Center geschlossen werden. Durch einen Passbildaufdruck wird dieser elektronische Arztausweis auch als Sichtausweis verwendbar sein.

■ Der Vorstand spricht sich einmütig für die Beteiligung an einem Sächsischen Patienteninformationssystem aus. Der Konzeptvorschlag sieht eine Telefon-Hotline an „neutralem Ort“ vor, dessen Finanzierung durch Ministerium und Kassen aber nur erfolgt, wenn eine unabhängige Beratung ohne Gefahr des Lobbyismus zugesichert und nicht nur Information bzw. Verweisung angeboten werden.

■ Die Berichte zur laufenden Haushaltsansprachnahme und zum Jahresabschluss 2000 konnten einstimmig angenommen werden: Personalaufwendungen liegen unter dem Plansoll, Betriebskosten wurden gesenkt, Einnahmen durch Beiträge infolge Nachzahlung aus dem zurückliegenden Rechnungsjahr und verbesserter Zahlungsdisziplin liegen über dem Plansoll.

Am 31. März 2001 fand unter Vorsitz des Präsidenten die 16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern statt. Nach Meinung des Vorstandes war diese wiederum gut besuchte informative Veranstaltung eine gut genutzte Gelegenheit für den offenen Meinungs austausch. Der Vorschlag des Ausschusses Senioren, eine Sammlung von ärztlichen Erlebnis- und Tatsachenberichten aus den Nachkriegsjahren 1945-1949 vorzunehmen, fand ungeteilte Zustimmung, und eine Veröffentlichung geeigneter Berichte in

unserem „Ärzteblatt Sachsen“ wird angestrebt.

Leider mussten wir uns auch in dieser Sitzung – gewissermaßen als aktueller Beleg für den Bedarf eines zweiten Juristen – wieder mit berufsrechtlichen Vergehen befassen. Wegen unterbliebener Vorlage der Approbationsurkunde und „chronischen“ Vergehens gegen das Werbeverbot wurden die Einleitung von Ordnungswidrigkeitsverfahren mit Erteilung einer Geldbuße sowie der Abschluss eines Rügeverfahrens mit Erteilung einer

Rüge einstimmig beantragt.

Schließlich hörten wir unter dem Punkt „Verschiedenes“ noch eine kurze, aber deshalb nicht unwichtige und vielleicht auch symptomatische Information zum „Herzklappen-Skandal“: In Sachsen gibt es bisher keine rechtskräftige Verurteilung, sondern nur Verfahreinstellungen.

Dr. med. Lutz Liebscher
Vorstandsmitglied

Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen

Sprecher: Prof. Dr. Martin Link

Boltenhagener Straße 5, 01109 Dresden, Tel. (0351) 8 80 43 18, Fax (0351) 8 80 87 47

Stellvertretende Sprecher:

Dr. Klaus Hamm, Markersdorfer Str.124, 09122 Chemnitz, Tel. (0371) 2 78 04 15, Fax (0371) 2 78 04 10

Dr. Wolfram Strauß, Fichtestr.9, 04275 Leipzig, Tel.(0341) 3 09 54 10, Fax (0341) 3 09 54 30

Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V.

Vorsitzender: Dr. Diethard Sturm

Weinkellerstraße 20, 09337 Hohenstein-Ernstthal, Tel. (03723) 79 63, Fax (03723) 41 11 97

Aktionsbündnis der Psychotherapeutenverbände in Sachsen

Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Hauptstraße 34, 01445 Radebeul, Tel. (0351) 8 30 37 99, Fax (0351) 8 33 97 16

Der Aktionsrat der niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten Ostdeutschlands ruft alle Kolleginnen und Kollegen auf, am 18. Mai die Praxen zu schließen und zum 3. Ostdeutschen Kassenärztetag nach Berlin zu kommen.

Der Druck auf die Politik muss weiter aufrecht erhalten bleiben. So der einhellige Tenor auf der Sitzung des Aktionsrates der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Ostdeutschlands am 19. April in Potsdam. Aus diesem Grund fordert der Aktionsrat alle Kolleginnen und Kollegen in den neuen Ländern und Berlin auf, **am 18. Mai die Praxen zu schließen und zum 3. Ostdeutschen Kassenärztetag nach Berlin zu kommen.**

Die Aktionswoche Ende März, in der im Osten Deutschlands mit vielen Aktivitäten auf die gravierenden Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung aufmerksam gemacht worden war, ist ein großer Erfolg gewesen. Die Öffentlichkeit, die Menschen im Osten, haben erkannt, dass die Politik handeln muss. Sie haben Verständnis für unsere Aktionen gezeigt.

Die Politik kann sich nicht länger mit Scheinargumenten und allein mit Absichtserklärungen aus der Verantwortung nehmen. Es müssen Ergebnisse her! Und das heißt in erster Linie: Endlich einheitliche Finanzmittel für die Patientenversorgung in Ost und West und die

glaubhafte Abschaffung des Arzneimittelkollektivregresses ohne Hintertüren sowie zusätzliche Mittel für den Aufbau der Psychotherapie! Die Zeit der Ausflüchte muss endgültig vorbei sein.

Auf dem 3. Ostdeutschen Kassenärztetag hat die Bundesgesundheitsministerin die beste Möglichkeit zu zeigen, dass es ihr ernst ist, im Osten die Weichen neu zu stellen! Rationierung in der ambulanten Medizin ist kein Schreckgespenst, sondern ist bereits bitterer Alltag, den die Patienten sehr wohl spüren.

Der Aktionsrat appelliert an alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, mit ihrer Teilnahme in Berlin ein eindrucksvolles Zeichen zu setzen. Nur dieser Druck zwingt die Politik zum Handeln. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat ebenso wie Mecklenburg-Vorpommerns Gesundheitsministerin Dr. Martina Bunge, der FDP-Gesundheitsexperte Dr. Dieter Thomae und weitere Vertreter von Bundestagsparteien und aus Länderparlamenten ihre Teilnahme an diesem 3. Ostdeutschen Kassenärztetag zugesagt.

Der 3. Ostdeutsche Kassenärztetag findet am 18. Mai im ICC am Funkturm in Berlin im Rahmen des Hauptstadt kongresses „Medizin und Gesundheit“ statt, Beginn 14 Uhr, Einlass ab 13 Uhr. Kommen Sie zahlreich und bringen Sie Transparente mit eindrucksvollen Losungen mit.

Mitteilung der Bundesärztekammer zur Polio-Eradikation

Das Thema der Polio-Eradikation ist ein großes Anliegen der WHO. Ziel ist ein Verzicht auf die Polio-Schutzimpfung, der jedoch nur dann erfolgen kann, wenn keine Polio-Wildviren mehr zirkulieren. Um zu prüfen, ob das Meldesystem auch funktioniert, ist ein Überwachungssystem auf freiwilliger Basis notwendig. Dies wurde bisher daran geprüft, ob alle Kinder und Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr gemeldet werden, bei denen eine schlaffe Lähmung der Extremitäten aufgetreten ist. Es gibt hierzu eine zentrale Erfassungsstelle beim Niedersächsischen Gesundheitsamt in Hannover, an die alle Fälle bei Verdacht auf Polio-Infektion gemeldet werden sollen. Von dort aus wird innerhalb von zwei Wochen nach Meldung eine virologische Stuhlprobe beim Robert-Koch-Institut veranlasst. Dieses Meldesystem besteht seit 1997; es wurde allerdings viel zu selten genutzt.

Daher sah sich Herr Prof. Dr. Windorfer als Vorsitzender der Nationalen Kommission für die Polio-Eradikation in der Bundesrepublik Deutschland veranlasst, die Präsidenten der Landesärztekammern auf diese Problematik hinzuweisen.

Fazit: Das Projekt der WHO zur Polio-Eradikation ist zu begrüßen. Es wäre erfreulich, wenn das Meldeverhalten in Deutschland genauso gut ausgeprägt wäre

wie in den Nachbarländern, damit Europa als „polio-frei“ eingestuft werden kann.

Problematisch erschien der Bundesärztekammer, dass der Arzt auf Grund des seit 01. Januar 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetzes nun zweimal den Verdacht auf eine Polio-Infektion melden muss: Zum einen an das Robert-Koch-Institut, zum anderen an die Nationale Kommission für die Polio-Eradikation. Diese Bedenken seitens der Bundesärztekammer wurden Herrn Prof. Dr. Windorfer gegenüber geäußert mit der Bitte, hier eine pragmatische Lösung gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erarbeiten.

Die Nationale Kommission für die Polio-Eradikation hat sich mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf folgendes Vorgehen geeinigt:

Um für den Arzt, der AFP-Fälle (AFP = Acute Flaccid Paralysis) bei Kindern und Jugendlichen an die Nationale Kommission für die Polio-Eradikation melden soll, die Belastung von zweifach Meldungen zu vermeiden, werden von der Nationalen Kommission (Geschäftsstelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt) neue Meldebögen mit Durchschlagverfahren an die Kliniken verteilt. Die aus-

gefüllten Meldebögen werden dann nicht mehr an die Nationale Kommission gesandt, sondern ausschließlich an das kommunale Gesundheitsamt. Der Durchschlag, der keinen Patientennamen enthält, wird dann vom zuständigen Gesundheitsamt an die Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polio-Eradikation in der Bundesrepublik Deutschland in Hannover weitergeleitet.

Damit hat der Arzt seine Meldepflicht nach dem IfSG sowie auch nach den Erfordernissen der AFP-Surveillance im Zusammenhang mit dem Projekt Polio-Eradikation genüge getan.

Bei allen Altersstufen dient die Meldepflicht der Erfassung von Poliomyelitis-Verdachtsfällen. Bis zum 15. Lebensjahr besteht dabei eine besondere Bedeutung der Erfassung aller nicht traumatisch bedingter schlaffen Lähmungen (AFP-Surveillance). Bei allen Personen jenseits des 15. Lebensjahres sollen nur Personen mit Poliomyelitis-Verdacht gemeldet werden, das heißt bei denen andere Erkrankungen wie Guillaume-Barré-Syndrom, Myelitis transversa, akuter Schlaganfall ausgeschlossen sind.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Grundsätze für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung der Gutachten im Fahrerlaubniswesen

Das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit teilt uns mit, dass es Probleme bei der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften bei der Durchführung von Untersuchungen und der Erstellung der Gutachten im Fahrerlaubniswesen gibt. Im gesamten Spektrum der Beurteilung der Kraftfahrereignung sind Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation, Ärz-

te des Gesundheitsamtes oder der öffentlichen Verwaltung, Arbeitsmediziner, Betriebsmediziner, Augenärzte sowie Ärzte der Begutachtungsstellen für Fahreignung tätig. Gleichgültig, um welche Art der Begutachtung es sich handelt (z.B. körperliche Mängel, Alkoholabhängigkeit, Zweifel am Sehvermögen oder medizinisch-psychologische Begutachtung) und

welcher Arzt die Begutachtung durchführt, sind die Untersuchung und die Erstellung der Gutachten immer nach den Vorschriften der Anlage 15 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) durchzuführen. Diese Vorschriften sind für jeden ärztlichen Gutachter zwingendes Recht. Sie sind veröffentlicht im Bundesgesetzblatt 1998 Teil I, Seite 2214 ff.

Diese Vorschriften bezwecken zunächst einmal, dass keine sogenannten „Dreizeiler“ über fahreignungsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigungen erstellt werden. Darüber hinaus dienen diese Vorschriften der Straßenverkehrssicherheit. Denn nur wenn die in der Anlage 15 FeV genannten Kriterien eingehalten sind, ist es nachvollziehbar, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung eine Relevanz zur Kraftfahreignung aufweist. Anderenfalls kann ein Gutachten keine Entscheidungshilfe für die Fahrerlaubnisbehörde sein. Sofern also die Vorschriften der Anlage 15 FeV bei der Begutachtung nicht eingehalten sind, wären die Fahrerlaubnisbehörden gezwungen, entsprechende Gutachten zurückzuweisen.

Im Folgenden die Grundsätze für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung der Gutachten:

Grundsätze für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung der Gutachten

Anlage 15 FeV 2.1 (zu § 11 Abs. 5)

1. Die Untersuchung ist unter Beachtung folgender Grundsätze durchzuführen:

- a) Die Untersuchung ist anlassbezogen und unter Verwendung der von der Fahrerlaubnisbehörde zugesandten Unterlagen über den Betroffenen vorzunehmen. Der Gutachter hat sich an die durch die Fahrerlaubnisbehörde vorgegebene Fragestellung zu halten.
- b) Gegenstand der Untersuchung sind nicht die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen, sondern nur solche Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die für die Kraftfahreignung von Bedeutung sind (Relevanz zur Kraftfahreignung).
- c) Die Untersuchung darf nur nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommen werden.
- d) Vor der Untersuchung hat der Gutachter den Betroffenen über Gegenstand und

Zweck der Untersuchung aufzuklären.

e) Über die Untersuchung sind Aufzeichnungen anzufertigen.

f) In den Fällen der §§ 13 und 14 ist Gegenstand der Untersuchung auch das voraussichtliche künftige Verhalten des Betroffenen, insbesondere ob zu erwarten ist, dass er nicht oder nicht mehr ein Kraftfahrzeug unter Einfluss von Alkohol oder Betäubungsmitteln/Arzneimitteln führen wird. Hat Abhängigkeit von Alkohol oder Betäubungsmitteln/Arzneimitteln vorgelegen, muss sich die Untersuchung darauf erstrecken, dass die Abhängigkeit nicht mehr besteht. Bei Alkoholmissbrauch, ohne dass Abhängigkeit vorhanden war oder ist, muss sich die Untersuchung darauf erstrecken, ob der Betroffene den Konsum von Alkohol einerseits und das Führen von Kraftfahrzeugen im Straßenverkehr andererseits zuverlässig voneinander trennen kann. Dem Betroffenen kann die Fahrerlaubnis nur dann erteilt werden, wenn sich bei ihm ein grundlegender Wandel in seiner Einstellung zum Führen von Kraftfahrzeugen unter Einfluss von Alkohol oder Betäubungsmitteln/Arzneimitteln vollzogen hat. Es müssen zum Zeitpunkt der Erteilung der Fahrerlaubnis Bedingungen vorhanden sein, die zukünftig einen Rückfall als unwahrscheinlich erscheinen lassen. Das Gutachten kann empfehlen, dass durch geeignete und angemessene Auflagen später überprüft wird, ob sich die günstige Prognose bestätigt. Das Gutachten kann auch geeignete Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung empfehlen.

g) In den Fällen des § 2a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 5 oder des § 4 Abs. 10 Satz 3 des Straßenverkehrsgesetzes oder des § 11 Abs. 3 Nr. 4 oder 5 dieser Verordnung ist Gegenstand der Untersuchung auch das voraussichtliche künftige Verhalten des Betroffenen, ob zu erwarten ist, dass er nicht mehr erheblich oder nicht mehr wiederholt gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen oder gegen Strafgesetze verstoßen wird. Es sind die Bestimmungen von Buchstabe f Satz 4 bis 7 entsprechend anzuwenden.

2. Das Gutachten ist unter Beachtung folgender Grundsätze zu erstellen:

a) Das Gutachten muss in allgemeinverständlicher Sprache abgefasst sowie nachvollziehbar und nachprüfbar sein. Die Nachvollziehbarkeit betrifft die logische Ordnung (Schlüssigkeit) des Gutachtens. Sie erfordert die Wiedergabe aller wesentlichen Befunde und die Darstellung der zur Beurteilung führenden Schlussfolgerungen. Die Nachprüfbarkeit betrifft die Wissenschaftlichkeit der Begutachtung. Sie erfordert, dass die Untersuchungsverfahren, die zu den Befunden geführt haben, angegeben und, soweit die Schlussfolgerungen auf Forschungsergebnisse gestützt sind, die Quellen genannt werden. Das Gutachten braucht aber nicht im einzelnen die wissenschaftlichen Grundlagen für die Erhebung und Interpretation der Befunde wiederzugeben.

b) Das Gutachten muss in allen wesentlichen Punkten insbesondere im Hinblick auf die gestellten Fragen (§ 11 Abs. 6) vollständig sein. Der Umfang eines Gutachtens richtet sich nach der Befundlage. Bei eindeutiger Befundlage wird das Gutachten knapper, bei komplizierter Befundlage ausführlicher erstattet.

c) Im Gutachten muss dargestellt und unterschieden werden zwischen der Vorgesichte und dem gegenwärtigen Befund.

3. Die medizinisch-psychologische Untersuchung kann unter Hinzuziehung eines beeidigten oder öffentlich bestellten oder vereidigten Dolmetschers oder Übersetzers, der von der Begutachtungsstelle für Fahreignung bestellt wird, durchgeführt werden. Die Kosten trägt der Betroffene.

4. Wer eine Person in einem Kurs zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung oder in einem Aufbauseminar betreut, betreut hat oder voraussichtlich betreuen wird, darf diese Person nicht untersuchen oder begutachten.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Arbeitszeit im Krankenhaus – Aktuelle Aspekte

Bundesweit verstößt heute noch ein erheblicher Teil der deutschen Krankenhäuser gegen grundlegende Regeln des Arbeitszeitgesetzes, das seit dem 1. Januar 1996 auch im Gesundheitswesen angewendet werden soll (Bundesärztekammer, Marburger Bund). Aus unseren Erfahrungen trifft das leider auch auf die sächsischen Krankenhäuser zu.

Der Kostendruck, der durch die gedeckelten Krankenhausbudgets auf den Krankenhausträgern ruht, wird in vollem Umfang an die ÄrztInnen weitergegeben. Vielfach müssen unbezahlte Überstunden geleistet werden und Freizeitausgleich nach Bereitschaftsdiensten darf nicht in Anspruch genommen werden. Jährlich werden in den Krankenhäusern der Bundesrepublik ca. 50 Millionen unentgeltlich geleistete Überstunden registriert, die weder aufgeschrieben werden dürfen noch bezahlt werden. Es wird von ca. 2 Milliarden DM/Jahr ausgegangen, die damit den Krankenkassen und dem Staat geschenkt werden (Marburger Bund, Deutsche Krankenhausgesellschaft).

Oftmals haben die Krankenhausärzte bei der Durchsetzung berechtigter arbeitsrechtlicher Interessen (Abbau von Überstunden oder deren Vergütung) die Chefärzte nicht hinter sich. „Leitende Ärzte, die selbst mit einer hohen Zahl von Überstunden groß geworden sind, setzen unbegrenzt einsetzbare Mitarbeiter voraus. Bedauerlicherweise hat die Gruppe der Chefärzte das wenigste Verständnis für die Belange ihres eigenen Berufsstandes“ kommentiert Dr. Günter Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, diesen Zustand. Die hohe Arbeitsbelastung gerade der jungen Assistenzärzte ist bekannt: „Die derzeitige Arbeitsgestaltung in den Krankenhäusern trägt den Arbeitsschutzvorschriften vor allem für Ärzte, die sich in der Weiterbildung befinden, nicht annähernd Rechnung“ und „Oftmals teilen sich zwei bis drei Kolleginnen und Kollegen eine Planstelle, beziehen anteilig das Gehalt, arbeiten tatsächlich aber Vollzeit“ (Prof. Dr. Jörg Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer).

Befristete Arbeitsverträge, Angst vor Arbeitslosigkeit, vor Repressalien durch die Vorgesetzten und schlechten Zeugnissen, aber auch die Sorgfaltspflicht gegenüber ihren Patienten und der Wunsch nach Erfüllung der geforderten Weiterbildungsinhalte hält vor allem die jungen Assistenzärzte davon ab, sich gegen die enorme Arbeitsüberlastung zu wehren. Kontrollen zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes gibt es nicht oder die zuständigen Aufsichtsbehörden werden nur bei konkreten Hinweisen tätig. Von der Umsetzung der Forderung des Arbeitsministers Walter Riester „Der Schutz des Krankenhauspersonals vor Überbeanspruchung kommt auch dem Patienten zugute. Die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen liegt deshalb letztlich auch im Interesse der Krankenhausträger als Arbeitgeber“ sind auch viele sächsische Krankenhäuser weit entfernt.

Dabei zeigen verschiedene, individuell entwickelte Arbeitszeitmodelle besonders in Kliniken der alten Bundesländer, durchaus akzeptable Möglichkeiten zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes für die Krankenhausärzte. Hierbei ist es allerdings notwendig, dass die Krankenhausbelegschaft einschließlich der Chefärzte und die Krankenhausträger gemeinsam an einer Lösung arbeiten. Durch eine elektronische Arbeitszeiterfassung und die Schaffung von Arbeitszeitkonten (Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn) oder die Einführung von flexibleren Arbeitszeiten und Schichtarbeit sowie Jobsharing und Teilzeitarbeit (Innere Klinik der Städtischen Kliniken Hildesheim, St. Vincenz Hospital Coesfeld) lassen sich ein Teil der Überstunden abbauen. Eine bloße Veränderung der Arbeitszeiten löst aber das grundsätzliche Personalproblem in den Krankenhäusern nicht. Das Rationalisierungspotential beim Personal ist erschöpft. Das bestätigt auch ein in Nordrhein-Westfalen durchgeführtes Modellprojekt „Beschäftigungswirksame und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus“ in 282 Krankenhäusern. Aktuell hat der Europäische Gerichtshof

(EuGH) am 3.10.2000 in seinem Urteil festgestellt, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst, den Ärzte in Form von persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung leisten, insgesamt als Arbeitszeit und ggf. als Überstunden anzusehen ist. Beim Bereitschaftsdienst in Form von Rufbereitschaft ist nur die Zeit, die für die tatsächliche Erbringung von Leistungen aufgewandt wird als Arbeitszeit anzusehen. Damit ist nun erstmalig europaweit die Chance gekommen, dem zunehmenden Missbrauch der Arbeitskraft „Krankenhausarzt“ energisch entgegenzutreten. Momentan bereitet die Bundesregierung eine Entscheidung vor, wie das EuGH-Urteil auf die deutschen Krankenhäuser anzuwenden ist. Auch die Europäische Kommission plant für das Frühjahr 2001 ein Treffen, um die Konsequenzen dieses Urteils für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zu diskutieren.

In einer im Januar 2001 durchgeführten Umfrage des Marburger Bundes in Nordrhein-Westfalen/Pfalz/Rheinland stimmten 88% der Mitglieder für die Umsetzung des EuGH-Urteils.

Die Offenlegung des Missbrauchs der Arbeitskraft Krankenhausarzt ist auch deshalb dringend notwendig, weil die Berechnung der für das Jahr 2003 geplanten Einführung der DRG's (Diagnosis Related Groups) auf der Grundlage der repräsentativen Leistungsdaten, der Personal- und Sachkosten im Jahr 2001 erfolgen soll. In diese Berechnungen müssen aber alle Kosten, also auch die tatsächlich geleistete Arbeitszeit der Krankenhausärzte sowie die Auswirkungen des EuGH-Urteils (Anrechnung der Bereitschaftszeit als Arbeitszeit) einfließen. Nur so sind realistische Kalkulationen zur Berechnung der DRG'S zu erreichen, fordern die Bundesärztekammer, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und der Marburger Bund. Schon allein für die Umsetzung des EuGH-Urteils ist laut Marburger Bund ein Mehrbedarf von ca. 15.000 Arzt-Planstellen realistisch.

Fazit:

Junge Ärzte haben große Probleme, ihre Arbeitsüberlastung aufgrund fehlender Lobby gegenüber den Chefärzten und der Krankenhausverwaltung zu thematisieren. Wir als Ausschuss Junge Ärzte wollen stellvertretend für unsere Kollegen das Thema aufgreifen und hiermit

an unsere Chefärzte appellieren, die Interessen ihrer Mitarbeiter, besonders von uns jungen Ärzten, gegenüber den Krankenhausträgern zu vertreten. In diesem Zusammenhang ist „das Luxemburger Urteil eine gute Gelegenheit, die Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern nachhaltig zu ver-

bessern“ (Lutz Hammerschlag, Marburger Bund).

Wir fordern auch die zuständigen Aufsichtsbehörden auf, ihrer Aufgabe zur Kontrolle der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes nachzukommen.

Ausschuss Junge Ärzte

Kommentar

Die Einnahmen der Krankenhäuser unterliegen seit 1993 einer Budgetdeckelung mit begrenzten pauschalen Steigerungsraten. Das zu gering bemessene Krankenhausbudget ist das Hauptproblem der jetzigen Situation im Krankenhaus mit Personaldefizit. Aus Kostenersparnisgründen wird immer mehr ärztliches Personal reduziert, mit der Folge der Arbeitsüberlastung jedes einzelnen Krankenhausarztes. Ein unaufschiebbarer Handlungs- und Vollzugsdruck lastet deshalb seit über sieben Jahren auf der Politik, dem Gesetzgeber, den Krankenkassen und den öffentlichen Arbeitgebern.

Seit dem 1. Januar 1996 gilt das „Gesetz zur Vereinheitlichung und Flexibilisierung des Arbeitszeitrechts“ auch im Krankenhaus. Die werktägliche Arbeitszeit, auch der Ärzte im Krankenhaus, darf acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von 6 Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden (Paragraph 3 Arbeitszeitgesetz). Daraus ergibt sich eine höchst zulässige wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden beziehungsweise bei Verlängerung auf 10 h und späterem Ausgleich von 60 Stunden. Die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen liegt im Interesse aller Arbeitnehmer im Krankenhaus und auch im Interesse der Krankenhausträger als Arbeitgeber. Die Realität sieht auch heute noch anders aus. Ruhezeiten werden nicht eingehalten, Überstunden nicht in Freizeit abgegolten und auch meistens nicht bezahlt. Davon betroffen sind der

Arzt im Praktikum, der junge Arzt in Weiterbildung, der erfahrene Facharzt und auch der Oberarzt. Der 103. Deutsche Ärztetag hat deshalb die Krankenhausträger, Verwaltungsdirektoren und Chefärzte aufgefordert, stärker differenzierende Arbeitszeitmodelle (Wochen-/Monats-Turnusteilzeit, Altersteilzeit etc.) in den Abteilungen der Krankenhäuser einzuführen.

Am 3. Oktober 2000 hat der Europäische Gerichtshof mit seinem Urteil zu Arbeitszeiten von Krankenhausärzten auch die deutsche Krankenhausszene aktiviert. Im Gegensatz zum deutschen Arbeitszeitgesetz, das den Bereitschaftsdienst von Klinikärzten als Ruhezeit definiert, legen die Richter fest: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Europa verbietet damit den übermüdeten Arzt im Krankenhaus. Nach den Richtlinien müssen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union Maßnahmen treffen, damit jedem Arbeitnehmer innerhalb eines 24 Stunden-Zeitraumes eine Mindestruhezeit von elf zusammenhängenden Stunden gewährt wird (Artikel 3). Wichtig ist auch, dass die durchschnittliche Arbeitszeit je Siebentageszeitraum 48 Stunden einschließlich der Überstunden nicht überschreiten darf (Artikel 6). Die Regelung gilt auch für Ärzte in Weiterbildung und erfordert krankenhausspezifische Arbeitszeitregelungen sowie Änderungen des Bundesangestellten-Tarifvertrages. Eine rechtskonforme Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 3. Oktober 2000 kann nur durch eine wesentlich größere Zahl von Krankenhausärzten ermöglicht werden. Das Luxemburger Urteil ist die Gelegenheit, die Arbeitsbe-

dingungen für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern. Deshalb müssen jetzt die gesetzlichen Voraussetzungen zur Finanzierung dieser zusätzlichen Personalkosten im gedeckelten Krankenhausbudget geschaffen werden. Zusätzlich müssen bei den Kalkulationen der DRG's weitere notwendige Stellen von Ärzten und medizinischem Dokumentationspersonal berücksichtigt werden.

Die vom „Ausschuss Junge Ärzte“ angesprochene Ausbeutung ihrer Arbeitskraft war bereits Thema des 103. Deutschen Ärztetages. Die Teilnehmer forderten im Mai 2000 die Krankenhausträger, Verwaltungsdirektoren, Chefärzte sowie die Aufsichtsbehörde der Länder auf, den Missbrauch der Abhängigkeit insbesondere junger angestellter Ärztinnen und Ärzte durch Ausbeutung ihrer Arbeitskraft zu unterbinden. Im niedergelassenen Bereich wurden die Ärzte aufgefordert, ihre angestellten ärztlichen Mitarbeiter angemessen zu vergüten und die gesetzlich festgelegten Arbeitszeiten der Assistenzärztin und Assistenzärzte einzuhalten. Den Ärztekammern wurden vom 103. Ärztetag empfohlen, eine Vertrauensperson/Ombudsperson zu bestellen, die unter Einhaltung der Verschwiegenheit den Hilfe suchenden Assistenzärztinnen und der Assistenzärzte zur Verfügung stehen. Befristete Arbeitsverträge, Erfüllung der in der Weiterbildungsordnung geforderten Leistungen, vorwiegend außerhalb der regulären Arbeitszeit, und Reduzierung der Arztstellen wegen Steigerung des Kostendrucks durch Budgetierung, führen auch weiterhin bei vielen jungen Ärztinnen und Ärzten zu einer extrem

hohen Arbeitsbelastung und unbezahlten Überstunden. Auch der niedergelassene Arzt arbeitet wöchentlich durchschnittlich 60 bis 70 Stunden.

Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen kommt im Band 2 seines Gutachtens 2000/2001 zu der Schlussfolgerung „im Interesse der Patientensicherheit und effektiven Weiterbildung ist es dringend erforderlich, die Betreuung und Supervision von

Weiterbildungsassistenten, insbesondere von Ärzten im Praktikum, zu verbessern und Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeit zu treffen“. Ein Schwerpunkt der Beratungen des 104. Deutschen Ärztetages ist erneut die Situation von jungen Ärztinnen und Ärzten. In Ludwigshafen wird diesem wichtigen und in der Öffentlichkeit zu wenig beachteten Thema ein eigener Tagesordnungspunkt gewidmet.

Das Anliegen des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer ist es, durch Interventionen bei der Rot-Grünen Regierung, bei den verantwortlichen Krankenhausträgern und den Verwaltungsdirektoren, die Überlastung junger Ärzte zu vermeiden und die Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft zu unterbinden.

Im Namen des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Prof. Dr. med. Winfried Klug

16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
31. März 2001

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, zur Teilnahme an der 16. Tagung waren 23 der gewählten Vorsitzenden der 28 sächsischen Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammern und Gäste gefolgt. Der Präsident begrüßte herzlich alle Anwesenden und insbesondere die Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens, Herrn Dr. Johannes Baumann, Vorsitzender der Bezirksstelle Dresden, Herrn Dr. Ing. habil. Bernd Irrgang, Geschäftsführer der Bezirksstelle und Herrn Dr. Klaus Heckemann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Bezirksstelle Dresden. Herr Prof. Dr. Jan Schulze interpretierte am Beginn der Tagung die neue Gesundheitspolitik und referierte über die aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage in der Bundesrepublik Deutschland und insbesondere im Freistaat Sachsen. Erste Ergebnisse der Aktionswoche vom 26. bis 30. März 2001 der ostdeutschen niedergelassenen Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten sind:

- Die Initiatoren der zweiten Aktionswoche haben es verstanden, die verschiedenen medizinischen Gruppen zu einer gemeinsamen Aktion zusammenzuführen.
- Die Patientenschaft hat sehr genau begriffen worum es den Ärzten in den neuen Bundesländern geht: Das Gesundheitssystem läuft hin auf ein Zweiklassensys-

tem. Die Kritik der Patientinnen äußert sich an der Gesundheitspolitik der Rot-Grün-Koalitionen. Ein weiteres Aufklappen des Spaltes der Sozialmauer West/Ost kann nicht zugelassen werden.

- Die Medien haben jetzt begriffen, dass es den Ärzten nicht um mehr Geld geht. Wir brauchen höhere Pro-Kopf-Pauschale für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt nur 77 Prozent der finanziellen Mittel im Vergleich zum Westniveau für die ambulante Versorgung der ostdeutschen Bevölkerung zur Verfügung. Außerdem ist die Morbidität in Ostdeutschland deutlich höher.

- Eine gewachsene Gesprächsbereitschaft der Gesundheitspolitiker auf Bundesebene und im Freistaat Sachsen ist erkennbar.

- Herr Sozialminister Dr. Hans Geisler hat eine Initiative vorbereitet, um eine Steigerung des Budgets um fünf Prozent im Bundesrat zu initiieren.

- Sicher auch auf Druck der Aktionswochen der Ärzteschaft erfolgte am 26. März 2001 ein Gespräch des Aktionsrates der Aktionswoche mit der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin.

- Bei dem Rundtischgespräch am 27. März 2001 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer unter der Beteiligung der Kassen, der Politik, der Körperschaften und der einladenden Ver-

bänden, wurden die Forderungen des Aktionsrates eindeutig dargestellt:

Ablösung des Arzneimittelbudgets durch individuelle Richtgrößen und Angleichung der finanziellen Mittel an das Westniveau.

- Auf allen Ebenen von den Patienten über die Initiatoren der Aktionswoche hin zu den Kassen und der Politik ist Bewegung zu sehen. Die aktuelle Stunde zur Gesundheitspolitik im Deutschen Bundestag am 28. März 2001 auf Initiative von FDP und PDS hat die Themen der Aktionswoche wiedergespiegelt. Der jetzigen Regierung ist es klar, dass die Gesundheitspolitik und Sozialpolitik wahlentscheidend sein können. Die Politik wird nur dann Ruhe im Wahlkampf 2002 haben, wenn die Forderungen der Ärzte erfüllt sind.

Einführung neuer Vergütungs- und Abrechnungssysteme sowie aktuelle Probleme und Schwerpunkte der Selbstverwaltung waren die Arbeitsthemen der in **Kurzfassungen** wiedergegebenen **Vorträge**.

Diagnosis Related Groups, Systematik und Fragen der Codierung

Dr. Wolf-Dietrich Kirsch
Alterspräsident der Kammerversammlung
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus

Der Vortrag wird im Heft 7/2001 „Ärzteblatt Sachsen“ als Artikel publiziert.

EBM 2000 plus

Dr. Klaus Heckemann

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Der Entwurf des neuen „EBM 200 plus“ in der Fassung vom 10. November 2000 überzeugt auf den ersten Blick durch eine übersichtliche Gliederung in:

- Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen,
- arztgruppenspezifische Leistungen, unterteilt in den hausärztlichen und den nach Fachgebieten gegliederten fachärztlichen Versorgungsbereich,
- arztgruppenübergreifende qualifikationsgebundene und spezielle Leistungen,
- Pauschalerstattungen.

Unterstützt wird dieser Eindruck von durchaus bis zu einem gewissen Grade nachvollziehbaren Kalkulationsansätzen für die differenziert gewerteten eigentlichen ärztlichen Leistungen, die sogenannten „technische“ Leistungen (Personal-, Raum-, Gerätekosten und anderes mehr) sowie Pauschalerstattungen.

Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch Probleme. Es offenbaren sich offensichtliche Lücken im Entwurf, wenn man weitere erklärte Ziele des EBM-Entwurfs in seine Wertung einbezieht:

- Regelung einer besseren Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten,
- qualitätsorientierte Vergütung bei Behandlungen, für die es anerkannte Leitlinien gibt,
- Schaffung wirtschaftlicher Praxisstrukturen,
- Bewertung kostenintensiver Leistungen auf der Grundlage einer wirtschaftlichen Auslastung (Großgeräte),
- einheitliche Qualitäts- und Vergütungskriterien für Krankenhäuser und Vertragsärzte bei ambulant-operativen und stationärsersetzenden Leistungen.

Entsprechende Ausführungen oder sogar konkrete Maßnahmen hierzu findet man nur ansatzweise oder gar nicht.

All diese Einschränkungen sind jedoch gegenüber der obersten Prämisse des EBM 2000 plus, der zumindest vorerst

unbedingt zu gewährleistenden strikten Kostenneutralität, zu vernachlässigen. Limitierte Fonds und nichts anderes bedeutet Kostenneutralität, bedeuten ein limitiertes Leistungsangebot und damit eine begrenzte ärztliche Vergütung, dass heißt einen EBM als Instrument der Mangelverwaltung und Rationierung. Hierbei sollen die Mengenbegrenzungen grundsätzlich nicht im EBM, sondern ausschließlich im Honorar-Verteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen Vereinigung geregelt werden, die damit gegenüber dem einzelnen Arzt die volle Verantwortung für die Auswirkungen des neuen EBM zu tragen hat.

Zumindest in den neuen Bundesländern wird für die über das sogenannte „Punktzahl-grenzvolumen“ hinausgehenden Leis-

tungen voraussichtlich überhaupt kein Geld mehr vorhanden sein. Das bedeutet in letzter Konsequenz gegenüber dem bisherigen Honorierungssystem drei wesentliche Änderungen:

1. Auch die bisher unbudgetierten Arztgruppen werden de facto budgetiert.
2. Die Budgets sind weiterhin fallzahlabhängig. Alle Fälle über der Durchschnittszahl der Arztgruppe werden jedoch überhaupt nicht mehr honoriert.
3. Anders kann es nur aussehen, wenn von der Geschäftsgrundlage Punktwert gleich 10 Pfennige für das Punktzahl-grenzvolumen abgewichen wird. Wo ist dann aber noch die als Basis des EBM genommene „betriebswirtschaftliche Vollkostenkalkulation“?

Integrierte Versorgung/Netze

Dr.-Ing. habil. Bernd Irrgang, Geschäftsführer der KVS, Bezirksstelle Dresden Nach Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung durch Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen könnten nunmehr prinzipiell Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen werden. Aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen enthält die Rahmenvereinbarung jedoch eine Reihe sehr schwer umzusetzender Vorgaben, die berechtigte Zweifel aufkommen lassen, ob mit derartig stringenten Vorgaben eine sektorenübergreifende medizinische Versorgung gelingen kann. Für Ärzte als Mitglieder von Praxisnetzen gilt unter anderem, dass der Praxisverbund eine vertragsfähige Rechtsform aufweisen muss. Die teilnehmenden Ärzte werden zu einer durchgehenden Dokumentationsführung und zur Nutzung des elektronischen Informationsaustausches verpflichtet. Ihre Vergütung erfolgt versichertenbezogen. Dies bedeutet, dass das für die Versorgung der einbezogenen Versicherten benötigte Finanzvolumen durch komplizierte Berechnungen, die die spezifische Morbidität der Versichertengruppe berücksichtigen, aus der für alle Ärzte zur Verfügung stehenden Vergütungssumme herausgelöst wird. Die eingeschriebenen Patienten können sich jedoch nach wie vor auch an außenstehende Nicht-Netzärzte wenden, deren medizinische Leistung ist jedoch aus dem Netzbudget zu finanzieren. Mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung kann das Netz auch die Berechtigung erhalten, ärztliche Leistungen von Nicht-Netzärzten einzukaufen. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung haften für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigung zur Begleichung von Vergütungsansprüchen der Nicht-Netzärzte. Ein Beitrittsrecht von Nicht-Netzärzten zum Netz ist ausgeschlossen, wenn die vertraglich zu vereinbarenden Höchstzahl von Netzärzten erreicht ist.

Für Versicherte besteht ein uneingeschränktes Wahlrecht zwischen integrierter und



Dr.-Ing. habil. Bernd Irrgang, Dr. Johannes Baumann, Dr. Klaus Heckemann, Frau Dr. Verena Diefenbach, Prof. Dr. Jan Schulze, Prof. Dr. Otto Bach (v. li. n. re.)

nicht integrierter Versorgung. Bei Wahl der integrierten Versorgung besteht jedoch eine Einschreibepflicht bei der Krankenkasse. Die Beitritte und Austritte von Patienten sind zu jedem Quartalswechsel möglich, der daraus folgende bürokratische Aufwand ist nicht absehbar. In den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sind Netzberater tätig, die angehende und bereits tätige Praxisnetze tatkräftig unterstützen. Interessierte Ärzte werden auf eine **Weiterbildungsveranstaltung** in der Sächsischen Landesärztekammer hingewiesen, die am **22. Mai 2001** das Thema „**Chancen und Risiken von ärztlichen Kooperationen**“ behandeln wird.

Neue Medien

Dr. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin
Unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie werden seit Mitte 1999 Modellprojekte zur Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen entwickelt. Für den verschlüsselten Zugang der ärztlichen Teilnehmer am Modellprogramm ist die Einführung einer elektronischen Signaturkarte erforderlich. Für die Sächsische Landesärztekammer besteht die Aufgabe darin, ein Verfahren für die Zertifizierung der beteiligten Ärzte vorzubereiten und als Modellprojekt verwaltungsmäßig einzuführen.

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Prof. Dr. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses
ärztliche Weiterbildung

Nach umfangreichen Diskussionen in den Weiterbildungs-Gremien der Bundesärztekammer und in den 17 Landesärztekammern wird dem 104. Deutschen Ärztetag im Mai 2001 in Ludwigshafen eine vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Fassung des Paragraphenteils der Muster-Weiterbildungsordnung vorgelegt werden. Erfreulicherweise ist die Zielstellung der Novellierung (Deregulierung, Transparenz und Praktikabilität) für den ersten Teil, den sogenannten Paragraphenteil, aus unserer Sicht erreicht worden. Der Abschluss der Weiterbildung führt zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung in einem Gebiet, zur Bereichsbezeichnung oder zu einem Befähigungsnachweis. Wer innerhalb eines Gebietes die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und in einer Prüfung die dadurch erforderliche Facharztkompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Facharztbezeichnung. Analoges gilt für die Schwerpunktweiterbildung. Neu eingeführt wird der Befähigungsnachweis. Er bestätigt Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Gebiet, die nicht zu den vorgeschriebenen Mindestinhalten der Facharztweiterbildung gehören, insbesondere (spezielle) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Hat

ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen, sofern im Heilberufekammergesetz keine Einschränkung gemacht wird. Neu eingeführt wird § 8 „Dokumentation der Weiterbildung“, dass heißt dass der in Weiterbildung befindliche Arzt die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte dokumentieren und der zur Weiterbildung befugte Arzt mindestens jährlich diese Dokumentation überprüfen und abzeichnen muss. Sie soll der Transparenz der Weiterbildung sowohl für den Arzt in Weiterbildung, als auch für den Weiterbildungsbefugten dienen, ersetzt aber das Weiterbildungszeugnis mit seinen wertenden Elementen nicht. In ein bis zwei Jahren könnte die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung abgeschlossen sein, wenn die sachliche und konstruktive Arbeit in den Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer und die Abstimmung mit den Landesärzte-

kammern sowie mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden termingerecht fortgesetzt und die neue Muster-Weiterbildungsordnung vom Deutschen Ärztetag verabschiedet wird.

Junge Ärzte – Probleme der Weiterbildung und beruflichen Integration

Kornelia Kuhn

Vorsitzende des Ausschusses „Junge Ärzte“
Auf Initiative des Ausschusses „Junge Ärzte“ wurde in enger Kooperation mit dem Ausschuss „Weiterbildung“ zwischen dem 29. Januar und 28. Februar 2001 nach dem Zufallsprinzip 500 Weiterbildungsbefugte zu ihrer Einschätzung der Weiterbildungssituation in Sachsen befragt. Seit Anfang März erfolgt die Auswertung des Rücklaufes von 268 Fragebögen (= 53,6 Prozent). Der Ausschuss „Junge Ärzte“ wird die Ergebnisse der Befragung auf dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen vortragen und danach

im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichen. Am Ende der Tagung gegen 16:00 Uhr bedankte sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammern bei den Anwesenden für ihre aktive Teilnahme und konstruktiver Diskussion. Er bat um Zusendung von Themenvorschläge für die nächste Tagung, die am Sonnabend, dem 22. September 2001, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer stattfindet.

Fazit:

Die 16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern war eine informative und gelungene Veranstaltung sowie ein wichtiger und ausführlicher Meinungsaustausch zwischen den Vorsitzenden der sächsischen Kreisärztekammern, dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

klug

Gesundheitslotse Sachsen Orientierungshilfe für Patienten und Ärzte



Seit Mai 2001 ist der Anfang gemacht: Die vier Gründungsmitglieder Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie und die Sächsische Landesärztekammer stellen den interessierten Ärzten und Patienten ein übersichtliches und reiches Informationsangebot **unter einer gemeinsamen Internet-Adresse** (gesundheitslotse-sachsen.de oder patienteninfo-sachsen.de oder arztinfo-sachsen.de) zur Verfügung. Dem gingen unter der Koordination durch die Sächsische Landesärztekammer umfangreiche Vorarbeiten voran. Das Ergebnis kann sich sehen lassen, denn den Nutzern moderner Kommunikationswege bleibt für Sachsen eine mühsame und zeitaufwendige Suche unter Einzeladressen erspart.

Die Angebote der einzelnen Körperschaften ähneln sich im Aufbau. Vor allem aber haben sie die gemeinsame Zielstellung, Ärzte und Patienten rationell und möglichst umfassend mit der Kompetenz der einzelnen Anbieter zu informieren.

Wie Sie der Eingangssseite unschwer entnehmen, ist das System auf Zuwachs angelegt, als nächste Erweiterung kommen die Zahnärzte Sachsens und die deutschen Rehabilitationskliniken hinzu. Gespräche wurden oder werden geführt mit den sächsischen Apothekenvertretern, Betriebsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und Verbänden von Patientenvertretern/Selbsthilfegruppen.

Entscheidend für die Qualität des Angebotes ist, dass die jeweiligen Institutionen ihr Angebot selbst pflegen und verantworten. Auf diese Weise werden Informationen ständig auf aktuellem Stand gehalten – diese Aktualität und Breite wird von keinem anderen Medium auch nur annähernd erreicht.

Was sind nun die einzelnen Inhalte?

– *Sächsische Krankenhausgesellschaft*
Alle Krankenhäuser Sachsens, gleich welcher Trägerschaft, können mit einer Suchroutine nach der Postleitzahl oder dem Ortsnamen gefunden werden.

Neben Anschrift, Telefon-Nummer, Fax- und gegebenenfalls e-Mail- und Internetadresse (mit Verlinkung) sind zahlreiche weitere Angaben vorhaben, wie

- Name und Telefon-Nummer von ärztlicher Leitung und Geschäftsführung,
- Kapazität der Einrichtung und Zahl der Intensivbetten,
- Abteilungen mit Name und Telefon-Nummern der Chefärzte, Bettenzahl dieser Abteilung,
- Großgeräteausstattung.

Diese einheitlichen Angaben aller Krankenhäuser bewirken einen schnellen Zugriff durch geringe Ladezeiten und eine sehr gute Übersichtlichkeit. Die Selbstdarstellung der Krankenhäuser kann bei Bedarf in vielen Fällen durch das Anklicken der angegebenen Internetadresse aufgerufen werden.

Von der Startseite der Sächsischen Krankenhausgesellschaft im Sächsischen Gesundheitslotsen kann auch auf eine alphabetisch geordnete **Krankenhausliste** und die **Homepage** der Krankenhausgesellschaft Sachsen zugegriffen werden.

– *Kassenärztliche Vereinigung Sachsen*

Alle niedergelassenen sächsischen Ärzte mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen können über die komfortable Start-Suchseite mit den Angaben des Praxisschildes wie Anschrift, Telefonnummer, Sprechzeiten, Fachrichtung und Zusatzbezeichnung aufgefunden werden. Die Suche ist beliebig kombinierbar nach Name, Fachrichtung, Zusatzbezeichnung, PLZ, Ortsname oder einem allgemeinen medizinischen Suchbegriff wie Hämatologie, Onkologie, Diabetologie, Rheumatologie möglich. Auch hier ist die Homepage mit vielen weiteren Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen unmittelbar zu erreichen.

– *Nachgeordnete Einrichtungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie*

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt in einer Eingangssseite seine Aufgaben und Struktur dar.

Die staatlichen Gesundheitsämter informieren ihrerseits über ihre Aufgaben und spezielle Fragestellungen, mit denen sich Bürger an bestimmte Arbeitsbereiche wenden können. Alle sächsischen Ämter geben ihre Telefon- und Fax-Nummern sowie auch ihre Web-Adresse (mit Verlinkung und oft umfangreichen Inhalten) bekannt. Vereinfacht wird die Suche durch eine sächsische Landkarte. Die Angaben über die Landesuntersuchungsanstalten werden in Zukunft durch deren Internetauftritt ergänzt.

– *Sächsische Landesärztekammer*

Die Sächsische Landesärztekammer informiert über die (wenigen) rein privatärztlich tätigen Ärzte und über gesundheitsrelevante Inhalte, die andere Anbieter nicht zu ihrem Aufgabengebiet zählen

wie Bekanntmachungen von Gesundheitsinstitutionen und deren Erreichbarkeit über Links, gesundheitsrelevante gesetzliche Regelungen, Arztausweise, Patientenverfügungen, Zuständigkeiten für Beschwerden und allgemeine Standpunkte zu Gesundheitsfragen.

Auch vom Informationsangebot der Sächsischen Landesärztekammer im Sächsischen Gesundheitslotsen kann auf das Gesamtangebot der Homepage der Kammer zugegriffen werden.

Alle diese genannten Inhalte können der Grundstock für eine qualifizierte, netzgestützte *Patientenberatung* sein, welche zurzeit auch gerade einmal von der Politik gefordert und gefördert wird. Wie dieses Einbringen der Kompetenz der Körperschaften im konkreten Fall aussehen könnte, darüber führt die Kammer derzeit Gespräche mit dem Staatsministerium und den Vertretern der Krankenkassen.

Beratung setzt jedoch auch personelle und institutionelle Präsenz voraus, die nicht aus Mitgliedsbeiträgen finanziert werden kann, ebenso wenig wie durch einmalige oder kurzfristige Förderungen. Die Sächsische Landesärztekammer lehnt deshalb die Einrichtung und Finanzierung von Patientenberatungsstellen in ihrer Verantwortung ab, organisiert und unterstützt aber mit Nachdruck die fachgerechte und bedarfsgerechte Information. Den Anbietern von Gesundheitsleistungen und interessierten Bürgern werden die Informationen des Sächsischen Gesundheitslotsen auf jeden Fall hilfreich sein, die Nutzung muss jedoch allen zugänglich gemacht werden. Diesem Zweck dient auch diese Veröffentlichung. Die Adresse des „Sächsischen Gesundheitslotsen“ wird zukünftig auch ständig im „Ärztblatt Sachsen“ neben der Internetadresse der Ärztekammer zu finden sein. Das ständige Vorhalten dieser Adresse für die Bürger könnte die Aufgabe der regionalen Tageszeitungen im Rahmen ihres täglichen Leserservice sein, lohnend für alle Seiten.

Dr. med. Günter Bartsch, Vizepräsident

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15./16. Juni 2001

Tagesordnung

Tagungsort:

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

I.

24. Kammerversammlung – Arbeitstagung am Freitag, dem 15. Juni 2001, Beginn 14:00 Uhr

1. **Eröffnung des 11. Sächsischen Ärztetages und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Europäisches Recht und Europäische Gesundheitspolitik und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsausübung**
Vortrag: RA Horst Dieter Schirmer
Bundesärztekammer Köln,
Leiter der Rechtsabteilung
Diskussion
3. **Das Gesundheitswesen der USA-Versorgungsstrukturen und ärztliche Arbeit**
Vortrag: Dr. med. Otmar Kloiber
Bundesärztekammer Köln,
Leiter des Auslandsdienstes
Diskussion

II.

Abendveranstaltung am Freitag, dem 15. Juni 2001, Beginn: 19:30 Uhr

Begrüßung

Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2001 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Die demografische Entwicklung als gesundheitspolitische Herausforderung

Ansprache des Sächsischen Staatsministers für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Dr. Hans Geisler

Musikalischer Ausklang

medicanti – Kammerorchester an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden
Joseph Haydn (1732-1809) –
Sinfonie Nr. 104 D-Dur (Londoner Sinfonie)

III.

24. Kammerversammlung – Fortsetzung der Arbeitstagung am Sonnabend, dem 16. Juni 2001, Beginn: 09:00 Uhr

4. **Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
5. **Bericht über die Tätigkeit des Vorstandes Gesundheits- und berufspolitische Fragen für die nächste Zukunft**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
6. **Ausführliche berufspolitische Aussprache zu**
- dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
- dem Tätigkeitsbericht 2000 der Sächsischen Landesärztekammer
7. **Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung**
 - 7.1. Bericht über die Tätigkeit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 1997 – 2001
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach,
Vorstandsmitglied,
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung
Meinungsaustausch
 - 7.2. Umbenennung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach
 - 7.3. Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung 2001 - 2005
 - 7.4. Änderung des Beschlusses über das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach
 - 7.5. Änderung des Beschlusses über die Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach
 - 7.6. Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung der Fachkunde Ultraschall
Bericht: Dr. Thomas Neumann,
Vorsitzender der Prüfungskommission
Ultraschalldiagnostik
8. **Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Prof. Dr. Gunter Gruber,
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
9. **Finanzen**
 - 9.1. Jahresabschlussbilanz 2000
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied

- Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
- 9.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2000
- 9.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2001
- 9.4. Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses Finanzen

10. Beschluss über den Termin der 25. Kammerversammlung und des 12. Sächsischen Ärztetages (26. Kammerversammlung)

11. Verschiedenes

IV.

12. erweiterte Kammerversammlung – Sächsische Ärzteversorgung am Sonnabend, dem 16. Juni 2001, Beginn: 14:00 Uhr

1. **Eröffnung der 12. erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Tätigkeitsbericht der Sächsischen Ärzteversorgung**
 - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
Dr. Helmut Schmidt
 - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
Dr. Hans-Dieter Simon
 - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2000 und Diskussion
Wirtschaftsprüfer
 - 2.4. Entlastung des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2000
3. **Änderungen der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung**
4. **Haushaltsplan 2002**
Herr Dipl.-Ök. Steffen Gläser,
Leiter Rechnungswesen/Kapitalanlagen
5. **Versicherungsmathematisches Gutachten 2000 Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2002**
Herr Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht,
Mitglied des Verwaltungsausschusses
6. **Bekanntgabe des Termins der 13. erweiterten Kammerversammlung**
7. **Verschiedenes**

Ende gegen 16:00 Uhr

Deutsch-Polnisches Symposium

Kreisau
14. bis 16.9.2001

Die Sächsische Landesärztekammer und die polnische Niederschlesische Ärztekammer Breslau führen in der Zeit vom 14. bis 16. September 2001 ein Deutsch-polnisches Symposium in Kreisau/Krzyzowa unter dem Motto „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ durch.

Die Anregung dazu kam vom Präsidenten der polnischen Partnerkammer, Dr. med. Włodzimierz Bednorz, während seines Besuches aus Anlass des 10-jährigen Bestehens unserer Kammer am 13. Mai 2000.

Kontakte zwischen den befreundeten Kammern wurden unmittelbar nach der Wende geknüpft, nachdem sich die beiden Körperschaften unter den neuen, freiheitlich-demokratischen Bedingungen etabliert hatten. Waren diese Kontakte bisher nur durch lose Verbindungen und gegenseitige Besuche bei besonderen Anlässen geprägt, so soll dieses Symposium ein Höhepunkt unserer Zusammenarbeit werden. Dem Motto entsprechend, wollen wir einen großen Bogen aus der Vergangenheit über das Heute in die Zukunft schlagen.

Niederschlesien hat als Grenzregion zwischen Polen und Deutschland eine wechselvolle Geschichte und dabei stand

Breslau als Hauptstadt dieser Region immer im Brennpunkt. Um so beeindruckender sind die medizinischen Leistungen der Universität Breslau, sei es unter österreichischer, preußischer, deutscher oder polnischer Herrschaft. Diese Vergangenheit den deutschen und polnischen Ärzten näherzubringen und daraus Ansätze zu gemeinsamen Projekten für die Zukunft zu finden, ist Anliegen dieses Symposiums. Wir sind der Meinung, dass man Vergangenheit nicht bewältigen kann, man sollte aber versuchen, sie zu verstehen, um dadurch Vorurteile abzubauen und gegenseitiges Verständnis und Toleranz zu erreichen.

Der symbolträchtige Ort Kreisau/Krzyzowa, ein Ort des antifaschistischen Widerstandes ist für Polen und Deutschland gleichermaßen bedeutungsvoll. Dieser Tagungsort wurde bewusst gewählt, da hier freiheitlich-demokratische Ideen der nationalsozialistischen Diktatur entgegengesetzt wurden. Wir sind sicher, dass der Geist dieser inzwischen hervorragend restaurierten Begegnungsstätte die Teilnehmer des Symposiums inspirieren wird, Ideen und Lösungsmöglichkeiten für zukünftige Projekte zu finden. Dies ist um so leichter, wenn man die Vergangenheit versteht und so akzeptiert,

wie sie nun einmal verlaufen ist. Um diese Vergangenheit zu verstehen und der heutigen Generation zu vermitteln, wäre es wünschenswert, authentische Lebensläufe aus dieser Zeit vorzulegen.

Die Sächsische Landesärztekammer interessiert sich für Ärztinnen und Ärzte, die bis 1945 an der Universität Breslau gewirkt haben. Was ist aus ihnen geworden? Wo haben sie in Deutschland später gelebt und gearbeitet?

Wenn Sie selbst Betroffener oder Nachkomme eines Mediziners sind, der bis 1945 an der Medizinischen Fakultät in Breslau gewirkt hat und uns dazu Informationen geben können, dann wenden Sie sich bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Ärztlicher Geschäftsbereich, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden (Tel.-Nr. (03 51) 82 67-3 10).

Wir möchten darauf hinweisen, dass eine gewünschte Teilnahme an dem Symposium nur nach dem Eingang der Meldung berücksichtigt werden kann, da nur eine begrenzte Kapazität für dieses Symposium vorhanden ist.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Ein historischer Tag



Herr Dr. Oettler vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie überreicht Frau Dipl.-Med. Michaela Motscha die Facharzturkunde

Am 28. Februar diesen Jahres legte Frau Dipl.-Med. Michaela Motscha vom Gesundheitsamt Delitzsch die Prüfung zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen ab.

Dieses Datum war deshalb bedeutsam, weil es sich dabei um die erste in Sachsen durchgeführte Prüfung für dieses Fachgebiet unter der Regie der Sächsischen Landesärztekammer handelte.

Dieses Vorgehen wurde möglich, nachdem das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und

Familie den Beschlüssen des 99. Deutschen Ärztetages folgend, den Wegfall des Staatsvorbehaltes bei der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis und die Bestellung des Prüfungsausschusses erklärt hatte.

Die Sächsische Landesärztekammer übernahm daraufhin diese Aufgaben laut Beschluss der 19. Kammerversammlung vom 14. November 1998.

Dr. med. Rudolf Marx
Vorstandsmitglied

Seminar für in Arztpraxen tätiges fachfremdes Personal in Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin

Der Beruf der Arzthelferin ist gemäß § 25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985 ein anerkannter Ausbildungsberuf. Gemäß § 34 Abs. 1 BBiG sind in anerkannten Ausbildungsberufen Abschlussprüfungen durchzuführen.

Dazu heißt es im § 40 Abs. 2 BBiG-Zulassung in besonderen Fällen: „Zur Abschlussprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, dass er mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf tätig gewesen ist, in dem er die Prüfung ablegen will. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, dass der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.“

Auf Grund des großen Zuspruches in den vergangenen vier Jahren bietet die Sächsische Landesärztekammer deshalb als Hilfe für langjährig – in der Regel 6 Jahre –

in Arztpraxen tätiges, fachfremdes Personal **am Sonnabend, dem 3. November 2001**, ein weiteres Vorbereitungsseminar auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin an. Dieses Seminar gibt einen Überblick über den Ablauf und die Schwerpunkte der Abschlussprüfung. Die Veranstaltung wird als Tagesseminar von 8 Stunden in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden. Der Teilnehmerin entsteht eine Gebühr in Höhe von 80,- DM.

Zur Planung der Veranstaltung bitten wir um Voranmeldung durch die Ärzte, die ihrem Praxispersonal diese berufliche Chance geben wollen, oder durch interessierte Prüfungsbewerberinnen bis zum **31. August 2001**. Die Einladung mit der Tagesordnung wird an die Teilnehmerin direkt verschickt.

Anmeldung/Auskunft:

Sächsische Landesärztekammer
Referat Arzthelferinnenwesen
Frau Jähne, Tel. (0351) 8 26 73 41
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

**Sonntag, 10. Juni 2001
11.00 Uhr**

**Junge Matinee
Begleitung gefällig?**

Instrumentalkorrepetitionen stellen sich vor
Leitung: Prof. Karl Heinz Knobloch
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
Werner Wittig
Zeichnungen und Holzrisse
vom 15. Mai bis 13. Juli 2001**

Vernissage:

Donnerstag, 17. Mai 2001, 19.30 Uhr
Einführung: Wolfgang Zimmermann,
Radebeul

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung
Diplom-Designerin Elke Heber
„Zwischen den Welten
Himmel und Meer –
Fisch oder Vogel sein“
bis Ende August 2001**

Ärzteblatt Sachsen

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

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

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

LA-MED

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



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:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

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

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
Facharzt für Urologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 05. 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.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Dresden-Mitte
geplante Abgabe II. Quartal 2002

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
Facharzt für Urologie

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

**Planungsbereich Plauen-Stadt/
Vogtlandkreis**
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Zwickauer Land
Facharzt für Orthopädie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 05. 06. 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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

**Planungsbereich Görlitz-Stadt/
Niederschlesischer Oberlausitzkreis**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**Planungsbereich
Landkreis Sächsische Schweiz**

Facharzt für Kinderheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Weißeritzkreis
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Planungsbereich Hoyerswerda-Stadt/
Landkreis Kamenz**
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08. 06. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
Facharzt für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04. 06. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

KVS
Landesgeschäftsstelle

Planungsbereich Landkreis Bautzen
Facharzt für Allgemeinmedizin
Weißenberg
geplante Abgabe:
01. 10. 2002

**Planungsbereich Hoyerswerda-Stadt/
Landkreis Kamenz**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Radeberg
geplante Abgabe:
II. Quartal 2002

**Planungsbereich Landkreis
Riesa-Großenhain**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Riesa
geplante Abgabe: I. bis II. Quartal 2001

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 – 3 30.

KVS, Landesgeschäftsstelle

Tuberkulose – Meldeversäumnis – Meldepflicht

Im Jahre 2000 wurden der Tuberkulosefürsorge in der Stadt statt üblicherweise 60 bis 80 nur 38 behandlungsbedürftige Tuberkuloseerkrankungen gemeldet. Hierbei handelt es sich sicherlich nicht um Behandlungserfolge, sondern am ehesten doch um erhebliche Meldeversäumnisse. Diese Dunkelziffer ist epidemiologisch bedenklich, da wir immer wieder Infektionsketten im Rahmen unserer Umgebungsuntersuchungen entdecken (1992 bis 2001: Vater, zwei Brüder, das Kind, die Mutter).

Wenn die Tuberkulosebakterien die Möglichkeit erhalten, sind sie noch genauso virulent und aggressiv wie vor 100 Jahren. Bedenken Sie bitte auch die zunehmende Zahl von eingeschleppten multiresisten-

ten Keimen, die Behandelnde und Betroffene vor große Probleme stellen.

Das neue Infektionsschutzgesetz verpflichtet Sie neben anderem unverändert zur namentlichen Meldung „... bei Erkrankung oder Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose (§ 6 Abs. 1)“ sowie nach Abs. 1 Nr. 5 „... dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Abs. 1 Nr. 1 hinaus mitzuteilen, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen ...“.

Die Meldepflicht besteht in gleicher Weise auch für den Nachweis von Mykobakterien in Laboratorien (IfSG § 7). In den letzten acht Jahren erkrankten auch vier ärztliche Kollegen an einer Tuberkulose!

Weitere Hinweise sind nachzulesen „Deutsches Ärzteblatt“, Jg. 97, 2000, Heft 51/52.

Um Ihnen Aufwand und Zeit zu ersparen, nehmen wir und alle Gesundheitsämter die Tuberkulosemeldung jederzeit auch fernmündlich unter der Dresdner Rufnummer: 8 00 82 12 und 8 00 82 14 sowie per Fax: 8 00 82 24 entgegen.

Landeshauptstadt Dresden
Gesundheitsamt
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Claudia Stahr
Amtsärztin
Leiterin Gesundheitsamt

Dr. Merten
Lungenfacharzt

S. Bigl, D. Kluge, L. Müller, S.-S. Merbecks, L. Monzer, A. Protze

Norwalk-like-Viruserkrankungen

Infektionsschutzgesetz –
Mitteilung 3

Einleitung

Die seit 01.01.2001 bestehende Meldepflicht für Norwalk-like-Virus-Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und die sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen für alle Ärzte sind Anlass, auf diese „neue Erkrankung“ näher einzugehen.

Erreger

Norwalk-like-Viren (NLV) gehören zur Familie der Caliciviridae. Sie haben einen Durchmesser von 27 nm, besitzen ein Plusstrang-RNA-Genom und sind ausgesprochen resistent gegenüber Desinfektionsmitteln und Umwelteinflüssen. Eine Züchtung in der Zellkultur ist bisher nicht gelungen. Den Namen erhielt dieses Virus nach einer Grundschule in Norwalk, Ohio, USA, wo es 1968 zu einem Gastroenteritisausbruch gekommen war und der 1972 mittels Immunelektronenmikroskopie ätiologisch geklärt werden konnte. Die Beschreibung erfolgte als small round structured viruses (SRSV). Es existieren mehrere Beobachtungen wahrschein-

lich der gleichen Infektion aus früheren Jahren, zum Beispiel eine „winter vomiting disease“ von Zakorsky 1929.

Vorkommen und Bedeutung in Deutschland

NLV sind weltweit verbreitet. Sie sind für einen Großteil der infektiösen Gastroenteritiden bei Kindern (ca. 30 %) und Erwachsenen (etwa 50 %) verantwortlich. Die Infektion erfolgt fäkal-oral, über virushaltige Aerosole beim Erbrechen oder über kontaminierte Speisen. Die minimale Infektionsdosis ist mit 10-100 Viruspartikeln sehr klein; daraus resultiert eine extrem hohe Infektiosität, die insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen und in Lebensaltern mit oft physiologisch eingeschränktem adäquaten Hygieneverhalten von großer Bedeutung ist.

Wegen der hohen Anzahl mit klassischen mikrobiologischen Methoden ätiologisch nicht aufklärbarer Enteritis-Geschehen war an der Landesuntersuchungsanstalt für Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) im Oktober 1998 die molekularbiologische

Diagnostik mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) eingeführt worden.

Im Jahr 2000 kamen in Sachsen insgesamt 228 Enteritis-Geschehen mit insgesamt 5253 Erkrankungen zur Meldung. Durch die Gesundheitsämter wurden in Zusammenhang mit der LUA die ätiologische Klärung dieser Geschehen organisiert, die epidemiologische Analyse vorgenommen und entsprechende Herdbekämpfungsmaßnahmen veranlasst. Es zeigte sich, dass im Jahr 2000 Norwalk-like-Viren mit 56,2 % (128 von 228 Geschehen) die größte Bedeutung als ursächliches Agens für Enteritis-Gruppenerkrankungen hatten. Dies gilt ganz besonders auch im Hinblick auf die Anzahl der erkrankten Personen: Von insgesamt 5253 Erkrankten in diesen 228 Geschehen waren 3351 (63,8 %) durch NLV verursacht. Mit weitem Abstand folgen als Ursachen von erfassten Gruppenerkrankungen Salmonellen und Rotaviren. Ungeklärt blieben im Jahr 2000 nur noch 16 % (36/228) der Geschehen, bezogen auf die Erkrankten nur 12 %. Dagegen waren im Jahr

Tabelle 1: Enteritis-Geschehen im Freistaat Sachsen 1995 bis 2000

Jahr	ätiologisch ungeklärte Geschehen		Salmonellen-Geschehen		Norwalk-like-Viren-G.		Geschehen nach Gemeinschaftsverpflegung		übrige Enteritis-Geschehen		Gesamt	
		in %		in %		in %		in %		in %		in %
1995	88	(67,6)	18	(14,0)	0	-	7	(5,4)	17	(13,0)	130	(100)
1996	98	(59,3)	18	(11,0)	0	-	14	(8,5)	35	(21,2)	165	(100)
1997	87	(63,0)	31	(22,5)	0	-	5	(3,6)	15	(10,9)	138	(100)
1998	71	(51,0)	27	(19,5)	11	(7,9)	5	(3,6)	25	(18,0)	139	(100)
1999	27	(16,5)	29	(17,6)	72	(44,0)	4	(2,4)	32	(19,5)	164	(100)
2000	36	(15,8)	29	(12,7)	128	(56,2)	1	(0,4)	34	(14,9)	228	(100)

Tabelle 2: Enteritis-Erkrankungen im Freistaat Sachsen 1995 bis 2000 im Zusammenhang mit Geschehen

Jahr	ätiologisch ungeklärte Geschehen		Salmonellen-Geschehen		Norwalk-like-Viren-G.		Geschehen nach Gemeinschaftsverpflegung		übrige Enteritis-Geschehen		Gesamt	
		in %		in %		in %		in %		in %		in %
1995	2683	(57,0)	511	(10,8)	0	-	1121	(23,6)	409	(8,6)	4724	(100)
1996	3006	(72,0)	241	(5,7)	0	-	262	(6,3)	679	(16,0)	4188	(100)
1997	1928	(70,0)	461	(16,7)	0	-	124	(4,5)	245	(8,8)	2758	(100)
1998	1706	(54,9)	568	(18,0)	465	(14,9)	41	(1,3)	342	(10,9)	3122	(100)
1999	399	(11,0)	477	(14,0)	2049	(59,0)	99	(2,8)	460	(13,2)	3484	(100)
2000	630	(12,0)	496	(9,4)	3351	(63,8)	9	(0,2)	767	(14,6)	5253	(100)

1997 65 % (87/134) der Geschehen und 1998 52 % (71/136) ungeklärt (Tabelle 1, 2 und 3).

Unter den Einrichtungen, die von Ausbrüchen durch NLV-Infektionen betroffen waren, dominieren mit etwa 80 % Kindereinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheime (Tabelle 4). Erkrankungsgeschehen durch NLV waren über das gesamte Jahr verteilt, allerdings war die Inzidenz im Winterhalbjahr deutlich höher. Schon unmittelbar nach der Einführung der Diagnostik nimmt die NLV-Enteritis mit 3613 Erkrankungsfällen und einer Inzidenz von 80,5 Erkrankungen auf 100.000 Einwohner unter allen 24.876 diagnostizierten und erfassten infektiösen Enteritiden bereits den 4. Rang ein

(Tabelle 5). Dabei wurde diese Untersuchung aus Kapazitätsgründen bisher vorwiegend nur bei Ausbrüchen oder schwer verlaufenden, in Krankenhäusern behandelten, Einzelerkrankungen ausschließlich in der staatlichen Landesuntersuchungsanstalt Chemnitz, seit dem Jahr 2000 auch in Dresden, durchgeführt. Daher dürfte der wahre Anteil von NLV-Erkrankungen am Gesamtgeschehen der Enteritis-Infektionen noch beträchtlich größer sein. Die hier in Kurzform vorgelegten epidemiologischen Analysen der NLV-Herdgeschehen im Freistaat Sachsen in den Jahren 1999 und 2000 belegen die epidemiologische Bedeutung der NLV-Infektionen, verdeutlichen aber auch Defizite derzeitiger Gesundheitssysteme und des

ÖGD bei der Diagnostik, epidemiologischen Maßnahmeregelung und damit Prophylaxe der NLV-Enteritiden.

Ob es sich bei den NLV-Enteritiden um eine scheinbare (durch die neu eingeführte Diagnostik) oder um eine tatsächliche Zunahme handelt, ist unklar. Weitere begünstigende Faktoren sind ein hygienisch unzureichend kontrollierter weltweiter Handel mit möglicherweise kontaminierten Nahrungsmitteln, nicht optimale Hygienebedingungen in Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertagesstätten und Alters- und Pflegeheime) in personeller Hinsicht aus Kostenzwängen und – zumindest theoretisch – zooanthropogene Transmissionsmechanismen.

Klassische Symptomatik

Die Inkubationszeit beträgt 12-48 Stunden, die Dauer der Ansteckung mindestens bis zwei Tage nach Sistieren der klinischen Symptome. Die Rolle der Ausscheider ist nicht zu unterschätzen, die Ausscheidung kann in seltenen Fällen Wochen betragen.

Eine akute NLV-Gastroenteritis beginnt meist mit profusem mehrfachen Erbrechen begleitet oder gefolgt von starken Durchfällen, was beides zu erheblichen Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt führt. In der Regel besteht ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit Übelkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit und abdominalen Beschwerden. Respiratorische Symptome wie bei Rotavirusinfektionen werden nicht beobachtet. Auch ist die Körpertemperatur nur selten erhöht. Die klinischen Symptome bestehen im Regelfall 12 – 72 Stunden, auch leichtere bis asymptomatische Verläufe sind möglich.

Diagnostik und Therapie

Die Diagnostik erfolgt bisher ausschließlich mittels PCR, ein Antigennachweis mittels EIA ist zurzeit nicht etabliert, wird aber in Zukunft erwartet. Wegen der Notwendigkeit eines Speziallaboratoriums für die PCR und die erheblichen Kosten ist die Diagnostik bisher

Tabelle 3: Enteritis-Geschehen im Freistaat Sachsen, 2000

Ursache	Anzahl Geschehen	Erkrankte		Ausscheider	Gesamt abs. %	
		Em*	Ek**		abs.	%
Norwalk-like-Viren	128	812	2539	96	3447	62,8
Salmonellen	29	378	118	104	600	10,9
Rotaviren	18	112	146	4	262	4,8
Astroviren	3	9	31	0	40	0,7
Adenoviren	6	41	17	18	76	1,4
Kryptosporidien	0	0	0	0	0	0,0
Verschiedene	7***	96	315	27	438	8,0
Ätiolog. ungekl. G.	36	0	630	0	630	11,4
Gesamt	227	1448	3796	249	5493	100

* Em = mikrobiologisch bestätigte Erkrankung

** Ek = klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

*** davon 5 Geschehen mit Nachweis mehrerer Erreger (NLV, Rota-, Astroviren)

Tabelle 4: Art der Einrichtungen mit Norwalk-like-Virus-Geschehen im Freistaat Sachsen im Jahr 2000

Einrichtung	Anzahl der Geschehen	Erkrankte gesamt	Erkrankte		Ausscheider
			Em	Ek	
Kita/Schule	55	936	259	677	28
Seniorenheim	46	1.451	312	1.139	27
Krankenhaus	9	312	111	201	18
Behinderteneinrichtung	2	67	22	45	0
Kureinrichtung	4	264	22	242	11
Gastronomie	4	222	64	158	5
Kinder-Jugendeinrichtung	5	66	13	53	6
Betriebsfeier	2	24	5	19	0
Geburtstagsfeier	1	9	4	5	1
Gesamt	128	3.351	812	2.539	96

Em: Erkrankung mikrobiologisch nachgewiesen

Ek: Erkrankung klinisch-epidemiologisch bestätigt

auf das für die Bekämpfung und die Prävention zwingend nötige Minimalmaß beschränkt (im Jahre 2000 wurden 3099 PCR auf NLV in der LUA durchgeführt, die nach GOÄ-Nr. 4780, 4783, 4784 und 4785 bei Faktor 1 eine Kostenrechnung von 307,80 pro PCR, mithin von insgesamt 954 TDM ergeben).

Eine ursächliche Therapie ist nicht bekannt. Alle therapeutischen Maßnahmen haben die Normalisierung des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushaltes und die Kreislaufstabilisierung zum Ziel.

Als Beispiel sei ein NLV-Gastroenteritisausbruch in einem Altenpflegeheim in Chemnitz/Stadt näher beschrieben:

Im Zeitraum vom 13. bis 19. 02. 01 kam es in einem Altenpflegeheim in Chemnitz/Stadt zu einem Gastroenteritis-Geschehen. Von den insgesamt betroffenen 35 Personen (26 Bewohner, 9 Personal) erkrankten die meisten (17 Bewohner, 1 Personal) in der Nacht zum 14. 02. 01. Am 15. 02. kam es zu Neuerkrankungen von einem Bewohner und drei Pflegekräften, am 16. 02. von vier Bewohnern sowie zwei Pflege-

kräften, am 19.02. schließlich von vier Bewohnern und drei Pflegekräften. Im Vordergrund hinsichtlich der Erkrankungssymptomatik standen heftiges Erbrechen und Durchfall. Im Wohnbereich II lebten 15 der 26 erkrankten Heimbewohner, vier der neun zum Pflegepersonal gehörenden Erkrankten waren hier tätig.

Bei stichprobenartigen Stuhlkontrollen erkrankter Heimbewohner aus den Wohnbereichen I, II und III wurden bei sieben Erkrankten NLV im Stuhl nachgewiesen. Außerdem fanden sich unter den Küchenkräften drei Ausscheider, die versicherten, selber nicht erkrankt gewesen zu sein.

Das Altenpflegeheim weist eine Gesamtkapazität von 90 Bewohnern, 55 Personalangehörigen und sechs Küchenkräften auf. Am Nachmittag des 14. 02. 2001 wurde das Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramt (LÜVA) durch das Gesundheitsamt informiert und führte am folgenden Morgen eine Küchenkontrolle durch. So wurden am 15. 02. 2001 in den Küchenbereichen (Zentrale Küche, Stationsküchen in den Wohnbereichen I, II und

III) des Pflegeheimes je zehn Tupferproben auf Salmonellen und NLV genommen. Mittels PCR gelang bei zwei der Proben aus der Stationsküche im Wohnbereich II der Nachweis von NLV: Wasserhähne einerseits sowie Arbeitstisch und ein darauf befindlicher Lappen andererseits. Nochmalige PCR-Kontrolluntersuchungen bestätigten diese Befunde.

Dies ist der erste Norwalk-like-Virus-Nachweis anhand von Tupferproben seit Beginn der NLV-Diagnostik an der LUA Chemnitz im Oktober 1998.

Drei Rückstellproben des Abendessens vom 13.02.2001: industriell gefertigter Geflügelsalat, Leber- und Mettwurst (vom ebenfalls verzehrten Bohnensalat war nichts mehr übrig) wurden mit negativen Ergebnissen auf Viren untersucht.

Infektionsquellenermittlung:

Alle drei Wohnbereiche werden von der Zentralküche mit den gleichen Speisen beliefert.

Auffällig sind jedoch der Schwerpunkt und Ausgang des Geschehens vom Wohnbereich II.

Im Rahmen der Ermittlungen gaben sowohl die Küchen- als auch die Heimleitung unabhängig voneinander an, dass sich einen Tag vor Beginn der ersten Erkrankungen eine Besucherin im Flur des Wohnbereiches II übergeben habe. Die im Wohnbereich II lebende Angehörige dieser Besucherin sei dann auch als erste erkrankt.

Ob ursächlich die Besucherin des Wohnbereiches II oder aber eine Küchenkraft am Beginn der Infektionskette stand, kann allenfalls vermutet, jedoch nicht mehr geklärt werden.

Bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass zwei Tage nach Beginn der ersten Erkrankungen NLV im Stationsküchenbereich an Arbeitsfläche und Lappen und Wasserhähnen nachgewiesen werden konnten. Bei ordnungsgemäß durchgeführten Desinfektionsmaßnahmen hätte dies nicht vorkommen dürfen.

Der Gesamtstand des Geschehens betrug 35 Erkrankungen. Es waren 26 von insgesamt 90 Bewohnern (28,9% der Bewohner) und 9 von 55 Pflegekräften (16,4% des Personals) betroffen. Außerdem fanden sich unter den sechs Küchenkräften drei Ausscheider (50%).

Für die detaillierten Angaben danken wir dem Gesundheitsamt Chemnitz/Stadt sowie dem LÜVA.

In einem anderen Geschehen von infektiöser Gastroenteritis durch NLV in den Kreisen Zwickauer Land und Stollberg im Januar 2000, bei dem 17 Personen erkrankten, die an einem „Hausschlachtfest“ teilgenommen hatten, konnte erstmals der Infektionsweg verfolgt werden. Es gelang der Nachweis von NLV in drei „Hackepeter“-Proben.

Meldung und Pflichten der Ärzte nach dem IfSG

Nach § 7 Nr. 34 ist der Nachweis von NLV im Stuhl durch das diagnostizierende Laboratorium namentlich meldepflichtig. Da es aber z.Z. für niedergelassene Ärzte keine Möglichkeit gibt, die Diagnostik für ambulante Patienten durchführen zu lassen (eine Abrechnung der PCR auf

Tabelle 5: Ätiologisch geklärte Enteritis infectiosa und Shigellosen nach den Anteilen der Erreger, Freistaat Sachsen, 1999 und 2000

Erreger	1999			2000		
	Erkrankung absolut	pro 100.000	Ausscheider	Erkrankung absolut	pro 100.000	Ausscheider
Rotaviren	7526	166,4	57	6607	147,2	25
Salmonellen	5592	123,7	571	5260	117,2	561
Campylobacter	3889	86,0	38	4146	92,4	39
Norwalk like-V.	2110	46,7	64	3613	80,5	114
Adeno-Viren	1204	26,6	5	2204	49,1	29
Yersinien	799	17,7	5	871	19,4	6
E. coli	732	16,2	68	751	16,7	77
Astro-Viren	545	12,1	15	673	15,0	6
Clostrid. diffic.	227	5,2	0	210	4,7	0
Giardia lamblia	184	4,1	2	178	4,0	2
Shigellen	197	4,4	41	149	3,3	14
Kryptosporidien	89	2,0	0	95	2,1	0
Aeromonas	53	1,2	0	44	1,0	0
Blastoz. hominis	57	1,3	0	35	0,8	0
Ent. histolytica	25	0,6	25	18	0,4	70
Calici-Viren	0	0	0	6	0,13	0
Bac. cereus	5	0,1	0	5	0,1	0
Staph. aureus	0	0	0	3	0,06	0
Plesiomonas	4	0,1	0	3	0,06	0
Typhus	4	0,1	0	2	0,04	1
Clostridien p.	0	0	0	1	0,02	0
Enteroviren	0	0	0	1	0,02	0
Paratyphus	6	0,1	2	1	0,02	0
Insgesamt	23248	514,6	893	24876	554,2	944

NLV ist gegenwärtig nach dem EBM nicht möglich, ist mit einer hohen Dunkelziffer an NLV-Gastroenteritiden zu rechnen. Die Diagnostik geschieht z.Z. ausschließlich über den Haushalt der LUA (also auf Staatskosten) auf Ersuchen der Gesundheitsämter, weil – und darauf soll hiermit

mit allem Nachdruck hingewiesen werden – jeder kurativ tätige Arzt nach § 6 (1) 2. b den „Verdacht auf und die Erkrankung ... an einer akuten infektiösen Gastroenteritis“ an das zuständige Gesundheitsamt binnen 24 Stunden zu melden hat, wenn „zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen

gen auftreten, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“.

Ein epidemiologischer Zusammenhang ist immer gegeben, wenn zwei oder mehrere Personen am gleichen Ort und zu gleicher Zeit an Gastroenteritis erkranken. Dies betrifft alle Arten von Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Schulen, Alters- und Pflegeheime) ebenso wie Familien. Im Rahmen der normalen Anamnese in der Sprechstunde erhebt ohnehin jeder Arzt diese Fakten automatisch, so dass diesbezüglich keine Zusatzarbeit nötig erscheint: Jeder Arzt muss der erste Hygieniker vor Ort sein und bleiben.

Darüber hinaus ist in § 34 verfügt, dass „Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind“ die Gemeinschaftseinrichtung so lange nicht besuchen dürfen, bis „nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit ... nicht mehr zu befürchten ist.“ Da die Ätiologie einer akuten Gastroenteritis nicht oder nur sehr eingeschränkt nach klinischen Symptomen beurteilbar ist, ergibt sich aus den dargelegten Rechtsgrundlagen zwingend die Notwendigkeit der mikrobiologischen Diagnostik nahezu aller Gastroenteritiden im Kindesalter oder bei Risikopersonen (siehe unter Herdbekämpfungsmaßnahmen) bevor der Arzt eine Bescheinigung zur Wiederzulassung des Patienten in eine Gemeinschaftseinrichtung oder für Beschäftigte im Lebensmittelverkehr oder medizinischen und pflegerischen Berufen ausstellt.

Die aus Laborbudgetierungsgründen häufig geübte Praxis, eine mikrobiologische Stuhluntersuchung bei Gastroenteritis auch bei dem oben genannten Personenkreis und anderen Personen, die zu einer Risikogruppe gehören, erst nach Tagen bei der zweiten oder dritten Konsultation zu veranlassen, muss der Vergangenheit angehören. Es sei nochmals auf die Bußgeld- und Strafvorschriften nach § 73 und § 74 IfSG hingewiesen, die Verstöße gegen die geschilderten Tatbestände ahnden.

Herdbekämpfungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter (GÄ) im Freistaat Sachsen (Stand April 2001)

Erfassung von NLV-Erkrankungen bei Risikopersonen und Erkrankungshäufungen: Die GÄ erhalten die Meldungen entsprechend den vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen von den Ärzten und den Leitern der Gemeinschaftseinrichtungen, die nach § 34 IfSG dazu ebenfalls verpflichtet sind.

Die GÄ führen die epidemiologischen Ermittlungen durch und legen die entsprechenden Maßnahmen fest, die nachstehend kurz skizziert werden:

Kriterien für die Untersuchung von Stuhlproben bei Verdacht auf NLV:

Aus Kostengründen ist derzeit noch eine Auswahl erforderlich. Dabei ist die in Sachsen eingeführte, weil mitentwickelte, einheitliche „Definition epidemiologischer Risikogruppen bei enterischen Erkrankungen“ zu beachten (s. auch DGPI-Handbuch, 3. Aufl. S. 535, LUA-Mitt. 4/1999, S. 15).

Definition epidemiologischer Risikogruppen bei Durchfallerkrankungen:

■ Stuhlproben von nachstehend aufgeführten Personen, bei denen aufgrund des klinischen Bildes Verdacht auf NLV besteht, sollten zur Diagnostik an die LUA Chemnitz oder Dresden eingesandt werden:

• Durchfall-Geschehen in Gemeinschaftseinrichtungen aller Art (Alters- und Pflegeheime, Kindereinrichtungen der Vorschulerziehung, Schulen, Krankenhäuser, Ferienheime und andere.)

• Erkrankungshäufungen (zwei oder mehr), bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet werden kann (zum Beispiel Familien, gemeinsame Feier, Wohn- und „Speise“-gemeinschaft)

• darüber hinaus Einzelpersonen mit Tätigkeiten nach § 42 IfSG (= Risikogruppe 1) (Rechtsbezug: § 6 (1) 2. IfSG, namentlich auch durch den behandelnden Arzt meldepflichtig)

• eventuelle Einzelpersonen anderer Risikogruppen (Rücksprache mit Labor aus Kapazitätsgründen erforderlich).

Bei Durchfallgeschehen ist derzeit noch die Untersuchung hinsichtlich NLV auf 5-10 unter epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewählte Stichproben zu beschränken. Befinden sich unter den Erkrankten Personen der Risikogruppe 1, sind diese auf dem Probenbegleitschein besonders zu kennzeichnen.

■ Umgebungsuntersuchungen sind zurzeit nur bei Personen der Risiko-Gruppe 1 (§ 42 IfSG) und eventuell der Risikogruppe 4 möglich.

Modalitäten der Nachkontrollen:

Nachuntersuchungen bei NLV-positiven Personen der Risikogruppe 1 (und eventuell 4) sind generell durchzuführen. Diese Nachuntersuchungen erfolgen im Abstand von mindestens 3 Tagen, die erste frühestens 48 Stunden nach Sistieren der klinischen Symptome.

Risikogruppe 1:	Personen im Verkehr mit Lebensmitteln gemäß § 42 des IfSG
Risikogruppe 2:	Kinder bis zum Schuleintritt, die Gemeinschaftseinrichtungen (Krippen, Kindergärten, Spielgemeinschaften o.ä. Einrichtungen oder Gruppen mit Kindern < 3 Jahre) besuchen und die Betreuer dieser Kinder.
Risikogruppe 3:	Ältere Kinder und Erwachsene in Einrichtungen oder Gruppen, in denen der für die Vermeidung einer Infektion erforderliche Hygienestandard von den betreffenden Personen selbst nicht ausreichend gewährleistet werden kann, z.B. Wohnheime für Behinderte, Alten- und Pflegeheime, betreute Wohnformen, Geriatrie, Neuro-Psychiatrie, Gemeinschaftsunterkünfte, Heime für Ausländer, Flüchtlinge oder Spätaussiedler, Kindertageseinrichtungen.
Risikogruppe 4:	Medizinisches Personal mit direktem Kontakt zu empfänglichen Patienten/Personen, bei denen eine Infektion schwerwiegend sein kann. Dazu gehören z.B.: Immunsupprimierte, Früh- und Neugeborene, Säuglinge und Wöchnerinnen, Patienten auf ITS, Transplantations-, Tumor- oder Dialysestationen.

Nach dem ersten Negativbefund erfolgt keine weitere Untersuchung.

Umgebungs- oder Nachuntersuchungen bei Patienten bzw. Personen, welche nicht der Risikogruppe 1 (und eventuell 4) angehören, sind unter den derzeitigen Bedingungen in der Regel nicht durchführbar (eventuell Rücksprache mit dem Labor LUA C: 0371/6009113 oder LUA D: 0351/8144278), das heißt diese Stuhlproben werden nicht untersucht.

Empfehlungen zur Herdbekämpfung:

■ Hygienische Belehrung und Aufklärung: über Vermeidung fäkal-oralen Infektionen einschließlich adäquater Händedesinfektion nach der gültigen „Liste der geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren des RKI“ (zum Beispiel „Sterillium Virugard“).

■ Distanzierungsempfehlungen:

• Erkrankungen von Personen gemäß § 42 IfSG bzw. Risikogruppe 1: Tätigkeitsverbot bis mindestens 48 Stunden nach klinischer Genesung und bis zum Vorliegen eines negativen Stuhlbefundes (Nachkontrollen beachten).

• Ausscheider (bei Geschehen erfasst) von Personen gemäß § 42 IfSG bzw. Risikogruppe 1: wie Erkrankte

• Erkrankte und Ausscheider der Risikopersonen Gruppe 4, eventuell 3 und 2: nach pflichtgemäßem Ermessen des GA je nach Einzelfall analog Risikogruppe 1: Besuchs- und Tätigkeitsverbot bis 48 Stunden nach klinischer Genesung

■ Infektionsquellensuche:

subtile Ermittlungen der Speisenanamnese und Auswertung (zum Beispiel EDV-Programm Epi-Info) und Einsendung verdächtiger Speisen an die LUA C: (eventuell Rücksprache mit Mitarbeitern der LUA C: 0371/6009101).

Einzelheiten sind in den „Empfehlungen zur NLV-Diagnostik und epidemiologische Maßnahmen im Freistaat Sachsen“ vom September 2000 (LUA-Mitteilungen 9/2000, S. 15-17) oder im Internet (www.ghuss.de unter „Infektionsschutz“) nachzulesen.

Schlussfolgerungen

1. Durch die Einführung der PCR auf NLV 1998 an der LUA Sachsen in die Routine ist erwiesen, dass mit größter Wahrscheinlichkeit NLV in Sachsen gegenwärtig die häufigste Ursache infektiöser Gastroenteritiden ist.

Es ist daher zwingend erforderlich, baldmöglichst die routinemäßige Diagnostik im ambulanten Gesundheitswesen sicherzustellen (Aufnahme in den EBM oder Kostenregelung zwischen der KVS und der LUA).

2. Wegen der extrem hohen Infektiosität sind Ausbrüche von NLV-Gastroenteritiden ein nahezu idealer „neuer“ Indikator für das Hygieneniveau einer Gemeinschaftseinrichtung. Die Prophylaxe und Bekämpfung erfordert die strikte Einhaltung aller klassischen Hygienemaßnahmen wie zum Beispiel Hände-, Toiletten-, Wäsche-, Lebensmittel- und Küchenhygiene, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen, Absonderung Erkrankter u.a. mehr von allen Beschäftigten einschließlich Zivildienstleistenden auch nachts und an Wochenenden. Die Sicherstellung durch fachlich qualifiziertes Personal in genügender Anzahl ist dafür Voraussetzung.

3. Die bestehenden neuen gesetzlichen Regelungen seit 01.01.2001 im IfSG bieten nur bei konsequenter Einhal-

tung durch die Ärzteschaft die große Chance, diese „neue Krankheit“ mit adäquaten Mitteln zu verhüten und zu bekämpfen. Jedes Vertuschen und Verheimlichen auch aus kommerziellen Gründen ist gesetzeswidrig und in der Sache unverantwortlich.

4. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Einzelheiten von Infektketten, die mögliche Rolle tierischer Lebensmittel als primäre Infektionsquelle und weitere Risikofaktoren genau zu erkennen, um gezieltere Prophylaxemaßnahmen durchführen zu können.

5. Zur Bewältigung dieser „neuen“ Infektionskrankheit und anderer anstehenden umfangreichen Aufgaben ist der Öffentliche Gesundheitsdienst und sein wissenschaftliches Institut, die LUA zu stärken und nicht im Rahmen einer „Verwaltungsstrukturreform“ bis zur Funktionsuntüchtigkeit weiter zu dezimieren. Ebenso ist eine flächendeckende ambulante Diagnostik bei Beibehaltung einer Budgetierung im Laborsektor unmöglich. In beiden Problemfeldern ist die Gesundheitspolitik gefordert.

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

E. Kolb

Bedeutung und Eigenschaften des Erregers des „Rinderwahnsinns“

Vet.-Physiologisch-
Chemisches Institut
Universität Leipzig

Zusammenfassung:

Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) wird durch eine Isoform (PrP^{Sc}) der zellulären Prionproteine (PrP^C) ausgelöst. Die PrP^{Sc} haben die Fähigkeit der katalytischen Umlagerung der PrP^C in die proteaseresistenten und hitzestabilen PrP^{Sc}. Von der Aufnahme der PrP^{Sc} in die Peyerschen Platten (PP) des Ileums bis zur Schädigung des Gehirns von Rindern vergehen 3 bis 4 Jahre. In Großbritannien (GB) wurden in den Jahren 1985 bis 1995 etwa 25 Millionen Rinder für die Ernährung der Menschen verwendet, von denen mehr als 700 000 latent mit BSE infiziert waren; etwa 180 000 erkrankten bisher. Seit 1996 sind in GB 84 jüngere Menschen von der neuen Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (nvCJK) betroffen, die durch den BSE-Erreger ausgelöst wird. Möglicherweise tritt die nvCJK bei älteren

Menschen wegen einer gewissen Rückbildung der PP infolge fehlender Aufnahme des BSE-Erregers in die Darmschleimhaut nicht auf. Das PrP^{Sc} von der BSE und der nvCJK haben ähnliche Glykosylierungsmuster und lösen bei transgenen Mäusen gleiche pathologische Veränderungen im Gehirn aus. Infolge der Untersuchung aller Schlachtrinder auf das Vorkommen von BSE und infolge der Beseitigung möglicherweise latent infizierter Organe ist die Gefahr einer Infektion des Menschen durch Verzehr von Rindfleisch fast gleich Null.

Stichwörter: Bovine spongiforme Enzephalopathie, infektiöse Prionproteine, neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Infektionswege beim PrP^{Sc}

Wie kam es zur BSE- Epidemie in Großbritannien?

Im Jahre 1985 wurde in Großbritannien (GB) bei Rindern eine bis dahin unbekannte Krankheit des Nervensystems festgestellt, bei der im Gehirn Vakuolen unterschiedlicher Größe (Abb. 1) und schwammähnliche Veränderungen vorlagen und die daher als bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) bezeichnet wurde. Hauptstörungen sind (Wells et al., 1987):

- Störungen der Bewegung, mit Ataxie, später Stehunsfähigkeit.
- Veränderungen der Sensibilität, mit Überempfindlichkeit auf Berührung, Geräusche und Licht.
- Abweichungen im Verhalten, Ängstlichkeit, Angst vor Hindernissen, Aggressivität, Zähneknirschen und Muskelzucken.

Wegen der starken Abweichungen im Verhalten und der Ausbildung unzureichender Reaktionen erhielt die Erkrankung auch die Bezeichnung „Rinderwahnsinn“.

Als Ursache der BSE wurde eine Infektion mit einer Isoform der Prionproteine nachgewiesen, die die Fähigkeit der Umwandlung der normalen zellulären (c) Prionproteine (Abkürzung: PrP^C) in eine in der Struktur stark abweichende – zellschädigende – Form hat, die als PrP^{Sc} bezeichnet wird. Bei Schafen wird durch Infektion mit bestimmten Typen von PrP^{Sc} die Traberkrankheit ausgelöst, die

in GB – wegen des stark auftretenden Juckreizes – die Bezeichnung „scrapie“ hat. Davon leitet sich die Abkürzung der infektiösen Prionproteine (sc) ab. Bei Tieren kommen zahlreiche durch PrP^{Sc}-Infektion ausgelöste Erkrankungen vor (Tab. 1).

Über die Ursache der BSE-Auslösung ist man wenig informiert. Es wird angenommen, dass eine Mutation im Priongen eines Rindes eine Rolle spielt. Auch eine Infektion mit einem besonderen Typ von PrP^{Sc} vom Schaf wird als möglich erachtet. Sicher ist, dass mit PrP^{Sc} infiziertes Tiermehl (TM) die BSE ausgelöst hat. Dabei spielte der Umstand eine Rolle, dass etwa vom Jahre 1980 an wegen der zunehmenden Energiepreise eine geringere Erhitzung des TM und ein niedrigerer Einsatz von heißen Fettextraktionsmitteln erfolgte, so dass die Inaktivierung von PrP^{Sc} im TM abnahm. Nach Infektion der ersten Rinder wurden diese in

latent infizierter Form zum Teil für die Herstellung von TM verwendet, wodurch die Verbreitung von PrP^{Sc} lawinenartig zunahm und 1985 (Tab. 2) die ersten Fälle von BSE auftraten (Wilesmith, 1998). Die Bezeichnung „Prionproteine“ erfolgte durch Prusiner (1982) für infektiöse Proteine und stellt eine Buchstabenfolge aus „proteinaceous infectious agents“ dar. Bald darauf erkannte man, dass dem PrP^{Sc} in der Aminosäuresequenz völlig gleiche Proteine in abgewandelter Struktur normale Bestandteile der meisten Zelltypen der Säugetiere sind, deren Erforschung in den letzten Jahren stark zunahm (Prusiner, 1999).

Von der Aufnahme einer größeren Menge an PrP^{Sc} in die Peyerschen Platten (PP) des Ileums bis zum Auftreten der Funktionsstörungen des Gehirns vergehen beim Rind 3 bis 4 Jahre. In GB sind seit 1985 etwa 180 000 Rinder an BSE erkrankt. Im Jahre 1988 wurde die Ver-

Tabelle 1. Vorkommen von spongiformer Enzephalopathie bei Tieren, nach Wells u. McGill (1992)

Tierart:	Erkrankung:
Rind:	Bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE)
Schaf, Ziege	Traberkrankheit, starker Juckreiz („scrapie“), Abmagerung
Nerz	Transmissible spongiforme Enzephalopathie
Katze	Feline spongiforme Enzephalopathie (durch BSE-Erreger ausgelöst)
Maultierhirsch, Elch	Spongiforme Enzephalopathie, Abmagerung („wasting disease“)
Antilope, Spießbock, Gemsbock	Der Traberkrankheit ähnlich, starker Juckreiz, Abmagerung

abreichung von TM an Wiederkäuer verboten: Daraufhin sank die Zahl der BSE-Fälle ab 1993 stark ab. Bei trächtigen Rindern kann ein Übergang von PrP^{Sc} in die Feten erfolgen (Anon., 1997).

Die Infektiosität des PrP^{Sc} von der BSE ist an sich gering. Am leichtesten werden Kälber und Jungrinder infiziert, bei denen die PP gut ausgebildet sind. Bei 51,1 % der betroffenen Rinderbetriebe in GB trat die Erkrankung nur bei einem Rind bzw. bei 2 Rindern auf. Diese Feststellung wurde jetzt auch in Deutschland gemacht. Offenbar ist für eine Auslösung der BSE eine Aufnahme von mehreren Milliarden an PrP^{Sc}-Molekülen in das Ileum notwendig. Bei Untersuchungen über die Auslösung der Traberkrankheit bei Schafen stellte man fest, dass ältere Schafe sehr selten infiziert werden (Lit. s. Heggebo, 2000). Im Alter von 18 Monaten und mehr sind nämlich die PP des Ileums stark rückgebildet und inaktiv (Reynolds u. Morris, 1983). Bei Rindern bilden sich die PP vom Alter von 5 Jahren an zurück (Lubis et al., 1982). Von der BSE werden hauptsächlich nur Rinder im Alter von 4 – 7 Jahren betroffen, deren Infektion im Alter von 0,1 bis 5 Jahren erfolgt (Wilesmith, 1998). Mit TM wurde die BSE aus GB in zahlreiche andere europäische Länder exportiert (Tab. 3); in den USA kommt sie nicht vor (Marsh, 1990).

Im Jahre 1996 wurde in GB bei Patienten im Alter von 18 bis 31 Jahren das Vorkommen einer neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (nvCJK) festgestellt (Will et al., 1996), die durch bovines PrP^{Sc} ausgelöst wurde (Collinge et al., 1996). Die PrP^{Sc} von der BSE und von der nvCJK haben übereinstimmende Glykoformen, lösen bei transgenen Mäusen gleiche pathologische Veränderungen und nach Übertragung auf Meerkatzenaffen ähnliche Erkrankungen aus. Bisher sind in GB 84 jüngere Menschen an der nvCJK erkrankt (Anon., 2000).

Beim Menschen liegt die größte Zahl der PP im Alter von 15 bis 25 Jahren vor

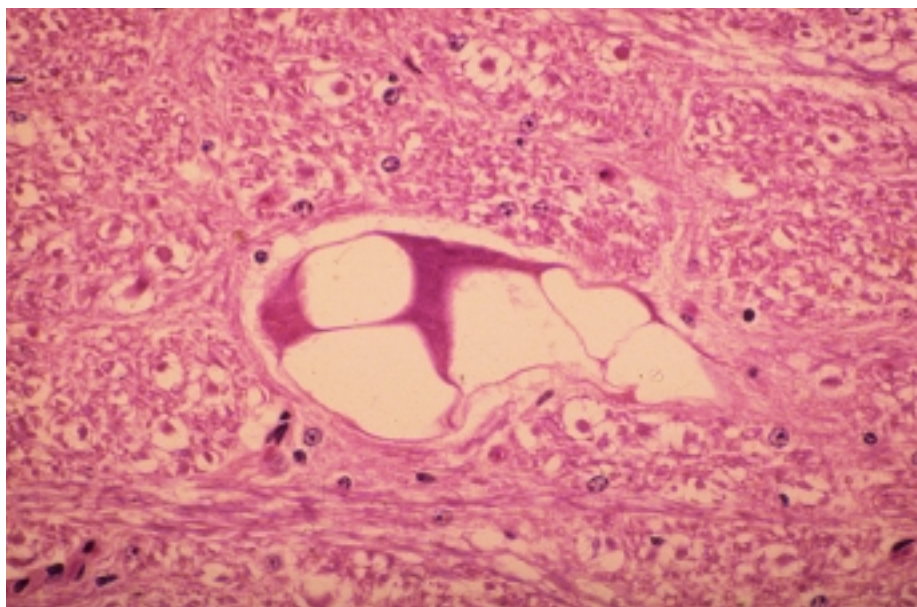


Abb. 1. Schnitt durch die Medulla oblongata eines Rindes mit BSE, die zahlreiche Vakuolen mit unterschiedlicher Größe enthält. Gerätevergrößerung 300fach. Aufnahme: H.A. Schoon, Vet.-Pathologie, Leipzig.

Tabelle 2. Entwicklung der BSE-Epidemie in Großbritannien (GB)

Zeitpunkt:	Vorgang:
Ab 1980	Veränderung der Produktionsverfahren für Tiermehl, geringere Inaktivierung von PrP ^{Sc} infolge niedrigerer Erhitzung
Ab 1981	Zunehmende Belastung von Rindern durch bovines PrP ^{Sc}
1985	Erster Todesfall eines Rindes infolge von BSE auf der Stent Farm in Sussex
1986	Die Veränderungen bei der BSE im Gehirn werden beschrieben
1988	Verbot der Verfütterung von Tiermehl an Wiederkäuer
1989	Bereits 8000 Rinder in GB an der BSE erkrankt
1989	Verbot der Verwendung von Risikomaterial von Rindern (ZNS, Magen-Darmkanal) für die menschliche Ernährung
1992	In GB Höhepunkt der Epidemie mit 37280 Erkrankungen
1993	Bis Ende 1993 etwa 100 000 Rinder in GB an BSE erkrankt
1996	Feststellung der neuen Variante der CJK bei jüngeren Patienten

Tabelle 3. Häufigkeit des Vorkommens von BSE in verschiedenen Ländern bis 12.02.2001, nach Anon. (2001)

Land	Zahl der Erkrankungen
Belgien	22 Fälle seit 1997
Dänemark	3 Fälle seit 1992, davon 1 Importrind
Frankreich	26 Fälle seit 1991
Deutschland	33 Fälle seit 1992, davon 6 Importrinder
Irland	614 Fälle seit 1989, davon 2 Importrinder
Italien	3 Fälle seit 1994, davon 2 Importrinder
Niederlande	12 Fälle seit 1997
Portugal	509 Fälle seit 1990, davon 3 Importrinder
Spanien	17 Fälle seit 2000
Schweiz	376 Fälle seit 1990

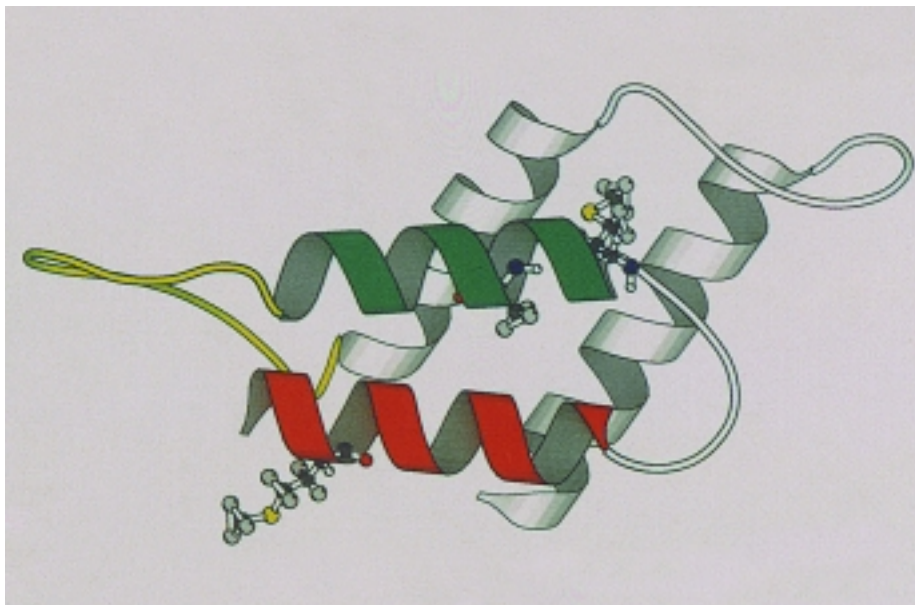


Abb. 2
Räumliche Struktur des PrP^C, das 4 Anteile mit Spiralstruktur der Aminosäureanordnung hat. Die grün und rot gezeichneten Spiralen gehen bei der Umwandlung durch PrP^{Sc} in die Faltblattstruktur über. Nach Huang, Z. et al., (1994)

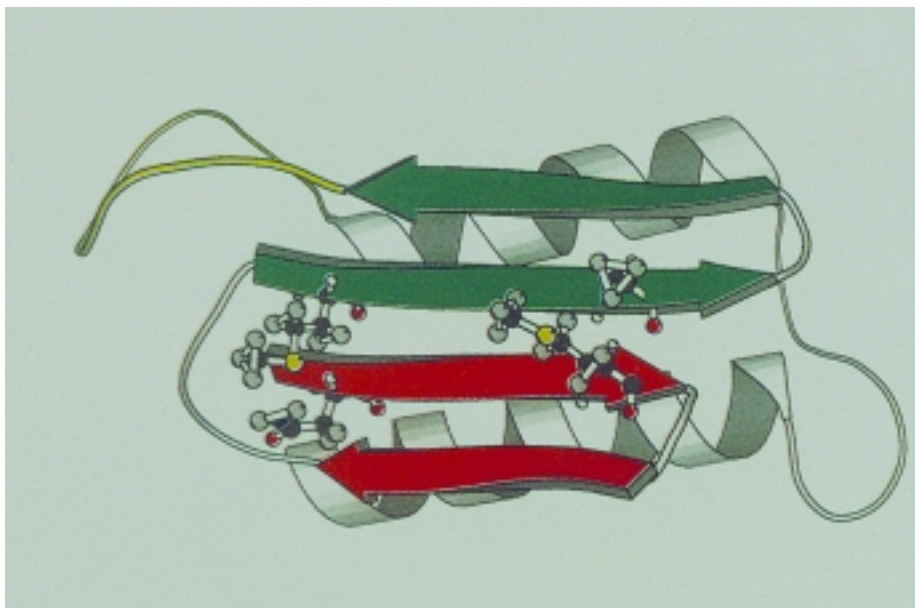


Abb. 3
Räumliche Struktur des infektiös wirksamen PrP^{Sc} mit 4 Anteilen von Faltblattstruktur. Nach Huang, Z. et al. (1994)

(Van Kruijning et al., 1997), danach nimmt sie bis zum 90. Lebensjahr um mehr als 50 % ab (Cornes, 1965). Möglicherweise bewirkt bei älteren Menschen eine gewisse Rückbildung der PP und der Lymphknoten des Darms insgesamt, dass kein Übergang von dem BSE-Erreger in die Schleimhaut bzw. keine Vermehrung erfolgt.

Eigenschaften der normalen Prionproteine

Das PrP^C besteht beim Rind und Schaf aus 270 Aminosäuren und unterscheidet sich in der Sequenz in 7 oder 8 Aminosäureanteilen. Das PrP^C kommt in der Membran zahlreicher Zelltypen vor, besonders reichlich in der von Nerven- und Gliazellen des ZNS, der Retina und des vegetativen Nervensystems. Reich an PrP^C sind die Neuriten und die Synapsen (Mouillet-Richard et al., 2000). Weiterhin ist es in B-Lymphozyten, in Dendritenzellen, in der Herz- und Skelettmuskulatur, in der Lunge, in den Endothelzellen der Nieren und der Mukosa des Magen-Darmkanals, im Uterus, in der Milchdrüse, in Keratinozyten sowie in der Plazenta enthalten (Lemaire-Vieille et al., 2000).

Nach der Biosynthese im endoplasmatischen Retikulum wird das PrP^C im Golgi-Apparat z. T. in ein oder 2 Positionen mit Oligosaccharidketten versehen, wobei Mono- und Diglykosyl-PrP^C entstehen. Das PrP^C wird dann in die Membran übergeführt und an deren Außenseite mit Hilfe eines Glykolipids verankert. Infolge von Unterschieden in der Größe des Moleküls, in der Aminosäuresequenz und in den Oligosaccharid-Anteilen kommen mehr als 500 verschiedene Typen von PrP^C vor. Das PrP^C hat folgende Funktionen:

- Es wirkt als Superoxid-Dismutase und baut Superoxidation-Radikale ab (Brown et al., 1999).

- Es steht mit anderen Molekülen der Membran in Verbindung und kann an der Außenseite informativ wirksame Moleküle binden: Dadurch wird es aktiviert

und erhöht die Wirksamkeit einer Tyrosinkinase Fyn an der Innenseite der Membran: Es dient der Signalübermittlung (Mouillet-Richard et al., 2000).

Bei gentechnisch vom PrP^C-Gen freige-machten Mäusen wurden eine erhöhte Empfindlichkeit gegen oxidativen Stress sowie Änderungen im Verhalten festge-stellt.

Bildung und Eigenschaften der infek-tiösen Prionproteine (PrP^{Sc})

Eine Bildung von PrP^{Sc} erfolgt unter fol-genden Umständen:

- Durch eine Mutation in den Prionge-nen, wodurch instabile PrP^C entstehen.

- Durch spontane Umlagerung eines in-stabilen Moleküls von PrP^C.

- Nach Aufnahme einer größeren Men-ge von PrP^{Sc} über die Nahrung, das dann das körpereigene PrP^C umlagert.

Nach lokaler Bildung einer größeren Menge an PrP^{Sc} in der Zelle treten die Moleküle zu Aggregaten zusammen, aus denen Fibrillen entstehen. Bei der Um-lagerung des PrP^C in das PrP^{Sc} gehen im Molekül 2 Spiralanteile in 4 Faltblatt-anteile über (Abb. 2, 3). Der Anteil der in Form von Faltblattstruktur vorliegenden Aminosäuren steigt von 3 auf 43 % an (Huang et al., 1994). Damit entstehen grundlegend neue Eigenschaften der Prionproteine (Tab. 4). Für die Infek-tiosität und Wirksamkeit bedeutsam sind:

- Die fehlende Abbaufähigkeit durch enterale und intrazelluläre Proteasen. In-folgedessen kann das PrP^{Sc} im Ileum und Kolon in unveränderter Form in die Schleimhaut übergehen. Wegen des Feh-lens der Proteolyse des PrP^{Sc} in den Zellen reichert sich dieses dort an und führt zu einer Schädigung. Bei den meis-ten Zelltypen hält sich der Funktionsaus-fall in mäßigen Grenzen, weil diese ständig neu gebildet werden können, so bei den B-Lymphozyten. Bei den Nervenzellen ist ein Ersatz nicht möglich, so dass ihre Schädigung durch Anreicherung von PrP^{Sc} und ihr Abbau zu Störungen der Funktion des ZNS führt.

Tabelle 4. Einige Eigenschaften der zellulären PrP^C und der infektiösen PrP^{Sc}

Zelluläre PrP ^C	Infektiöse PrP ^{Sc}
1. Hoher Anteil (42 %) der Aminosäuren des Moleküls in Spiralf orm	1. Hoher Anteil (43 %) der Aminosäuren des Moleküls in Faltblattstruktur
2. Ständige Synthese und ständiger Abbau	2. Fehlende Proteolyse in den Zellen, Anreicherung von PrP ^{Sc} und Schädigung
3. Durch Proteasen im Magen-Darmkanal abbaufähig	3. Durch Proteasen nicht zerlegbar, dadurch Fähigkeit des Übergangs in die Peyerschen Platten in unveränderter Form
4. Durch Hitze und Druck denaturierbar	4. Erst bei Erhitzung auf 140°C bei 4 Bar Druck für 20 Minuten denaturierbar und nicht mehr infektiös-fähig

- Die Stabilität gegenüber Erhitzung und mikrobiellem Abbau, so dass sie lange lebensfähig sind.

Ausbreitung des PrP^{Sc} im Körper

Die Aufnahme von PrP^{Sc} findet bei Wie-derkäuern im Bereich der Peyerschen Platten des Ileums sowie im Kolon statt. PrP^{Sc} von Schafen wird beim Rind im

Kolon 7mal schneller in die Schleimhaut als beim Schaf aufgenommen (McKie et al., 1999). Nach Untersuchungen an Scha-fen erfolgt dann eine Bildung von PrP^{Sc} in den Lymphknoten des Darms, der Tonsillen und der Milz (Sommerville et al., 1997), dann in den Nervenzellen des Darms. Nach einer längeren Periode der Vermehrung in diesen Geweben breitet

sich die Bildung von PrP^{Sc} über Nervenfasern in Nervenzellen der vegetativen Ganglien bis zu den Dorsalganglien und zum Rückenmark sowie über den N. vagus bis zum Gehirn aus (Andreoletti et al., 2000; Van Keulen et al., 1999).

Bei der Untersuchung von Geweben der an der vCJK Verstorbenen wurde PrP^{Sc} in allen Proben aus Tonsillen, Milz und Lymphknoten festgestellt (Hill et al., 1999). Die Tonsillen sind für eine Frühdiagnose der Erkrankung geeignet. Bei infizierten Schafen wurde in den Tonsillen bereits 18 Monate vor dem Auftreten von Krankheitserscheinungen PrP^{Sc} nachgewiesen (Schreuder et al., 1998). Bei einem Patienten mit der vCJK lag PrP^{Sc} auch im Lymphgewebe des Blinddarms vor (Hilton et al., 1998).

Bei einem Versuch wurden an Kälber im Alter von 4 Monaten 100 g Hirnstamm von BSE-Rindern oral verabreicht. Nach 6 Monaten war das PrP^{Sc} in den PP angereichert. Im Abstand von 32 Monaten nach der Infektion lag in der Medulla oblongata, in den zervikalen und thorakalen Dorsalganglien sowie in den verschiedenen Abschnitten des Rückenmarks eine hohe Konzentration an PrP^{Sc} vor. Klinische Veränderungen traten nach 35 Monaten auf (Wells et al., 1998). Vom ZNS aus breitet sich die Bildung von PrP^{Sc} über die Nervenfasern in die Retina sowie in Nerven aus, so z.B. in den N. ischiadicus. Der Umfang der Anreicherung von PrP^{Sc} in den verschiedenen Abschnitten des Gehirns vom Rind ist unterschiedlich; besonders groß ist der Gehalt im Hirnstamm, der für den Nachweis von BSE bei Schlachtrindern eingesetzt wird (Tab. 5).

Die Bildung von PrP^{Sc} im Körper führt zu keiner Entzündung und zu keiner Reaktion des Immunsystems, da nämlich die PrP^{Sc} früh in der fetalen Entwicklung gebildet werden und die PrP^{Sc} auch als „körpereigen“ angesehen werden.

Tabelle 5. Relative Intensität der histopathologischen Veränderungen in einzelnen Teilen des Gehirns bei Rindern mit BSE, nach Wells u. Wilesmith (1995)

Mesenzephalon	3,2	Rhinenzephalon	1,7
Medulla oblongata	3,0	Corpus striatum	0,7
Pons	1,9	Zerebellum	0,3
Dienzephalon	1,9	Gehirnrinde	<0,1

Von der Übertragbarkeit des PrP^{Sc}

Eine Infektion von Tier zu Tier durch Kontakt findet nicht statt. In der Milch infizierter Rinder wurde kein PrP^{Sc} festgestellt (Taylor et al., 1995).

Nach oraler Verabreichung von Hirnhomogenat von an BSE erkrankten Rindern an Schweine und Hühnchen bildete sich keine Erkrankung aus, so dass Produkte von diesen Arten für die menschliche Ernährung unbedenklich sind (Lit. s. Kolb, 1998).

In GB wurden in den Jahren 1985 bis 1995 25 Millionen Rinder für den Zweck der menschlichen Ernährung geschlachtet, von denen mehr als 700 000 latent mit BSE infiziert waren. Vom Jahre 1989 an wurde sog. Risikomaterial (Gehirn, Rückenmark, Magen-Darmgewebe) beseitigt. Immerhin nahmen die Menschen in GB in den Jahren 1985 bis 1989 Risikomaterial von etwa 350 000 latent infizierten Rindern auf (Anderson et al., 1996). Wie man danach feststellte, kann auch sogenanntes Separatorenfleisch einen hohen Gehalt an bovinem PrP^{Sc} haben: Es wird mechanisch von der Wirbelsäule abgetrennt und kann Dorsalganglien enthalten. Eine Gewinnung ist jetzt auch in Deutschland verboten. Eine BSE-Infektion erfolgte nur bei Menschen mit einem Methionanteil in Stellung 139 des PrP^C.

Eine Aufnahme von PrP^{Sc} ist auch über die verletzte Haut möglich. In diesem Fall wird das Ausschneiden des infizierten Bereiches empfohlen (Aguzzi u. Collinge, 1997).

Bemerkenswert ist, dass sich bei Hamstern nach Verabreichung von PrP^{Sc} vom

Schaf in die Zahnpulpa eine Infektion über den N. trigeminus bis zum Ganglion des Nerven ausbreitete und nach 150 Tagen das Gehirn erreichte (Ingrosso et al., 1999).

Interessante Befunde erbrachten Versuche über die Umwandlungsfähigkeit von gereinigtem PrP^C vom Menschen durch die PrP^{Sc} vom Mensch, vom Rind und vom Schaf. Am schnellsten und umfangreichsten wurde das PrP^C durch die PrP^{Sc} von Patienten mit der CJK in PrP^{Sc} umgewandelt. Weniger schnell war das PrP^{Sc} von Rindern mit der BSE und am wenigsten schnell das PrP^{Sc} von Schafen mit der Traberkrankheit wirksam. Demzufolge hat das PrP^{Sc} vom Rind beim Menschen nur eine geringe Infektiosität (Raymond et al., 1997). Zum Schutz des Menschen vor einer Infektion durch PrP^{Sc} wurden Verordnungen über die Untersuchung aller über 24 Monate alten Schlachtrinder auf das Vorkommen von Veränderungen durch die BSE im Hirnstamm und über die Beseitigung von möglicherweise die PrP^{Sc}-enthaltenden Gewebe („Risikomaterial“) erlassen. Bei Rindern im Alter von über 12 Monaten gelten Schädel einschließlich Gehirn und Augen, Mandeln, Rückenmark und Ileum als Risikomaterial. In gleicher Weise wird Risikomaterial von geschlachteten Schafen und Ziegen im Alter von über 12 Monaten beseitigt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Erich Kolb
An den Tierkliniken 43, 04103 Leipzig

Professor Dr. med. habil. Karl-Heinz Straube zum 90. Geburtstag



Prof. Dr. med. habil. Karl-Heinz Straube – Initiator der kardiologisch-angiologischen Dispensaire-Betreuung in Südwestsachsen und darüber hinaus – begeht am 15. Mai 2001 seinen 90. Geburtstag, zu dem ihm seine ehemaligen Mitarbeiter ganz herzlich gratulieren.

Prof. Dr. Straube, 1911 in Kleinschachwitz bei Dresden als Sohn eines Kaufmanns geboren, studierte 1931 bis 1936 an den Universitäten Freiburg, Jena, Berlin, Rostock und Leipzig. Dort legte er 1936 an der Medizinischen Fakultät der Universität sein Staatsexamen ab und promovierte im gleichen Jahr zum Doktor der Medizin.

1936 bis 1938 war er unter Prof. Dr. Roskoski in der Medizinischen Klinik des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt,

unter Prof. Warnekros an der Staatlichen Frauenklinik Dresden, unter Prof. Dr. Kaiser an der Landesfrauenklinik Erfurt sowie am Pharmakologischen Institut der Universität Leipzig unter Prof. Dr. Gros tätig.

Am 1. 11. 1938 kam Prof. Dr. Straube an die Medizinische Klinik des Heinrich-Braun-Krankenhauses Zwickau, um unter Prof. Dr. Litzner seine internistische Facharztausbildung zu beginnen, die er nach Militärdienst und Kriegsgefangenschaft ab 1. 3. 1946 an gleicher Stelle unter Doz. Dr. Schally fortsetzen konnte. Bereits 1948 wurde Dr. Straube zum Oberarzt der Medizinischen Klinik ernannt. Im Jahre 1949 wurde der junge Oberarzt Dr. Straube mit der kommissarischen Leitung der Klinik betraut.

Zwischen 1950 und 1958 war Dr. Straube Oberarzt der Medizinischen Klinik unter der Leitung von Prof. Dr. Brinkmann.

Am 15. September 1958 begann er seine Oberarztstätigkeit an der Medizinischen Universitätsklinik Rostock unter Prof. Dr. Dutz und später unter Prof. Dr. Kaeding. Hier habilitierte Dr. Straube am 6. 12. 1961 zum Thema „Grundlagen für prophylaktische und metaphylaktische Maßnahmen beim Herzinfarkt“.

Nach Erlangung der *Facultas docendi* wurde er am 1. 4. 1962 zum Dozenten für Innere Medizin ernannt.

Am 15. April 1964 kam Doz. Dr. Straube wieder an das Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau zurück und übernahm die I. Medizinische Klinik als Chefarzt. Das fachliche Profil dieser Klinik wurde ge-

prägt durch die Bereiche Kardiologie, Angiologie, Pulmologie und Hämatologie mit angeschlossenen Dispensaires.

Am 1. September 1967 wurde Doz. Dr. Straube zum Professor mit Lehrauftrag für Innere Medizin ernannt.

Wenn man den Versuch unternimmt, das jahrzehntelange Wirken von Herrn Prof. Dr. med. habil. Karl-Heinz Straube am Bezirkskrankenhaus „Heinrich Braun“ in Zwickau in seinen wesentlichen Zügen zu beschreiben, dann sollte man zwei Charakteristika an die Spitze stellen: seinen Ruf als beliebter und geachteter Arzt und seine Verdienste als überzeugender gütiger Chef.

Aber auch außerhalb der Klinik bewirkte Prof. Dr. Straube viel Positives. Während seines Vorsitzes der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR in den Jahren 1968 bis 1970 wurde diese selbst in die Europäische Kardiologische Gesellschaft aufgenommen. In diese Zeit fiel auch die Gründung der Sektion Angiologie.

Es war stets Prof. Dr. Straubes Bestreben, in der modernen Entwicklung der Medizin das richtige Verhältnis zwischen Spezialisierung und Integration zu finden. Er gehört zweifellos noch zu jener Generation von Internisten, die ungeachtet eigener Spezialisierung den Blick und Überblick über das gesamte Fach nicht verloren haben.

Prof. Dr. med. habil. Günter Schott
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin
Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau

Professor Dr. med. habil. Rolf Haupt zum 65. Geburtstag



Am 17. Mai 2001 begeht Herr Professor Dr. med. habil. Rolf Haupt seinen 65. Geburtstag. Dieser Tag ist Anlass zur Rückbesinnung, zur Würdigung seiner Leistungen und seiner Persönlichkeit.

In Leipzig geboren am 17. 5. 1936, Abitur 1954, Studium der Humanmedizin von 1955 bis 1959, nach dem Staatsexamen Promotion zum Dr. med. mit dem Thema „Glyzerin- und Alkoholstoffwechsel beim Kaninchen“ bei Herrn Professor Dr. Strack und am 1.12.1959 Eintritt in das Bezirkskrankenhaus St. Georg, dem jetzigen „Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig“ mit dem Ziel, Chirurg zu werden. 1963 auf Anraten seines chirurgischen Lehrers „für ein oder zwei Jahre“ Delegation in die Pathologie des St. Georg, damit er sich umfassend auf seine Chirurgenlaufbahn vorbereiten konnte mit der Aufgabe, sich besonders mit der Lungenpathologie zu befassen. Betreuer, späterer Förderer und Freund wurde Herr Prosektor Dr. med. Hermann Egk, Humanist, Feingeist, Pathologe und Wissenschaftler. Er betraute Rolf Haupt bereits nach einem Jahr Tätigkeit mit der Aufgabe, einen Beitrag für den „Henkel-Lubarsch“, das damalige Standardhandbuch der Pathologie, zu schreiben. Die Folge war seine weitere Tätigkeit im Pathologischen Institut und 1966 die Anerkennung als Facharzt für Pathologie.

1969 Einreichung der Habilitationsschrift zum Thema „Das Narbenkarzinom der Lunge“; 1970 Graduierung zum Dr. sc. med. und Ernennung zum Oberarzt, 1971 nach Emeritierung seines ehemaligen Chefs Berufung zum Prosektor und Chefarzt des heutigen Institutes für Pathologie und Tumordiagnostik, 1976 Ernennung zum Dozenten und 1986 zum Honorarprofessor. Zwei Hauptanliegen unseres Prosektors in der täglichen Arbeit seien genannt, die Etablierung einer zielgerichteten interdisziplinären Zusammenarbeit und die Weiterbildung, speziell jüngerer Kollegen. Er betrachtet diese Aufgaben als eine notwendige und logische Ergänzung seines Faches zur Klinik. Dazu gehört auch die Betreuung von über 80 Promovenden und die Unterstützung zahlreicher Habilitanden bei morphologischen Fragestellungen. Diese kurze Darstellung der beruflichen Entwicklung wird der Leistung und der Persönlichkeit von Rolf Haupt aber nur partiell gerecht. Seine Leistungen als leitender Chefarzt und sein Engagement bei und nach der Wende bei der demokratischen Erneuerung unseres Landes hatten und haben Gewicht. Berufung zum leitenden Chefarzt Oktober 1990, Wiederwahl 1995, Ende dieser sehr erfolgreichen Amtsperiode am 31. März diesen Jahres. In dieser Funktion, in der Rolf Haupt wesentlich die Entwicklung unseres Hauses in den verschiedensten Richtungen unter anderem strukturell, personell und baulich mitbestimmte, gelang ihm in der Nachwendzeit auch zu helfen, Bewährtes zu bewahren. Von den zahlreichen Aktivitäten nach der politischen Wende 1989/1990 seien genannt: Mitglied des „Runden Tisches Gesundheitswesen“, aktive Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Koordinierung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser in Leipzig“, und Initiativen für eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen von Baden-Württemberg. Berufspolitisch ist bedeutsam, dass Professor Haupt zum engeren Kreis der Gründungsmitglieder unserer Kammer gehörte; dass die Ethikkommission von ihm aufgebaut wurde und dass unter seiner Leitung dort

eine immense und ausgezeichnete Arbeit geleistet wird und dass er in den Kommissionen Weiterbildung und Qualitätssicherung eine exponierte Stellung einnimmt und dabei nicht unerheblich zu deren Wirksamkeit beiträgt. Jahrzehnte unermüdlischen Engagements können niemals in wenigen Absätzen umfassend dargestellt werden. Ich hoffe, dass ich trotzdem das Bild des Arztes, Wissenschaftlers, Krankenhausmanagers und Berufspolitikers Professor Dr. med. Rolf Haupt in seiner Vielfältigkeit den Lesern geschildert habe.

Wir bedanken uns bei Rolf Haupt für sein gelebtes Engagement für unser Haus, wir gratulieren zu diesem Tage ganz herzlich. Hauptwünsche sind Gesundheit, Zufriedenheit und noch viel Freude bei der fachlichen Arbeit im Institut. Ich bin mir sicher, dass ich diese Wünsche auch im Namen der aktiven, aber auch der bereits ausgeschiedenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, der Schwesternschaft, überhaupt aller Mitarbeiter unseres Hauses und im Namen unserer Patienten aussprechen darf.

Lieber Rolf, mit diesen Glückwünschen verbinde ich meinen persönlichen Dank für die vielen Jahre freundschaftlicher Verbundenheit. Besonders geschätzt und bewundert an Dir habe ich immer, wie präzise und umfangreich Du für Dich, aber auch für Deine Umgebung, Ideale gedanklich gestaltet hast. Diese hast Du immer unterlegt mit Deiner humanistischen Bildung, mit philosophischem Gedankengut, mit religiöser Gläubigkeit und tiefem Ernst in Deiner Person. Damit hast Du insbesondere Deine fachlich-wissenschaftliche Umgebung, aber auch Deine Tätigkeit auf Krankenhausleitungsebene und Deine persönliche Sphäre geprägt. Damit bist Du zwangsläufig – gehalten durch diese Ideale und den Willen, diese nicht als idealistisches Beiwerk zu belassen, sondern einen gehörigen Teil in Realität umzusetzen – oft einen schweren Weg gegangen. Gespräche und Diskussionen mit Dir werden mir immer in Erinnerung bleiben.

Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

	60 Jahre				
01. 06.	Erbgen, Hans-Peter 01594 Stauchitz	15. 06.	08239 Trieb Dr.med. Sippach, Joachim	03. 06.	Dr.med. Luge, Rolf 01465 Liegau-Augustusbad
01. 06.	Dr.med.habil. Fischer, Herbert 04155 Leipzig	17. 06.	08289 Schneeberg Dr.med. Jäsch, Kristin	05. 06.	Stammwitz, Hanna 01445 Radebeul
01. 06.	Dr.med. Hoffmann, Dietmar 02692 Großpostwitz	17. 06.	01324 Dresden Dr.med. Kunze, Stephan	05. 06.	Stavenow, Rudolf 04758 Cavertitz
01. 06.	Lenke, Ute 04105 Leipzig	17. 06.	01187 Dresden Dr.med. Otto, Monika	06. 06.	Dr.med. Mehlhose, Johannes 09127 Chemnitz
01. 06.	Weber, Sabine 01619 Röderau	17. 06.	08060 Zwickau Dr.med. Schönfelder, Berndt	06. 06.	Dr.med. Trnka, Helga 04279 Leipzig
02. 06.	Dr.med. Lorenz, Lieselotte 01558 Großenhain	18. 06.	09526 Rübenu Doz.Dr.med.habil. Fritsche, Frithjof	07. 06.	Dr.med. Scholtz, Helga 01587 Riesa
04. 06.	Dr.med. Dietze, Hanswolf 01877 Bischofswerda	18. 06.	01326 Dresden Dr.med. Knoll, Hans-Jürgen	08. 06.	Miesch, Gudrun 01326 Dresden
04. 06.	Dr.med. Teubner, Michael 09217 Burgstädt	18. 06.	01877 Schmölln Seelmann, Uta	09. 06.	Prof.Dr.med.habil. Richter, Gerhard 01326 Dresden
04. 06.	Dr.med. Windisch, Wolf-Rüdiger 08060 Zwickau	18. 06.	01612 Nünchritz Dr.med.habil. Verlohren, Hans-Joachim	10. 06.	Dr.med. Liensdorf, Irmgard 09232 Hartmannsdorf
05. 06.	Dipl.-Med. Hoffmann, Brigitte 02977 Hoyerswerda	18. 06.	04420 Markkleeberg Lippold, Gunter	11. 06.	Dr.med. Neuber, Claus-Dieter 09128 Chemnitz
05. 06.	Prof.Dr.med. Rieber, Peter 82140 Olching	19. 06.	04849 Bad Dübenu Dr.med. Böttner, Gudrun	13. 06.	Dr.med. Siegel, Gisela 04439 Engelsdorf
06. 06.	Dr.med. Starke, Maria 08412 Werdau	20. 06.	04416 Markkleeberg Dr.med. Grunert, Christa	16. 06.	Dr.med. Lattermann, Karin 04430 Böhlitz-Ehrenberg
06. 06.	Dr.med. Steffens, Rosemarie 08525 Plauen	20. 06.	02692 Rodewitz Schmidt, Rainer	18. 06.	Dr.med. Oettel, Reiner 04509 Glesien
07. 06.	Rauschenbach, Rainer 04779 Wermstorf	20. 06.	08236 Ellefeld Dr.med. Sommer, Wolf-Peter	21. 06.	Dr.med. Bergmann, Eva-Maria 01324 Dresden
07. 06.	Dr.med. Trumpold, Hermann 01665 Schieritz	20. 06.	02943 Weißwasser Dr.med. Winterstein, Rainer	24. 06.	Dr.med. Drechsel, Günther 08496 Neumark
08. 06.	Dr.med. Borchers, Anita 09116 Chemnitz	20. 06.	01824 Königstein Doz.Dr.med.habil. Eulitz, Jürgen	24. 06.	Prof.Dr.med.habil. Rother, Paul 04157 Leipzig
08. 06.	Dr.med. Heilmann, Bärbel 01219 Dresden	21. 06.	01108 Dresden Dr.med. Kremß, Bernhard	25. 06.	Dr.med. Scheller, Rudolf 08393 Oberschindmaas
08. 06.	Dr.med. Schulz, Manfred 04357 Leipzig	21. 06.	09337 Hohenstein-Ernstthal Dr.med. Baekler, Barbara	26. 06.	Dr.med. Buschner, Hans-Christian 04758 Oschatz
09. 06.	Dr.med. Gerchel, Barbara 04209 Leipzig	22. 06.	01900 Kleinröhrsdorf Dr.med. Sengeboden, Bernd	26. 06.	Dr.med. Siegmund, Armin 01776 Kurort Bärenfels
09. 06.	Dr.med. Hähnel, Hans-Jürgen 09116 Chemnitz	24. 06.	01909 Goldbach Dr.med. Rebner, Hans-Joachim	29. 06.	Dr.med. Füger, Klaus 08541 Zobes
09. 06.	Dr.med. Schnitzler, Brigitte 09126 Chemnitz	25. 06.	08523 Plauen Kirchner, Wilfried	29. 06.	Doz. Dr.sc.med. Lange, Armin 01159 Dresden
11. 06.	Dr.med. Leibiger, Rainer 09456 Annaberg	26. 06.	01609 Wülknitz Schirge, Jutta	29. 06.	Dr.med. Wehner, Johannes 04703 Leisnig
11. 06.	Dr.med. Wagner, Martin 04457 Mölkau	26. 06.	02708 Löbau Dr.med. Adomeit, Günter	30. 06.	Dr.med. Herold, Klaus 09111 Chemnitz
12. 06.	Selle, Helgard 01237 Dresden	27. 06.	09350 Lichtenstein Dr.med. Schicketanz, Brigitte	30. 06.	Dr.med. Mrosk, Margot 01609 Frauenhain
13. 06.	Dr.med. Steinigen, Günter 01458 Ottendorf-Okrilla	27. 06.	04277 Leipzig Dr.med. Tränkner, Margot	02. 06.	70 Jahre Dr.med. Hendel, Georg
14. 06.	Lorenz, Christa 09618 Brand-Erbisdorf	27. 06.	09376 Oelsnitz Dr.med. Weigel, Harald	02. 06.	08289 Schneeberg Jendryke, Erika
15. 06.	Dr.med. Baekler, Friedbert 01900 Kleinröhrsdorf	27. 06.	04157 Leipzig Dr.med. Mauler, Birgit	02. 06.	02977 Hoyerswerda Prof.Dr.med.habil. Hunger, Horst
15. 06.	Dr.med. Damme, Jörg 08289 Schneeberg	28. 06.	01326 Dresden Dr.med. Wolfersdorf, Brunhilde	07. 06.	04299 Leipzig Dr.med. Barth, Teo
15. 06.	Dr.med. Hoppe, Karin 04509 Delitzsch	28. 06.	04808 Wurzen Dr.med. Rytter, Manfred	08. 06.	04445 Güldengossa Dr.med. Bormann, Christiane
15. 06.	Dr.med. Küchler, Peter 01561 Zabeltitz	29. 06.	04347 Leipzig	11. 06.	08371 Glauchau Irmscher, Irmgard
15. 06.	Dr.med. Petzold, Hella 08141 Reinsdorf		65 Jahre	15. 06.	09456 Annaberg-Buchholz Dr.med.Dr.med.dent. Mahn, Siegmart
15. 06.	Priv.-Doz.Dr.med.habil. Richter, Peter	02. 06.	04277 Leipzig	18. 06.	04155 Leipzig

-
- | | | | | | |
|---------|---|---------|--|---------|--|
| 18. 06. | Dr.med. Wegner, Dieter
01900 Großröhrsdorf | 20. 06. | Prof.Dr.med.habil.
Trenckmann, Heinz
04299 Leipzig | 20. 06. | 86 Jahre
Dr.med. Parisius, Ullrich
04860 Torgau |
| 28. 06. | Dr.med. Haas, Ruth
01097 Dresden | | | | |
| 30. 06. | Dr.med. Richter, Elisabeth
09569 Oederan | 24. 06. | 82 Jahre
Dr.med. Ochernal, Anneliese
01309 Dresden | 22. 06. | 90 Jahre
Dr.med. Jansen, Gertrud
09376 Oelsnitz |
| | 75 Jahre | | | | |
| 01. 06. | Dr.med. Schmieden, Karl-Heinz
08525 Plauen | 03. 06. | 83 Jahre
Dr.med. Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna | 11. 06. | 91 Jahre
Dr.med. Morgner, Kurt
09123 Chemnitz |
| 10. 06. | Dr.med. Behn, Peter
04275 Leipzig | | | | |
| 15. 06. | Dr.med. Gläsel, Rolf
04155 Leipzig | 27. 06. | Dr.med. Pongratz, Gudrun
01689 Weinböhla | | |
| 17. 06. | Dr.med. Heinrich, Lothar
01217 Dresden | 29. 06. | Dr.med. Sobtzick, Ernst
08060 Zwickau | | |
| 23. 06. | Dr.med. Schlegel, Sabine
09648 Mittweida | 20. 06. | 84 Jahre
Dr.med. Walther, Heinrich
04275 Leipzig | | |
| | 81 Jahre | | | | |
| 09. 06. | Dr.med. Stegmann, Johannes
08645 Bad Elster | 27. 06. | 85 Jahre
Dr.med. Chudoba, Erhard
09599 Freiberg | | |
| 12. 06. | Dr.med. Scholze, Siegfried
01877 Bischofswerda | | | | |

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir gern. Bitte teilen Sie es der Redaktion mit.