

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 9/2001

Berufspolitik	Aus der Vorstandssitzung	404
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abgabe von Produkten oder Dienstleistungen in der Arztpraxis	405
	Rückruf von Lipobay®	408
	Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer« Winter 2002	410
	Weiterbildungsstudium Medizinische Ethik	410
	Konzerte und Ausstellungen	411
	Einladung zur Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden am 23. 10. 2001	411
	Urteile der Berufsgerichte für Heilberufe Ärzte im Freistaat Sachsen	424
	In eigener Sache	424
Originalien	G. von Salis-Soglio, R. Schulz, M. Thomas Der lumbale Bandscheibenvorfall	412
	H. Zepnick, F. Steinbach, J. Weller, K. Horn, H.-J. Held, M. Klemm Infertilität durch Verschluss der ableitenden Samenwege	415
	P.E.H. Schwarz, t. Selisko, H. Rietzsch, T. Lindner, J. Schulze Ist Diabetes erkennbar?	420
	Genetische Untersuchungen aus Sachsen	424
Mitteilungen der KVS	Seminar für Praxisgründer	425
	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	425
	Abgabe von Vertragsarztsitzen	426
Leserbriefe	Leserbrief Dr. med. Antje Volkel	428
	Antwort Mathias Kaufhold	428
	Impressum	429
Verschiedenes	Studium Medizinische Informatik in Zwickau	429
	Kriseninterventionsteam Leipzig e.V.	429
	4. Crohn-Colitis-Tag	430
Tagungsbericht	Gesellschaft für praktische Sexualmedizin	430
Buchbesprechungen		432
Personalien	Unsere Jubilare im Oktober	434
	Nachruf Professor Dr. med. habil. Peter Uibe	435
Feuilleton	Zwischen zwei Welten	437
	Die Netter Art Collection	437
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – November 2001	
	Leserbefragung	

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

Aus der Vorstandssitzung

1. August 2001

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten erfolgten in geschlossener Sitzung des Vorstandes Personalgespräche zur Besetzung der Stelle „Referent Presse-/Öffentlichkeitsarbeit“.

Anschließend wurde nach der Diskussion und einer Korrektur das Protokoll der 24. Vorstandssitzung bestätigt.

Nach den Regularien steht an vorderster Stelle die Diskussion um die gesundheitspolitische Lage. Der Präsident führt aus, dass trotz „Sommerloch“ die Diskussion um die Gesundheitsreform sehr kontrovers verläuft. Die Taktik des Bundeskanzlers weist auf, dass die Gesundheitsreform erst nach der Bundestagswahl 2002 erfolgen wird. Die Gesundheitsministerin, Frau Ulla Schmidt, hat einen umfangreichen Fragenkatalog zusammengestellt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Grundkonflikt zwischen Grundlohnsummenabhängigkeit und Verfügbarkeit aller Leistungen unter Qualitätskontrolle scharf dargestellt. Die Politik bedient sich eines Kunstgriffes, indem sie das Problem auf die Leistungserbringer abschiebt und behauptet, die Finanzkrise wäre durch Integrationsmodelle zu lösen.

Die Bundesärztekammer hat in ausführlichen und schweren Diskussionen zwischen Neoliberalisten und Traditionalisten ein Papier zur GKV-Reform erstellt, welches in die Arbeit am Runden Tisch der Gesundheitsministerin einfließen wird. Dieses Papier weist zwei Optionen auf:

Option 1 befasst sich mit der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrenze und Überwindung der Finanzkrise durch die Begrenzung der GKV-Leistungen auf das medizinisch Notwendige.

Option 2 stellt eine Überwindung des Systems dar. Die Versicherungspflicht wird obligatorisch. Für die Kassen besteht ein Kontrahierungszwang. Für den Patienten besteht Wahlfreiheit in den Leistungen. Jedoch wird auch hier die Solidarität nicht aufgegeben.

Die Diskussion leitete unmittelbar über zu den Aufgaben des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen. Es wird in der zweiten Septemberhälfte eine Arbeitssitzung des Bündnis Gesundheit 2000 stattfinden, bei der es vor allem um die Auseinandersetzung mit den Grundsatzpapieren der Parteien und Körperschaften gehen wird.

Im Anschluss an die gesundheitspolitische Problematik stand – auch in Vorbereitung auf die 25. Kammerversammlung – ein ethisches, uns alle bewegendes Thema zur Diskussion: **Sterbebegleitung versus Sterbehilfe.**

Der Präsident sprach einleitende Worte zur spezifischen deutschen Situation und betonte die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens. Drei Vorstandsmitglieder arbeiteten Vorträge zu diesem Thema aus. Es folgte eine verantwortungsvolle und tiefgelotete Aussprache. Im Anschluss an die Kammerversammlung vom 10. November 2001 wird sicher ausführlich darüber berichtet werden.

In TOP 7 wurde sich mit einem Entwurf einer Musterverfahrensordnung der Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten beschäftigt. Die Schlichtungsstelle ist ein freiwilliges Angebot der Kammern. Die Verfahrensgestaltung ist frei. In der Musterverfahrensordnung sollen nun

bundesweit Mindestanforderungen realisiert werden. Herr Dr. Rainer Kluge, Vorsitzender der Schlichtungsstelle, stellte die sechs Eckpunkte vor und erläuterte sie sachkundig und anschaulich. Die Schlichtungsstelle wird ab 1. September 2001 umbenannt in „Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen“.

Es wird ein Sachverständigenrat mit Verfahrensregularien in der Vereinbarung mit dem HUK-Verband beziehungsweise dem Kommunalen Schadensausgleich aufgenommen. Der Sachverständigenrat ist ein Gremium für komplizierte medizinische Fälle, welches der Gutachterstelle zur Entscheidungsfindung hilft bei bereits vorliegenden Gutachten.

Als nächstes berichtete Vorstandsmitglied Dr. Helmut Schmidt über die Vorbereitung des Deutsch-Polnischen Symposiums im September 2001 in Kreisau „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und der Sozialminister, Dr. Hans Geisler, haben ihre Teilnahme zugesagt. Des Weiteren wurde beraten über die Vorbereitungen zur 17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2001 und die Kammerversammlung am 10. November 2001.

Zum Abschluss wurde über die Haushaltsinanspruchnahme diskutiert. Es wird ein guter Halbjahresabschluss konstatiert.

Der Vorstand beendete seine Sitzung 23.00 Uhr.

Dr. Gisela Trübsbach
Vorstandsmitglied

Abgabe von Produkten oder Dienstleistungen in der Arztpraxis

Zulässigkeit/Unzulässigkeit von Tätigkeiten eines Arztes im Rahmen der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit

Mit diesem Artikel ist beabsichtigt, dem interessierten niedergelassenen Arzt darzulegen, nach welchen berufsrechtlichen Vorschriften sich die Abgabe von Produkten und Dienstleistungen richtet (vergleiche Komplex A.), in welchem Umfang dies zulässig ist (vergleiche Komplex B.) unter Einbeziehung der einschlägigen Rechtsprechung (Komplex C.).

In den letzten Jahren erreichten die Sächsische Landesärztekammer zunehmend Beschwerden von Apotheken oder vergleichbaren Leistungsanbietern, wonach Ärzte im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit (in der Regel in der ärztlichen Praxis) Waren und andere Gegenstände abgeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben lassen würden oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen oder erbringen lassen würden, insbesondere gilt dies für die Abgabe von Blutzuckerteststreifen in der ärztlichen Praxis. Dabei haben die auf den Diabetikerbedarf spezialisierten Firmen, nachdem die Sächsische Landesärztekammer dies als nicht zulässig angesehen hat, den Aufdruck auf dem Rezeptvordruck angebracht, dass der Patient in seiner Entscheidungsfreiheit bezüglich des Bezuges bei der Firma durch den Arzt nicht beeinflusst worden ist. Auf Grund dieses Rezeptes werden die Blutzuckerteststreifen entweder direkt in der Arztpraxis abgegeben oder werden an diesen Hersteller per Post übersandt, welcher dann den Blutzuckerstreifen an den Patienten übergibt. Die betroffenen Ärzte teilen mit, dass sie keine Entgelte, Vergünstigungen oder ähnliches von diesen Firmen erhalten. Der Vorteil für die Ärzte ist, dass ihr Budget auf Grund der niedrigeren Preise durch den günstigen Versandhandel gegenüber den Apothekenpreisen nicht so sehr belastet wird. Der Vorteil für den Patienten ist, dass er an einem Ort alle erforderlichen Leistungen erhält; darüber hinaus würden diese Fir-

men auch weitergehende Leistungen professionell anbieten. Dies wäre im Sinne einer vernünftigen Diabetikerbetreuung erforderlich. Mit diesem Themenkomplex haben sich Ärzte, der Ausschuss Berufsrecht sowie der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt.

A. Berufsrechtliche Vorschriften

Gemäß § 3 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer ist es dem Arzt untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind. Gemäß § 34 Abs. 5 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer ist es dem Arzt nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

B. Verhaltensweisen

Für Diabetikerbedarf

Dem Arzt ist es gestattet, Diabetiker auf die unterschiedlichen Versorgungswege von Diabetikerbedarf-Versandhandel und Apotheken hinzuweisen. Ihm ist es auch nicht untersagt, im Rahmen von ärztlichen Maßnahmen (zum Beispiel Schulungen) zum Beispiel Diabetesstreifen an den Patienten abzugeben. Hier handelt es sich gemäß § 3 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer um die Abgabe eines Produktes, das wegen seiner Besonderheit, nämlich der Schulung, notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie ist. Dieser Begriff der Schulung kann jedoch nicht soweit ausgelegt werden, dass dies die gesamte Diabetikerbetreuung umfasst. In welchem zeitlichen Rahmen eine Schulung liegt hängt von dem Einzelfall ab, insbesondere von den Fähigkeiten des einzelnen Patienten. Dass der Diabetikerbedarf-Versandhandel räumlich, personell

und organisatorisch von der Arztpraxis getrennte Räumlichkeiten anmietet, die in unmittelbarer Nähe der Arztpraxis liegen, so dass der Patient nach der Verordnung und Beratung des Arztes der unterschiedlichen Versorgungsformen dieses Geschäft aufsucht, ist berufsrechtlich nicht zu beanstanden. Problematisch wäre jedoch, dies zeigt auch die unterschiedliche Rechtsprechung in ihren Begründungen, wie oben dargestellt, wenn der Arzt den Patienten zu diesem Versandhandel direkt schickt.

In den anderen Fällen

Eine Abgabe von Produkten, Dienstleistungen u. a. ist mit Ausnahme der notwendigen Bestandteile der ärztlichen Therapie nicht gestattet. Dies gilt zum Beispiel für Kosmetikmittel und Ernährungsprodukte. Inwieweit eine Dienstleistung noch eine ärztliche Tätigkeit ist oder nicht, muss im Einzelfall unter Einbeziehung einer ärztlichen Einschätzung erfolgen. In den Fällen der Anpassung von Hörgeräten und Kontaktlinsen ist eine ärztliche Leistung noch anzunehmen.

C. Gerichtliche Entscheidungen

1. Urteil des OLG Stuttgart vom 23.8.1996 (AZ: 2 U 120/96),

veröffentlicht in *MedR* 1997, Seite 175 ff.

Die beklagte Firma hat ein Konzept, wonach zunächst einmal optisch der Vital Shop und die Arztpraxis getrennt sind, sich jedoch in räumlicher Nähe befinden würden. Der Arzt wird die ärztlichen Leistungen, zum Beispiel Ernährungsberatung, Substitutionsempfehlungen, diesbezüglich in seiner Arztpraxis durchführen und würde dann anschließend auf die Möglichkeiten hinweisen, die dazugehörigen Waren und Produkte im Vital Shop kaufen zu können. Die Firma geht auch davon aus, dass dieser Vital Shop ohne ärztliche Empfehlung und ohne dessen Engagement nicht zum Erfolg führen würde. Darüber hinaus können auch durch die „Anziehungskraft“ des Vital Shop weitere Patienten für die Arztpraxis geworben werden. Dieses Konzept diene der Verbesserung des Einkommens des Arztes. Das OLG Stuttgart

hatte zu befinden, ob es sich diesbezüglich um einen Verstoß gegen § 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) handeln würde. Das Gericht hat dies bejaht, da die vorgeschlagenen Verfahren gegen ärztliches Standesrecht, nämlich den Grundsatz, dass es dem Arzt nicht gestattet ist, ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen, verstoßen wird.

2. Urteil des Landgerichts Hechingen (AZ: KfHO 144/94)

Gegenstand dieses wettbewerbsrechtlichen Streites war, dass die Innung des Augenoptikerhandwerks, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, gegen niedergelassene Augenärzte klagte, die neben ihrer Verordnung auch Kontaktlinsen an ihre Patienten verkauften. Das Gericht sieht einen Verstoß gegen § 1 UWG in Verbindung mit dem ärztlichen Berufsrecht nicht als gegeben an, da eine gesetzliche Regelung im Berufsrecht fehlt. Die Ärzte geben nur sogenannte weiche Kontaktlinsen ab, die nicht nachgearbeitet werden müssen.

„Dieser Markt sei in den letzten 15 Jahren stetig gestiegen.“ Das Gericht hat keinen Verstoß gegen ärztliches Standesrecht angenommen, wenn der Augenarzt dieser technisch-medizinischen Fortentwicklung Rechnung trägt und seinen Patienten die Möglichkeit eröffnet, beim Erwerb der weichen Kontaktlinsen den Weg zum Augenoptiker zu sparen.

Ein Verstoß gegen § 1 UWG im Hinblick auf die Herbeiführung eines psychologischen Kaufzwanges sei nicht begründet. Es würden nämlich Anhaltspunkte fehlen, dass die Ärzte stets und grundsätzlich ihre Patienten unsachlich beeinflussen und die Gefahr hervorrufen, dass ein Leistungsvergleich in Bezug auf das Augenoptikerhandwerk verfälscht würde. Es bedürfe der genauen und abwägenden Prüfung der konkreten Umstände des Einzelfalls, um herauszufinden, wann eine psychologische Beeinflussung den Zug des Unlauteren annimmt. Dies sei nur dann gegeben, wenn der Patient als Umworbener im Sinne des Wettbewerbsrechts in seiner Entscheidungsfreiheit

spürbar beeinträchtigt sei. Die Tatsache, dass der Patient zum Augenarzt ein besonderes Vertrauen habe und psychologisch in die Situation kommen könnte, diese Vertrauensposition zu gefährden, wenn er die Kontaktlinsen beim Arzt nicht auch beziehe, reiche für eine spürbare Beeinträchtigung der Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht aus.

Anmerkung: Die derzeitige Regelung des § 3 Abs. 2 der Berufsordnung war im Jahre 1995 noch nicht in der Berufsordnung verankert.

3. Urteil des BGH vom 29.06.2000

(AZ: I ZR 59/98),

veröffentlicht in NJW 2000, Seite 2745 ff.

Gegenstand des Rechtsstreits über mehrere Instanzen war ein Fall, bei dem ein niedergelassener HNO-Arzt nach entsprechender Entscheidung durch den Patienten, den Patienten im sogenannten verkürzten Versorgungsweg mit einem Hörgerät versorgte. Nach der herkömmlichen Hörgeräteversorgung sucht der Patient nach Verordnung eines Hörgerätes durch den HNO-Arzt einen Hörgeräteakustiker auf. Dieser nimmt eine erweiterte audiometrische Messung vor, fertigt einen Ohrabdruck und wählt ein geeignetes Hörgerät aus. Danach stellt er ein Ohrpassstück her, in das später das Hörgerät eingefügt wird. Anschließend passt der Hörgeräteakustiker das Hörgerät dem Patienten an und weist ihn in die Benutzung des Gerätes ein. Daraufhin begibt sich der Patient erneut zum HNO-Arzt. Dieser überprüft, ob durch das Gerät eine ausreichende Hörverbesserung erreicht wird, und bestätigt für die Abrechnung mit der Krankenversicherung die Ordnungsmäßigkeit der Versorgung. Im verkürzten Versorgungsweg führt der HNO-Arzt die erweiterte audiometrische Messung selbst durch und nimmt auch selbst den Ohrabdruck ab. Die Messergebnisse und den Ohrabdruck übermittelt er der beklagten Firma. Diese wählt ein Hörgerät aus, programmiert es digital und fertigt das Ohrpassstück an. Dieses Hörgerät wird dann der Arztpraxis übersandt. Dort wird es individuell angepasst und gege-

benenfalls mit Hilfe eines von der Beklagten gestellten Computers – und telefonischer Sprechverbindung mit dem Hörgeräteakustiker der Beklagten – umprogrammiert. Die beklagte Firma stellt dem Arzt Ersatzgeräte und ein zusätzliches Ohrpassstück zur Verfügung, die an den Patienten weitergegeben werden können falls ein Mangel an dem Hörgerät auftritt und dieses zur Reparatur an die Beklagte eingesandt werden muss. Schwierige Versorgungsfälle soll ein Hörgeräteakustiker der beklagten Firma in der Arztpraxis betreuen.

In dem zwischen der beklagten Firma und einem Landesverband einer Krankenkasse abgeschlossenen Vertrag wird für die ärztlichen Leistungen bei der Abnahme des Ohrabdruckes und der Anpassung des Hörgerätes ein Honorar von 250 DM für jedes zu versorgende Ohr bezahlt. Zur Verwaltungsvereinfachung soll das Honorar an die beklagte Firma ausgezahlt werden, die es dann an die jeweiligen HNO-Ärzte weiterleitet. Der Bundesgerichtshof stellt keinen Verstoß gegen Wettbewerbsrecht durch einen Verstoß gegen berufsrechtliche Normen fest. Vergütung als Pauschalhonorar wird für zusätzliche Leistung und nicht für die Verordnungstätigkeit als solche angesehen, so dass ein Verstoß gemäß der Vorschrift, dass es dem Arzt nicht gestattet ist, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen, nicht vorliegt. Es liegt auch kein Verstoß gegen die Vorschrift vor, wonach der Arzt Patienten an bestimmte Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen ohne hinreichenden Grund verweist. Die umfassende Untersagung auf dem verkürzten Versorgungsweg würde bei wenigen oder nur einem ortsansässigen Hörgeräteakustiker den Arzt unzulässigerweise in der Freiheit beschränken dem Patienten mehrere Versorgungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Darüber hinaus ist der Arzt nicht nur nicht gehindert, son-

dem geradezu verpflichtet, bei der Abwägung auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Dass wiederum derzeit nur ein Hörgeräteakustiker auf dem verkürzten Versorgungsweg tätig würde, könne jedoch nicht dazu umgekehrt werden, dass dieser Hinweis nicht möglich sei. Darüber hinaus läge auch kein Verstoß gegen § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, wonach Hilfsmittel an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden dürfen. Der HNO-Arzt würde die Hörgeräte nicht selbst abgeben, sondern er verordnet lediglich ein Hörgerät und erbringt in eigener Verantwortung zusätzliche ärztliche Leistungen. Der Bundesgerichtshof ist ebenfalls der Auffassung, dass dies deshalb nicht wettbewerbswidrig sei, weil dem Arzt die Möglichkeit geboten werde, für zusätzlich von ihm zu erbringende Leistungen ein angemessenes Honorar zu erhalten. Dieses vorgeschlagene Konzept sei auch nicht mit der Gefahr verbunden, dass die Patienten der angesprochenen HNO-Ärzte aus unsachlichen Gründen veranlasst werden können, die beklagte Firma als Leistungserbringerin zu wählen. Ferner sei die nicht auszuschließende Gefahr, dass dies Einfluss auf die ärztliche Behandlung des Patienten habe, kein Grund neue Therapiemöglichkeiten oder Ver-

sorgungswege als solche zu unterbinden. Es kommt hinzu, dass ein Patient, dem der Arzt den verkürzten Versorgungsweg empfiehlt, nicht im Unklaren darüber sein kann, dass der Arzt aufgrund dieser Wahl zusätzliche Leistungen (wie den Ohrabdruck, erweiterte audiometrische Messung usw.) zu erbringen hat, die ihm dann – wie allgemein bekannt – auch gesondert zu vergüten sind. Ein mögliches Eigeninteresse des Arztes bleibt dem Patienten daher nicht verborgen.

4. Urteil des Landgerichts Osnabrück (AZ: 3 HO 200/97)

Dem Rechtsstreit lag der Sachverhalt zugrunde, dass die Wettbewerbszentrale von einem Diabetiker-Versandhandel die Abgabe der Unterlassungserklärung verlangte, die betreffenden Ärzte aufzufordern, folgende Zusammenarbeit zu unterlassen. Ein Arzt bestellt bei der beklagten Firma telefonisch und schickt einmal wöchentlich die Rezepte zu. Die Firma stellt dem Arzt ein Depot zur Verfügung und er übersendet alle zwei Wochen die Rezepte.

Das Gericht sieht hier einen Verstoß aufgrund der Vorschrift, dass es dem Arzt untersagt ist, nach seiner Berufsordnung die Patienten an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter gesundheitlicher Leistungen ohne hinreichenden Grund zu verweisen. Der Hinweis, dass es sich nur um Diabetesstreifen handeln würde, die

nach Ansicht des Gerichts weder Heil- noch Hilfsmittel seien, ändert nichts an der berufsrechtlichen Einschätzung. Nach der vorgelegten Preisliste handelt es sich nicht nur um Diabetesstreifen, sondern um eine Vielzahl von anderen Artikeln für Diabetikerbedarf. Einen hinreichenden Grund hätte die beklagte Firma nicht dargelegt. Sie hat auch ansatzweise nicht dargelegt, dass ihre Artikel so preisgünstig angeboten werden, dass sich aus wirtschaftlichen Gründen für die betreffenden Ärzte diese Artikel geradezu aufdrängen würden. Die beklagte Firma möge ja auch wohl dann nicht ernsthaft behaupten wollen, dass die von ihr angebotenen Artikel an anderen Stellen nicht auch noch günstiger oder gleich günstig angeboten werden. Wenn die Ärzte gleichwohl den verordneten Diabetikerbedarf entgegen der berufsrechtlichen Vorschrift ordern sollten, wird hierdurch die nicht zu unterschätzende Gefahr begründet, dass die angesprochenen Ärzte für diese Leistungen eine Gegenleistung zu fordern geneigt sind, welches einen weiteren Verstoß gegen die berufsrechtlichen Vorschriften zur Folge haben könnte.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des
Ausschusses Berufsrecht

Assessorin Iris Glowik
Juristische
Geschäftsführerin

Rückruf von Lipobay®

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie hat versucht, mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn ein sinnvolles Vorgehen für die Fälle abzustimmen, in denen Patientinnen und Patienten potentielle „Lipobay-Schäden“ anzeigen wollen. Es teilt dazu in einem Schreiben vom 21.08.2001 an die Sächsische Landesärztekammer folgendes mit: „Da nach § 62 AMG die jeweils zuständige

Bundesoberbehörde (hier BfArM) für die zentrale Erfassung von Arzneimittelrisiken zuständig ist, sollte auch in diesen Fällen zunächst entsprechend verfahren werden. Das BfArM ist allerdings nicht in der Lage „Laienmeldungen“ zu bewerten. Deswegen bittet das BfArM, dass sich möglicherweise betroffene Patientinnen und Patienten an ihre behandelnde Ärztin/ihren behandelnden Arzt wenden, der dann auf dem bekannten Vordruck („Bericht über

unerwünschte Arzneimittelwirkungen“) die Meldung beim BfArM erstattet.

Der Meldebogen müsste nach unseren Informationen bei allen Ärztinnen und Ärzten bekannt sein; er kann auch über die Homepage des BfArM (www.bfarm.de) ausgedruckt werden.

Wir bitten, bei weiteren Anfragen von Patientinnen und Patienten zu Schäden durch Lipobay® diese Information so weiterzugeben.“

Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer« Winter2002

Gemäß § 7 der „Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ bestimmt die Sächsische Landesärztekammer jährlich zwei Termine für Abschlussprüfungen. Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung am

**Freitag, dem 18. Januar 2002,
von 8.00 bis 14.15 Uhr**

in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, durch. Die praktischen Prüfungen werden im Februar 2002 durchgeführt. Dazu ergeben gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn

18. Januar 2002 können zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2002 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. Februar 2002 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die

Leistungen das rechtfertigen. Maximal ist eine Verkürzung von insgesamt sechs Monaten möglich. Gemäß Beschluss des Berufsbildungsausschusses vom 16. Dezember 2000 sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

- gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung,
- die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

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

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen – entsprechend § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ (veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“,

Hefte 5/1993 und 2/1994) – **bis spätestens zum 6. November 2001 zu erfolgen.**

Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1. und II.2.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

Bei unvollständig und/oder verspätet eingereichten Unterlagen ist eine fristgemäße Bearbeitung durch die Sächsische Landesärztekammer nicht möglich und somit eine Zulassung zum Prüfungstermin am 18. Januar 2002 in Frage gestellt.

Über die **Zulassung** zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Des Weiteren möchten wir aufmerksam machen, dass der Prüfungsausschuss gemäß § 22 Abs. 1 der Prüfungsordnung feststellt, welcher Tag als Tag des Bestehens der Prüfung gilt.

Veronika Krebs
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Medizinische Ethik Weiterbildungsstudium

Die Sächsische Landesärztekammer hat die Bitte der Fernuniversität, Gesamthochschule D, 58084 Hagen, erreicht, dass das Institut für Philosophie ein Weiterbildungsstudium „Medizinische Ethik“ anbietet. Dieses Angebot wendet sich an Interessenten, die im Bereich des Gesundheitswesens, vornehmlich im ärztlich-

pflegerischen Sektor tätig sind und über einen entsprechenden Studium- oder Berufsabschluss verfügen. Hinzu kommen können auch Studierende der Medizin mit dem Abschluss Physikum. Die Einschreibung zur Teilnahme ist im Sommer- und Wintersemester möglich. Im Sommersemester bis zum 15. April, im Winterse-

mester bis zum 15. Oktober jeden Jahres. Informationen erfolgen über (0 23 31) 9 87 27 91 oder 21 50; E-mail: Annemarie.GethmannSiefert@Fernuni-Hagen.de, Jan.Beckmann@Fernuni-Hagen.de.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte

Sonntag, 7. Oktober 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Klaviermusik

mit Teilnehmern des
2. nationalen Bachwettbewerbes für Junge
Pianisten vom 10. bis 14. Oktober 2001 in Köthen
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasium,
Sächsische Spezialschule für Musik Dresden

Sonntag, 4. November 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Große Duowerke

Sonaten von Richard Strauss, Franz Schubert u.a.
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Netter Art Collection

Kunst in der Heilkunst

(Thieme Verlag Stuttgart)

18. September bis 12. November 2001

Vernissage:

Donnerstag, 20. September 2001,
19.30 Uhr

Einführung: Klemens Raitchel,
Jürgen Seidel

Ausstellung

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Dyrek Bondzin **„Still-Leben, Portraits,** **Landschaft“**

26. September 2001 bis 28. Februar 2002

Vernissage:

Mittwoch, 26. September 2001,
19.00 Uhr

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

Einladung zur Mitglieder- versammlung der Kreis- ärztekammer Dresden

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrte Herr Kollege,
hiermit möchten wir Sie ganz herzlich zu
unserer diesjährigen Mitgliederversamm-
lung

am 23. 10. 2001 um 19.30 Uhr

in den Plenarsaal des Kammergebäudes
einladen.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Kreisärztekammer, Dr. Grosche, Vorsitzender
2. Diskussion
3. Frauenkirchenreport 2001, Dr. Hoch
4. Pläne zur Bebauung des Neumarktes.

Musikalische Umrahmung:

Sächsisches Vocalensemble e.V.

Für Imbiss und Getränke wird gesorgt.

Wir hoffen auf Ihre rege Teilnahme und
Diskussion, denn nur so können wir Ihre
Interessen nachhaltig vertreten!

Ihre Kreisärztekammer Dresden
Der Vorstand

Der lumbale Bandscheibenvorfall

Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten

Orthopädische
Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Leipzig

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht über die wichtigsten Aspekte in der Diagnostik und Behandlung des lumbalen Bandscheibenvorfalles. In der Diagnostik werden die wichtigsten klinischen Untersuchungsschritte sowie die apparativen Untersuchungen aufgeführt und bewertet. Eine absolute Indikationsstellung zur Operation besteht beim Cauda-Syndrom, eine dringliche Indikation bei frischen bedeutsamen motorischen Ausfällen. In allen anderen Fällen ist eine primär konservative Behandlung

möglich und sinnvoll. Die wichtigsten operativen Behandlungsmöglichkeiten werden aufgelistet. Ausführlich wird das eigene Behandlungskonzept der konservativen Therapie lumbaler Bandscheibenvorfälle beschrieben. Hierbei hat sich eine in zwei Phasen gegliederte Stufentherapie bewährt. Die Therapiemaßnahmen werden im einzelnen erläutert.

Schlüsselwörter: Lumbaler Bandscheibenvorfall, konservative Therapie, operative Therapie

Einleitung

Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen sind häufig und haben daher nicht nur individuelle, sondern auch große volkswirtschaftliche Bedeutung. Sie machen zirka 50 % des Patientengutes in einer orthopädischen und zirka 30 % in einer allgemeinärztlichen Praxis aus, wobei etwa zwei Drittel auf den Bereich der Lendenwirbelsäule entfallen. Im Hinblick auf Diagnostik und Therapie ist die Unterscheidung von lokalen lumbalen Schmerzsyndromen, lumbalen Schmerzsyndromen mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung und lumbalen Wurzelreizsyndromen mit peripherer radikulärer Symptomatik bedeutsam. Die häufigsten Ursachen lumbaler Wurzelreizsyndrome sind knöcherne degenerative Veränderungen (vor allem mit Einengung des Wurzelverlaufes im Foramen intervertebrale) sowie lumbale Bandscheibenvorfälle, wobei letztere zu 90 % eine der beiden untersten Etagen betreffen.

Alleine schon aus diesen wenigen epidemiologischen Daten ergeben sich wegweisende diagnostische Konsequenzen beim lumbalen Bandscheibenvorfall. Schätzungsweise 90 % der nachgewiesenen lumbalen Bandscheibenvorfälle können erfolgreich konservativ behandelt werden, wobei immer die klinischen und nicht die bildgebenden Befunde für die Auswahl des Behandlungsverfahrens maßgeblich sind. Im Folgenden sollen nun die diagnostischen Maßnahmen sowie die konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten beim lumbalen Bandscheibenvorfall beschrieben werden.

Diagnostik

In der Diagnostik lumbaler Wurzelreizsyndrome sind vor allem zwei Grundprinzipien zu beachten:

- Vorgehen in chronologischer Reihenfolge, das heißt mit einfachen (und somit weniger kostenintensiven) Untersuchungsmaßnahmen beginnen; weitere und aufwendigere technische Untersuchungen nur, wenn daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen,
- an bedrohliche Krankheitsbilder denken und diese gegebenenfalls ausschließen (Spondylitis, Tumoren, Cauda-Syndrom).

Anamnese

Der größte Zeitanteil in der Diagnostik sollte der Anamnese gewidmet werden, da sich hieraus bereits entscheidende Hinweise auf die Ursache der beklagten Beschwerden ergeben, darüber hinaus erlaubt das erste ausführliche Gespräch oftmals schon Rückschlüsse auf eventuelle psychosomatische oder sozialmedizinische Aspekte.

Von besonderer Bedeutung sind:

- Blasen-Mastdarm-Störungen (immer erfragen!),
- erst Lumbalgie, dann zusätzlich oder ausschließlich Ischialgie,
- Beschreibung radikulärer Symptome (Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen, Lähmungen),
- Schmerzverstärkung durch Husten, Niesen, Pressen.

Klinische Untersuchung

- „Ischiasskoliose“,
- LWS-Beweglichkeit,

Muskelhartspann,

- lokaler Klopfschmerz, vor allem mit Angabe gleichzeitiger Schmerzausstrahlung in das betroffene Bein,
- peripher-neurologische Untersuchung (Lasègue, gekreuzter Lasègue, Motorik – Kennmuskeln, Sensibilität – dermatombezogen, Reflexe),
- bei älteren Patienten an Vorfälle höherer Segmente denken (andere Kennmuskeln, umgekehrter Lasègue).

Bei zirka 80 % der lumbalen Bandscheibenvorfälle kann die Diagnose nach sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung bereits mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gestellt werden, so dass den weiteren technischen Untersuchungen vorwiegend die Aufgabe der Lokalisation und Differenzierung des Vorfalles (Protrusion, Prolaps, Sequester) zukommt.

Nativ-Röntgen

- Die Nativ-Röntgenaufnahmen dienen in erster Linie dem Ausschluss anderer Ursachen (Tumoren, Spondylitis, Spondylolisthesis, knöcherne degenerative Veränderungen).
- LWS in zwei Ebenen
- Schrägaufnahmen nur bei Verdacht auf Wirbelgleiten oder zur präzisen Beurteilung der Intervertebralgelenke.

Labor

Bei geringstem Verdacht auf Tumor oder Spondylitis empfiehlt sich die Untersuchung von Blutsenkungsreaktion (BSG), kleinem Blutbild und c-reaktivem Protein (CRP). Die im Folgenden aufgeführten Untersuchungen sind in aller Regel nur

dann in Erwähnung zu ziehen, wenn sich daraus therapeutische Konsequenzen ergeben, das heißt wenn nach der beschriebenen Primärdiagnostik noch Verdacht auf ein bedrohliches Krankheitsbild besteht oder eine operative Behandlung des vermuteten Bandscheibenvorfalles zur Diskussion steht.

MRT

- Verfahren der ersten Wahl beim Bandscheibenvorfall (und bei Spondylitis!)
- Vorteile:
 - Differenzierung des Vorfalls
 - Beurteilung aller LWS-Segmente
 - keine Strahlenbelastung
- Nachteile:
 - relativ teuer
 - begrenzte Kapazitäten

CT

- Vorteile:
 - bessere Beurteilung der knöchernen Verhältnisse
 - nicht so teuer
- Nachteile:
 - Strahlenbelastung
 - daher meist nur wenige Segmente zu untersuchen

Myelographie

- Heute meist nur noch in unklaren Fällen als ergänzende Untersuchung
- gute optische Darstellung bei Spinal-

kanalstenosen

- gegebenenfalls anschließend Myelo-CT
- Funktionsmyelographie bei Verdacht auf zusätzliche Instabilität.

Die **Diskographie** spielt aufgrund der Invasivität in der Primärdiagnostik des lumbalen Bandscheibenvorfalles keine Rolle, ist aber obligat vor einer Chemonukleolyse.

Nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie, Positronen-Emissions-Tomographie) sind nur bei Verdacht auf Tumor oder Spondylitis in Erwägung zu ziehen.

Bezüglich der **Indikationsstellung zur operativen Behandlung des lumbalen Bandscheibenvorfalles** können heute folgende Grundsätze als verbindlich angesehen werden:

- absolute Operations-Indikation zum schnellstmöglichen Zeitpunkt beim Cauda-Syndrom,
- dringliche Indikation bei frischen bedeutsamen (ab Janda III) motorischen Ausfällen, die nicht gleich unter konservativer Therapie rückläufig sind (maximal einige Tage abwarten),
- in allen anderen Fällen primär konservative Behandlung möglich und sinnvoll.

Die heute zur Verfügung stehenden **operativen Behandlungsmöglichkeiten** sollen an dieser Stelle nur aufgelistet werden; bezüglich weitergehender Bewertung sei auf aktuelle Publikationen verwiesen:

- Chemonukleolyse
- perkutane Nukleotomieverfahren
- offene minimal-invasive Technik
- gegebenenfalls Erweiterung der offenen Operation bei zusätzlicher knöcherner Spinalkanalenge oder Instabilität (Erweiterung des Spinalkanales, Spondylodese).

Konservative Therapie

Es wird im Folgenden stichwortartig das eigene Behandlungskonzept bei lumbalen Bandscheibenvorfällen in chronologischer Reihenfolge beschrieben, wie es sich im Rahmen der stationären Behandlung seit langem bewährt hat. Natürlich sind diese Maßnahmen auch ambulant durchführbar, so dass man die stationäre Behandlung in der Regel erst nach Ausschöpfen der individuell möglichen ambulanten Therapiemaßnahmen in Erwägung ziehen sollte.

Phase I

(akute und ausgeprägte Symptomatik)

1. Bettruhe

(stärkste Reduktion des Bandscheibendruckes, allenfalls Aufstand zur Toilette, Position im Bett beschwerdeabhängig)



Abb. 1: Stufenlagerung mit Schaumstoffkeil

2. *Analgetika* (oral, i.m., i.v.)
3. *Infusionstherapie mit Glucokortikoiden*
 - nur bei ausgeprägter radikulärer Symptomatik
 - kontroverse Auffassungen in der Literatur
 - am ehesten abschwellender und entzündungshemmender Effekt
 - Kontraindikationen beachten
 - zum Beispiel Dexamethason oder Methylprednisolon 1,0 – 0,5 – 0,25 g Kurzinfusion über 3 Tage.
4. *Nichtsteroidale Antirheumatika*
 - im Anschluss an Infusionstherapie
 - gegebenenfalls kontinuierlich für einige Wochen.
5. *Stufenlagerung* (Abbildung 1)
 - wirksame und leicht realisierbare Maßnahme
 - tägliche Dauer je nach subjektivem Empfinden
 - auch differentialdiagnostisch bedeutsam (bei Sequestern oft nicht toleriert).
6. *Elektrotherapie*
 - Hochfrequenz (Kurzwellen) bei dominierenden lumbalen Beschwerden (Wärmeeffekt)
 - Niederfrequenz (galvanische Längsdurchflutung, Stangerbad) bei dominierender Ischialgie (analgetische Wirkung)
 - Interferenzstrom (Nemectrolyn) lokal für die LWS
 - periphere Elektrostimulation bei motorischen Ausfällen (dann auch aktive Krankengymnastik und Schienenversorgung).
7. *Extensionsbehandlung*
 - zum Beispiel Perlsches Gerät (Abb. 2), Extension über Beckengurt etc.



Abb. 2: Extensionsbehandlung mit Perlschem Gerät

- nur wenn Stufenlagerung toleriert wird
 - meist Kombination mit Wärme
8. *Wärmeanwendung*
 - nach eigener Erfahrung bei akuten Radikulärsyndromen nicht so günstig
 - nicht in Bauchlage
 - an preiswertere Applikationsformen denken (Heizkissen, Badewanne)
 - bei Schmerzverstärkung Diagnose überprüfen.
 9. *Injektionsbehandlung*
 - diagnostische und therapeutische Bedeutung
 - Lokalanästhetika (zum Beispiel Lidocain 0,5 bis 1 %, maximal 10 ml) und/ oder Glucokortikoide (Depotpräparate, 5 – 10 mg, bis zu drei Mal)
 - Facetteninfiltration bei dominierenden lokalen od. pseudoradikulären Beschwerden
 - Spinalnervenanalgesie (paravertebral, epidural, perineural) bei dominierender radikulärer Symptomatik.



Abb. 3: Elastische Lendenorthese aus Neopren

Phase II

(bei rückläufiger Symptomatik, meist nach einer Woche, schrittweise Steigerung der Aufstehzeiten).

10. *Stabilisierende Krankengymnastik* (Rücken- und Bauchmuskulatur, Anleitung zum Eigentraining).

11. *Bewegungsbad*

(Auftrieb – Wärme – subjektives Wohlbefinden; ohne Mobilisation der LWS).

12. *Elastische Lendenorthese*

(Abbildung 3)

- äußere Stabilisierung, Kyphosierungseffekt, Mahnbandage
- Spannung individuell dosierbar
- kein Wärmestau
- leichte Handhabung
- je nach Verlauf für 6 bis 12 Wochen.

13. *Rückenschule*

(Gebrauchsfunktionen, Arbeitshaltung etc.) Nach einer stationären konservativen Behandlung sollte im Rahmen des Abschlussgesprächs eine exakte Festlegung der Weiterbehandlung erfolgen, wobei die frühzeitige Information der niedergelassenen Ärzte Voraussetzung für die unverzichtbare Kontinuität im Behandlungsablauf ist.

Basierend auf der Analyse ungünstiger Behandlungsverläufe bei lumbalen Wurzelreizsyndromen sollen abschließend noch einmal folgende wesentliche Empfehlungen gegeben werden:

- ausreichend Zeit für Anamnese und aufklärendes Gespräch
- hinreichend sichere Diagnosestellung
- an zwar seltene, aber bedrohliche Krankheitsbilder denken (Tumor, Spondylitis)
- absolute beziehungsweise dringliche Operations-Indikationen beachten
- konsequente Therapieführung mit harmonischer Absprache innerhalb des gesamten Behandlungsteams.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Georg Freiherr von Salis-Soglio
Direktor der Orthopädischen Klinik und
Poliklinik am Universitätsklinikum Leipzig
Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig

H. Zepnick¹, F. Steinbach¹, J. Weller², K. Horn³, H.-J. Held⁴, M. Klemm⁵

Infertilität durch Verschluss der ableitenden Samenwege – Behandlung und Ergebnisse nach Epididymovasostomie

¹ Urologische Klinik Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

² Frauenarztpraxis Könnertstraße 19, 01067 Dresden

³ Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Universitätsklinikum der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

⁴ Frauenarztpraxis,
Prager Straße 8 a, 01069 Dresden

⁵ Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin
Krankenhaus Dresden Friedrichstadt,
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

Zusammenfassung

Die Behandlung des männlichen Sterilitätsfaktors findet zunehmend Interesse bei den Vertretern der interdisziplinären Reproduktionsmedizin. Seit der Einführung der weltweiten Anwendung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) ergibt sich erfreulicherweise eine Therapieoption bei Patienten mit inoperabler obstruktiver Azoospermie und schwerer Oligoasthenozoospermie. Leider sind therapeutische Lücken in der Form unverkennbar, dass Obstruktionen der Samenwege nicht diagnostiziert und somit Refertilisierungschancen verge-

ben werden. Im Vergleich zum ICSI-Verfahren ist die Kanalisierung durch Epididymovasostomie komplikationsärmer, erfolgreicher und weniger kostenintensiv und sollte stets primär erfolgen. Die Nachuntersuchungen der von uns operierten Patienten ergab, dass bei einem Drittel der Partnerinnen Schwangerschaften eingetreten waren.

Schlüsselworte: Männliche Infertilität, Epididymovasostomie, MESA, TESE

In der Bundesrepublik Deutschland sind 1,5 Mio. Paare kinderlos, wobei es keine genauen Angaben über den Hintergrund dieses Tatbestandes gibt (ZUMBE et al., 1996). Pro Jahr suchen etwa 200 000 sterile Paare medizinische Hilfe.

Nach der WHO (WHO manual, 1993) ist die Ursache der Sterilität in 20 % beim Mann und in 26 % bei beiden Partnern zu suchen (Tab. 1).

Tab. 1 Ursache der Sterilität (WHO, 1993)

Ursache	Prozent
weiblicher Faktor	39
männlicher Faktor	20
beide Partner	26
nicht eruierbar	15

Ätiologisch kommen beim Mann Entwicklungsstörungen der Gonaden, endokrine, vasogene und entzündliche Faktoren neben Störungen der erektilen Funktion als Ursache der Infertilität in Betracht (Tab. 2).

Komplette Obstruktionen des samenableitenden Gangsystems, die zu einer Azoospermie führen, können bei begrenzter Ausdehnung und bei Zugänglichkeit behandelt werden (WEIDNER et al., 1995). Sind die Verschlüsse im Nebenhodengang lokalisiert, ist unter Umgehung

Tab. 2 Ursachen der männlichen Infertilität (AITKEN et al., 1995, WHO, 1993)

- Idiopathisches OAT-Syndrom (mit 50 % häufigste Ursache)
- Sexuelle Dysfunktion und Erektionsstörung
- Störungen der Ejakulation bzw. Emission
- Immunologische Ursachen
- Malformationen des Genitaltraktes
- Maleszensus testis
- Varikozele testis
- Urogenitale Infektionen
- Endokrine Ursachen
- Obstruktive und testikuläre Azoospermie (10 %)

der Obstruktion die Schaffung einer neuen Anastomose zwischen Nebenhoden und Samenleiter möglich. Diese unter mikrochirurgischen Bedingungen durchgeführte Operation, die Epididymovasostomie (EVS) und die damit erzielten Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Patienten und Methode

Bei 74 Patienten mit einer Azoospermie wurde während der explorativen Freilegung der Hoden und Nebenhoden ein Verschluss des Ductus epididymidis diagnostiziert und die EVS vorgenommen.

Die Indikation zur EVS ergab sich bei einem Patienten infolge fehlenden Spermienausstritts aus dem proximalen Ductusstumpf während der Refertilisierungsoperation nach Vasektomie.

Im Vorfeld der Operation wird neben der Untersuchung des Genitales unter Einbeziehung der Hodensonographie der Hormonstatus abgeklärt. Wiederholte Ejakulatkontrollen sichern die Diagnose. Seit 1998 werden außerdem dem Wunsch der meisten Patienten entsprechend Vorbereitungen getroffen, spermienhaltiges Material während der Operation für die Kryokonservierung zu sichern. Die Entnahme von Sekret aus dem Nebenhoden – die mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration (MESA) – erfolgt dann, wenn die Voraussetzungen für die EVS gegeben sind. Bei jedem Patienten werden zusätzlich aus beiden Hoden 3 ca. linsengroße Biopate zur testikulären Spermienextraktion (TESE) entnommen, wenn lichtmikroskopisch Spermien im Quetschpräparat gesehen werden. Zur Ausrüstung für diesen Eingriff gehören mikrochirurgische Operationsinstrumente, mikrochirurgisches Nahtmaterial, ein Mikroskop mit Zubehör und ein Operationsmikroskop. Die Nebenhodenstrukturen sind nur mit 10 – 15facher Vergrößerung sicher zu identifizieren. Nach in ITN durchgeführter Freilegung des Skrotalinhaltes beginnt mit Inspek-

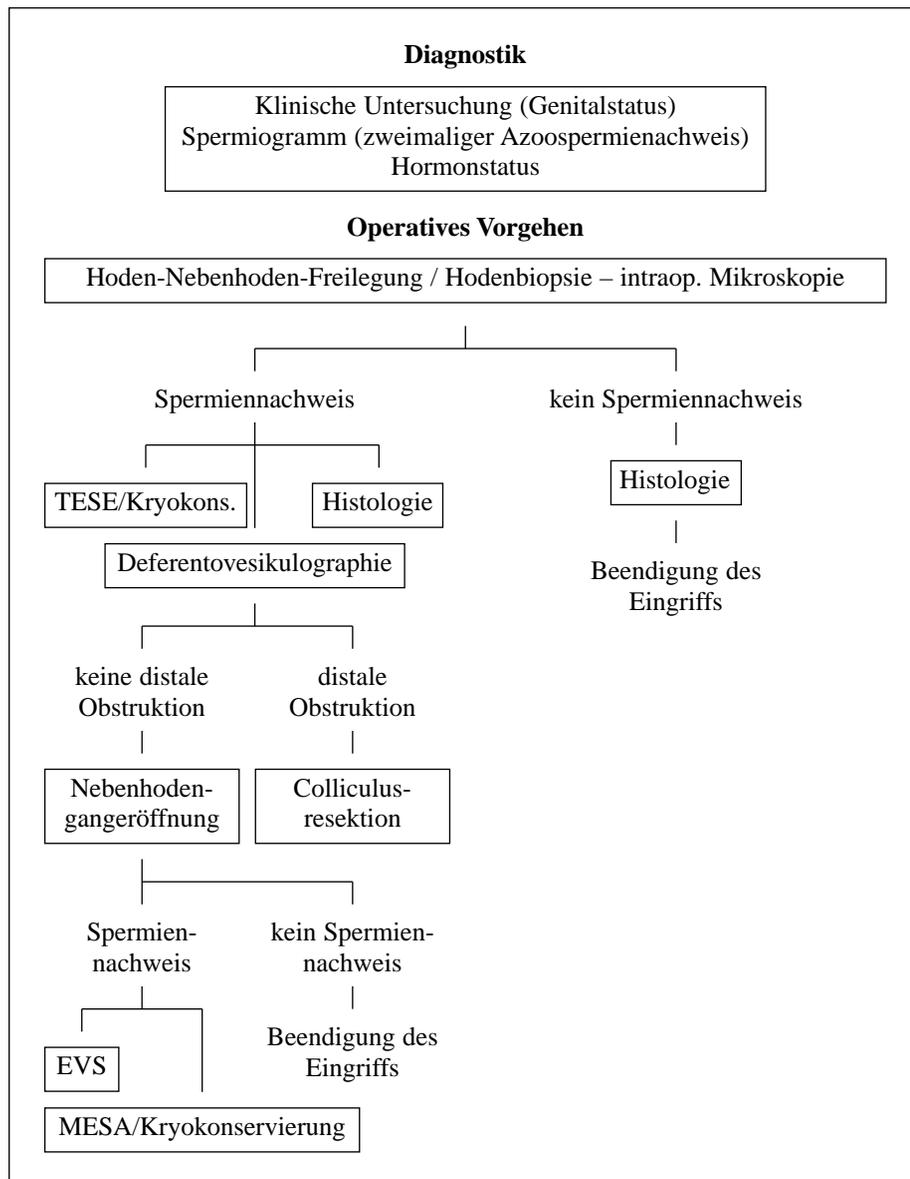


Abb. 1 Schema zur Diagnostik und Therapie beim infertilen Mann

tion und Ausschluss von Fehlbildungen die Eröffnung des Nebenhodenganges im Schwanzbereich. Bei negativem Befund werden proximal weitere Eröffnungen des Ductus epididymidis vorgenommen, bis sich Spermien in der austretenden Flüssigkeit lichtmikroskopisch nachweisen lassen. Das Sekret wird mit einer Mikropipette oder Insulinspritze aspiriert und mit kryoprotektivem Medium

versetzt (MESA). Zwischen dem in der pars epididymica durchtrennten Ductus deferens und dem ovalären spermienfördernden Neoostium des Nebenhodenganges erfolgt die Seit-zu-End-Anastomose. Zuvor prüfen wir röntgenologisch die Durchgängigkeit des Samenleiters mittels eines wasserlöslichen nichtionischen Kontrastmittels. Für die mikrochirurgisch ausgeführte Anastomose wird

Polyglactin 10/0 (zum Beispiel Vicryl) verwendet, wobei die Nebenhodengangöffnung mit der Schleimhaut des Ductus deferens unter Mitnahme der inneren Muscularisschicht durch 4 Nähte adaptiert wird. Die äußere Nahtreihe mit ca. 8 Einzelknopfnähten zwischen Nebenhodenadventitia und äußerer Muskelschicht des Samenleiters stabilisiert die neu geschaffene Verbindung.

Unser Konzept zur Diagnostik und Therapie bei infertilen Patienten ist in Abb. 1 schematisch veranschaulicht.

Nach der Untersuchung des infertilen Mannes erfolgt die Freilegung des Skrotalinhaltes und in Abhängigkeit des Befundes entweder die mikrochirurgische Reanastomosierung und/oder die Spermienengewinnung und Kryokonservierung.

Ergebnisse

Von den 74 operierten Patienten war bei 51 % die Durchführung der Anastomose nur einseitig möglich. Der Grund hierfür war in der überwiegenden Zahl der Fälle der fehlende Spermiennachweis im kontralateralen Nebenhoden (Tab. 3).

Tab. 3 Ursache für die einseitige EVS

Kontralateraler Befund	Patienten
Nebenhoden ohne Spermien	18
Langstreckiger Ductusverschluss	8
Hodenatrophie	5
Tubuläre Atrophie	3
Sonstige	4
Gesamt	38

Bisher konnten 57 Patienten nachuntersucht werden, wobei definitiv die Bewertung der Ergebnisse frühestens 1 Jahr nach dem Eingriff erfolgt. Bei 45 Patienten (79 %) wurden im Durchschnitt 5,6 Monate postoperativ – mit einer Streuung von 14 Tagen bis zu 32 Monaten – Spermien im Ejakulat nachgewiesen. Die Permeabilitätsraten unterschieden sich nur

Tab. 4 Ergebnisse nach Epididymovasostomie

Operation	Patienten gesamt	follow up > 1 Jahr	Permeabilität		Konzeptionen	
			n	%	n	%
beidseitig	36	26	21	81	12	46
einseitig	38	31	24	77	7	23
gesamt	74	57	45	79	19	33

unwesentlich bezüglich der ein- oder beidseitigen Anastomose (77 % zu 81 %). Zur Konzeption und Entbindung kam es insgesamt bei 33 % der Partnerinnen aller kontrollierten Patienten, wobei die Konzeptionsrate bei beidseitiger EVS im Vergleich zum einseitigen Eingriff deutlich höher lag (Tab. 4).

Der Konzeptionszeitpunkt nach EVS lag im Mittel bei 10,6 Monaten. 37 % der Partnerinnen wurden innerhalb von 6 Monaten und 26 % nach dem ersten postoperativen Jahr schwanger. Assistierte Reproduktionsmaßnahmen kamen in 5 Fällen zum Einsatz. Bei 3 Partnerinnen erfolgte die maritogene Insemination

Tab. 5 Postoperative Ejakulatanalyse

Ejakulat-analyse	Patienten
Normozoospermie	18
Oligozoospermie	2
Asthenozoospermie	5
Oligoasthenozoospermie	6
Oligoasthenoteratozoospermie	1
Kryptozoospermie	13
Azoospermie	12
Gesamt	57

und je einmal die in-vitro-Fertilisation und ICSI bei postoperativer Oligozoospermie bzw. Oligoasthenozoospermie. Die postoperative Ejakulatanalyse zeigt erhebliche Qualitätsunterschiede bei Nachweis von Spermien (Tab. 5). Nur ein knappes Drittel weist normale Spermogrammparameter auf.

Zusätzlich werden die Ergebnisse von der Lokalisation der Anastomose und der intraoperativen Spermienmotilität beeinflusst. Insbesondere liegt die Konzeptionsrate deutlich höher, wenn die EVS caudanahe und bei Nachweis motiler Spermien ausgeführt werden kann (Tab. 6 und 7).

Tab. 6 Lokalisation der Anastomose und Ergebnisse

	Permeabilität n	Konzeptionen n
Caput	4	1
Corpus	11	4
Cauda	30	14
Gesamt	45	19

Tab. 7 Intraoperative Spermienmotilität und Ergebnisse

	Permeabilität n	Konzeptionen n
Bewegliche Spermien	30	14
Unbewegliche Spermien	15	5
Gesamt	45	19

Bei 8 Patienten mit optimalen intraoperativen Bedingungen kam es in 6 Fällen postoperativ zur Spermiodurchgängigkeit und bei 5 Partnerinnen zur Konzeption. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Anastomosierung sind insbesondere dann gegeben, wenn sie beidseitig im Caudagebiet mit lichtmikroskopischem Nachweis motiler Spermien an der Tubulostomie erfolgen kann.

Diskussion

Seit der Einführung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) 1992 durch PALERMO und der ersten erfolgreichen Schwangerschaft durch diese Methode wurde die Therapie des männlichen Sterilitätsfaktors revolutioniert. Bis dahin galten Patienten mit intratestikulären und langstreckigen inoperablen Obstruktionen der ableitenden Samenwege als infertil. Mit Hilfe der mikroassistierten Fertilisation, d.h. dem Einbringen einer durch Hodenbiopsie gewonnenen Samenzelle in die Eizelle durch Punktion, kann einem Teil dieser Männer zur Vaterschaft verholfen werden (ZUMBE et al., 1996). Voraussetzung ist allerdings eine weitgehend normale Spermatogenese. Die mit der ICSI verbundene Euphorie führte teilweise zur Indikationserweiterung und unkritischen Anwendung dieses neuen Verfahrens. Es muss das Ziel der interdisziplinären Reproduktionsmedizin bleiben, Verschlüsse der ableitenden Samenwege zu erkennen und primär zu beseitigen.

Die überwiegende Zahl der Patienten mit einem Samenwegverschluss sind refertilisierungswillige Männer, die sich ursprünglich kontrazeptiv einer Vasoresektion unterzogen hatten. Bundesweit werden ca. 28 000 Sterilisierungsvasoresektionen pro Jahr durchgeführt (HEIDENREICH et al., 1998). Etwa 800 Männer (2,9 %) lassen sich im gleichen Zeitraum refertilisieren.

Da in unserer Region die Sterilisierung des Mannes über Jahrzehnte nur bei strengster medizinischer Indikationsstellung erlaubt war und sich in den 90er Jahren nur zögerlich als eine Möglichkeit der Familienplanung etablierte, sind die Fallzahlen dieser Sonderform der Refertilisierung bei unseren Patienten entsprechend gering.

In unserem Krankengut wurden vorwiegend Patienten mit entzündlichen und kongenitalen Verschlüssen im Nebenhodengangsystem reanastomosiert. Von 74 operierten Patienten konnten 57 Patienten nachuntersucht und die Ergebnisse be-

wertet werden. Die erzielte Permeabilitätsrate liegt bei 79 %. 33 % der Partnerinnen dieser Patienten wurden schwanger. Die Diskrepanz zwischen erzielter Spermiodurchgängigkeit und Schwangerschaftsrate liegt darin begründet, dass in 23 % der Fälle lediglich eine Kryptozoospermie diagnostiziert wurde. Unsere Untersuchungen belegen in Übereinstimmung mit anderen Autoren (DRAWZ et al., 1998, SCHWARZER et al., 1996), dass die Ergebnisse insbesondere bezüglich der Schwangerschaftsrate bei beidseitig durchgeführter EVS deutlich besser sind. Sie liegt bei 46 % im Vergleich zur einseitigen Operation mit 23 %.

In der Literatur bewegen sich die Permeabilitätsraten zwischen 37 und 85 % und die Schwangerschaftsraten zwischen 13 und 56 % (Tab. 8).

Beeinflusst werden die Resultate auch von der Lokalisation der Anastomose und der intraoperativen Spermienmotilität (KIM et al., 1998, SCHOYSMAN et al., 1986). Die EVS im distalen Nebenhodenbereich führt in 40 % zur Konzeption. Da der Ort der Anastomose vom Spermiengehalt der Tubulostomie bestimmt wird, können bei proximalen Obstruktionen Nebenhodenkopf-EVS notwendig werden. Der Erfolg ist hierbei mit einer Schwangerschaftsrate von 20 % allerdings deutlich geringer und entspricht nicht den Beobachtungen von SILBER (1989) und LEE (1987). Als Grund für dieses Ergebnis kann die technisch schwierigere Anastomose bei dichter gewundenem und dünner kalibrigem Ductus epididymidis im proximalen Nebenhodenbereich gesehen werden. Außerdem ist die Progressivmotilität der Spermien in diesem Abschnitt des Nebenhodens geringer als in der cauda (SCHROEDER-PRINTZEN et al., 1997).

Finden sich intraoperativ motile Spermien, erhöht sich die Chance für eine Konzeption. Die SS-Rate beträgt in diesen Fällen 40 %. Treffen alle günstigen intraoperativen Bedingungen aufeinander, verbessern sich die Ergebnisse mit einer Konzeptionsrate von 63 % weiter. Der

Tab. 8 EVS-Ergebnisse (Literatur)

Autor	Jahr	n	Permeabilität %	Gravidität %
Klosterhalfen	1983	241	42	34
Dubin	1984	46	39	13
Fogedstam	1986	158	85	37
Lee	1987	169	37	20
Weiske	1991	68	62	35
Schlegel	1993	107	70	31
Thomas	1993	141	83	55
Niederberger	1993	22	48	18
Wagenknecht	1993	173	76	52
Matthews	1995	100	65	21
Schwarzer	1996	60	37	22
Jarow	1997	97	67	27
Drawz	1998	74	79	45

Erfolg der Operation sollte allerdings nicht vor Ablauf eines Jahres abschließend bewertet werden. Bei einem Patienten zeigte sich erstmals 32 Monate nach der EVS ein positives Spermogramm. Ähnlich wie MATTHEWS (1995) ermittelten wir im Durchschnitt 5,6 Monate postoperativ die Durchgängigkeit der Samenwege. Zu empfehlen ist die Kryokonservierung des ersten positiven Ejakulats, da in 20 % der Fälle mit einer Obstruktion der Anastomose zu rechnen ist (WEISKE, 1996).

Die Operationsstrategie hat sich seit der Einführung der ICSI dahingehend geändert, dass bei infertilen Männern nach den üblichen Voruntersuchungen die Ursache der Azoospermie durch die Freilegung des Skrotalinhaltes abgeklärt und nach Möglichkeit beseitigt wird. Liegt keine oder eine nicht operable Obstruktion der ableitenden Samenwege vor, wird in gleicher Sitzung mit dem Einverständnis des Patienten spermienhaltiges Hodengewebe entnommen und kryokonserviert. Für den Fall der ausbleibenden Permeabilität nach der EVS können die während der Operation aspirierten Spermien für die Option der ICSI genutzt werden (SCHROEDER-PRINTZEN et al., 1996). Mit diesem Konzept werden die gegenwärtigen Möglichkeiten in der Behand-

lung des männlichen Sterilitätsfaktors optimal ausgeschöpft.

Die mikrochirurgische Rekonstruktion der ableitenden Samenwege sollte allerdings bei jeder Form der obstruktiven Azoospermie den assistierten Fertilisationsverfahren vorgeschaltet werden (EGUCHI et al., 1999, HEIDENREICH et al., 1998). Begründbar ist dieses Vorgehen einerseits mit den höheren Erfolgsraten auch bei der EVS im Vergleich zur ICSI (ZUMBE et al., 1996), zum anderen mit einer verhältnismäßig geringen Belastung für den Mann. Es entfallen die Risiken der hormonellen Stimulation der Frau. Wie auch die Vasovasostomie ist die EVS außerdem komplikationsarm und vergleichsweise kostengünstig (HEIDENREICH et al., 1998, 2000). Zusätzlich besteht nach erfolgreicher Reanastomosierung die nicht zu unterschätzende Chance der Konzeption auf natürlichem Weg. Bei kongenitalen Verschlüssen der ableitenden Samenwege, insbesondere der bilateralen Aplasie des Vas deferens sollte die genetische Beratung des Paares in Bezug auf Mutationen des CF-Gens und damit der erhöhten Mukoviszidose-Inzidenz erfolgen.

Mikrochirurgische Operationen an den Samenwegen bedürfen einer ständigen Übung der Operationstechnik und erfor-

dern bei flacher Lernkurve eine langjährige Erfahrung. Der andrologisch tätige Urologe allein vermag nicht mehr, den Anforderungen bei der Behandlung infertiler Männer gerecht zu werden. Die Komplexität der Therapie steriler Paare unter Nutzung moderner reproduktionsmedizinischer Techniken erfordert die enge Zusammenarbeit mit Gynäkologen, andrologisch erfahrenen Dermatologen, Labormedizinern und Spezialisten auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin, um der anspruchsvollen Aufgabe entsprechen und optimale Ergebnisse erzielen zu können.

Literatur beim Verfasser:

Korrespondierender Autor
Dr. Harald Zepnick
Urologische Klinik
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden
Tel.: (0531) 480-1160
Fax: (0351) 480 1169
E-mail: H. Zepnick@gmx.de

Ist Diabetes erkennbar?

Genetische Untersuchungen aus Sachsen

Universitätsklinikum
TU Dresden
III. Medizinische Klinik

Zusammenfassung

Mit der Entdeckung von Calpain10 (CAPN10) können wir einen genetischen Faktor beschreiben, der das Diabetesrisiko in bisher allen untersuchten Bevölkerungen deutlich erhöht. In der deutschen Bevölkerung ist die genetische Variabilität im CAPN10-Gen für ungefähr 7 bis 10% des Typ-2-Diabetes verantwortlich. Da die genetischen Kombinationen bekannt sind, könnten sie in Zukunft ein Diagnosemittel sein, das zur Erkennung einer solchen erblichen Belastung eingesetzt werden

kann. Bei bestehendem Risiko ist es vielleicht in Zukunft möglich, die für die Entstehung der Krankheit entscheidenden Umweltfaktoren positiv zu beeinflussen und damit eine Verhinderung oder Verzögerung der Manifestation des Diabetes mellitus Typ 2 zu erreichen.

Schlüsselwörter: Genetik, Typ-2-Diabetes, CAPN10, Prävention des Diabetes

Diabetes mellitus Typ 2 – von der Erkrankung zum Gen und wieder zurück?

Einführung

Genetische Einflüsse haben eine große Bedeutung für die Entwicklung des Diabetes mellitus Typ 2. Im Herbst letzten Jahres wurden neuartige Veränderungen in einem Gen beschrieben, welche mit einem erhöhtem Diabetesrisiko assoziiert sind. Neuartig deshalb, da erstmalig nicht Mutationen in einem Gen, sondern Kombinationen normaler genetischer Variabilität in diesem Gen das Diabetesrisiko beeinflussen. Diese Arbeit ist das Ergebnis einer weltweiten Kooperation von Wissenschaftlern unter Beteiligung von Ärzten des Bereiches für Endokrinopathien und Klinische Stoffwechselerkrankungen der TU Dresden und unter aktiver Mitwirkung vieler Hausärzte und Diabetologen aus Sachsen. Im Folgenden sollen die Ergebnisse dieser in Nature Genetics erschienenen Veröffentlichung erläutert werden und ein Ausblick auf die weitere Bedeutung dieser Entdeckung und die weitere Entwicklung gegeben werden. Die Autoren möchten sich gleichzeitig auf diesem Wege für die Mitarbeit der sächsischen Kollegen herzlich bedanken.

Der Weg von der Erkrankung zum Gen

Die familiäre Häufung des Typ-2-Diabetes, hohe Konkordanzsiffern bei einiigen Zwillingen und die unterschiedliche Krankheitshäufung in verschiedenen ethnischen Gruppen ließen schon seit langem eine genetische Disposition bzw.

ein genetisch vorbestimmtes Diabetesrisiko vermuten. Es ist anzunehmen, dass sich im Falle des Diabetes mellitus Typ 2 verschiedene genetische Faktoren in einem oder mehreren Genen summieren und im Zusammenspiel mit den entsprechenden Umweltfaktoren (Ernährung, Bewegungsmangel usw.) in einem schleichenden Prozess zur Manifestation der Erkrankung führen. Damit handelt es sich bei dem Typ-2-Diabetes um eine multifaktorielle polygene Erkrankung. Die Untersuchung der genetischen Ursachen einer solchen Erkrankung gestaltet sich damit aufgrund der vielen Einflussfaktoren schwierig.

Bei der Suche nach genetischen Ursachen für eine Erkrankung gibt es verschiedene Lösungsansätze. Ein häufig beschrittener Weg ist die Durchführung von Kopplungsanalysen. Dafür analysiert man Familien über mehrere Generationen, in denen die Erkrankung häufig vorkommt und man deutlich zwischen erkrankten und nichterkrankten Personen unterscheiden kann. Man nimmt für diese Untersuchungen an, dass alle erkrankten Personen das gleiche Gen tragen, die nichterkrankten aber nicht. Unter Verwendung polymorpher Marker wird zunächst versucht, den Chromosomenabschnitt (DNA-Abschnitt) näher einzugrenzen, der das krankhaft veränderte Gen trägt. Diese Marker sind über die gesamte menschliche Erbinformation verteilte genetische Abschnitte, die durch eine große genetische Variabilität gekennzeichnet sind. Der Methode liegt die Annahme zugrunde, dass ein Marker, der in der Nähe des gesuchten Gens

liegt, gemeinsam -gekoppelt- mit diesem in der Gruppe der erkrankten Familienangehörigen weitervererbt wird. Mit Hilfe statistischer Methoden kann der Marker, der am stärksten an die Erkrankung gekoppelt ist, bestimmt werden. Durch Auswertung der gewonnenen Daten angrenzender Marker kann anschließend der DNA-Abschnitt mit der größten Assoziation zur untersuchten Erkrankung festgestellt werden. Im weiteren Verlauf führt die exakte Untersuchung dieses DNA-Abschnitts zur Isolation des gesuchten Gens. Diese Art der Kopplungsanalyse ist für die Untersuchung monogenetischer Erkrankungen sehr gut geeignet, stößt jedoch bei der Untersuchung polygener und multifaktorieller Erkrankungen rasch an ihre Grenzen.

Bei multifaktoriellen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ 2, ist die Definition der Erkrankung von vielen Faktoren abhängig und aufgrund des relativ späten Erkrankungsalters sind für Typ-2-Diabetes kaum Kopplungsuntersuchungen in größeren Familien möglich. Bei einem angenommenen Durchschnittsalter einer Diabetesdiagnose von 50 Jahren sind häufig ältere Angehörige eines Erkrankten schon verstorben, und man kann über die Diagnose bei Kindern und Enkeln noch keine Aussage machen.

In Anlehnung an die oben beschriebene Methode wird in diesen Fällen auf die Untersuchung betroffener Geschwisterpaare zurückgegriffen. Hierbei geht man davon aus, dass die beiden Geschwister, wenn sie erkrankt sind, mit hoher Wahrscheinlichkeit den gleichen krankheitsauslösenden Genort von ihren Eltern

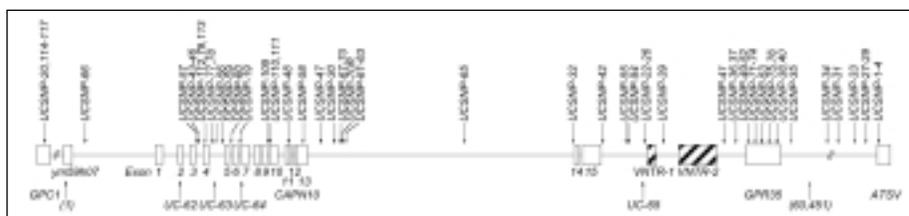
vererbt bekommen haben. Wiederum wird unter Verwendung polymorpher Marker versucht, den DNA-Abschnitt, der überdurchschnittlich häufig auf erkrankte Geschwister vererbt wird, näher einzugrenzen. Man geht davon aus, dass dieser das krankhaft veränderte Gen trägt. Da zwei Geschwister zu nur 50% die gleichen Gene der Eltern vererbt bekommen, muss eine wesentlich größere Zahl an betroffenen Geschwisterpaaren untersucht werden (zirka 500), als dies bei Kopplungsanalysen in großen Familien bei monogenetischen Erkrankungen der Fall wäre.

In den letzten Jahren wurde in enger Kooperation mit internationalen Forschergruppen an der University of Chicago in der Arbeitsgruppe um Professor Graeme Bell an der Identifizierung eines „Diabetesgens“ für Typ-2-Diabetes, NIDDM1, gearbeitet. Dabei wurden die oben beschriebenen Kopplungsuntersuchungen in einer Gruppe mexiko-amerikanischer Geschwisterpaare durchgeführt. Gleichzeitig wurde eine Gruppe von Geschwisterpaaren mit Typ-2-Diabetes aus Sachsen untersucht, die in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Diabetologen, Hausärzten und Ambulanzen der Krankenhäuser in Sachsen über fünf Jahre für diese Studie gewonnen worden waren. Im Ergebnis dieser Kopplungsanalysen konnte eine Region auf dem Chromosom 2 beschrieben werden, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Gen liegt, welches das Diabetesrisiko beeinflusst. Die Verknüpfung dieses DNA-Abschnitts mit der Erkrankung erreichte jedoch nur in der Gruppe der mexiko-amerikanischen Geschwisterpaare ein signifikantes Niveau (1). Die Größe dieses Abschnitts betrug 1,7 Millionen Basenpaare, was etwa 1/2000 des menschlichen Genoms ausmacht. Man stellte sich nun der Aufgabe, das Diabetesgen zu finden, welches in dieser DNA-Region liegen musste. In aufwendiger Kleinarbeit wurde diese Region auf Chromosom 2 analysiert. Dabei wurden kleinste genetische Unterschiede (Austausch einer einzelnen Base), soge-

nannte Polymorphismen (SNP's) identifiziert. Die Häufigkeit dieser SNP's war in einem Abschnitt dieser DNA-Region sehr hoch. In dieser Region lag ein bisher unbekanntes Gen, Calpain 10 (CAPN10) genannt. Unter Verwendung neuer genetischer und mathematischer Methoden konnten Kombinationen einzelner Polymorphismen im Calpain-10-Gen gefunden werden, die mit Diabetes mellitus Typ 2 assoziiert sind. Mit einer bestimmten genetischen Kombination war ein 4-8fach erhöhtes Diabetesrisiko verbunden. Das CAPN10-Protein, für welches das CAPN10-Gen codiert, ist eine nichtlyosomale kalziumabhängige Protease, ein proteinspaltendes Enzym, das in einer Vielzahl menschlicher Zellen synthetisiert wird.

Zum Erstaunen liegen die genetischen Unterschiede, die zu einer Erhöhung des Typ-2-Diabetes-Risikos führen, nicht in der codierenden Region von CAPN10, in der Informationen für den Aufbau von Struktur- und Funktionsproteinen verschlüsselt werden, sondern in den dazwischen liegenden nichtkodierenden Abschnitten. Diesen Abschnitten wurde bisher keine spezifische Funktion zugeordnet. Aus diesem Grund stieß die Entdeckung international erst einmal auf Skepsis. Interessant und neu ist weiterhin, dass nicht nur eine einzelne genetische Variante (SNP's) für das Diabetesrisiko ausschlaggebend ist. Eine Kombination von drei genetischen Varianten innerhalb dieser Region hat den entscheidenden Einfluss auf das Diabetesrisiko. Es ist erhöht, wenn an drei verschiedenen Genorten eine genetische Veränderung auftritt. Ein

einzelner oder zwei Faktoren reichen dafür nicht aus. In der mexiko-amerikanischen Bevölkerung, die als erste untersucht wurde, führt die entsprechende Konstellation zu einem 8fach höheren Diabetesrisiko. In der Gruppe der Patienten aus Sachsen war mit der gleichen genetischen Konstellation ein 4-5fach erhöhtes Diabetesrisiko verbunden. Anschließend wollte man diese Entdeckung in anderen ethnischen Gruppen replizieren. Es konnte gezeigt werden, dass die gleiche genetische Kombination in der asiatischen (Japan, China), in der afrikanischen (Ostafrika, Nigeria) und europäischen (England, Irland, Finnland, Deutschland, Tschechien) Bevölkerungsgruppe das Diabetesrisiko auf ein 3-6faches erhöht. Welchen Anteil hat diese genetische Konstellation aber an der endgültigen Diabetikerclientel? In der mexiko-amerikanischen Bevölkerung konnte der Anteil der Typ-2-Diabetesfälle aufgrund der Veränderungen im CAPN10-Gen auf 16% in dieser Region geschätzt werden. Der Anteil an der deutschen Diabetikerclientel ist mit 7 bis 10% etwas geringer. Das bedeutet: In der europäischen Bevölkerung hat ungefähr jeder zehnte zukünftige Diabetiker ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, welches mit CAPN10 assoziiert ist. Die Ergebnisse und vor allem der Weg zu diesen sind in der bahnbrechenden Veröffentlichung ausführlich dargestellt und untermauern die These, dass geringfügige Veränderungen normaler genetischer Variabilität in nichtkodierenden Regionen des menschlichen Genoms mit einem höheren Erkrankungsrisiko verknüpft sind – ein Paradigmenwechsel in der genetischen Forschung.



Organisation der NIDDM1-Region mit dem CAPN10 Gen. Darstellung der einzelnen genetischen Varianten in dieser Region. UCSNP-43, -19 und -63 bilden Haplotypen, von denen zwei in heterozygoter Kombination das Typ-2-Diabetesrisiko erhöhen [1].

Der Weg vom Gen zur Erkrankung

Nach der Entdeckung von CAPN10 als Diabetesgen mittels genetischer, statistischer und epidemiologischer Methoden stellen sich eine Vielzahl von Fragen:

Wo greift Calpain 10 in die Regulation des Kohlenhydratstoffwechsels ein? Calpain 10 codiert für eine Protease. Was hat diese Protease mit der Regulation des Glukosestoffwechsels zu tun? Von entscheidendem Interesse ist, ob dieser Prozess medikamentös beeinflusst werden kann. Wie können Unterschiede in der nichtkodierenden Region dieses Gens zu einem höheren Erkrankungsrisiko führen? Was ist der detaillierte Mechanismus, wie genetische Variabilität in CAPN10 das Diabetesrisiko beeinflusst? Ist CAPN10 direkt mit dem Typ-2-Diabetesrisiko assoziiert oder ist die Assoziation eher mit einem Typ-2-Diabetes-Risikofaktor (zum Beispiel Übergewicht, Bluthochdruck, metabolisches Syndrom) zu erklären?

Diese Fragen sind noch nicht beantwortet und sind Gegenstand laufender und zukünftiger Untersuchungen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt liegen Dank der Mitwirkung vieler niedergelassener Kollegen aus Sachsen genaue Angaben über die Rolle der genetischen Variabilität von Calpain10 in der deutschen Bevölkerung vor. In einer gesonderten Studie soll jetzt aber untersucht werden, wie sich die Erhöhung des Diabetesrisikos pathophysiologisch zusammensetzt. Wir vermuten nach ersten Untersuchungen, dass die CAPN10-Varianten mit zwei Effekten gleichzeitig assoziiert sind. Sie führen vermutlich einerseits zu einer 10 bis 20% verringerten frühen Insulinsekretion und gleichzeitig zu einer geringfügigen Steigerung der Insulinresistenz. Alle diese Untersuchungen erfolgen anonym und unter der Wahrung des Datenschutzes. Es stellt sich nun die Frage, welche Bedeutung das für den Typ-2-Diabetes und vor allem für den Typ-2-Diabetiker haben kann und wer einen direkten Nutzen daraus ziehen kann. Einmal besteht eine deutliche Chance in der Entwick-

lung von Medikamenten, die das Diabetesrisiko oder die Erkrankung durch Interaktion mit CAPN10 beeinflussen. Vergangene Untersuchungen an Aids-Patienten, die mit Proteaseinhibitoren behandelt werden, zeigen, dass ein Teil dieser Patienten einen Diabetes entwickelt. Es ist aber noch zu früh, hier Zusammenhänge zu sehen. Zusätzlich untersuchen wir, ob genetische Varianten im CAPN10-Gen die Ursache für eine verstärkte Neigung zu Begleitkomplikationen beim Typ-2-Diabetes sein können. Wenn das der Fall ist, könnte eine genetische Risikodiagnose für die Prognose, aber auch die medizinische Intervention im Rahmen der Diabetestherapie für diese Patienten von Bedeutung sein. Den entscheidenden Wert der Entdeckung von CAPN10 als Diabetesrisikofaktor sehen wir zum heutigen Zeitpunkt in der Früherkennung des Diabetesrisikos als Möglichkeit zur Prävention der Erkrankung. Nach der Befruchtung der Eizelle ist die Zusammensetzung der genetischen Information eines Menschen festgelegt und existiert lebenslang. Das birgt die Möglichkeit, eine genetische Risikokonstellation in CAPN10 vor dem eigentlichen Erkrankungsbeginn potentieller Diabetiker zu diagnostizieren. Mit diesem Wissen ist es möglich, Personen zu identifizieren, die ein erhöhtes Diabetesrisiko tragen, lange bevor die Erkrankung ausbricht. Diese Personen wären zur Teilnahme an Programmen zur Prävention des Diabetes prädestiniert. Damit könnte uns die Genetik ein Werkzeug in die Hand geben, welches uns erlaubt, Erkrankungsrisiken frühestmöglich zu erkennen und anschließend unter Umständen zu verhindern oder hinauszuzögern.

Die Chancen, die die Entdeckungen genetischer Risikofaktoren für häufige Erkrankungen bieten, dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Diskussion über den Umgang mit genetischen Daten noch sehr zurückhaltend in Deutschland geführt wird. Auf der einen Seite hat es eine hohe individuelle und gesundheitspolitische Bedeutung, Krank-

heitsrisiken vor der Erkrankung zu erkennen und möglicherweise präventiv zu behandeln. Auf der andere Seite kann das Wissen um ein erhöhtes Erkrankungsrisiko Nachteile beim Abschluss von Kranken- und Lebensversicherungen haben.

Unser Ziel ist es, die Patienten und behandelnden Ärzte über die Ergebnisse in Zukunft zu informieren. Diese Informationen müssen sowohl dem informationellen Selbstverständnis der Patienten als auch den Anforderungen des Datenschutzes entsprechen.

Glossar

Allel: Alternative (durch Mutationen entstandene) Formen eines Gens, die an korrespondierenden Genloci der homologen Chromosomen vorkommen.

DNA-Marker: Definierte DNA-Sequenz, deren genomische Lokalisation bekannt ist. Diese wird bei einem indirekten Gentest „stellvertretend“ für ein benachbartes Gen untersucht.

Exon: DNA-Abschnitt eines eukaryontischen Gens, der informationstragend für das entsprechende Protein ist. Zwischen den Exons eines Gens befinden sich die nicht-kodierenden DNA-Abschnitte, die sogenannten Introns.

Genetische Assoziation: Statistisch gehäuftes gemeinsames Auftreten eines Allels, zum Beispiel mit einer Erkrankung beim Vergleich zweier Gruppen.

Genomscreen: Untersuchung des gesamten Erbgutes mittels vieler Marker auf Kopplung und/oder Assoziation mit einer Erkrankung.

Haplotypen: Die Menge genetischer Information, die maximal auf einem Allel (Chromosom) liegt. Sie kann größere und kleinere Abschnitte des Chromosoms umfassen.

Haplotypanalyse/Kopplungsanalyse: Bei der Haplotypanalyse kann mit Hilfe von sogenannten polymorphen DNA-Markern die Vererbung eines chromosomalen Bereichs innerhalb einer Familie verfolgt werden. Auch wenn innerhalb dieses Bereichs die genaue Lokalisation und Sequenz des die Krankheit verursachenden Gens unbekannt ist, kann durch die Kenntnis der Vererbung des Chromosomenbereichs indirekt auf die Vererbung der Mutation geschlossen werden. Ebenso kann bei bekanntem Gen eine unbekannt Mutation indirekt nachgewiesen werden. Eine Vorgehensweise, die gewählt wird, wenn die direkte Mutationssuche im entsprechenden Gen zu aufwendig ist. Die Haplotypanalyse ist eine Familienuntersuchung.

Daher ist es notwendig, dass neben dem/den Betroffenen selbst möglichst viele Familienmitglieder an der Untersuchung teilnehmen.

Intron: Nicht informationstragender DNA-Abschnitt eines eukaryontischen Gens, der zwischen Exons lokalisiert ist.

Kandidatengen: Gen, welches aufgrund bestimmter Eigenschaften bei bestimmten Erkrankungen einen Rolle spielen könnte.

Konkordanz: Auftreten eines Merkmals/Erkrankung bei beiden Zwillingen

Kopplung: Benachbarte Loci auf einem Chromosom, die überdurchschnittlich häufig miteinander vererbt werden. (Auch für Kopplung von einem Locus auf einem Chromosom und einem Merkmal (Erkrankung) gebräuchlich).

Monogenetisch: Im Gegensatz zu polygenetischen Erkrankungen sind monogenetische Erkrankungen in der Regel von Veränderungen in einem bestimmten Gen hervorgerufen. Diese Erkrankungen machen nur einen sehr kleinen Teil der sogenannten Volkskrankheiten aus. Veränderungen an diesem Gen können an sehr vielen Positionen in dem Gen vorkommen, die häufig zu dem gleichen Effekt, nämlich der Funktionsbeeinträchtigung des dazugehörigen Proteins, führen (zum Beispiel MODY). Bisher sind zirka 6000 solcher Erkrankungen beschrieben.

Multifaktoriell: Bei multifaktoriellen Erkrankungen ist ein Wechselspiel zwischen einerseits genetischen Veranlagungen und andererseits Umweltfaktoren entscheidend. Die genetische Veranlagung kann dabei durch einen, Vielzahl von genetischen Faktoren, die interagieren und sich auch gegenseitig aufheben, hervorgerufen sein. Bei den Umweltfaktoren

kann man genauso wenig einen benennen, sondern eine Vielzahl von Faktoren kommt zusammen. Der genetische Anteil und der Umweltanteil sind variabel. So können in einigen Fällen überwiegend genetische Faktoren, in anderen Fällen überwiegend Umweltfaktoren, die Rolle spielen. Die genetische Fixierung ist mit der Befruchtung festgelegt. Das Ausmaß der Umweltfaktoren, die das Risiko für eine multifaktoriell-polygenetische Erkrankung beeinflussen, ist häufig regulierbar. (Beispiele: Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselerkrankungen, Gicht, etc.).

PCR, Polymerase-Kettenreaktion: Methode zur in-vitro-Amplifikation einer bestimmten DNA-Sequenz mit Hilfe von DNA-Polymerasen. Sie ist als Grundlage für die meisten diagnostischen oder wissenschaftlichen Methoden die Voraussetzung. Die Amplifikation erfolgt durch zyklisch wiederholte Anlagerung von einzelsträngigen, synthetisch hergestellten DNA-Fragmenten(Primer) an denaturierte (einzelssträngige) genomische DNA und Verlängerung dieser Fragmente durch eine DNA-Polymerase.

Polygenetisch: Bei diesen Erkrankungen spielen Veränderungen in mehreren Genen in Kombination mit verschiedenen Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle, so dass sie auch als multifaktorielle Erkrankungen bezeichnet werden. Generell beinhalten diese genetischen Faktoren eine Disposition für eine Erkrankung.
polymorpher Marker: Siehe Haplotypanalyse/Kopplungsanalyse.

Relatives Risiko: Faktor, der das Ausmaß einer genetischen Assoziation angibt.

SNP (single nukleotide polymorphism; Einzelnukleotidpolymorphismus) Locus mit min-

destens zwei verschiedenen genetischen Varianten, die mit einer Häufigkeit von mindestens 1% in der Bevölkerung und einer Wahrscheinlichkeit von 1/1000 Nukleotiden vorkommen. Sie können ein pathogenetisches Korrelat besitzen.

Sequenzanalyse, Sequenzierung: Automatisierte Verfahren zur Analyse der Nukleotidabfolge von DNA-Abschnitten. Mit Hilfe dieser Methode kann die Nukleotidsequenz aufgetrennt und nachgewiesen werden.

UCSNP: University of Chicago single nukleotide polymorphism, dieser SNP wurde von der Arbeitsgruppe in Chicago erstmalig beschrieben.

Literatur

1. Horikawa, Y., N. Oda, N.J. Cox, X. Li, M. Orho-Melander, M. Hara, Y. Hinokio, T.H. Lindner, H. Mashima, P.E.H. Schwarz, L. del Bosque-Plata, Y. Oda, I. Yoshiuchi, S. Colilla, K.S. Polonsky, S. Wei, P. Concannon, N. Iwasaki, J. Schulze, L.J. Baier, C. Bogardus, L. Groop, E. Boerwinkle, C.L. Hanis, and G.I. Bell. Genetic variation in the gene encoding calpain-10 is associated with type 2 diabetes mellitus. *Nat Genet*, 2000. **26**(2): 163-75.

Korrespondenzadresse:

Peter Schwarz

Technische Universität Dresden,

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus

Medizinische Klinik III

Bereich Endokrinopathien/Klinische

Stoffwechselerkrankungen

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Urteile der Berufsgerichte für Heilberufe Ärzte im Freistaat Sachsen

Wie im Ärzteblatt Sachsen, Heft 10/2000, Seite 457, angekündigt, sollen unter dieser Rubrik Urteile der Sächsischen Heilberufsgerichte zur Unterrichtung der Ärzte besprochen werden.

Im Folgenden werden zwei Sachverhalte wegen der unterbliebenen Anmeldung bei der Sächsischen Landesärztekammer bei gleichzeitiger Missachtung der Vorlagepflicht der Berufsurkunden sowie damit verbundener Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer dargestellt.

Ein in Sachsen tätiger Arzt und somit Kammermitglied bei der Sächsischen Landesärztekammer unterließ es trotz zirka 16 schriftlicher und wiederholter telefoni-

scher Anforderungen von Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und der Kreisärztekammer, die bei der Sächsischen Landesärztekammer für eine Anmeldung pflichtgemäßen Angaben zu machen. Gleichfalls unterließ er es, der Sächsischen Landesärztekammer die Berufsurkunden (ärztliche Approbation und weitere Anerkennungen) vorzulegen. In einigen Telefonaten sagte das Kammermitglied die Vorlage der Unterlagen zu. Ein diesbezügliches Ordnungswidrigkeitenverfahren mit einer Geldbuße blieb erfolglos. Im darauffolgenden vorbereitenden berufsrechtlichen Verfahren der Sächsischen Landesärztekammer äußerte sich das Kammermitglied nicht. Aus diesem Grunde stellte der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

beim Berufsgericht den Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens und beantragte für den ersten Komplex (unterbliebene Anmeldung) die Verhängung eines Verweises sowie hinsichtlich der Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer eine Geldbuße von in Höhe von 8.000,00 DM. Das Berufsgericht folgte dem Antrag der Sächsischen Landesärztekammer und verurteilte das Mitglied rechtskräftig.

In einem ähnlich gelagerten Fall verhängte das Berufsgericht ebenfalls einen Verweis und eine Geldbuße in Höhe von 10.000,00 DM.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Seminar für Praxisgründer

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden und die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Filiale Dresden veranstalten gemeinsam ein Seminar für Praxisgründer.

Das Seminar will niederlassungswilligen Ärzten die notwendigen Kenntnisse über die wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen des „Wirtschaftsunternehmens Arztpraxis“ vermitteln.

Themenschwerpunkte:

- Prinzipien wirtschaftlichen Verhaltens
- Welche Investitionen sind wirtschaftlich sinnvoll?
- Computergestütztes Planungsprogramm: INKO – der erforderliche Mindestumsatz
- Notwendigkeit einer Kostenanalyse
- Praxisübernahme: Vor- und Nachteile – der angemessene Kaufpreis
- Klassische und neue Kooperationsformen (Grundlagen)
- Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/Job-sharing
- „Heilberufler-GmbH“ und „Kosten-GmbH“

- Partnerschaftsgesellschaft
- Materieller und ideeller Praxiswert
- Die laufenden Kosten einer Praxis
- Die richtige Abschreibungsstrategie
- Arbeits- und Mietverträge (auch mit nahen Angehörigen)
- Die richtige Finanzierung der Praxis
- Steuerliche Gestaltungen bei der Finanzierung
- Praxisräume: Mieten oder Kaufen
- Steuerersparnisse vor und während der Praxisgründung

Das Seminar findet statt am **24. November 2001, von 10.00 bis 17.00 Uhr** im Haus der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden. Die Teilnahmegebühr beträgt 95,00 DM. Anmeldungen sind bitte bis zum 15. 10. 2001 zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Bezirksstelle Dresden
Abteilung Sicherstellung
PF 10 06 41
01076 Dresden
Telefonische Rückfragen bitte unter (03 51) 8 82 83 10.

In eigener Sache

Die Sächsische Landesärztekammer gibt bekannt, dass ab 3. September 2001 Herr Knut Köhler M. A. seine Tätigkeit als Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bei der Sächsischen Landesärztekammer aufnimmt.

Herr Köhler steht Ihnen als Ansprechpartner unter folgender Anschrift gern zur Verfügung:

Herr Knut Köhler M. A.
Sächsische Landesärztekammer
Referent für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Telefon: (03 51) 8 26 73 50
Telefax: (03 51) 8 26 73 52
E-mail: dresden@slaek.de



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 Chemnitzer Land
Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 9. 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.

Planungsbereich Chemnitzer Land
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/
Facharzt für Phoniatrie/Pädaudiologie
(Übernahme auch durch Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Job-Sharing als Übergangsgemeinschaft möglich)

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

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 10. 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 Görlitz-Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27. 9. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

Planungsbereich Landkreis Löbau-Zittau
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Weißeritzkreis
Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 10. 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
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 10. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 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 Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, geplante Abgabe: baldmöglichst

Planungsbereich Zwickau-Stadt
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

geplante Abgabe:
ab 2002

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (03 71) 27 89 40-6 oder 27 89 40-3.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Abgabe: sofort

Planungsbereich Weißeritzkreis
(Osterzgebirge) Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Abgabe: 1. 4. 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 8 82 83 30.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Dr. med. Antje Völkel
Niederwaldplatz 6
01277 Dresden

2. 7. 2001

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Sehr geehrtes Redaktionskollegium, mein Leserbrief nimmt Bezug auf den Artikel: „Vorbereitung zur Einführung des DRG-Abrechnungssystems an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ von M. Kaufhold, H. Diettrich und M. Halm im „Ärzteblatt Sachsen“ 6/2001. Bitte leiten Sie ihn an den erstgenannten Autoren weiter.

Sehr geehrter Herr Kaufhold, ich habe Ihren Artikel über die Einführung des DRG-Abrechnungssystems mit Interesse und gehöriger emotionaler Bewegung gelesen. Obwohl gegenwärtig Erziehungsurlauberin, fühle ich mich der Krankenhausärzteschaft zugehörig und möchte Ihnen aus dieser Perspektive schildern, was mich bewegte. Sie haben die Zeichen der Zeit erkannt und schnell reagiert – Gratulation dazu. Dass in Ihrer Klinik bereits DRG-gerechte Software, spezielle Datenbanken und funktionierende personelle Strukturen installiert sind, und dass Sie über DRG-Praxis publizieren, während andere noch lamentieren, weist Sie als Vorreiter aus. Sich auf wohl unvermeidliches vorzubereiten, ist zweifellos notwendig. Aber mich befremdet, wie bereitwillig und vorbehaltlos Sie und Ihre Kollegen sich auf eine Aufgabe einlassen, die hohe Opfer fordert und eigentlich nur marginal mit ärztlichem Selbstverständnis zu tun hat. Immerhin bedarf es einer Arbeitsgruppe, eines Halbtags-Spezialisten und der engagierten Zuarbeit aller Kollegen, um sich in Handbücher und Software einzuarbeiten, die lukrativsten Codierungsvarianten auszutüfteln, einander beim Verschlüsseln zu belehren und zu kontrollieren. Mit den 30 Pfennig, die die Krankenkassen pro Behandlungsfall für zusätzlichen Codierungsaufwand veranschlagen, können

keine Extra-Mitarbeiter finanziert werden. Folglich kann die eigentliche ärztliche Arbeit – sich um Patienten kümmern, sich oder andere fachlich weiterbilden – nur in noch kürzerer Zeit oder „nebenbei“ oder in weiteren Überstunden erledigt werden.

Sie beweisen mit Ihrer Publikation, dass DRG-Codierung mit genügend Enthusiasmus durchaus machbar ist. Sollte Ihr Beispiel wirklich Modellcharakter besitzen, so wird es bald zum allgemeinen Standard, dass Kliniken wertvolle Arbeitskräfte und/oder Ärzte mehr Freizeit opfern müssen, um möglichst raffiniert zu codieren, clever abzurechnen und damit ihr wirtschaftliches Überleben zu sichern. Aus meiner (natürlich etwas distanzierteren) Perspektive scheint es nötig, bei allem Aktionismus öfter eine Besinnungspause einzulegen. Ihre Stichworte: „Grenzbelastung“ (für Ärzte) und „Opfer ... unsere Patienten“ sind solche Stellen, an denen zu fragen und zu diskutieren wäre, ob man wirklich dieser Entwicklung aktiv Vorschub leisten möchte, ob Aufwand und Ergebnis in angemessenem Verhältnis stehen, und ob es nicht doch noch Handlungsalternativen gibt. Dazu wünsche ich Ihnen weitblickende und streitbare Kollegen und Kolleginnen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Antje Völkel

Erwiderung zum Leserbrief an die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ betreffs des Artikels „Vorbereitung zur Einführung des DRG-Abrechnungssystems an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ (Juniheft 2001) von M. Kaufhold, H. Diettrich und M. Halm

Sehr geehrte Frau Kollegin Völkel, mit Interesse und ausdrücklichem Dank nehmen wir Ihren Leserbrief bezüglich unseres Artikels „Vorbereitung der Einführung des DRG-Abrechnungssystems

an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ entgegen.

Da Ihr Schreiben einige Punkte enthält, die unseres Erachtens öffentlich diskutiert werden sollten, gestatten Sie uns, Folgendes zu entgegnen:

Wir haben in dem grau unterlegten Vorspann wohl eindeutig unsere Haltung zur beschlossenen Rahmengesetzgebung dargelegt. Damit wollen wir eingangs die von Ihnen als „bereitwillig“ und „vorbehaltlos“ bezeichnete Herangehensweise ausdrücklich mit Kritik an die für die Rahmenbedingungen Verantwortlichen versehen.

Leider erweist sich die Stärke der Ärzteverbände als nicht kraftvoll genug, eine solche neue Abrechnungsform zu verhindern.

Es war weniger unsere Absicht, ein für alle vergleichbaren Kliniken nachzuahmendes „Rezept“ zum Umgang mit den neuen Abrechnungsmodalitäten zu liefern. Vielmehr haben wir vor Nachahmung ausdrücklich gewarnt.

Unsere Intention ist es, denjenigen Kliniken, die die Phase des „Lamentierens“ hinter sich gelassen haben, zu zeigen, dass ein nahezu durchgängig pauschaliertes Entgeltsystem auf der Basis der australischen DRG's kein undurchschaubares bürokratieverursachendes Monstrum sein muss, sondern dass man den Umgang mit einem solchen System überschaubar organisieren kann. Darauf bezog sich die in unserem Artikel formulierte „helfende Absicht“.

Den Krankenhäusern und Krankenhausärzten, die sich auf eine kreative Umsetzung des neuen Entgeltsystems einlassen, bieten sich aus unserer Sicht folgende Vorteile:

1. Sie genügen den bereits geltenden gesetzlichen Bestimmungen (§ 17b KHG, Dokumentationspflicht laut ärztlicher Berufsordnung); von „vorausseilend“ kann eigentlich keine Rede sein.

2. Sie erlangen die „informationelle Selbstbestimmung“ über Ihre Arbeitsleistung. Wie ist das zu verstehen?

Seit Einführung der Institution „Pflegesatzverhandlungen“ starren die deutschen Krankenhausverwaltungen und mit ihnen das gesamte Krankenhauspersonal wie gebannt auf dieses jährlich wiederkehrende Ritual, an dessen Ende regelmäßig zumindest die Drohung weitreichenden Betten- und Kapazitätsabbaus oder Mittelkürzungen steht. Daran ändern dann auch die händeringenden Beteuerungen der Verhandlungspartner auf Krankenhausseite, dass man längst am Ende der Leistungsfähigkeit angelangt sei und Kapazitäten eher ausgeweitet werden müssten, nichts. Und warum ist das so? Weil Beteuerungen eben nichts beweisen! Mit der Erfassung unserer Leistungen in Form der behandelten Diagnosen und der wichtigsten Prozeduren mit der Möglichkeit der statistischen Aufarbeitung hätten wir erstmals wirkliche (einklagbare!) Argumente, um den Nachweis über die von uns geleistete Arbeit zu führen. Dadurch werden wir nicht mehr Geld bekommen, aber das Geld könnte zumindest tendenziell gerechter verteilt werden.

3. Auf der anderen Seite sind nicht mehr die im Vorteil, die am cleversten am grünen Tisch verhandeln, sondern vielleicht doch eher diejenigen, die die schwerer erkrankten und aufwendigeren Patienten behandeln (und, zugegebenermaßen, die behandelten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren gewissenhaft erfassen und verschlüsseln).

4. Man würde der immer mehr in das Bewusstsein der angestellten Ärzteschaft rückenden Tatsache Rechnung tragen, dass der verantwortungsvolle und indikationsgerechte Einsatz materieller Ressourcen durchaus etwas mit ärztlichem Selbstverständnis zu tun hat. (Im sogenannten „niedergelassenen“ Bereich ist das längst selbstverständlich; die Mittelverteilung wird dort als vordringliche ärztliche Aufgabe gesehen, die von Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen wird). In einer Zeit, in der auch in der

Bundesrepublik Deutschland niemand mehr aus dem Vollen schöpfen kann, müssen unseres Erachtens auch Ärzte darauf hinwirken, die vorhandenen Mittel denjenigen Patienten zukommen zu lassen, die sie auch wirklich benötigen. Oder, anders formuliert, ist es bereits absehbar, dass dem mit dem Willen zu Helfen an den Patienten herantretenden Arzt die Hände gebunden sein werden, wenn die dazu erforderlichen Mittel aufgebraucht oder an anderer Stelle sinnlos vertan sind. Die Verteilung der Mittel für den stationären Krankenhausbereich auf der Basis von DRG's bietet unserer Meinung nach eine Möglichkeit, dieser sich abzeichnenden Entwicklung entgegenzuwirken.

Lassen Sie mich abschließend noch auf folgenden Irrtum hinweisen: Der mit der Einführung des DRG-Systems in Verbindung gebrachte Zuschlag zu den Behandlungskosten von DM 0,30 pro Fall ist nicht als Vergütung für den zusätzlichen Aufwand an den Krankenhäusern gedacht, sondern soll der Finanzierung des Deutschen DRG-Institutes („Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) dienen und ist von den Krankenhäusern an diese Institution abzuführen.

2. August 2001

Mit freundlichen Grüßen
Mathias Kaufhold

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Studium Medizinische Informatik

Ab Wintersemester 2001 ist es möglich, im Rahmen des Studienganges Informatik an der Westsächsischen Hochschule Zwickau (FH) das Fach „Medizinische Informatik“ (MI) zu studieren. Für diese Ausbildung bestehen in Zwickau durch die Existenz bereits bestehender Studien- und Vertiefungsgänge Informatik, Biomedizintechnik, Pflegemanagement, Krankenhausbetriebstechnik und BWL/Management im Gesundheitswesen sehr gute Voraussetzungen.

Es werden Absolventen für das Gesundheitswesen (vor allem stationäre Einrichtungen, einschließlich sogenannter administrativer Abteilungen, Gesundheitszentren, Praxisnetze und anderer integrierter Versorgungsstrukturen, Sozialleistungsträger, Gesundheitsverwaltungen) und für die Softwareindustrie für eine vorwiegend anwendungsorientierte Computer-

anwendung bereitgestellt.

In der interdisziplinär ausgerichteten MI-Ausbildung soll als Zwickauer Besonderheit neben den Säulen Informatik, Informationsmanagement, Medizinische Informatik, Wirtschaftswissenschaften und Biomedizintechnik, eine noch stärkere Einbindung medizinischer Fächer (zum Beispiel Medizinische Terminologie, Klinische Medizin, Medizin-Management) erfolgen. Damit wird auch den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und deren Anforderungen an entsprechendes Fachpersonal Rechnung getragen.

Studienablaufpläne für Grund- und Hauptstudium, Studieninhalte, Studien- und Prüfungspläne sowie Anfragen zur Bewerbung:

<http://www.fh-zwickau.de/~ru/MedInf/MedInf0.htm>

Ansprechpartner zum MI-Studium:

Westsächsische Hochschule Zwickau (FH)
Dr.-Friedrichs-Ring 2a, 08056 Zwickau

Prof. Dr. Ulrich Lochmann
FB Wirtschaftswissenschaften
Management im Gesundheitswesen
Tel.: (+0049375) 5 36 33 35
Fax: (+0049375) 5 36 31 04
Email: Ulrich.Lochmann@fh-zwickau.de
<http://www.fh-zwickau.de/wiwi/ul.html>

Prof. Dr. Rolf Urban,
FB Physikalische Technik/ Informatik
Tel.: (+0049375) 5 36 15 28
Fax: (+0049375) 5 36 12 02
Email: Rolf.Urban@fh-zwickau.de
<http://www.fh-zwickau.de/~ru>

Prof. Dr. Peter Jacobi
FB Physikalische Technik/ Informatik
Tel.: (+0049375) 536 1518
Fax: (+0049375) 536 1503
Email: Peter.Jacobi@fh-zwickau.de

Kriseninterventionsteam Leipzig e.V.

Im Dezember 2000 gründete sich in Leipzig der Verein „Kriseninterventionsteam Leipzig e.V.“ (KIT). Am 1. Juni 2001 nahm das Team seinen Dienst auf.

In 24h-Bereitschaften versehen überwiegend Mitarbeiter des Rettungsdienstes der Stadt Leipzig (Rettungsassistenten, Rettungsassistenten, Notärzte) von Johanniter-Unfall-Hilfe, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Feuerwehr und privaten Rettungsdienstorganisationen ehrenamtlich den Dienst.

Die Aufgabe ist die Betreuung von Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen in psychisch traumatisierenden Notfallsituationen. Dafür wurden die KIT-Mitarbeiter in einer 36-stündigen Fortbildung in enger Kooperation mit dem KIT München fortgebildet.

Der Diensthabende wird von den Einsatzkräften vor Ort angefordert und ausschließlich über die Rettungsleitstelle alarmiert. Zahlreiche Einsätze im Juni demonstrieren die Akzeptanz des KIT im Rettungs-

dienst der Stadt Leipzig. So kam das KIT beispielsweise bei der Betreuung von Angehörigen nach erfolgloser Reanimation oder in Zusammenarbeit mit der Polizei beim Überbringen von Todesnachrichten zum Einsatz.

Kontaktperson:
Dr. med. Michael Burgkhardt
Telefon: (01 77) 8 61 68 68
E-Mail: DocBu@t-online.de
Dr. med. Gerhard Schlenk
(01 77) 5 24 50 30
ggschlenk@kit-leipzig.de

4. Crohn-Colitis-Tag

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.

Die Landesverbände Berlin/Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt veranstalten gemeinsam den 4. Crohn-Colitis-Tag

**am 29. September 2001,
10.00 bis 18.00 Uhr**

im Freizeitforum Berlin-Marzahn,
Marzahner Promenade 55, 12679 Berlin.
In diesem Jahr geht es ganz speziell um das Thema Chronisch-entzündliche Darm-erkrankungen bei Kindern und Jugend-

lichen. Eingeladen sind alle Betroffenen und insbesondere Ärzte, die in Gesprächsrunden Fragen der jungen und erwachsenen Patienten beantworten möchten. Nähere Informationen erhalten Sie beim LV Berlin/Brandenburg, Kerstin Gläser, Telefon: (030) 9 44 25 76.

Sexualität: Beziehung - Reproduktion - Lust

Dresden
24. bis 26. Mai 2001

Bericht über die 25. Fortbildungstage der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin, zugleich 8. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Niedergelassene Ärzte werden in hohem Maße, in letzter Zeit sicher zunehmend, von Patienten mit Sexualstörungen aufgesucht. Problematisch dabei ist, dass ein erhebliches Defizit an Beratungs- und Behandlungsangeboten auf diesem Gebiet besteht.

Um Ärzte verschiedener Fachrichtungen und approbierte Psychologen zu befähigen, diese Störungen individuell, zielgerichtet und angemessen behandeln zu können, führen die Gesellschaft und die Akademie für Sexualmedizin seit 25 Jahren Fortbildungstage durch. Nachdem diese 17 Jahre traditionell in Heidelberg stattfanden, wurden danach andere Tagungsorte ausgewählt.

Die Jubiläumsveranstaltung nach 25 Jahren fand unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Hermann-J. Vogt erstmals in einem der neuen Bundesländer statt. Es war für uns eine besondere Freude, dass dafür Dresden ausgewählt wurde. Dieser freudige Umstand wurde noch

einmal besonders durch die Grußworte des Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich, betont.

Die praktische Fortbildung erfolgte in neun Seminargruppen während der 3-tägigen Veranstaltung 2-mal täglich zwei Stunden zu den Themen:

Anamnese und Gesprächsführung, Grundlagen sexualmedizinischer Intervention, sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen, sexuelle Deviationen, Geschlechtsidentitätsstörungen, Themenzentrierte Selbsterfahrung und Fallsupervision.

Die Seminare wurden von den Gruppenleitern mit hohem Engagement durchgeführt und von den Teilnehmern ebenso aufgenommen.

Daneben fanden thematisch breit gefächert insgesamt zwölf Plenarvorträge statt, für die jeweils hochkompetente Referenten gewonnen werden konnten. Damit konnten die Teilnehmer qualitativ hochwertige Vorträge zu Themen wie Sozialkomponente im Sexualverhalten der Tiere (Wickler, Seewiesen), Soziale Komponente beim Menschen (Loewit, Innsbruck), Beziehungsgestaltung (Kaiser, Oldenburg),

Sexualstörungen bei Frauen (Heiser und Kloth, Hannover), Schwangerschaft und Lust (Rohde, Bonn), Hormone und Lust (Krüger, Essen), Erkrankungen und Lust (Beier, Berlin), Gegenwart und Zukunft der Lust (Hartmann, Hannover), Reproduktion und Sexualität (Rauchfuß und Schulz, Berlin), Kontrazeption und Partnerschaft (Hoffmann, Karlsruhe), Reproduktion und Hormone (Köhn, München) und Kinderwunsch bei Männern (Stöbel-Richter, Leipzig) hören.

Der Kongress fand an drei sonnigen Tagen bei brillanter Organisation und ebensolchen Bedingungen im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer mit dessen bewährtem Kongressteam unter Leitung von Frau Marx erfolgreich statt.

Damit konnte sicher ein weiterer Schritt zu dem Ziel hoher Qualifikation der Betreuer, zunehmender Vermeidung von Scharlatanerie und therapeutischem Wildwuchs sowie dem Erreichen der lange beantragten Einführung der Zusatzqualifikation „Sexualmedizin/Sexualtherapie“ getan werden.

Prof. Dr. med. Hermann-J. Vogt/München
Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Horn/Dresden

Gerhard H. Schlund, Bernd Ellermann

Arzt und Haftpflicht Was Sie tun müssen – wie Sie sich versichern

Reihe: Arzt und Wirtschaftsbibliothek
Ecomed-Verlag,
86899 Landsberg/Lech 1999,
133 Seiten, Format 12,5 x 18,5
Paperback, 42,00 DM
ISBN 3/609/51700/X

Im Kitteltaschenformat, schnell griffbereit, geben Schlund und Ellermann auf 133 Seiten locker aufgemacht Einblick

in Arztrecht und Haftpflicht. Schlund ist führender Jurist für Arztrecht und Ellermann Spezialist in versicherungsrechtlichen Fragen, insbesondere was den medizinischen Bereich betrifft. Der Leser kann sich über Aufklärungspflicht, Sonderregelung bei Krankenhausaufnahme, Behandlungsfehler und seine Folgen sowie über Beweislast im Arzthaftpflicht-Prozess informieren. Aber auch Krankenpflegepersonal und Haftung einerseits und Dokumentationsnotwendigkeit und Meldepflicht andererseits werden beleuchtet. Bei ständig anspruchsvoller werdenden Patienten hilft die Information bei der Frage, wie man sich richtig versichern soll. Die Anforderun-

gen an eine moderne Haftpflicht-Police werden dargestellt.

Der zivilrechtliche und der strafrechtliche Aspekt bei der ärztlichen Haftpflicht sind beleuchtet.

Das Büchlein, recht teuer im Preis, kann allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben; soll und will es sicher auch nicht.

Es lässt sich aber genau erkennen: wichtig ist vorbeugen und gut versichern. Somit bereichert dieses Büchlein die Bibliothek des Gutachters und Sachverständigen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Holger Richter

Die Operative Psychologie des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR

Mabuse-Verlag Frankfurt am Main 2001
ISBN: 3 – 933050 – 72 – 3

Der Autor berichtet in dieser lesenswerten Schrift über ein Kapitel der Arbeit der Stasi, welches besonders undurchsichtig war – es geht um die operative Psychologie, einem Kunstwort, das psychologische Methoden zum Nutzen geheimdienstlicher Tätigkeit umschreiben sollte. Er analysiert Dokumente der Stasi insbesondere der Juristischen Hochschule des Ministeriums für Staatssicherheit speziell des Fachgebiets operative Psychologie: Dissertationen, Schulungsmaterialien, Diplomarbeiten. Das Ministerium für Staatssicherheit hatte mit 91 000 hauptamtlichen Mitarbeitern und 173 000 IMs eine Fülle von Dokumenten produziert (der Autor geht von 177 km Akten aus), von denen er den gesamten Teilbereich einer subtilen Analyse unterzieht. In einem der einleitenden Kapitel befasst er sich mit Sprachanalysen, insbesondere der Sprachinstrumentalisierung, die ihn zu Parallelen zu den bekannten Analysen in LTI (Lingua tertii imperii) von Victor Klem-

perer führt. Wortschatzanalysen schließen sich in einem späteren Kapitel an. Wortneubildungen werden erläutert, wie zum Beispiel „politisch-operativ“ für geheimdienstlich, „kompetent“ für kompromittierendes Material, welches zur Werbung von IMs nutzbar gemacht werden konnte. Genauer werden die Zielstellungen der operativen Psychologie, die Biographien der Protagonisten der Lehre des Faches und die Studiengänge beschrieben. Die Abschlüsse als „Juristen“ oder „Psychologen“ haben die Berufsstände euphemistisch beschrieben, zumal die Lehrinhalte zu 75 % ideologischer Natur waren und dezidiert der geheimdienstlichen Praxis dienten.

Hauptbestandteil der Arbeit des Autors sind die Analysen der Diplomarbeiten des genannten Institutes, die in ihren Inhalten interessante Einblicke in die Denkweisen und Strategien der Stasi auf dem Felde der operativen Psychologie bieten.

Dem interessierten Leser muss empfohlen werden, Genaueres selbst zu studieren. Auf zwei Teilaspekte muss aber hingewiesen werden:

29,4 % der Arbeiten befassen sich mit der sogenannten Feindbearbeitung und hier insbesondere mit dem Phänomen der „Zersetzung“ und der Funktion der IM.

Zersetzungsmethoden dienten der „Zersplitterung“, der „Lähmung“, der „Desorganisation“ von Einzelpersonen oder Gruppen mit unterschiedlichen Methoden (Der Legendenbildung = Lüge, anonym Briefe oder Telefonate usw.).

Der Tätigkeit als IM waren viele Arbeiten gewidmet. Der IM galt als „Hauptwaffe des Ministeriums für Staatssicherheit gegen den Feind“. Strikte Regel war, dass niemand gegen seinen Willen eingestellt wurde, um die konspirative Sicherheit nicht zu gefährden. Die Motive zur Mitarbeit der IM waren Überzeugungen, materieller Vorteil, Reaktionen auf kompromittierendes Material.

Die Schrift von H. Richter ist eine eindrucksvolle, wissenschaftlich sorgfältig recherchierte Materialsammlung über ein Kapitel von Machtmissbrauch, die erneut beweist, dass bestimmte Facetten der DDR-Geschichte weiter aufgearbeitet werden müssen, zumal – wie jüngste Eröffnungen über Mitarbeiter öffentlich rechtlicher Fernsehanstalten zeigen – diese Vergangenheit auch 10 Jahre nach der Wende noch nicht abgeschlossen oder gar verarbeitet ist.

Prof. Dr. Otto Bach, Dresden

Roxin/Schroth,

Medizinstrafrecht im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht

herausgegeben von

Professor Dr. Dr. h. c. mult. Claus Roxin und Professor Dr. Ulrich Schroth, in Verbindung mit Wiss. Ass. Dr. Harald Niedermair, Ludwig-Maximilians-Universität München, und Dr. Christoph Knauer, mit Beiträgen von Johannes Brose, Claudia Fiala, Monika Gruber, Thomas Gutmann, Christoph Knauer, Peter König, Andreas Liegsalz, Reinhard Merkel, Frank Müller, Harald Niedermair, Fuat Oduncu, Claus Roxin, Verena Sabaß, Tobias Schmidt, Ulrich Schroth und Johannes Wasmuth
2001, 2., überarbeitete Auflage,

452 Seiten, DM 88,00,
ISBN 3-415-02791-0

Für alle Mediziner, Biogenetiker und Juristen aber auch für Kirchen, Verbände, Ethikkommissionen und für alle, die sich mit diesen medizinisch-ethischen Fragen befassen, ist dieses Werk hilfreich. Die ethisch-rechtlich und strafrechtlich bewegenden Themen im Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere im Bereich der künstlichen Fortpflanzung (Klonen eines Menschen, aktuelle Rechtslage beim Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaft einer Toten) sowie tägliche Fragen bei der Behandlung von Patienten, zum Beispiel Fragen der Zulässigkeit der Suchtmittelsubstitution, Entscheidungen des Arztes im Rah-

men von Operationserweiterungen, Aufklärungspflicht und Einwilligung, Schweigepflicht, Beschlagnahme von ärztlichen Unterlagen sowie die Fragen der Organspende und des Organhandels (zum Beispiel postmortale Organspende) als auch die Fragen der Sterbehilfe sowie die Todeskriterien von Praktikern und Vertretern der Wissenschaft werden beantwortet.

Indem die Autoren zu Anfang ihrer Darstellungen in das jeweilige Thema sowohl medizinisch als auch rechtlich grundlegend einführen, wird die Verständlichkeit und Nutzbarkeit für den täglichen Gebrauch erhöht.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin
der Sächsischen Landesärztekammer

Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

	60 Jahre				
01. 10.	Dr. med. Schmidt, Gunhild 01731 Kreischa	07. 10.	Dr. med. Strobel, Reiner 08237 Steinberg	15. 10.	Dr. med. Hütter, Eckehard 01309 Dresden
02. 10.	Dipl.-Med. Hänisch, Erdmute 02708 Kittlitz	07. 10.	Dipl.-Med. Waldinger, Peter 09350 Heinrichsorf	17. 10.	Dr. med. Kästner, Peter 01259 Dresden
02. 10.	Heise, Hella 08060 Zwickau	08. 10.	Dr. med. Hausmann, Hermann 02977 Hoyerswerda	17. 10.	Dr. med. Schönfelder, Gerlinde 04319 Leipzig
03. 10.	Dr. med. Fellmann, Gerlinde 04451 Althen	08. 10.	Losse, Inge 08056 Zwickau	18. 10.	Dr. med. Feist, Wolfgang 09419 Thum
03. 10.	Prof. Dr. med. habil. Häntzschel, Holm 04451 Panitzsch	08. 10.	Dr. med. Pökert, Brigitte 01587 Riesa	19. 10.	Dr. med. Knabe, Ulrich 08280 Aue
03. 10.	Dr. med. Metzger, Bernd 04159 Leipzig	09. 10.	Dr. med. Geipel, Gerd 08248 Klingenthal	20. 10.	Neubert, Brigitte 09127 Chemnitz
03. 10.	Teucher, Hans-Jürgen 08261 Schöneck	09. 10.	Dr. med. Paasch, Sylvia 01796 Pirna/Bonnewitz	21. 10.	Schaller, Edda 04668 Großbothen
04. 10.	Keilig, Volker 01468 Boxdorf	10. 10.	Hütter, Monika 08468 Unterheinsdorf	21. 10.	Zahn, Erika 09481 Elterlein
05. 10.	Dr. med. Driesnack, Ute 01936 Schwepnitz	10. 10.	Dr. med. Weiß, Eberhard 08280 Aue	22. 10.	Dr. med. Teich, Christiane 09306 Rochlitz
05. 10.	Dr. med. Hillischer, Dorothea 01259 Dresden	11. 10.	Dr. med. Baumgärtel, Bernd 01445 Radebeul	25. 10.	Dr. med. Duck, Hannelore 04827 Machern
05. 10.	Dr. med. Mehlhorn, Uta 09350 Lichtenstein	11. 10.	Dr. med. Busse, Ursula 04179 Leipzig	25. 10.	Dr. med. Hildesheim, Margot 02708 Löbau
05. 10.	Dr. med. Stumpf-Friedrich, Irene 04552 Borna	11. 10.	Hochmann, Gerlinde 01259 Dresden	25. 10.	Dr. med. von Kirchbach, Almut 08228 Rodewisch
06. 10.	Fröhlich, Waltraud 08393 Meerane	11. 10.	Dr. med. Münch, Elke 01737 Tharandt	25. 10.	Dr. med. Mayland, Jürgen 04159 Leipzig
		12. 10.	Dr. med. Menz, Heide-Maria 09661 Pappendorf/Striegistal	25. 10.	Dr. med. Schmerler, Roland 04535 Schkeuditz
		13. 10.	Dr. med. Eger, Jochen 01809 Meusegast	25. 10.	Wihnaleck, Ingrid 01796 Pirna

26. 10. Vörkel, Natalja
04277 Leipzig
26. 10. Dipl.-Med. Weinert, Bernd
04317 Leipzig
27. 10. Dr. med. Groß, Sonja
09429 Wolkenstein
27. 10. Dr. med. Müller, Anna
01587 Riesa
28. 10. Dr. med. Glasser, Uwe-Thorsten
01587 Riesa
29. 10. Dr. med. Beyer, Heidrun
04105 Leipzig
29. 10. Dr. med. Polster, Gisela
04654 Frohburg
29. 10. Dr. med. Schmidt, Annelie
01796 Pirna
29. 10. Stichel, Martin
02827 Görlitz
30. 10. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Renate
04299 Leipzig
30. 10. Dr. med. Weller, Karin
04299 Leipzig
31. 10. Dr. med. Schöne, Christl Barbara
01239 Dresden
- 65 Jahre**
01. 10. Dr. med. Kecke, Günther
08451 Crimmitschau
06. 10. Dr. med. Wolf, Peter
04552 Borna
07. 10. Dr. med. habil. Dr. rer. nat.
Gabler, Wolfgang
09117 Chemnitz
08. 10. Dr. med. Rautenbach, Evamaria
02826 Görlitz
10. 10. Dr. med. Hofmann, Volker
09123 Chemnitz
10. 10. Dr. med. Nitzsche, Ludwig
01445 Radebeul
13. 10. Dr. med. Stelzner, Arndt
01217 Dresden
17. 10. Misch, Brigitte
08233 Treuen
19. 10. Dr. med. Nitz, Peter
09111 Chemnitz
22. 10. PD Dr. med. habil.
Riedel, Ingeburg
09669 Frankenberg
27. 10. Dr. med. Firnhaber, Dina
04275 Leipzig
- 70 Jahre**
09. 10. Dr. med. Schöneich, Annemarie
01326 Dresden
11. 10. Dr. med. Neumeister, Manfred
02625 Bautzen
14. 10. Dr. med. Uhlmann, Christa
01309 Dresden
23. 10. Dr. med. Kirmse, Hans
08349 Erlabrunn
23. 10. Dr. med. Wendler, Gottfried
08485 Lengenfeld
31. 10. Dr. med. Hiltner, Regina
04416 Markkleeberg
- 75 Jahre**
04. 10. Dr. med. Winkler, Klaus
01809 Heidenau
08. 10. Dr. med. Walther, Gerhard
08228 Rodewisch
18. 10. Dr. med. Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
20. 10. Dr. med. Kleinpaul, Elfriede
01307 Dresden
21. 10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig
21. 10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig
22. 10. Dr. med. Schumann, Alexander
08396 Oberwiera
24. 10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04430 Böhlitz-Ehrenberg
25. 10. Dr. med. Knoblauch, Helmut
09326 Geringwalde
26. 10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf
26. 10. Dr. med. Lorenz, Erika
01827 Graupa
29. 10. Dr. med. Duldhardt, Werner
04317 Leipzig
29. 10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Rebsgrün
- 80 Jahre**
12. 10. Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Oelzschau
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch
- 81 Jahre**
05. 10. Dr. med. Keymer, Ingeborg
04205 Leipzig
07. 10. Dr. med. Schnabel, Helmut
01309 Dresden
09. 10. Dr. med. Berndt, Dietrich
09117 Chemnitz
19. 10. Dr. med. Bobach, Golda
01326 Dresden
23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach
31. 10. Prof. em. Dr. med. Meißner, Fritz
04317 Leipzig
- 82 Jahre**
21. 10. Dr. med. Majunke, Ladislaus
08396 Waldenburg
30. 10. Dr. med. Hofmann, Helmut
04289 Leipzig
- 83 Jahre**
12. 10. Dr. univ. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau
29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Dübren
29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen
- 84 Jahre**
01. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04445 Leipzig
03. 10. Dr. med. Winkler, Johannes
04651 Bad Lausick
05. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach
- 85 Jahre**
22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med.
Watzlawik, Heinz-Werner
01662 Meißen
- 86 Jahre**
17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig
- 89 Jahre**
08. 10. Lange, Elisabeth
04277 Leipzig
11. 10. Dr. med. Hartmann, Karl-Heinz
02625 Bautzen
23. 10. Haupt, Edith
01445 Radebeul
- 90 Jahre**
16. 10. Zittwitz, Ilse
01468 Luftkurort Friedewald
- 93 Jahre**
22. 10. Dr. med. Böttcher, Hans-Werner
08134 Wildenfels
- 96 Jahre**
17. 10. Dr. med. Langer, Leopold
04179 Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Peter Uibe

† 4. Juli 2001



Herr Prof. Dr. med. habil. Peter Uibe wurde am 20. Mai 1926 in Leipzig geboren. 1944 nach dem Besuch der Schiller-Oberschule nahm er das Medizinstudium in seiner Heimatstadt auf. 1950 legte er das Medizinische Staatsexamen ab und promovierte zum Doktor der Medizin. Nach Ableistung seiner Pflichtassistentenzeit an verschiedenen Leipziger Universitätskliniken arbeitete er zwei Jahre am Pathologischen Institut der Universität Leipzig. Danach begann er seine orthopädische Ausbildung unter den Professoren Friedrich Loeffler und Gerhard Kaiser an der Leipziger Orthopädischen Universitätsklinik.

Unter Prof. Peter Friedrich Matzen erhielt er 1956 seine Facharztanerkennung für Orthopädie. 1958 wurde er unter dem gleichen Direktorat Oberarzt und 1959 Leitender Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor.

Am 8. April 1963 erfolgte die Berufung als Ärztlicher Direktor an die Städtische Klinik für Orthopädie und Rehabilitation Leipzig. Im gleichen Jahr habilitierte er an der Universität Leipzig und wurde zum Ordentlichen Dozenten der Medizinischen Fakultät berufen. 1979 erfolgte die Berufung zum Dozenten für Orthopädie an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin. 1986, 23 Jahre nach seiner Habilitation, erhielt er die Berufung zum Professor für Orthopädie an der vorgenannten Einrichtung.

In Anerkennung seiner Leistung war er Vorsitzender der Gesellschaft für Rehabilitation, Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft für Orthopädie, Mitglied der zentralen Fachkommission für Orthopädie und Mitglied der Zentralen Facharztprüfungskommission für Orthopädie an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin.

Nationale und internationale Anerkennung erfuhr sein Schaffen durch Übertragung der Kongresse der Gesellschaft für Rehabilitation 1971, 1981 und 1984 und der Gemeinsamen Arbeitstagung der Gesellschaften für Orthopädie und Sportmedizin im Jahre 1972. 1974 berief ihn die Polnische Medizinische Gesellschaft zum Korrespondierenden Mitglied des Komitees für Spondylologie.

Sein umfangreiches Wissen und seine fachmedizinische Erfahrung vermittelte er in zahlreichen Büchern, Buchbeiträgen, Publikationen und wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Vorträgen. Der Aus-, Weiter und Fortbildung von Ärzten, Studenten und mittleren medizinischen Fachkräften galt immer sein Hauptaugenmerk. Viele Jahre hat er auch

berufspolitisch in der Sächsischen Landesärztekammer Dresden im Ausschuss „Ärztliche Ausbildung“ mitgearbeitet. Zahlreiche Fachärzte für Orthopädie sind von ihm aus- und fortgebildet worden und haben jetzt leitende Positionen inne. Aber auch viele Sportmediziner, Kinderärzte, Allgemeinmediziner und Fachärzte für Physiotherapie erhielten bei ihm ihr orthopädisches Rüstzeug. 25 Jahre führte er den Kurs für Orthopädie-Schuhtechnik für orthopädische Weiterbildungsassistenten durch. In der von ihm geleiteten Klinik war aber auch umfangreicher Platz für wissenschaftliche Betätigung.

Unter seinem Direktorat habilitierten extern zwei ärztliche Mitarbeiter an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin bzw. an der Universität Leipzig. Er und seine Mitarbeiter waren bei nationalen und internationalen Fachtagungen präsent. 15 Ärzte schlossen unter ihm als Doktor-Vater erfolgreich ihr Promotions- und 7 ihr Diplomverfahren ab.

1993 endete sein Direktorat wenige Tage vor seinem 30jährigen Dienstjubiläum in der inzwischen zu einer leistungsfähigen Klinik für Orthopädie und Rehabilitation gewordenen Einrichtung.

Herr Prof. Dr. med. habil. Peter Uibe verstarb am 4. Juli 2001. Er erfreute sich noch im Mai diesen Jahres an einem Orthopädischen Frühschoppen zu Ehren seines 75. Geburtstages, der in seiner ehemaligen Wirkungsstätte, der Städtischen Klinik für Orthopädie und Rehabilitation „Dr. Georg Sacke“, mit einem Programm auch von wissenschaftlichen Vorträgen stattfand.

Dr. med. Lutz Seydlitz, Leipzig

Zwischen zwei Welten

Schloss Weesenstein

Schon kurz nach Verlassen der viel befahrenen B 172 in Heidenau Richtung Süden wähnt man sich in einer anderen, geruhamen und romantischen Welt. Bei überwiegend Tempo 30 fährt der Museumsbesucher durch das idyllische Müglitztal.

Auch Schloss Weesenstein selbst, welches unvermittelt in imposanter Höhe auftaucht, birgt „Welten“ in sich. Das Schloss ist ein Kuriosum von außen und innen. Zirka 700 Jahre alt, wurde es wiederholt um- und ausgebaut und setzt sich aus Gebäudeteilen unterschiedlicher Epochen zusammen. Entstanden ist ein im 18. Jahr-

hundert durch illusionistische Malerei zusammengefasster imponierender Baukörper.

Im verwirrenden Inneren, immer treppauf und treppab, entstand eine auf den Kopf gestellte Architektur mit einem Pferdestall in der fünften Etage, dem Keller in der vierten Etage und den Wohnräumen darunter.

Von Mai bis Oktober diesen Jahres findet hier die Ausstellung „Zwischen zwei Welten“ zu Ehren des berühmtesten Bewohners von Schloss Weesenstein, Johann von Sachsen, statt.

Dieser Herrscher, geboren am 12. 12. 1801

und von 1854 bis zu seinem Tode am 29. 10. 1873 König von Sachsen, ist eine der faszinierenden Persönlichkeiten des Geschlechtes der Wettiner.

Die Ausstellung zeigt die unterschiedlichsten Facetten seines Lebens und wird ihrem Untertitel „zwischen Pflicht und Neigung“ voll gerecht.

Auch das „verrückte“ Schloss ist im Ausstellungsaufbau in zwei Welten gegliedert.

Nach einem symbolischen Einstieg mit Aufstieg aus dem klassizistischen Wintergarten gelangt der Besucher im Unterschloss in die König-Johann-Räume und



Friedrich Wilhelm Leuteritz
Schloss Weesenstein, Öl, Leinwand, 1876, Schlossmuseum Weesenstein



König Johann im Kreise seiner Familie, Fotografie, 1869

kleinere Repräsentationsräume. Viel ist hier von der eher bürgerlichen Wohnumgebung des Monarchen in seinem Lieblings Schloss zu spüren und zu erleben. Wohnungseinrichtungen und auch recht persönliche, mitunter intime Dinge des persönlichen Gebrauchs sind zu sehen. Andenken an Kindheit und Schulzeit, Aufzeichnungen und Briefe mit persönlichen Bekenntnissen zu Malerei, Musik, Theater.

Viele Ausstellungsstücke zeugen vom Freund und Familienvater Johann. Verheiratet in harmonischer Ehe mit Amalie Auguste aus dem Hause Wittelsbach, hatte Johann familiäre Bindungen zu mehreren Herrscherhäusern des damaligen Europa und pflegte freundschaftliche Kontakte zu Persönlichkeiten seiner Zeit, darunter auch zu solchen, denen ein eher gespaltenes Verhältnis zu Sachsen nachgesagt wird (Preußen). Familiäre Schicksalsschläge, von den neun Kin-

dern überlebten ihn nur drei, blieben ihm nicht erspart. Durch zwei seiner Söhne wurde Johann, eher unerwartet als dritter Sohn eines drittgeborenen Wettiners auf den Thron gekommen, zum Stammvater des Königshauses. Er war als Regent trotz vielfältiger schöngeistiger und philosophischer Neigungen der „großen“ Politik verpflichtet und nahm seine Aufgaben als König mit großer Besonnenheit, Vernunft und Pflichtbewußtsein wahr.

Wir lernen in der Ausstellung Johann als Bildungsreisenden, Kunstliebhaber, Sprachgelehrten (er beherrschte mehr als fünf Sprachen) und Geschichtsgelehrten kennen. Der studierte Jurist arbeitete als Mitglied, später als Vorsitzender im Geheimen Finanzkollegium, Beisitzer im Geheimen Rat und er war an der Ausarbeitung der sächsischen Verfassung 1830/31 stark beteiligt. Als Vorsitzender des neuen

Staatsrates und Mitglied der 1. Kammer des Landtages prägte er die Gesetzgebung in Sachsen.

Trotzdem das Militärische eine untergeordnete Rolle in seinem Leben spielte, zeigte er als Generalkommandeur der in der Revolution 1830/31 entstandenen bürgerlichen Kommunalgarden seine hohe Pflichtauffassung.

Eine architektonische Besonderheit bietet sich dem Besucher im letztem Abschnitt des ersten Ausstellungsteiles: In der Nähe seiner Privatgemächer ließ sich der sehr fromme Monarch eine (katholische) Privatkapelle einrichten, während die Schlosskirche den evangelischen Gläubigen zur Verfügung stand.

Die Kapelle wurde in den vergangenen Jahren nach Befunden und historischen Abbildungen restauriert und ist in der Ausstellung erstmals zugänglich.

Und wenn sich der Besucher nun mit dem umfangreichen Arbeitsgebiet des Königs, seinem Studium und den Übersetzungen von Dante Alighieris Schriften – am bekanntesten die Übersetzung der „Göttlichen Komödie“ unter dem Pseudonym Philalethes (Wahrheitsfreund) – befasst, merkt er, weshalb die Museumsleitung auch die Eintrittskarte für die Ausstellung zweigeteilt hat: Der zweite Ausstellungsteil bietet wiederum eine Fülle an Material über Leben und Wirken dieses Menschen und Königs und könnte zu einem zweiten Besuch auf Weesenstein einladen.

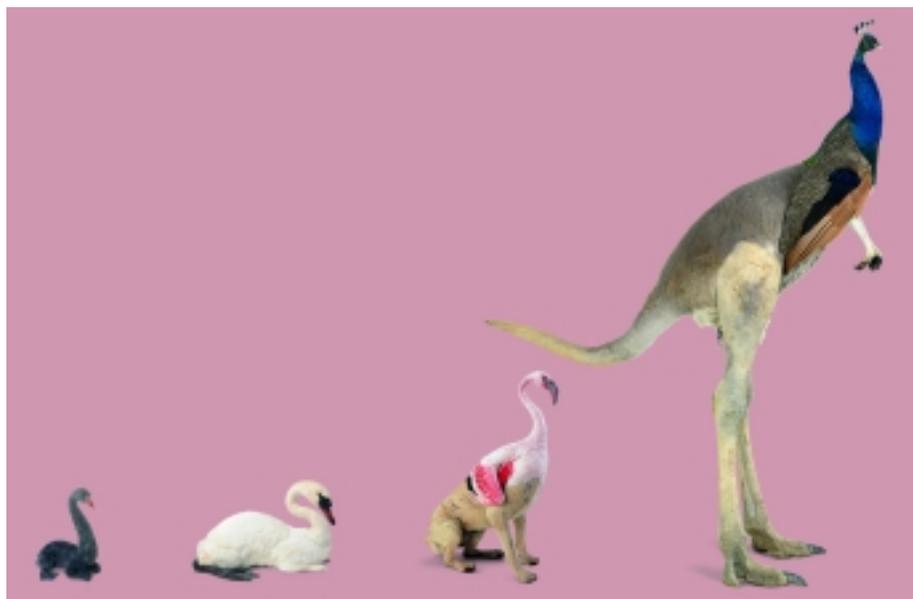
Dipl.-Med. Martina Schulz
Bad Schandau

Quellen:
Vernissage Nr. 4 /01
Die Zeitschrift zur Ausstellung
„König Johann von Sachsen
Zwischen zwei Welten“
Sächsische Heimatblätter 1/1992,
König Johann von Sachsen Leben – Werk – Zeit
Zwischen zwei Welten –
König Johann von Sachsen, ein Begleitheft für
große und kleine Leute

Kunst in der Heilkunst Die Netter Art Collection in der Sächsischen Landesärztekammer



20. 9. bis 12. 11. 2001



Der Künstler Thomas Grünfeld hat für die Netter Art Collection den Band VIII Bewegungsapparat II interpretiert

Fast jeder Mediziner kennt den amerikanischen Medizinillustrator Frank H. Netter und seinen Blick auf Körper und Krankheit des Menschen. Neun der von Netter illustrierten „Farbatlanten der Medizin“ erscheinen seit über 25 Jahren im Stuttgarter Georg Thieme Verlag. Jetzt erlebt Netters Lebenswerk mit einer Kunst-Edition eine besondere Würdigung: Zehn

der bedeutendsten Gegenwartskünstler haben die Einbände der Farbatlantenreihe neu gestaltet. Ein Querschnitt der von Rosemarie Trockel, Lawrence Weiner, Peter Halley, Matt Mullican, Thomas Locher, Mark Dion, Mark Francis, Stephen Willats, Thomas Grünfeld und Andres Serrano entstandenen Arbeiten ist vom 20. September bis 12. November

2001 in der Sächsischen Landesärztekammer zu sehen.

„Ich habe immer versucht, die Personen in meinen Bildern wie lebendige Patienten aussehender zu lassen, mit dem richtigen Gesichtsausdruck und der entsprechenden Körpersprache. Ich wollte zeigen, dass es sich nicht um Maschinen handelt, mit denen wir Ärzte uns auseinandersetzen“, begründete Netter selbst den Erfolg seiner Darstellungen. „Netters Abbildungen haben nicht nur Realitätswert, sondern intensivieren ein Krankheitsbild dadurch, dass sie ein emotionales Korrelat eines Leidens, eine Betroffenheit mit darstellen“, urteilt der Neurologe Marco Mumenthaler und der Orthopäde Horst Cotta schätzt, dass es Netter als Arzt und Illustrator in einmaliger Weise gelungen sei, Anatomie, Topographie und Morphologie des menschlichen Körpers in so faszinierender Form darzustellen und auch zu vermenschlichen. „Damit zeigt sich in jeder Netter-Zeichnung nicht nur ein Einzelschicksal, sondern die Erfahrungen vieler Schicksale“, meint er.

Neun der insgesamt 13 Netter-Bände hat der Georg Thieme Verlag übersetzt und seitdem in mehrfachen Auflagen herausgebracht. Die Idee zur Netter Art Collection entstand als man überlegte, wie man dem jahrzehntelangen Erfolgswerk und damit seinem Illustrator Netter ein Denkmal setzen könnte. Daraus eine Kunst-edition zu entwickeln, lag nicht fern. Schließlich ist der Verlag und die Verlegerfamilie seit den Anfängen mit Kunst verbunden. Reinhard Hauff, Bruder des Verlegers und Galerist in Stuttgart, übernahm dann auch für die Netter Art Collection die künstlerische Betreuung. Er traf die Auswahl der Künstler und koordinierte die Zusammenarbeit mit ihnen. Dabei sprach er in erster Linie Künstler an, die sich in ihrem Werk mit Themen der Medizin und Naturwissenschaften auseinandersetzen. Ihm war es wichtig, dass deren grundsätzliche Arbeitsweise mit dem Projekt „Netter Art Collection“ in Verbindung gebracht werden kann: Ein Künstler wie Peter Halley, in dessen



Marc Dion gestaltete die Entwürfe für Band IX Bewegungsapparat III

Werk sich sehr viel um Kreislaufsysteme dreht, übernahm beispielsweise den Herz-Band; eine Künstlerin wie Rosemarie Trockel, die sich mit dem Rollenverhältnis der Geschlechter auseinandersetzt, gestaltete den Netter-Band Geschlechtsorgane.

Alle beteiligten Künstler setzten sich mit dem Thema „ihres“ Netter-Bandes in jeweils acht Arbeiten auseinander. Ihren Ideen und Assoziationen waren dabei keinerlei Grenzen gesetzt. Die einen entwickelten eine Entwurfsidee und variierten sie acht Mal; die anderen entwarfen acht völlig unterschiedliche Arbeiten. Entstanden sind so über 80 Kunstwerke, die erstaunliche und ungewöhnliche Auffassungen über den menschlichen Organismus offenbaren.

Jeder der Künstler vertritt eine eigene Kunstrichtung, hat seine individuelle Biografie und Entwicklung hinter sich. Genauso vielfältig sind auch die künstle-

rischen Antworten, die sie mit der Netter Art Collection zu den dort behandelten medizinischen Themen geben. Die Künstler besuchten dafür Kliniken, Kranken- oder Leichenhäuser, arbeiteten mit Modellen, Mustern oder Rastern.

Was den Verlag besonders freute: Jeder der angesprochenen Künstler sagte sofort zu. Den meisten war der Medizinillustrator vor der Arbeit an der Netter Art Collection bereits ein Begriff. Mark Francis beispielsweise hatte ein Netter-Bild in einem von Netters Farbatlanten auf dem Flohmarkt entdeckt und samt Buch rahmen lassen. Für die Netter Art Collection gestaltete der Londoner Künstler Francis den Band „Nieren und Harnwege“. Hierfür empfand er mikroskopisch vergrößert Pilz- und Bakterienstrukturen nach, die bei Infektionen des Urogenitaltraktes häufig eine Rolle spielen. An Netter schätzt er die Einfachheit

seiner Bilder, die dennoch alles an Information vermitteln, was man braucht. „Er geht sparsam mit seinem Vokabular um“, erklärt er. „Und das ist wirklich eine recht schwierige Sache. Eine echte Begabung. Seine Werke sind vollkommen und trotzdem erfrischend unfertig.“

Eröffnung der Ausstellung mit einer Vernissage am

20. September 2001, 19.30 Uhr
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Wir laden Sie, Ihre Angehörigen und Freunde herzlich ein!

Anmeldungen unter
Telefon: 0711 8931 293,
Fax: 0711 8931 566
E-Mail: sandra.gogel@thieme.de,
Internet:
www.thieme.de/netter-art-collection