

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 4/2002

Unser Standpunkt	»Ärzteskandal«	136
Berufspolitik	Die CDU im Kreuzverhör	136
	18. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	137
	Hygiene und Umweltmedizin – vom Aussterben bedroht?	139
	Prävention des plötzlichen Säuglingstodes	140
	Offener Brief	149
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Kammerbeitrag 2002	142
	Betriebliche Altersvorsorge für Praxispersonal	142
Sächsische Ärzteversorgung	10 Jahre Sächsische Ärzteversorgung	144
Amtliche Bekanntmachungen	Eurobedingte Änderungen des Sächsischen Heilberufkammergesetzes	150
	Medizinprodukte-Betreiberverordnung	150
	Anfragen bei Vergiftungsfällen	151
	Arzt als Homepage-Betreiber	151
	Krankenhausplan des Freistaates Sachsen	151
	Impressum	151
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	152
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Internetecke	153
	Konzerte und Ausstellungen	153
	9. Dresdner Ärzteball	153
Originalien	K. Kast, S. Müller, W. Distler	
	Tumorrisikosprechstunde für hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom	154
	O. Sorge und L. Günther	
	Aktuelle Behandlungsprinzipien des Hydrozephalus	160
Buchbesprechung	Ärzte-Lexikon	159
Leserbriefe	Dr. med. Jürgen Fege	165
	Dr. med. Roland Schwandt	165
	Dr. med. Josef Böhm	166
Verschiedenes	50. Interdisziplinärer Seminar- und Praktikum-Kongress in Meran	166
	5. Deutsche Nikotinkonferenz	166
	Einladung Hartmannbund Landesverband Sachsen	166
Personalien	Unsere Jubilare im Mai	167
	Prof. Dr. med. habil. Joachim Bennek	
	zum 65. Geburtstag	169
Reisebericht	Hilfstransport in die Ukraine	169
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Juni 2002	

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

»Ärzteskandal«

Die Bestechungsvorwürfe gegen Klinikärzte in Deutschland müssen so schnell wie möglich aufgeklärt werden, um eine weitere Kriminalisierung des ärztlichen Berufsstandes zu verhindern. Der sogenannte „Ärzteskandal“ mit 40 Verdachtsfällen in Sachsen zieht seine Kreise durch die Medienlandschaft und führt zu Vorverurteilungen aller Klinikärzte. Die Sächsische Landesärztekammer als Standesvertretung der sächsischen Ärzte hat selbst ein großes Interesse an der Aufklärung aller Verdachtsmomente. Der Ärztekammer sind aber bisher keine Informationen im Zusammenhang mit den Vorwürfen der Bestechung von Klinikärzten durch das Unternehmen SmithKline Beecham Pharma GmbH durch die Staatsanwaltschaften bekannt gemacht worden. Und so lange es sich um Verdachtsmomente handelt, dürfen diese nicht mit Gerichtsverfahren gleichgesetzt werden und Ärzte nicht von vornherein als bestechlich

gelten. Gerade in der aktuellen schwierigen Situation des deutschen Gesundheitswesens dürfen wir es nicht zulassen, dass der Arzt weiter in Verruf gebracht und das Vertrauensverhältnis zu den Patienten nachhaltig beschädigt wird.

In Sachsen gibt es über 13.800 berufstätige Ärzte, die ihren ethischen und berufsrechtlichen Verpflichtungen nachkommen. Und der Sächsischen Landesärztekammer ist nicht bekannt, dass es in den vergangenen zehn Jahren zu einer Verurteilung eines Arztes wegen Bestechung gekommen ist. Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen sind durchaus geeignet Korruption im Gesundheitswesen zu unterbinden. Aber schwarze Schafe wird es immer geben. So lange die wissenschaftliche Tätigkeit im Mittelpunkt steht, Honorarzahungen und Zusatzangebote im Rahmen einer Zusammenarbeit mit der Industrie angemessen sind, solange werden Bestechungs-

vorwürfe mit Sicherheit im Sande verlaufen.

Es ist sicher auch kein Zufall, dass diese Vorwürfe gerade jetzt, nach der Einführung von Aut-idem und der angespannten Lage im Gesundheitssystem, an die Öffentlichkeit gelangen. Einige wollen damit so kurz vor der Bundestagswahl anscheinend von sich ablenken und den Schwarzen Peter für die Kostenmisere im Gesundheitssystem den Ärzten zuschieben. Und so manche Krankenkasse nutzt die Gelegenheit, um als Hüter der Ordnung aufzutreten. Dabei laufen die Ermittlungen schon seit 1999 und nicht erst seit heute. Der Arzt und Jurist, Dr. Dr. Alexander Ehlers, hat es kürzlich in einem Interview sehr treffend formuliert: „Wir erleben derzeit eine Hetzjagd auf Ärzte“. Die Frage ist nur: Warum?

Der Vorstand
Sächsische Landesärztekammer

Die CDU im Kreuzverhör

„Nach dieser Vorstellung hat die sächsische CDU wieder ein paar Wählerstimmen weniger“, so ein Mitglied des Sächsischen Bündnisses für Gesundheit 2000 nach dem Gespräch mit der CDU Landtagsabgeordneten, Frau Kerstin Nicolaus, am 27. Februar 2002 in der Sächsischen Landesärztekammer. Und das mit Recht, wenn man sich die konkreten Ergebnisse der Diskussion ansieht: Sie tendieren gegen Null. Hinzu kam die kurzfristige Absage der CDU Bundestagsabgeordneten, Frau Christa Reichard. Aber der Reihe nach.

Statement

Frau Nicolaus griff in ihrem Statement einige Knackpunkte des Systems auf:

- Arbeitslosenzahlen
- Kostenverteilung
- Vernetzung von stationären und ambulanten Bereichen
- Fehlende Privatpatienten
- Größere Patientenverantwortung

Die Lösung der anstehenden Probleme sieht sie in der Trennung von Grund- und Wahlleistungen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung, der stärkeren Verbindung von ambulanten und stationären Bereichen (Querverweis Poliklinik) und dem Erheben eines „Eintrittsgeldes“ in

Arztpraxen sowie die Erhöhung der Zuzahlung auf Medikamente für Patienten. Mit all diesen Punkten hatte sie schon genügend Zündstoff für eine kontroverse Diskussion geliefert. Die Anwesenden nutzen die Chance, um auf konkrete Fragen auch konkrete Antworten aus berufenem Mund zu erhalten. Doch die Landtagsabgeordnete blieb sehr unkonkret. Zum einen verwies sie darauf, dass sie als Landespolitikerin wenig Einfluss auf die Bundesebene hat und zum anderen ist ihr das gesundheitspolitische Programm der CDU auf Bundesebene nicht bekannt. Damit grub sie den meisten Fragen den Boden ab. Gut, oder nicht gut. Nach eini-





Von links: MdL Kerstin Nicolaus (CDU), Dr. Joachim Lüddecke, (Präsident Zahnärztekammer), Dr. Gisela Trübsbach (Bündnis 2000, Vorstand SLÄK)

gen lautstarken Unmutsäußerungen gingen die Bündnispartner stärker auf die landespolitische Ebene ein. Die Erhöhung der Honorare für niedergelassene Ärzte ist für Frau Nicolaus ein wichtiges Problem, dessen Lösung sie in der Benachteiligung der angestellten Ärzte sieht, denn eine Angleichung an das Westniveau ist anders nicht zu erreichen. Die Fragen nach einer Einschränkung der Kontrollmacht der Krankenkassen und eine größere Unhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ließ sie unbeantwortet. Dagegen will sie mehr Wettbewerb zwischen den

Leistungserbringern im privat-öffentlichen Gesundheitssystem bei bestmöglicher Versorgung der Patienten, um Kosten zu senken und Abläufe zu optimieren. Wie genau das Aussehen soll blieb offen. Befragt nach den Unterschieden zur SPD sagte die Abgeordnete „Die integrierte Versorgung im Gesetz beruht auf einem falschen Ansatz, auch die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht das Ziel der CDU“. Und „Ambulanzen sollten als selbstständige Rechts-einheiten an Krankenhäuser angegliedert werden“.

Aut-idem, Ärztemangel, GKV

Wie hält es die CDU mit der Einführung von Aut-idem? Ist das für sie ein taugliches Mittel um die Kosten im Gesundheitssystem zu senken? Wie will die CDU dem bevorstehenden Ärztemangel begegnen und wie soll es in der gesetzlichen Krankenversicherung weitergehen? Mit vielen Beispielen unterlegten die Bündnispartner die eklatanten Fehlsteuerungen durch die aktuelle Politik. Doch die CDU Abgeordnete ging dazu über, selbst Fragen zu stellen, weil sie keine Antworten geben wollte (oder konnte).

Fazit

„Wir zäumen das Pferd von hinten auf, die Diagnose ist doch klar: Das Gesund-

heitssystem ist am Ende. Doch die Therapie von Seiten der Politik fehlt“, so Frau Dr. Gisela Trübsbach zum Schluss der Diskussion. Das schreckliche Flickwerk bei allen Parteien hilft nicht weiter. Schade ist, dass ein Positionspapier des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 in der politischen Arbeit der Parteien nicht beachtet wird, obwohl darin viele Lösungsvorschläge enthalten sind. Auch ein Fragenkatalog des Bündnisses blieb in dieser Sitzung unbeantwortet. Aber vielleicht geht die CDU dazu über, Ärzte als Fachleute stärker in die Ausarbeitung von gesundheitspolitischen Programmen mit einzubeziehen, damit sie in Zukunft mehr Fragen beantworten als stellen kann.

Nächste Veranstaltung am 26. April 2002 um 18.30 Uhr mit Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (Präsident der Sächsischen Landesärztekammer), Jürgen W. Mölle-mann (Stellvertretender Bundesvorsitzender der FDP), Rolf Steinbronn (Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen), Dr. Kristian Reinhold (Oberarzt Klinikum Görlitz) und Sabine Hartmann (Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse).

kö

18. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

16. März 2002

Der Einladung zur Teilnahme an der 18. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen waren 24 der 29 gewählten Vorsitzenden, der Vorstand und die Geschäftsleitung der Sächsischen Landesärztekammer gefolgt. Wegen Erkrankung des Präsidenten, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, leitete der Vizepräsidenten, Herr Dr. Bartsch, die Tagung.

Schwerpunktthemen seines Berichtes und der strukturierten Diskussion über

die „**Aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage**“ waren:

1. Die Bestechungsvorwürfe gegen Klinikärzte und niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit dem Unternehmen SmithKline Beecham Pharma GmbH/ mit angeblich 40 Verdachtsfällen in Sachsen. Der Standpunkt der Sächsischen Landesärztekammer lautet: unbedingte Aufklärung, aber keine pauschale Vorverurteilung der Ärzteschaft.

Bitte lesen Sie „Unser Standpunkt“ des Vorstandes der Sächsischen Landesärz-

tekammer „Ärzteskandal“ auf Seite 136 dieses Heftes.

2. Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen: Bis 2010 gehen in fast allen Facharztbereichen die Anzahl der Ärzte stark zurück. Die prognostizierte Entwicklung der sächsischen Arztzahlen durch Ruhestand sagt aus, dass im Jahr 2010 48 Prozent weniger Fachärzte für Nervenheilkunde, 37 Prozent weniger Fachärzte für Allgemeinmedizin und 32 Prozent weniger Fachärzte für Kinderheilkunde in Sachsen tätig sein werden.

Dem bevorstehenden Ärztemangel kann nur dadurch begegnet werden, dass die Arbeitsbedingungen für Ärzte in den Kliniken und in den Arztpraxen, die studentische Ausbildung an den Medizinischen Fakultäten, die Honorierung der ärztlichen Leistung wesentlich verbessert werden und die Novellierung der Approbationsordnung schnellstens erfolgt.

Eine aktuelle statistische Erhebung sagt aus, dass 61 Prozent der sächsischen Studentenanfänger der Humanmedizin nicht in Sachsen im Arztberuf ankommen. Die Nachwuchsgewinnung für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen ist die zentrale Aufgabe der kommenden Jahre. Vorschläge der Ärzte auf der 18. Tagung dazu waren:

- Praxisnahe studentische Ausbildung, auch im ambulanten Bereich (Modell bereits an dem Universitätsklinikum Dresden),
- Abschaffung des Status „Arzt im Praktikum“ und sofortige angemessene Vergütung (Privatkliniken in Sachsen bezahlen dem AiP bereits höhere Vergütungen),
- Änderung des Prüfungsverfahrens (Multiple Choice führt nicht zu Fachkenntnissen),
- Einhaltung der Arbeitszeit an Kliniken und in der Niederlassung (80 Stunden Woche ist auch heute keine Seltenheit),
- Jungen Ärzten mit längerfristigen Arbeitsverträgen Perspektiven bieten,
- Ausnutzen von Ermessensspielräumen in der Therapie um Freiheit des Arztberufes wieder zu fördern,
- Angleichung der Honorare an westdeutsches Niveau, um Abwanderung nicht nur der jungen Ärztinnen und Ärzte zu stoppen.

3. Aut-idem-Regelung: Das Anfang Februar vom Bundesrat beschlossene Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz trat am 23. Februar 2002 in Kraft. Damit gilt ab sofort die neue Aut-idem-Regelung. Auf den ärztlichen Verordnungsformularen gilt im Regelfall „aut idem“. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer befürwortet die Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Therapieverantwortung des Arztes

ist unteilbar. Will der Arzt die Auswahl unter wirkstoffgleichen Arzneimitteln selber treffen, muss er das Aut-idem-Feld auf den bisherigen Rezeptformularen durchstreichen.

4. Disease Management Programme: Patienten mit einer chronischen Erkrankung sind in besonderem Maße auf eine hohe Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung angewiesen. Strukturierte Behandlungsprogramme – DMPs –, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, sind grundsätzlich geeignet, die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg zu verbessern und zu sichern. Die Therapiehoheit des Arztes muss weiterhin bestehen bleiben. Kein Arzt kann etwas gegen Disease Management Programme einwenden, die medizinisch fundiert sind und die die Versorgung der Patienten nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten vernünftig regeln. Ohne ärztlichen Sachverstand besteht die Gefahr, dass diese durchaus sinnvollen Behandlungskonzepte zu einem Vehikel degradiert werden, mit dem die Krankenkassen mit einem möglichst geringem Aufwand viel Geld aus dem Risikostrukturausgleich erlangen wollen.

Herr Professor Dr. Dieter Reinhold, Vorsitzender des Ausschusses Prävention und Rehabilitation, berichtete über die Vorbereitung der **Ärztlichen Präventionstage 2002**, die bundesweit unter dem Thema „Prävention im mittleren Erwachsenenalter“ stehen. Das Beratungsziel ist dabei das Erreichen und der Erhalt einer guten Lebensqualität im Alter. Bei der Altersgruppe der 30 bis 60-Jährigen besteht eine gute Einflussnahme durch ärztliche Beratung. Im Mittelpunkt steht das Arzt-Patienten-Gespräch, um bestehende Risikofaktoren und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen rechtzeitig zu erkennen und diesen aktiv vorzubeugen. Es sollen Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu Fragen der gesunden Ernährung, Bewegungsförderung, Entspannung und gesunde Lebensführung in den Wartezim-

mern ausgelegt werden. Von Herrn Professor Dr. Reinhold wurde konkret ange-regt, die regionalen Veranstaltungen der Kreisärztekammern und Stammtischtreffs in Sachsen zu nutzen, um Ärzte auf das gemeinsame Präventionsziel anzusprechen.

Herr Professor Dr. Wolfgang Sauer-mann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen, stellte die **Vorschläge der Bundesärztekammer zur Novellierung der (Muster-) Berufsordnung** dar, die detailliert auf dem 105. Deutschen Ärz-tetag im Mai 2002 in Rostock beraten werden. Zur Diskussion stehen unter anderem:

- berufliches Verhalten im Spiegel der Gesellschaft,
- berufliches Verhalten im Spiegel ver-fassungsrechtlicher Bewertung,
- Regeln der beruflichen Kommunikation, der Paragraph 17 (Praxisschild), Paragraph 27 (Info-Werbung).

Frau Assessorin Iris Glowik, Juristische Geschäftsführerin der Sächsischen Lan-desärztekammer, referierte zum Thema **„Fünf Jahre Durchführung berufs-rechtlicher Verfahren“**. Sehr übersicht-lich berichtete Frau Glowik über die Bearbeitung von Beschwerden, den Ab-lauf des berufsrechtlichen Verfahrens, die Ermittlung des Sachverhaltes durch den Ausschuss Berufsrecht, den Ablauf des Rügeverfahrens, den Ablauf des berufsgerichtlichen Verfahrens und über die Konsequenz des Verstoßes gegen eine Berufspflicht. Dieser interessante Vor-tag wird als Artikel im Heft 5/2002 in unserem Ärzteblatt abgedruckt. klug

Ergänzung

Der vollständige Titel des Artikels von Klaus Lorenzen und Friedemann Reber, Ausschuss „Junge Ärzte“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2002, Seite 103 lautet:

Sie müssen Überstunden machen? – dann sind sie schlecht organisiert.

Die Redaktion

Hygiene und Umweltmedizin – vom Aussterben bedroht?

Forschungs- und Ausbildungskapazitäten für Hygiene und Umweltmedizin gehen in Deutschland zurück

Das Umweltbundesamt (UBA) betrachtet mit Sorge, dass die Forschungs- und Ausbildungskapazitäten für Hygiene und Umweltmedizin an den deutschen Universitäten stetig zurückgehen. Von den 20 Instituten, in denen bis vor zehn Jahren hauptamtlich Fragen der Hygiene und Umweltmedizin erforscht und Fachleute ausgebildet wurden, sind heute noch 12 übrig geblieben. An so traditionsreichen Universitäten wie Tübingen, Frankfurt, Jena und Kiel ist der Erhalt der Institute für Hygiene, Umweltmedizin und Öffentliche Gesundheit nicht mehr gesichert. In Bayern, Sachsen und im Saarland gibt es mittlerweile keine eigenständigen Institute mehr für diese Themenbereiche.

Universitäten unterstützen das UBA bei seiner Arbeit in vielerlei Weise. Viele der am UBA angesiedelten Beratungs- und Entscheidungsgremien sind auf die oft ehrenamtliche Mitarbeit von Fachleuten aus den Universitäten angewiesen, auch wenn es darum geht, deutsche Positionen auf internationaler Ebene zu vertreten. Das UBA kann den Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Umweltmedizin nur zu einem geringen Teil selbst decken. Es investiert daher in die Forschung: Im Umweltforschungsplan werden jährlich Forschungsprojekte in Millionenhöhe an externe Einrichtungen, besonders an Universitäten, vergeben. Durch einen weiteren Abbau der vorhandenen Einrichtungen wird nicht nur die Arbeit des UBA behindert, sondern auch der Stellenwert des deutschen Beitrags in der Umwelt- und Gesundheitsforschung international in Frage gestellt. Arbeits- und Ausbildungsplätze im Bereich der Umwelthygiene gehen nicht etwa zurück, weil es kaum noch Probleme gibt. Im Gegenteil, im Vollzug, in der Lehre und in der Forschung gibt es sogar zahlreiche neue Herausforderungen: Lärm, elektromagnetische Strahlung und neue Chemikalien. Wir haben es mit einer erneuten Ausbreitung von Krankheitserre-

gern im Rahmen der Globalisierung und veränderter Umweltbedingungen zu tun. Es ist außerdem unbedingt erforderlich, die Umwelt- und Gesundheitsschutz-Regelungen infolge der europäischen Einigung anzugleichen. Wer soll die Zusammenhänge zwischen Erregerausbreitung und Umweltbedingungen aufklären, wer den Widerstand der veränderten und neu auftretenden Krankheitserreger gegen Desinfektionsverfahren erforschen? Wer die Gesundheitsgefahren, die von Wasser-, Boden- und Luftverschmutzung ausgehen, rechtzeitig erkennen und beseitigen helfen? Noch wichtiger: Wo sollen die Fachleute ausgebildet werden, die sich morgen in den Gremien der EU und in den öffentlichen Diensten von Bund, Ländern und Gemeinden für gesunde Umweltbe-

dingungen einsetzen? Ende des neunzehnten Jahrhunderts haben unter anderem Max von Pettenkofer und Robert Koch in Deutschland die Grundlagen für die Hygiene als Wissenschaft gelegt. Viele Menschen verdanken Gesundheit und Leben ihrem Wirken und dem ihrer Nachfolger. Hohe Hygienestandards sind aber nicht selbstverständlich, sondern bedürfen einer ständigen Anstrengung in der Forschung und in der Praxis des öffentlichen Dienstes. Nur mit einer ausreichenden Anzahl von gut ausgestatteten Forschungs- und Ausbildungsstätten wird dies auch in Zukunft möglich bleiben.

Umweltbundesamt
Karsten Klenner (V.i.S.d.P.)
Leiter Präsidialbereich
Postfach 33 00 22, 14191 Berlin

Prävention des plötzlichen Säuglingstodes

Aufruf an alle Ärztinnen und Ärzte, Schwestern, Pfleger und Hebammen in Sachsen

E.Paditz¹⁾, B.Lange²⁾, S.Scharfe³⁾, S.Keymer⁴⁾

¹⁾ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus TU Dresden

²⁾ Kinderklinik Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt

³⁾ Kinderarzt-Praxis in Dresden

⁴⁾ Klinikum Görlitz, Kinderklinik

Der plötzliche Säuglingstod (SIDS, sudden infant death syndrome) stellt jenseits der Neonatalperiode innerhalb des ersten Lebensjahres weiterhin die häufigste Todesursache dar. Deutschland belegt im internationalen Vergleich einen der letzten Plätze mit einer SIDS-Häufigkeit von 0,78 Fällen pro 1000 Lebengeburt [1]. Spitzenreiter sind die Niederlande dank umfangreicher Präventionsmaßnahmen mit nur 0,14 Fällen pro 1000 Lebengeburt. Der traditionelle Häufigkeitsunterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern Deutschlands besteht weiterhin. In Deutschland versterben jährlich etwa 600 bis 800 Kinder am plötzlichen Säuglingstod, in Sachsen betraf dies in den letzten 10 Jahren 14,7 Fälle pro Jahr.

Obwohl die Ursache des SIDS weiterhin nicht geklärt werden konnte, gibt es klare epidemiologische Belege, dass etwa 90% der SIDS-Fälle vermeidbar sind. In England (Wales) konnte gezeigt werden, dass breit angelegte Informationskampagnen innerhalb weniger Monate zu einer Zunahme des Wissens über die Vorteile der Rückenlage als günstigste Schlafposition für Säuglinge führen. In den Niederlanden wurden medizinische Fachkräfte in diese Informationsübermittlung einbezogen und trugen zu den bereits erwähnten Erfolgen bei. Die Propagierung der Rückenlage und die Favorisierung von Schlafsäcken sind ganz wesentlich für die niedrigen SIDS-Ziffern in den Niederlanden verantwortlich zu machen. Die Bauchlage und auch die Seitenlage erhöhen das Risiko, am SIDS zu versterben, um das 9,0-fache bzw. um das 3,5-fache [1]. Schlafsäcke verhindern, dass die Kinder unter der Bettdecke oder unter dem Kopfkissen ersticken.

Von diesem Kenntnisstand ausgehend [1], wird in Sachsen im Frühjahr 2002 eine Kampagne zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes gestartet. Folgende Informationen sollen über ein Falblatt und durch die direkte Ansprache bei der Übergabe des Falblattes in drei Wellen

(während der Schwangerenberatung, in der Entbindungsklinik und durch den niedergelassenen Kinderarzt) an möglichst alle Schwangeren und an die Eltern junger Säuglinge in Sachsen herangebracht werden.

Diese Informationen wurden zu der „3-R-Regel“ für den gesunden Babyschlaf zusammengefasst:

„Rückenlage, Richtiges Babybett, Rauchfrei“.

Die Kompetenz und die Motivation der beteiligten Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern, Frauenärzte und Kinderärzte als wesentliche medizinische Verstärker wird durch Fortbildungen zum Thema, durch Briefe, durch ein persönliches Anschreiben des Ministers sowie durch eine Fachbroschüre erhöht [1].

Die Fachbroschüre „Gesunder Babyschlaf – Prävention des Plötzlichen Kindstodes“ und das Falblatt können kostenlos angefordert werden.

Die Übermittlung positiver Botschaften im Sinne von „Was meinem Baby gut tut“ bzw. „Wie mein Baby gut und sicher schläft“ steht dabei im Vordergrund, um die Chance zu erhöhen, dass diese Informationen aufgenommen und in Verhaltensänderungen umgesetzt werden. Es wird aber auch klar angesprochen, dass es um die Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes geht. Bzgl. der Einführung der Rückenlage ist gut belegt worden, dass die Informationsübermittlung über die Medien zu Verhaltensänderungen führen kann. Die alleinige Information über die Schädlichkeit des Rauchens bringt allerdings keine Veränderung der Rauchgewohnheiten hervor. Obwohl bekannt ist, dass die Schwangerschaft eine ganz besondere Chance darstellt, mit dem Rauchen aufzuhören, sind bisher keine wirksamen Hilfsangebote zur Raucherentwöhnung bei Schwangeren und bei den Müttern von Säuglingen etabliert worden. Deshalb ist in Sachsen für diese Zielgruppe die Einrichtung eines Rau-

Babys schlafen in Rückenlage sicherer als in Bauchlage oder in Seitenlage. Babys schlafen im Schlafsack am besten. Auf Kopfkissen und Zudecke kann dann verzichtet werden, so dass das gefährliche Überdecken und eine Überwärmung des Säuglings vermieden werden. Babys sollen im Schlafzimmer der Eltern, aber im eigenen Bettchen schlafen. Optimal ist eine Raumtemperatur zwischen 16 bis 18 Grad für den schlafenden Säugling. Die Matratze soll fest und nur relativ wenig eindrückbar sein. Auf mehrschichtige, besonders weiche Unterlagen und Felle ist zu verzichten, da dadurch die Gefahr des Wärme- und CO₂-Staus erhöht wird. Außerdem haben die Säuglinge bei weichen Unterlagen kein ausreichendes Widerlager, um sich selbst wieder in die Rückenlage zu drehen.

Stillen ist unbedingt zu empfehlen, da die Muttermilch zahlreiche Vorteile bietet, die durch künstliche Babynahrungen nur unvollständig ersetzt werden können.

„Baby mag rauchfrei.“ Rauchen während der Schwangerschaft und Rauchexposition während des ersten Lebensjahres erhöhen das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben, um das 8-fache.

cherberatungstelefon vorgesehen, sobald die Finanzierung gesichert werden kann. Bis dahin stehen auch die Raucherberatungstelefone in Heidelberg und Köln zur Verfügung (GKFZ und BzgA).

Am 2. April 2002 wird ein Beratungstelefon zum Thema gesunder Babyschlaf geschaltet, über das sich besorgte Eltern rund um die Uhr Informationen abrufen können und donnerstags von 18.30 bis 20.30 Uhr von ehrenamtlich tätigen Kinderärzten beraten werden:

Beratungstelefon „Gesunder Babyschlaf“ 0180/50 99 555.

Im Internet werden demnächst weitere aktuelle Informationen unter www.SID.Sachsen.de angeboten.

Das auf mehrere Jahre angelegte Projekt wurde von der Arbeitsgruppe „Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes in Sachsen“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, zu der die Autoren gehören, entwickelt. Staatsminister Dr. Hans Geisler übernahm gemeinsam mit der gemeinnützigen Hilfsorganisation „Dresdner

Kinderhilfe e.V.“ die Schirmherrschaft. Die interdisziplinäre medizinische Arbeitsgruppe „Schlafmedizin Sachsen e.V.“ tritt als Träger des Projektes auf. Der Sächsische Hebammenverband e.V. unterstützt das Projekt. Die Finanzierung erfolgt aus Spenden und aus öffentlichen Mitteln.

Von diesem Projekt könnten eventuell auch andere medizinische Präventionsprogramme profitieren, da im Vorfeld umfangreiche Untersuchungen zum Kenntnisstand der Bevölkerung und des medizinischen Personals in Sachsen durchgeführt wurden [1]. Darin zeigte sich, dass niedergelassene Frauenärzte, Kinderärzte und Hebammen thematische Faltblätter, Fachzeitschriften bzw. Fachbrochüren und Fortbildungsveranstaltungen für ihre fachliche Fortbildung bevorzugen, während das Internet hierfür zur Zeit nur in 15% der Fälle genutzt wird. Nun bleibt zu hoffen, dass das Projekt eine breite Akzeptanz findet und zu einer wesentlichen und nachhaltigen Senkung der SIDS-Rate in Sachsen beitragen wird.

Wir rufen alle Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern und Pfleger in Sachsen auf, das Projekt durch die aktive Weitergabe dieser Informationen zu unterstützen.

Für die finanzielle Unterstützung danken wir dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, dem Dresdner Kinderhilfe e.V., dem Schlafmedizin Sachsen e.V., dem Lions-Club Dresden-Centrum, der Redaktion und den Lesern der Dresdner Neuesten Nachrichten, dem Ladies Circle Dresden, der Commerzbank Dresden und der Fa. ARCOR.

Literatur

¹ Paditz, E (Hrsg.): Gesunder Babyschlaf – Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes in Sachsen. Druckerei und Verlag Ch. Hille Dresden, 2002.

Korrespondenzanschrift:
PD Dr. med. Ekkehart Paditz
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Medizinische Fakultät
Carl Gustav Carus der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden,
E-Mail: Ekkehart.Paditz@mailbox.tu-dresden.de

Kammerbeitrag 2002

STICHTAG 1. März 2002

Obwohl die Frist zur Einreichung der Selbsteinstufungen und der Nachweise für die Veranlagung zum Kammerbeitrag 2002 verstrichen ist, haben ca. 1/4 der beitragspflichtigen Kammermitglieder noch keine Unterlagen eingereicht.

Wir möchten die Ärztinnen und Ärzte, die sich noch nicht zum Kammerbeitrag für das Jahr 2002 veranlagt haben, hiermit bitten, uns **den gelben Selbsteinstufungsbogen und die dort auf-**

geführten Nachweise schnellstmöglich zuzusenden.

Sollten Ihnen die erforderlichen Nachweise noch nicht vorliegen, ist es möglich, telefonisch oder schriftlich eine Fristverlängerung zu beantragen.

Die Mitarbeiterinnen des Referates Beitragswesen stehen Ihnen bei Rückfragen zur Beitragsveranlagung unter den Rufnummern (03 51) 82 67 - 4 31, - 4 32, - 4 36, - 4 37 und 4 38 gern zu Verfügung.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Leiterin

Betriebliche Altersvorsorge für Praxispersonal – Gründung einer Pensionskasse

Anlässlich des Tarifabschlusses für Arzthelferinnen am 23. 1. 2002 wurde die Gründung einer Versorgungseinrichtung (Pensionskasse) für Praxispersonal vereinbart. Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA) San.-Rat Peter Sauermann teilt das Nähere in einem Rundschreiben mit. Dieses Rundschreiben ist im Internet unter <http://www.slaek.de> veröffentlicht. Es wird unter anderem darauf hingewiesen, die Gründung dieser spezifischen Versorgungseinrichtung für Praxismitarbeiter abzuwarten und keine vorschnellen Vertragsabschlüsse zu tätigen.

Veronika Krebs
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

10 Jahre Sächsische Ärzteversorgung

Im Frühjahr des Jahres 1990, in einer Situation der umfassenden Neuorientierung auf allen erdenklichen Gebieten des öffentlichen Lebens, war die Schaffung der Voraussetzungen für die Gründung einer berufsständischen Versorgung bereits Inhalt der vorläufigen Satzung der Initiativgruppe zur Gründung der Sächsischen Landesärztekammer. Einen Monat später wurde ein Ausschuss „Versorgungswerk“ ins Leben gerufen, der sich mit den bis dahin eher vage bekannten rechtlichen Grundlagen, Strukturen und Aufgaben eines Versorgungswerkes befassen sollte. Die Mitglieder des Ausschusses reisten zu Konsultationen in etablierte Versorgungseinrichtungen der alten Bundesländer, um Informationen zu deren Satzungsinhalten, Arbeitsweisen und Verwaltungsaufbau zu sammeln, trafen sich immer wieder zu Beratungen und führten unzählige Informationsgespräche und Veranstaltungen mit den zukünftigen ärztlichen Mitgliedern durch. In dieser Zeit entstanden bereits konkrete Vorstellungen über den rechtlichen Rahmen, insbesondere zur Satzung des neu zu gründenden Versorgungswerkes. Der Stand der Vorbereitungen erlaubte, dass am 21. April 1991 die Delegierten der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer auf dem 1. Sächsischen Ärztetag den förmlichen Beschluss zur Gründung eines Versorgungswerkes, zunächst für die sächsischen Ärztinnen und Ärzte, fassten. Mit der Koordinierung der weiteren Vorbereitungsarbeiten wurde der bereits bestehende Verwaltungsausschuss beauftragt, zu dessen Aufgaben die Vorlage einer beschlussfähigen Satzung und die Einleitung der notwendigen Gründungsformalien gehörte. Bereits im Juni 1991 konnte an alle damaligen Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer ein erster Entwurf der Satzung zur Kenntnisnahme versendet werden. Zu dieser Zeit standen auch die anderen Heilberufe vor der Aufgabe, eine Berufsunfähigkeits-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung einzurichten. Die Tierärzte Sachsens entschieden am 19. Juni 1991, dem in Grün-



*Dr. med. Helmut Schmidt,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses*

dung befindlichen Versorgungswerk der Ärzte beizutreten.

Am 2. November 1991 beschloss die um 10 tierärztliche Mandatsträger erweiterte Kammerversammlung (sie ist das höchste Organ der Sächsischen Ärzteversorgung) auf ihrer ersten Sitzung die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung, deren Errichtung gemäß den rechtlichen Bestimmungen sowie den Anschluss der Angehörigen der Sächsischen Landestierärztekammer. Im Verlauf der Sitzung wählten die Mandatsträger die Mitglieder und Stellvertreter des Aufsichtsausschusses als überwachendes Organ und des Verwaltungsausschusses als geschäftsführendes Organ. Damit entstand zum 1. Januar 1992, mit Inkrafttreten der Satzung und der Anschlusssatzung für die Tierärzte zum 3. Januar 1992, die Sächsische Ärzteversorgung.

Gemäß der Satzung ist das Versorgungswerk eine wirtschaftlich selbständige Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer, Körperschaft des öffentlichen Rechts, und wird gerichtlich und außergerichtlich durch den Präsidenten der Landesärztekammer vertreten, der auch

„geborenes“ Mitglied des Verwaltungsausschusses ist. Zur Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben unterhält die Sächsische Ärzteversorgung eine von der Landesärztekammer und der Landestierärztekammer getrennte Verwaltung.

Seit 1992 vertritt die Sächsische Ärzteversorgung konsequent die Interessen der sächsischen Ärzte und Tierärzte auf dem Gebiet der Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung. Der Versorgungseinrichtung gehören heute 12.399 Aktive und 869 Versorgungsempfänger an. Entsprechend dem jährlich vorzulegenden versicherungsmathematischen Gutachten können nicht nur die Leistungen der zurzeit versorgungsberechtigten Mitglieder und deren Angehörigen abgesichert werden, sondern es können darüber hinaus auch Zusagen für künftige Versorgungsleistungen gegeben werden. Über die Ergebnisse eines jeden Geschäftsjahres wird in der jährlich stattfindenden erweiterten Kammerversammlung durch den Verwaltungs- und den Aufsichtsausschuss Rechenschaft gelegt. Einen detaillierten Überblick über die demographische und wirtschaftliche Situation gibt jeweils der aktuelle Geschäftsbericht.

In Würdigung der vielfältigen Leistungen beim Aufbau des Versorgungswerkes und anlässlich seines 10-jährigen Bestehens fand am 18. Januar 2002 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer eine Festveranstaltung statt, zu der der Verwaltungsausschuss namhafte Vertreter des Ehrenamtes, der beiden aufsichtsführenden Staatsministerien, berufsständischer Organisationen und Einrichtungen und die Mitarbeiter der Verwaltung eingeladen hatte.

Nach einem festlichen musikalischen Auftakt eröffnete der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Herr Dr. med. Helmut Schmidt, den Festakt. Als erster Redner erinnerte der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, an die Entstehungsgeschichte des Versorgungswerkes bis zum Jahre 1991, die



RA Dr. Ulrich Kirchoff im Gespräch mit dem Ehrenpräsidenten, Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich



Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch, Dr. med. Helmut Schmidt, Dr. med. Hans-Dieter Simon, Dr. med. Manfred Halm (v.l.n.r.)

wirtschafts- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen und die Unwägbarkeiten dieser Aufbruchszeit. Weiterführend beschrieb Herr Dr. med. Manfred Halm, langjähriger Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, in seinem Vortrag die 10jährige Entwicklungsgeschichte, den arbeitsreichen Weg beim selbständigen Aufbau und das ständige Bemühen um eine fundierte und sichere Versorgung der Berufsstandsangehörigen. Die Sächsische Ärzteversorgung nahm offizielle Glückwünsche und Grußworte u.a. vom Vertreter des Sächsischen Staatsministe-

riums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Dr. rer. soc. Rainer Wedekind, dem Vizepräsidenten der Sächsischen Landestierärztekammer Herrn Prof. Dr. med. vet. habil. Eberhard Grün und dem Vorsitzenden des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) Herrn RA Dr. Ulrich Kirchoff entgegen. Als Ausblick auf die Zukunft der Versorgungswerke hielt Herr Dr. med. Gerhard Schütz den Festvortrag. Als langjähriger Präsident und Vorsitzender des Verwaltungsrates der Baden-

Württembergischen Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte und Mitglied im Europa-Ausschuss der ABV vereint er umfangreiche Kenntnisse auf dem Gebiet der berufsständischen Versorgung mit dem Wissen über die rechtlichen Pflichten und Chancen einer Koordinierung nach der Verordnung 1408/71 im geeinten Europa. Aufgrund der Aktualität möchten wir diesen Vortrag, mit freundlicher Genehmigung des Autors, hier in vollem Wortlaut wiedergeben:

Angela Thalheim
Geschäftsführerin

10 Jahre Sächsische Ärzteversorgung

10 Jahre Sächsische Ärzteversorgung – und wie geht's weiter?

Sehr geehrte Festversammlung,

Jubiläen haben immer zwei Aspekte: einen Blick zurück, wie war's, was haben wir erreicht und einen Blick nach vorn: wie geht es weiter, was erwartet uns. Zunächst also den Blick zurück auf die vergangenen 10 Jahre.

Eine Wertung dieser Dekade, besonders der Gründerjahre, können eigentlich nur Sie selbst vornehmen. Denn Sie wissen am Besten, wie diese ungeheuer spannende Aufbruchsstimmung damals Sie vor noch unbekannte Probleme stellte. Es galt, Neuland zu betreten und zugleich mit der Kammergründung auch noch ein berufsständisches Versorgungswerk aufzubauen. Aber Sie waren ja nicht allein. Angebote und Unterstützung durch die westlichen Kollegen standen Ihnen zur Verfügung. Das war Hilfe und auch Last zugleich. Denn Entscheidungen ohne Vorkenntnisse in kürzester Zeit treffen zu müssen, ist eigentlich eine Überforderung. Sie hatten den Mut dazu und vor allem auch die Kraft, dies zu schultern. Das hat meine große Hochachtung. Es schmälert die Leistung keineswegs,

dass Sie die eigenständige Versorgung Ihrer Kammermitglieder nicht neu erfinden brauchten. Sie konnten, mussten ja wohl auch, vorhandene Modelle übernehmen, nämlich die rechtlich und politisch vorgegebene Struktur der berufsständischen Versorgung. Dabei hatten Sie die Qual der Wahl, unter den verschiedenen Varianten auszuwählen und Vertrauen zu gewinnen zu den jeweiligen Beratern. Angesichts so mancher Geschäftemacher auf dem allgemeinen Markt jener Wendezeit war dies für Sie nicht immer ganz einfach. Übrigens auch für die westlichen Kollegen nicht, die richtigen, nämlich politisch unbelasteten Partner bei Ihnen zu finden.

Jedenfalls wurden Sie dann von den Schwestereinrichtungen – in Ihrem Falle der Bayerischen Ärzteversorgung – nach Kräften unterstützt. Aber auch diese Hilfe war nicht purer Altruismus. Stelle man sich einmal vor, bei der Wiedervereinigung wäre es nicht gelungen, die berufsständische Versorgung als Teil der gesetzlichen Pflightsicherungssysteme der 1. Säule auch in den neuen Bundesländern zu etablieren: dies hätte für unser Versorgungssystem in Deutschland eine erhebliche Schwächung bedeutet.

Dass wir als berufsständische Versorgung

politisch gestärkt die Wendezeit überstanden haben, ist also für Ost und West Grund genug, bei Ihrer heutigen Jubiläumsfeier uns gemeinsam zu erinnern und gemeinsam zu freuen.

Noch einen Gedanken gestatten Sie mir bei diesem Rückblick: Warum eigentlich muss die berufsständische Versorgung – solange sie besteht – ihren politischen Platz in unserer Gesellschaft immer wieder verteidigen? Wo wir uns doch vielmehr eigenverantwortlich verhalten, nämlich nicht immer nach dem Staat zu rufen, für seine Bürger etwas zu tun, also eigeninitiativ – soweit möglich – sich selbst zu helfen und damit den Staat zu entlasten.

Erinnern wir uns:

1. Wir haben uns das eigene System ursprünglich nur deswegen ausgesucht, weil unsere nicht mehr berufsfähigen Kollegen in den Wirren der beiden Weltkriege und der Nachkriegszeiten mit zwei Währungseinbrüchen ohne Versorgung dastanden und Not litten;
2. 1957 hat der Staat bei der Novellierung seiner Rentenversicherung die freien Berufe ausdrücklich von der staatlichen Rentenversicherung ausgeschlossen und auf ihre Eigenvorsorge verwiesen; wir finanzieren uns ausschließlich selbst,



Dr. med. Helmut Schmidt, Dr. med. dent. Gerhard Schütz



Blick in die Festversammlung

ohne jeglichen Staatszuschuss;

3. die berufsständische Versorgung hält strenge Disziplin bei ihrer Rentendynamik, mit dem Ziel, nie mehr auszugeben, als sie auf Dauer zu leisten in der Lage ist. Dies ist für uns auch eine Frage der Generationen-Gerechtigkeit.

Insgesamt nehmen wir also dem Staat für unseren Teil jegliche Belastung ab im Sinne des Subsidiaritätsprinzips. Und trotzdem – nur weil wir durch Selbstdisziplin erfolgreich arbeiten, schaut man neidvoll auf uns. Im demokratischen Sinne ist dies eigentlich eine verkehrte Welt! Dennoch wollen wir uns nicht zum Richter über andere machen. Wir dürfen uns aber auch nicht das Selbstbewusstsein nehmen lassen, unseren Beitrag als gute Demokraten geleistet zu haben und weiterhin zu leisten. Deshalb dürfen wir unseren berechtigten Platz im Staate beanspruchen. Doch halten wir uns nicht bei der Rückschau auf, sondern wenden unseren Blick nach vorn. Wir werden wohl auch künftig damit leben müssen, aber auch können, dass der Neid uns wie bisher begleiten wird. So ist eben unsere Gesellschaft. Deswegen müssen wir weiterhin politisch präsent sein, wie das ja bisher schon sehr erfolgreich geschah, insbesondere durch unsere ABV (Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.).

Wir können erfolgreich sein, wenn wir die richtigen Argumente haben und diese in der Sache begründen und nicht nur egoistisch orientieren. Weil wir als Gruppe in unserer Gesellschaft zu klein sind, um populistisch Druck machen zu können, müssen unsere Argumente zum einen ehrlich und zum anderen intelligent sein. Das hört sich theoretisch sehr schön an, aber was bedeutet das in der Praxis?

Wir müssen unsere Rolle als gesetzliches Pflichtversorgungssystem der 1. Säule noch konsequenter verstehen lernen, damit wir es auch glaubwürdig vertreten können. Was sind nun die Merkmale dieser 1. Säule? Da gibt es (im Gegensatz zur Privatversicherung) gewisse Rechte, das ist ein Vorteil, aber auch gewisse

Pflichten, das ist eine Belastung. Kommen wir zunächst zu den Rechten. Wir haben die gesetzlich verankerte Pflichtmitgliedschaft für alle unsere berufstätigen Kammermitglieder. Wir brauchen also nicht zu werben, der ewige Neuzugang ist gewährleistet. Damit wird uns eine verlässliche Versicherungsmathematik möglich, die nicht nur die individuelle, sondern auch die kollektive Äquivalenz ermöglicht und damit eine Anbindung der Rentendynamik an die Einkommensentwicklung der Aktiven. Ohne gesetzliche Pflichtteilnahme wäre das nicht möglich. Ein weiteres Recht der 1. Säule ist die Steuerfreiheit der Versorgungswerke: Wir müssen (im Gegensatz zur Privatversicherung) von den wirtschaftlichen Erträgen des Deckungsstockes keine Steuer abführen. Das steigert die Effizienz des Kapitaldeckungsanteiles und damit die Renteneffizienz.

Als drittes Beispiel unserer Rechte als System der 1. Säule nenne ich unsere „magna charta“, nämlich die Befreiung unserer angestellten Kollegen von der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Ohne diese Befreiung wäre der ewige Zugang des ganzen Berufsstandes nicht gesichert und somit der Generationenvertrag nicht gewährleistet. So lautet unsere Begründung, und die ist richtig. Das alles sind – wohlgemerkt – keine besonderen Privilegien, sondern gute Rechte, welche unabdingbare Voraussetzungen für alle Systeme der 1. Säule sind, somit auch für uns.

Als Teil dieser 1. Säule haben wir aber auch Pflichten in gleicher Weise wie die übrigen Systeme. Zunächst gibt es da den Kontrahierungszwang. Wir sind – wie jedes gesetzliche System – zuständig für die Versorgung aller Berufsangehörigen, unabhängig von deren individuellem Risiko. Es gibt beim Zugang keine Gesundheitsprüfung (wie in der Privatversicherung). Kontrahierungszwang gilt grundsätzlich aber auch für jedes Zugangsalter, also ohne Altersgrenze. Die bei uns bestehende Altersgrenze spielt aktuell im Zusammenhang mit der EU-

Koordinierung nun eine besondere Rolle. Ich werde sie daher später ausführlicher ansprechen. Aber halten wir jetzt schon fest: Kontrahierungszwang ist eine Pflicht für alle Systeme der 1. Säule, damit auch für uns.

Eine weitere Pflicht für die Systeme der 1. Säule ist die Art der Versorgungsleistung. Im Grundsatz kann diese Versorgung nur die Form der laufenden Rente haben. Das schließt Beitragsrückerstattung oder Kapitalabfindung (von geringen Ausnahmen abgesehen) grundsätzlich aus, weil sie typische Elemente der Privatversicherung sind. Hier gibt es bei uns noch großen Diskussionsbedarf. Ausgezahltes Kapital statt Rente als disponibles Vermögen garantiert eben nicht die dauerhafte Versorgung der Mitglieder oder ihrer Familien. Auch harmonisiert sie nicht mit der EU-Verordnung. Zur weiteren Pflicht in der 1. Säule gehören im Gegensatz zur Privatversicherung gewisse soziale Elemente, zum Beispiel Hinterbliebenenversorgung ohne zusätzlichen Beitrag, oder auch Rehabilitationsmaßnahmen. Solche sozialen Elemente sind von uns immer schon akzeptiert und eingeführt.

Vor diesem politischen Hintergrund, als Teil der 1. Säule mit seinen spezifischen Rechten und Pflichten, muss man unsere Position ab jetzt auch als Teil der koordinierten Sozialsysteme in der Europäischen Union sehen. Das fordert uns heraus. Wie Sie wissen, läuft schon seit einiger Zeit unser Antrag, unsere bisherige Ausnahme von den Rechtsvorschriften der Koordinierungsverordnung 1408/71 aufzuheben. Voraussichtlich werden wir am 1. Januar 2003 koordiniert sein.

Schon seit 30 Jahren jedoch gelten für die Mitglieder unserer Versorgungswerke die persönlichen Anwendungsvorschriften dieser Verordnung. Sie sind also von den Bestimmungen, wo und wie sie bei einer Migration innerhalb der EU-Staaten pflichtversichert sein müssen, bisher schon voll betroffen.

Im Gegensatz dazu waren unsere Versorgungswerke als Einrichtungen – auf

10 Jahre Sächsische Ärzteversorgung

eigenen Wunsch – vom sachlichen Geltungsbereich ausgenommen worden (so steht es bis jetzt noch im Anhang dieser Verordnung). Diese Diskrepanz schaffte und schafft immer noch praktische und rechtliche Probleme, und zwar auf dem Rücken unserer Mitglieder. Sie haben die persönlichen Pflichten nach der Verordnung, genießen aber die für Migranten begünstigenden Regeln der Verordnung nicht (weil die Versorgungswerke ausgenommen sind). Zur Erinnerung nenne ich: doppelte Beitragslast, Verlust von Wartezeiten, Zurechnungszeiten und Anrechnungszeiten. Solche Benachteiligungen halten dem EU-Recht nicht stand. Sie sind Migrationshindernisse.

Nach vielen Jahren der Diskussion in unseren Gremien der ABV wurde nun der Widerstand gegen die Einbeziehung in die Verordnung aufgegeben. Schließlich sind wir ja als Einrichtung nicht Selbstzweck, sondern haben vorrangig den Auftrag, den Interessen unserer Mitglieder zu entsprechen. Für diese sind wir da und jetzt auch mit Blick auf eine wachsende Europäische Union, in welcher die ungehinderte Freizügigkeit ein Grundrecht ist. Während der Beratung dieser Verordnung mussten deshalb auch einige unserer Regelungen auf den Prüfstand, als Teil der 1. Säule.

Ich nenne zunächst die Modalitäten der Wanderung. Es gibt ebenso wie zwischen den EU-Mitgliedstaaten auch eine innerdeutsche Migration unserer Mitglieder zwischen den Versorgungswerken. Für diese innerstaatliche Migration wurden gewisse Befreiungsregelungen und zusätzlich lückenlos Überleitungsabkommen vereinbart. Dabei gibt es (jedoch nicht in allen Fällen) Wahlmöglichkeiten, ob man beim alten oder neu zuständigen Werk Mitglied sein möchte und ob man die Beiträge überleiten lässt oder nicht. Eine solche Entscheidung ist für das Mitglied eine Überforderung. Es gibt nicht „bessere oder schlechtere“ Versorgungswerke, sonst müsste man dies dringend ändern. Es gibt nur unterschiedlich strukturierte. Wie aber will

das Mitglied dann Vor- oder Nachteile erkennen? Aber noch problematischer ist diese Wahlmöglichkeit aus politischer Sicht. Ich sprach ja unsere „magna charta“ schon an, wonach die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung für unsere angestellten Kollegen eine Existenzfrage der berufsständischen Versorgung ist. Ohne diese aber können wir unseren Versorgungsauftrag nicht erfüllen. Lassen wir aber bei uns selbst eine Wahlmöglichkeit zu, entkräften wir unser eigenes Argument. Bei einer Wahl gibt es nämlich immer Gewinner und Verlierer. Nur die konsequente Pflichtteilnahme beim jeweiligen Versorgungswerk seines Kammerbereiches garantiert die langfristige Funktionsfähigkeit jedes Systems. Auch in dieser Frage gibt es noch erheblichen Diskussionsbedarf.

Die Verordnung 1408/71 der EU kann dabei als Modell hilfreich sein. Wahlmöglichkeit der Mitgliedschaft gibt es dort nicht. Man ist grundsätzlich da pflichtversichert, wo man seinen Beruf ausübt, mit Ausnahme weniger Sonderregelungen. Die gezahlten Beiträge bleiben beim jeweiligen Träger stehen, wo sie bezahlt wurden. Im Versorgungsfall leistet jeder Träger nach den bei ihm erworbenen Ansprüchen eine Rente und beteiligt sich an den durch die Migration verlorengegangenen Ansprüchen im Verhältnis der jeweiligen Teilversicherungszeiten. Es gibt keine Gewinner oder Verlierer bei den Trägern und – was ja das Wichtigste ist – das Mitglied verliert keine Anrechte (Wartezeiten, Zuzw. Anrechnungszeiten). Ich halte diese EU-Lösung für besser als das, was wir bisher bei uns praktizieren. Zudem würde sie unser Dilemma der für ein System der 1. Säule unpassenden Wahlmöglichkeiten lösen. Ebenfalls noch nicht ausdiskutiert ist die Frage der Altersgrenze, nach der man ab 40 oder 45 Jahren bei vielen Versorgungswerken nicht mehr Mitglied werden kann.

Dazu gibt es ein juristisches Gutachten von Herrn Prof. Steinmeyer, der europäisch gesehen erhebliche Bedenken gegen

die von uns geregelte Altersgrenze konstatiert. Andererseits hat diese Altersgrenze gute versicherungsmathematische Gründe, deswegen wurde sie ja eingeführt. Zugänge in höherem Alter sind sogenannte „alte Last“ (kein schöner Begriff, aber Faktum).

Ein Gutachten aus dem Büro Heubeck zum Wegfall der Altersgrenze spricht von einer Mehrbelastung von 1 bis 5 % bei den im offenen Deckungsplan finanzierten Versorgungswerken (in Abhängigkeit des Alters der Werke). Andererseits bringt den in Anwartschaftsdeckung finanzierten Werken ein Wegfall der Altersgrenze wenig Probleme, weil sie bisher schon die Bewertung der Beiträge altersgemäß festsetzen. Deshalb sagt Herr Prof. Steinmeyer, dass es erhebliche Beweisnot für eine Altersgrenze gäbe, weil ja alle betroffenen Werke entsprechende altersgemäße Bewertungen einführen könnten. Wir müssen nämlich davon ausgehen, dass die berufsständische Versorgung nur als ein System gesehen wird und eine unterschiedliche Betroffenheit der einzelnen Werke eine Aufrechterhaltung der Altersgrenze wohl nicht rechtfertigen kann. Auch wäre aus politischer Sicht eine Beibehaltung der Altersgrenze kaum zu vertreten. Alle anderen Sozialsysteme in Europa und Deutschland müssen die versicherungsmathematische Last beim Zugang älterer Mitglieder selbstverständlich tragen. Unsere Weigerung, hier mitzuziehen, würde uns den Vorwurf der Rosinenpickerei eintragen. Nicht zu Unrecht, denn alle älteren freiberuflichen Angestellten müsste die BfA übernehmen, und die Selbständigen hingen ganz in der Luft. (Dies sind übrigens nicht nur ausländische Kollegen, sondern auch deutsche, welche aus dem Ausland wieder zurückkehren.) Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir beim Europäischen Gerichtshof mit unserer Altersgrenze Recht bekämen. Daher müssen wir uns dieser Frage stellen. Wie Sie selbst feststellen können, ist gerade auch diese Altersgrenze sehr komplex zu sehen, weshalb wir in den Gre-

mien der ABV in dieser Frage noch am Anfang der Diskussion stehen. Viel Zeit haben wir allerdings nicht mehr.

Bekanntlich gibt es im Leben nichts umsonst, fast alles hat seinen Preis. Wenn wir uns politisch zur 1. Säule der gesetzlichen Pflichtversicherung zählen, dann müssen wir uns auch solchen Pflichten stellen, die für die anderen Systeme bisher schon selbstverständlich waren.

Eine gesicherte Zukunft hat unsere berufsständische Versorgung meines Erachtens nur als Pflichtsystem der 1. Säule. Diese zu festigen, muss also unser oberstes

Ziel sein. Durch die Einbeziehung in die EU-Koordinierung wird unser Platz in der 1. Säule politisch ganz wesentlich bestätigt und gestärkt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, eine solche Festversammlung ist nicht der Ort, in die Tiefe solcher noch nicht gelöster Fragen einzudringen. Es sollte nur die grundsätzliche Problematik ausgeleuchtet und die Richtung angezeigt werden, wie der weitere Weg nach meiner Meinung aussehen wird.

Den Jubilar, die Sächsische Ärzteversorgung, ehrt es, dass sie als Thema dieses

Vortrages nicht einen ausführlichen Rückblick des bisher Geleisteten gewählt, sondern sich thematisch auf die kommenden Aufgaben orientiert hat. Also packen wir diese an: selbstbewusst, mutig und voller Hoffnung, und zwar im Sinne von Vaclav Havel, der es so formuliert hat: *Hoffnung ist nicht Optimismus, dass etwas gut ausgeht, sondern Hoffnung ist die Gewissheit, dass etwas Sinn macht.*

Dr. med. dent. Gerhard Schütz
Europa-Ausschussmitglied der ABV

Sächsische Landesärztekammer
Der Präsident
Offener Brief

AOK Bundesverband
Herrn Dr. Hoberg
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Dresden, 14. 3. 2002

Sehr geehrte Herr Dr. Hoberg, wir beziehen uns auf Ihre Aufforderung zu einem konstruktiven Dialog im Editorial eines AOK-Beifheftes im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel: „Disease-Management-Programme im Rahmen der Reform des RSA“.

Einig sind wir mit Ihnen, dass wir in Deutschland recht bald eine Verbesserung der kooperativen Betreuung oder integrierten Versorgung chronisch Kranker benötigen. Ob dies allerdings in der Verknüpfung von Disease Management-Programmen (DMP) und Risikostrukturausgleich (RSA) gelingen wird, ist mehr als fraglich! (Bitte suchen Sie mit uns ein deutsches Synonym für den Anglizismus DMP!) Sorgfältiger als bisher sollte trotz bestehender gesetzlicher Rahmenbedingungen über Konzepte, Struktur- und Prozessvariablen sowie Schrittfolgen bei deren Einführung gesprochen werden, damit sich nicht der Eindruck einer zentralistischen Top-Down-Strategie verfestigt – einer denkbar ungünstigen Voraussetzung für

die Implementation solcher Projekte. Motto: Die AOK „verordnet“ den deutschen Ärzten Curaplan als modulares System und liefert gleich die abgestimmten EBM-Checklisten mit! Gegen ein solches oder ähnliches Vorgehen muss grundsätzlich Kritik und Ablehnung geäußert werden!

Weitere Kritikpunkte der sonst zutreffenden, aber theorielastigen Analyse betreffen unter anderem die

- mangelnde Praxisrelevanz einiger Beiträge,
- kritiklose Beschreibung positiver amerikanischer Erfahrungen (Cave das ethisch-moralische Desaster von managed care!),
- undifferenzierten Klagen über deutsche Defizite der EBM,
- Ignoranz gegenüber positiven Ergebnissen deutscher Modell-/Strukturverträge,
- Negation deutscher Leitlinienprogramme, zum Beispiel Diabetes mellitus,
- eingeschränkte Referenz der zum Teil falschen EBM-Vorstellungen einer Arztgruppe aus Köln,
- überstürzte Einführungsgeschwindigkeit von DMP.

Sehr geehrter Herr Dr. Hoberg, mehrjährig haben Wissenschaftler und Ärzte aus Klinik und Praxis ihre Vorstellungen und Erfahrungen zur Versorgungs-

epidemiologie in den AOK-Wissenschaftsbeirat eingebracht. Hier wurde fach- und ebenenübergreifend Grundsätzliches zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zu Schnittstellen, Versorgungskorridoren, Leitlinien, Verträgen und deren Evaluation erarbeitet und dies in einem Handbuch niedergelegt.

Es verwundert schon, dass diese Aktivitäten in keiner Weise durch Frau Müller de Comejo, Prof. Schmacke oder Sie Erwähnung finden und dieser Beirat unkommentiert aufgelöst wurde.

Nichts desto trotz werden wir gemeinsam ein Nationales Programm von Versorgungsleitlinien der Bundesärztekammer unter Moderation der ÄZQ erarbeiten, die alle Anforderungen an EBM, Praktikabilität und DMP erfüllen werden. Die Fachleute der DDG, der AkdÄ und der Fachkommission Diabetes Sachsen sind sich einig in der kooperativen Erstellung dieses modularen Leitlinienprogramms, das sowohl wissenschaftliche Evidenz als auch praktische ärztliche Erfahrung in ausgewogener Weise enthalten wird. Wir denken, dass damit ein sehr konstruktiver Beitrag der Ärzte zu DMP geleistet wird.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Schulze

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Sprecher der Fachkommission Diabetes Sachsen

Eurobedingte Änderungen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes

Auf Grund der Einführung der neuen Währung ‚Euro‘ ist auch das Sächsische Heilberufekammergesetz durch das Zweite Gesetz zur Euro-bedingten und weiteren Änderung des sächsischen Landesrechts Vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) geändert worden. Folgende Änderungen haben sich ergeben:

1. Gemäß § 54 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes kann das Berufsgericht das berufsgerichtliche Verfahren wegen Geringfügigkeit einstellen. Diese Einstellung kann mit einer Auflage verbunden werden, dass der Beschuldigte einen Geldbetrag zugunsten einer sozialen Einrichtung der Kammer zu zahlen hat oder zur Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens verpflichtet wird.

Der bisherige Betrag, der zugunsten einer sozialen Einrichtung der Kammer zu zahlen war, betrug 5.000,00 DM. Dieser wird jetzt durch 2.500,00 EUR ersetzt.

2. Gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes betrug bisher die vom Berufsgericht zu verhängende Geldbuße bei einer Verurteilung bis zu 100.000,00 DM. Dieser Betrag wurde auf 50.000,00 EUR verändert.

3. Die vom beschuldigten Arzt zu zahlenden Gebühren für ein berufsgerichtliches Verfahren betragen gemäß § 71 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes bisher mindestens 50,00 DM und höchstens 5.000,00 DM. Auf Grund der Euro-Umstellung wurden diese Beträge durch 25,00 EUR bzw. 2.500,00 EUR ersetzt.

4. Nach § 75 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes kann die Sächsische Landesärztekammer bei vorsätzlicher oder fahrlässig unterlassener, nicht richtiger, nicht erfolgter oder nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfolgter Meldung bei der Sächsischen Landesärztekammer diese Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis 5.000,00 DM ahnden. Dieser Betrag der Geldbuße ist nunmehr auf 2.500,00 EUR festgelegt worden.

Die Änderungen werden in dem auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de) veröffentlichten Text des Sächsischen Heilberufekammergesetzes geändert.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Durchführung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) – Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie macht uns auf die seit 1. Januar 2002 geltende Fassung des Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) aufmerksam, die unter dem § 4 Abs. 2 Folgendes vorsieht:

„Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg

dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern und Dritten nicht gefährdet wird. Dies gilt auch für Medizinprodukte, die von der erstmaligen Anwendung desinfiziert oder sterilisiert werden.

Eine ordnungsgemäße Aufbereitung nach Satz 1 wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird.

Diese Neuregelung in der MPBetreibV soll, konkreter als bisher, eine sichere

Aufarbeitung der entsprechenden Medizinprodukte vor allem in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen gewährleisten. Auf dieser Grundlage stellt diese gemeinsame Empfehlung nunmehr auch den medizinischen und wissenschaftlichen Sachstand zur Aufbereitung von Medizinprodukten im Sinne der MPBetreibV dar und wird zukünftig als wesentliche Grundlage für behördliche Überwachungsmaßnahmen auf diesem Gebiet mit herangezogen.

Der Wortlaut der Empfehlungen zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten ist veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 11/2001 Nr. 44, S. 1115 - 1126.

Anfragen bei Vergiftungsfällen

Der Freistaat Sachsen betreibt und finanziert gemeinsam mit den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und dem Freistaat Thüringen das **Gemeinsame Giftinformationszentrum in Erfurt (GGIZ)**. In diesem Zentrum beraten Ärzte bei Vergiftungsfällen rund um die Uhr **kostenlos** unter der **Telefon-Nr. (0361) 730 730**.

Die Beantwortung von ca. 14.000 Anfragen im Jahr 2001 durch das GGIZ macht deutlich, dass dieses Zentrum eine sehr gute Arbeit leistet und fachlich angenommen wird.

Leistungen der Beratungsstelle für Vergiftungsercheinungen und Embryonaltoxikologie Berlin (**B-Gift Berlin**) bei

Praxis- und Klinikfragen aus dem Freistaat Sachsen sind **nicht mehr kostenfrei**. Auf Grund seiner angespannten Haushaltslage ist das Land Berlin nicht mehr bereit, derartige Anrufe kostenfrei zu bearbeiten und wird in Zukunft der anfragenden Stelle eine Beratungspauschale von 77 Euro je Anruf in Rechnung stellen. Medizinische Einrichtungen aus dem Freistaat Sachsen sollten deshalb zukünftig bei Anfragen zu Vergiftungsfällen ausschließlich das Beratungsangebot des GGIZ in Erfurt nutzen.

gez. Dr. Bendas
Referent

Abteilung Gesundheitswesen
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie

Arzt als Homepage-Betreiber hat neue Informationspflichten

Ergänzung zur Mitteilung „Inkrafttreten des Elektronischen Geschäftsverkehr-Gesetz:

Arzt als Homepage-Betreiber hat neue Informationspflichten“
Ärzteblatt Sachsen, Heft 3/2002, Seite 105

In Ergänzung der Informationspflichten eines Arztes als Teledienstanbieter im Sinne des Teledienstgesetzes weist die

Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf hin, dass für Vertragsärzte neben der Angabe zur zuständigen Aufsichtsbehörde (Zugehörigkeit zur zuständigen Ärztekammer) auch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung anzugeben ist. Wir bitten Sie, dies zu berücksichtigen.

Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

Bekanntmachung
des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie zum Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

Stand: 1. Januar 2002
(6. Fortschreibung)
Vom 20. November 2001

Herausgeber: Sächsische Staatskanzlei,
Archivstraße 1, 01097 Dresden
Verlag, Herstellung und Versand:
SV SAXONIA Verlag für Recht,
Wirtschaft und Kultur GmbH, HRB
9757, Lingnerallee 3, 01069 Dresden,
Telefon (03 51) 4 87 43 66,
Bestellungen: Frau Stephan,
Telefon (03 51) 4 87 43 66

6. Fortschreibung
1. 1. 2002

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>
e-mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
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
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Maja Schneider
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: Heike Schmidt
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten

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



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



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** 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

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Augenheilkunde

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Facharzt für Orthopädie

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 5. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sach-

sen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 4. 2002 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

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 4. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Chirurgie

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Urologie

Meißen

Facharzt für Innere Medizin

(Schwerpunkt: kardiologisch-angiologisch)

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Riesa-Großhain

Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 5. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Facharzt für Chirurgie

(in Gemeinschaftspraxis)

Facharzt für Frauenheilkunde und

Geburtshilfe

Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

(in Gemeinschaftspraxis)

Döbeln

Facharzt für Orthopädie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 5. 2002 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 der **Planungsbereiche** zur Übernahme veröffentlicht:

■ Bezirksstelle Chemnitz

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Augenheilkunde

geplante Praxisabgabe: 1. Quartal 2003

Zwickau

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 27 89 - 4 06 oder 27 89 - 4 03.

■ Bezirksstelle Dresden

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

– Radeberg –

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2004

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

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 12/2002

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 01/2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53.

KVS, Landesgeschäftsstelle

Internet-Ecke

Heizelmännchen für das Internet: Die Links

Diese Verknüpfungen mit bestimmten Anbietern von Netzinhalten sparen besonders viel Zeit, weil sich andere schon die Arbeit des Erstellens, des Aussuchens, Ordnen usw. gemacht haben.

Für den medizinischen Bereich gibt es eine besonders komfortable und umfangreiche Linksammlung bei

www.arzt.de

unter dem Punkt „Hyperlinks“ der Kapittleiste.

Hier finden Sie nicht nur Informationen zu medizinischen Inhalten, sondern auch solche ganz allgemeiner Art. Angeboten werden zurzeit Linkleisten zu

- Arzt und Recht
- Ausbildung, Studium, Beruf
- Bibliotheken, Verlage
- Presse
- alle Formen von Suchmaschinen
- Kliniken, Heilbäder, Fachgebiete, Behörden, Institute
- medizinische Informatik
- Auskunft.

Der letztgenannte Verweis „Auskunft“ enthält zum Beispiel die Fahrpläne der Bahn, Flugpläne, Postleitzahlen, Telefonvorwahlen, Telefonbuch, Gelbe Seiten usw.

Auch die Sächsische Landesärztekammer hat eine (kleinere) Linkliste, die vor kurzem erst neu gestaltet wurde.

Sehen Sie doch einfach mal nach unter **www.slaek.de**.

Dr. Günter Bartsch
Vorsitzender der AG Multimedia

Konzerte

**Sonntag, 7. April 2002,
11.00 Uhr**

Junge Matinee

Von Bach bis Bartók

Mit Studenten der Bratschenklasse
Prof. Uta Vincze
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

**Sonntag, 5. Mai 2002,
11.00 Uhr**

Junge Matinee

Kammermusik

Es musizieren das Saxophonquartett und
ein Streicherquartett des
Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Ausstellung

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

**Andreas Hinkel
Surreale Malerei & Handzeichnungen**
bis 13. Mai 2002

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Horst Hennig
„Konstruktive Bilder“.**

»Musenkuss und Medicus«

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ein zum

9. Dresdner Ärzteball

in der Nacht des 31. August 2002 um 19 Uhr
auf Schloß Albrechtsberg.

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bis zum 12. Juli 2002
bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer,
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 74 26.

Der Preis der Ballkarte beträgt 65 Euro, für A&ÄiP und
arbeitslose Kolleginnen und Kollegen 40 Euro.

K. Kast¹, S. Müller¹, W. Distler¹

Tumorrisikosprechstunde für hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom*

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zusammenfassung:

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt seit mehreren Jahren im Rahmen eines überregionalen Schwerpunktprogrammes 12 Universitätskliniken bei der Einrichtung von Zentren für Familiären Brust- und Eierstockkrebs. Unter Studienbedingungen wird Risikopatientinnen in diesen Zentren eine Genuntersuchung und die Teilnahme an einem intensivierten Vorsorgeprogramm ermöglicht. Die Tumorrisikosprechstunde, die interdisziplinär

von Frauenärzten, Humangenetikern, Psychoonkologen und Molekulargenetikern durchgeführt wird, nimmt in dem Projekt eine zentrale Stellung ein und soll insbesondere vorgestellt werden.

Schlüsselwörter: Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom, BRCA1, BRCA2, Tumorrisikosprechstunde

* Teilweise vorgetragen auf der Frühjahrstagung der Sächsischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 12.05.2001, Dresden

Einleitung

Etwa 44 000 Frauen erkranken pro Jahr in Deutschland neu an einem Mammakarzinom; das Ovarialkarzinom ist mit jährlich ungefähr 7 900 Betroffenen deutlich seltener. In 5 bis 10 % der Fälle sind die genannten Erkrankungen auf genetische Ursachen zurückzuführen. Das entspricht jährlich etwa 2 200 Frauen, die von einem hereditären Mammakarzinom und 450 Frauen, die von einem hereditären Ovarialkarzinom betroffen sind.

Man kennt bereits mehrere Gene, die für das hereditäre Mammakarzinom verantwortlich sind. Die wichtigsten sind die Brustkrebsgene BRCA1 und BRCA2, die auf den Chromosomen 17 und 13 lokalisiert sind (Ford et al. 1998). 50 % aller erblichen Brustkrebsfälle basieren auf Mutationen in diesen beiden Genen (Abb. 1).

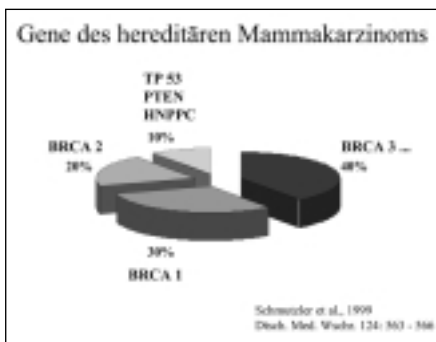


Abb. 1

Andere Gene sind noch unbekannt oder weitaus seltener und spielen deshalb eine untergeordnete Rolle wie zum Beispiel

das TP53-Gen (Li-Fraumeni-Syndrom) oder die HNPCC-Gene (erbliches Kolonkarzinom ohne Polyposis). Es gibt Hinweise auf das Bestehen von noch mindestens einem weiteren wichtigen Brustkrebsgen, dem BRCA3, welches für den größten Teil der BRCA1/2-negativen Hochrisikofamilien Bedeutung haben soll (Serova et al. 1996, Seitz et al. 1997).

Im Rahmen der Tumorrisikosprechstunde wird Hochrisikopatientinnen die molekulargenetische Untersuchung auf Mutationen in den beiden Brustkrebsgenen BRCA1 und BRCA2 angeboten.

Krankheitsbild des hereditären Mammakarzinoms

Trägerinnen einer Mutation im BRCA1- oder BRCA2-Gen haben eine lebenslange Erkrankungswahrscheinlichkeit für ein Mammakarzinom von 70 bis 85 %. Daneben gehen Mutationen in BRCA1 mit einer 44%-igen Wahrscheinlichkeit an einem Ovarialkarzinom zu erkranken einher; im Zusammenhang mit BRCA2 liegt das lebenslange Erkrankungsrisiko für ein Ovarialkarzinom mit 17 % deutlich niedriger (Easton et al. 1993, Ford et al. 1998).

Es hat sich weiter gezeigt, dass bei 40 bis 60 % der Trägerinnen einer Mutation im BRCA1-Gen ein Zweitkarzinom der Mamma oder des Ovars auftritt. Kontralaterale Mammakarzinome entwickeln 25 % der BRCA1-Mutationsträgerinnen in den ersten fünf Jahren nach Auftreten des Primärkarzinoms; zudem erkranken 50 % der Anlageträgerinnen vor dem 50. Lebensjahr an einem Mammakarzinom (Verhoog et al. 1998).

Brustkrebskonsortium der Deutschen Krebshilfe

Vor diesem Hintergrund fördert die Deutsche Krebshilfe seit 1996 im Rahmen eines Schwerpunktprogrammes die Etablierung von Zentren zur Betreuung und Beratung von Patientinnen mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs an 12 Universitätskliniken; das Zentrum Dresden wird seit 1999 unterstützt. In der Zwischenzeit haben sich alle Zentren zu einem Deutschen Brustkrebskonsortium zusammengeschlossen.

Zwei Hauptaufgaben hat sich dieses Konsortium gestellt: Zum einen die Förderung der Genforschung mit der Entwicklung neuer Therapieansätze und zum anderen die Verbesserung der klinischen Versorgung der betroffenen Familien. Die Umsetzung der zweiten Aufgabe wird durch das Konzept der Tumorrisikosprechstunde angestrebt.

Einschlusskriterien für das Schwerpunktprogramm

Im Rahmen der Tumorrisikosprechstunde werden zunächst die Risikopatientinnen anhand bestimmter Einschlusskriterien definiert (Tab. 1). Die Einschlusskriterien sind erfüllt, wenn in einer Familie mindestens zwei Frauen an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt sind, davon mindestens eine vor der Menopause. Die Altersgrenze entfällt bei drei oder mehr Erkrankten. Auch sehr jung erkrankte Frauen mit Mammakarzinom vor dem 35. Lebensjahr oder Ovarialkarzinom vor dem 40. Lebensjahr erfüllen die Kriterien. Dazu kommen Frauen mit Doppelkarzinomen vor dem 40. Lebensjahr. Familien mit

Tabelle 1

Einschlusskriterien

- Familien mit mindestens zwei Erkrankten an Mamma- oder Ovarialkarzinom, davon eine unter 50 Jahren. Die Altersgrenze entfällt bei Familien mit drei oder mehr Erkrankten.
- Familien mit mindestens einer Erkrankten mit zwei Karzinomen vor dem 40. Lebensjahr:
 - bilaterales Mammakarzinom
 - Mamma- und Ovarialkarzinom
- Familien mit mindestens einer jungen Erkrankten:
 - Mammakarzinom vor dem 35. Lebensjahr
 - Ovarialkarzinom vor dem 40. Lebensjahr
- Familien mit einem männlichen Erkrankten an Mammakarzinom

Voraussetzungen für die Molekulargenetische Untersuchung

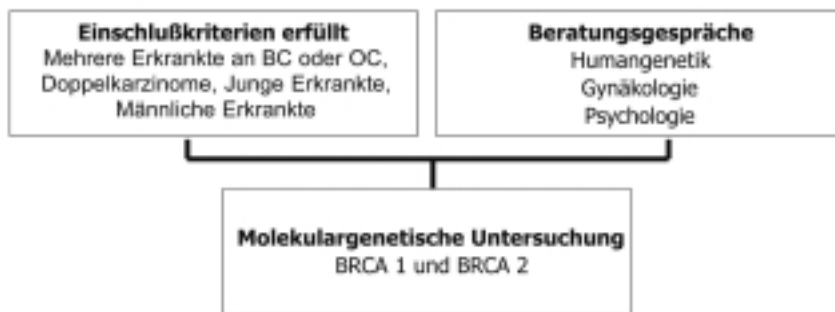


Abb. 2

einem männlichen Brustkrebskranken sind ebenfalls mit eingeschlossen, denn Männer haben bei einer Mutation im BRCA2-Gen ein 6%-iges lebenslanges Erkrankungsrisiko für ein Mammakarzinom.

Voraussetzungen für die Genuntersuchung

Die Erfüllung der genannten Einschlusskriterien ist die erste Voraussetzung für die Analyse der Gene BRCA1 und

BRCA2, als zweite Voraussetzung gelten die Beratungsgespräche mit je einem Kliniker, Humangenetiker und Psychologen (Abb. 2). Auf diese Gespräche wird besonderer Wert gelegt, da sichergestellt sein soll, dass die Testwilligen wirklich wissen, welchen Umfang die genetischen Untersuchungen haben, welche Aussagen sich davon ableiten lassen und welche Probleme für den Beruf, die Lebensplanung und die Familie durch eine Testung entstehen könnten.

Tumorrisikosprechstunde

In der klinischen Beratung durch den Frauenarzt, die in allen Zentren im Rahmen der Tumorrisikosprechstunde stattfindet, werden mögliche Früherkennungsmaßnahmen und Therapiemöglichkeiten des Mamma- und Ovarialkarzinoms besprochen. Es geht aber auch um prophylaktische Maßnahmen, wie die Mastektomie und/oder Ovariectomie, die medikamentöse Prävention sowie die Hormonzufuhr durch orale Kontrazeption und Hormonersatztherapie.

Intensiviertes Vorsorgeprogramm

Risikopatientinnen mit Mutationen im BRCA1- oder BRCA2-Gen oder mit unklarem Mutationsstatus können an den Kliniken des Konsortiums im Rahmen der Tumorrisikosprechstunde am intensivierten Vorsorgeprogramm teilnehmen; hierzu sind konsortiumsweit einheitliche Empfehlungen erarbeitet worden (Tab. 2 – siehe Seite 158).

Empfohlen wird die monatliche Selbstuntersuchung der Brust und die Palpation und Sonographie der Mammæ und des inneren Genitale durch den Frauenarzt in halbjährlichem Abstand. Ebenfalls in halbjährlichem Abstand sollte der Tumormarker CA 12-5 kontrolliert werden. Untersuchungen, die in jährlichem Abstand stattfinden sollen, sind ab dem 25. Lebensjahr das Mamma-MRT und ab dem 30. Lebensjahr die Mammografie. Da dieses Vorsorgeprogramm unter Studienbedingungen durchgeführt wird, bietet sich hier die Chance, die einzelnen Screeningmethoden auf längere Sicht bezüglich ihrer Effektivität an einem Hochrisikokollektiv zu evaluieren. Es ist zu erwarten, dass die Empfehlungen in Zukunft Veränderungen erfahren werden, um sie den jeweils aktuellsten Studienergebnissen anzupassen.

Abbildung 3 (siehe Seite 158) zeigt die Stammbaumanalyse einer Hochrisikofamilie, aus der eine 28-jährige gesunde Frau in unsere Sprechstunde kam. Die Mutter dieser Ratsuchenden erkrankte an einem rechtsseitigem Mammakarzinom im 31.

Tabelle 2

Intensiviertes Vorsorgeprogramm

- Regelmäßige monatliche Selbstuntersuchung der Brust nach ärztlicher Einweisung
- Untersuchungen im 1/2 jährlichem Abstand
 - Tastuntersuchung von Brust und Eierstöcken durch den Frauenarzt
 - Ultraschalluntersuchung von Brust (mind. 7,5 Hz) und Eierstöcken (transvaginal)
 - Bestimmung des Tumormarkers CA 12-5
- Untersuchungen im jährlichen Abstand
 - Kernspintomogramm (MR) der Brust vom 25. Bis 65. Lebensjahr
 - Mammographie ab dem 30. Lebensjahr

karzinomrisiko um 50 % gesenkt (Brinton et al.1988, Rebbeck et al.1999). Schließlich besteht auch die Möglichkeit der medikamentösen Prophylaxe auf hormoneller bzw. antihormoneller Basis. Tamoxifen, GnRH-Analoga und Raloxifen werden jedoch mangels gesicherter Datenlage noch nicht generell zur Prävention empfohlen (Stat. BtE 1998, Powles et al. 1998, Veronesi et al.1998). Anders ist es mit den oralen hormonalen Kontrazeptiva, von denen seit längerer Zeit bekannt ist, dass sie das Ovarialkarzinomrisiko um bis zu 60 % senken (Narod et al. 1998). Hochrisikopatientinnen werden deshalb zur Einnahme einer Antibabypille ermutigt.

Obwohl die erste Reaktion unserer Patientin der Wunsch nach größtmöglicher Sicherheit war, nahm sie nach Abwägen des Für und Wider von operativen und medikamentösen Maßnahmen Abstand und entschied sich zunächst zur Teilnahme am intensivierten Vorsorgeprogramm.

Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung im Oktober 2000 fanden sich bei der klinischen Untersuchung und im Rahmen der bildgebenden Diagnostik nur unauffällige Befunde; jedoch lag der Tumormarker CA12-5 erhöht vor. Nachfolgende Kontrollen des CA 12-5 zeigten eine leicht ansteigende Tendenz, wobei im Dezember 2000 ein MRT der Ovarien unauffällig war. Im Januar 2001 fiel erstmalig sonographisch eine kleine Ovarialzyste mit soliden Anteilen auf, so dass die operative Abklärung erfolgen musste. Intraoperativ wurde ein muzinöses Kystadenom diagnostiziert; auf ausdrücklichem Wunsch der Patientin wurden jedoch in derselben Operation bei abgeschlossenem Kinderwunsch beide Ovarien und der Uterus prophylaktisch entfernt.

Wie sich eine Hormonersatztherapie bei der Patientin gestalten wird, ist derzeit noch offen. Bezüglich einer Hormonersatztherapie gibt es zur Zeit noch keine einheitlichen Empfehlungen des Konsortiums. Die Möglichkeit der prophylakti-

Stammbaum Studiennummer KLD 042

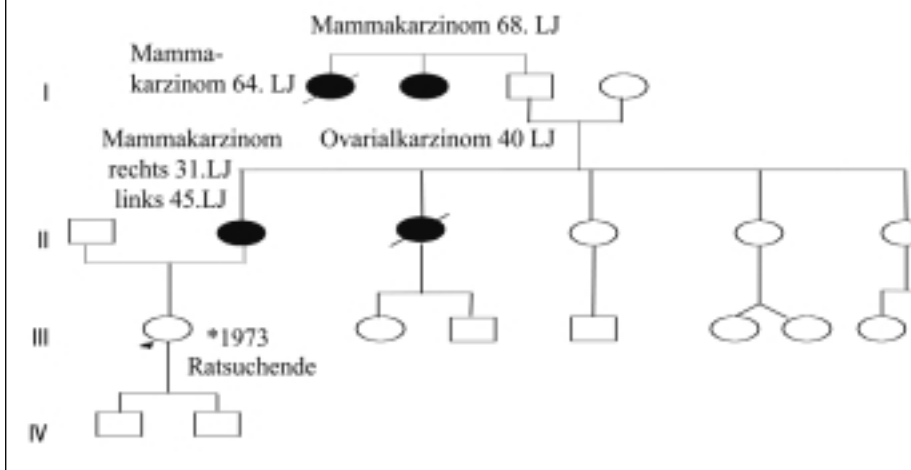


Abb. 3

und an einem linksseitigem im 45. Lebensjahr. Eine Tante ist 40-jährig an einem Ovarialkarzinom verstorben. Bei zwei Großtanten väterlicherseits wurde im höheren Alter ebenfalls ein Mamma- und Ovarialkarzinom diagnostiziert.

Die Mutationsanalyse ergab, sowohl für die erkrankte Mutter, als auch die junge Ratsuchende das Vorliegen einer Mutation im BRCA1-Gen. Auf die Frage der Ratsuchenden nach den Möglichkeiten, sich vor dem hohen Mamma- und Ovarialkarzinomrisiko zu schützen, wurde

zunächst das intensivierte Vorsorgeprogramm genannt und sodann auf prophylaktische Maßnahmen zur Primärprävention hingewiesen (Abb. 4).

Prophylaktische Maßnahmen

Dabei kam auch die prophylaktische Mastektomie zur Sprache, womit das Risiko für ein Mamma- und Ovarialkarzinom um 94 % gesenkt werden kann (Verhoog et al. 1998). Auch die prophylaktische Ovariectomie reduziert das Risiko an einem Ovarialkarzinom zu erkranken um etwa 97 %, zudem wird gleichzeitig das Mamma-

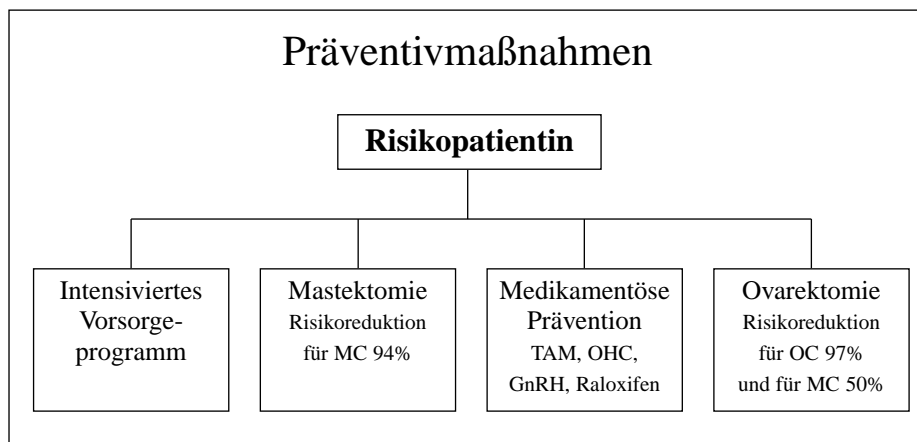


Abb. 4

schon Mastektomie beiderseits stellt für die junge Frau durchaus eine weitere Option dar; sie wird zunächst jedoch weiter am intensivierten Vorsorgeprogramm teilnehmen. Die Kasuistik soll verdeutlichen, wie komplex sich die gesamte Problematik für eine Hochrisikopatientin darstellen

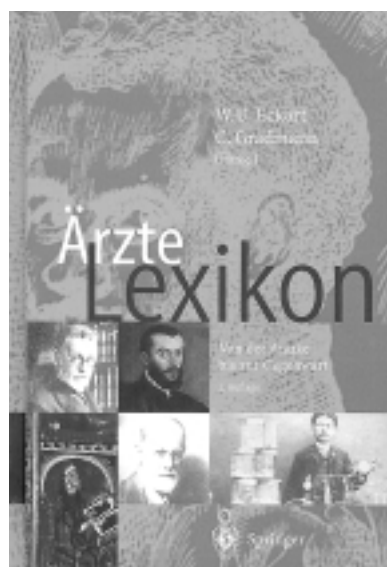
kann. Die Deutsche Krebshilfe und das Deutsche Brustkrebskonsortium empfehlen daher, die Genuntersuchungen und Beratungen nur im interdisziplinären Rahmen unter Studienbedingungen durchführen zu lassen. Dies erscheint um so wichtiger, da die Kenntnisse bezüglich des genetisch bedingten Mammakarzi-

noms noch ungenügend sind und die Hochrisikopatientin nicht ohne langfristige ärztliche und psychologische Betreuung bleiben darf.

Informationen zum familiären Mamma- und Ovarialkarzinom und zu Ansprechpartnern des Deutschen Brustkrebskonsortiums sind über die Internetseite der Deutschen Krebshilfe – www.krebshilfe.de – zu beziehen; die diesbezügliche Tumorrisikosprechstunde an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden ist über das Studiensekretariat Tel. (03 51) 4 58 28 64 erreichbar.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Karin Kast
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74
01307 Dresden



Von der Antike bis zur Gegenwart

Eckart, W.U.; Gradmann, C.
Ärzte-Lexikon,
Springer-Verlag,
25,00 Euro,
ISBN 3-540-67529-9

Hippokrates kennen Sie, Carl Gustav Carus sicher auch. Aber wie ist es mit Jakob Theodor oder Moses Maimonides? Alle vier verbindet die ärztliche Profession. Nachzulesen sind die Lebensläufe im Ärzte-Lexikon des Springer-Verlages. Es versammelt 699 Einträge zu Ärztinnen und Ärzten aus allen Epochen der Ge-

schichte. Es ist damit nicht sehr umfangreich, dennoch beinhaltet es ausgewählte wichtige Persönlichkeiten des ärztlichen Berufsstandes und gibt einen Überblick zu herausragenden Medizinern. Die angegebenen Personen werden mit Lebenslauf, einer Liste der wichtigsten wissenschaftlichen Werke und zum Teil mit Foto vorgestellt. Der Leser bekommt dadurch einen kleinen, gezielten Einblick in das Leben und Schaffen einzelner Ärzte, wodurch ihm der Einstieg in eine intensive Beschäftigung wesentlich erleichtert wird. kö

O. Sorge und L. Günther

Aktuelle Behandlungsprinzipien des Hydrozephalus

Städtisches Klinikum
„St. Georg Leipzig“
Neurochirurgie

Zusammenfassung

Das Krankheitsbild des Hydrozephalus ist seit hunderten von Jahren bekannt. Erste operative Behandlungsversuche gehen auf das 19. Jahrhundert zurück. Die Ventiloperation gilt nach wie vor als Goldstandard in der Hydrozephalusbehandlung. Durch minimal invasive Operationsverfahren kombiniert mit dem Einsatz von neuen Ventilgenerationen verringert sich die

operations- und ableitungsbedingte Morbidität. Die Ventrikulozisternostomie erweist sich als wirksame Therapiealternative bei Vorliegen eines Verschlusshydrozephalus.

Schlüsselworte: Hydrozephalus- minimal invasive operative Therapie- Ventiloperation- Ventrikulozisternostomie

Einleitung

Unter einem Hydrozephalus definiert man eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung in den inneren und/oder äußeren Liquorräumen. Ein kommunizierender Hydrozephalus ist die Folge eines Mißverhältnisses zwischen Liquorproduktion und -resorption. Ein Verschlusshydrozephalus entsteht infolge eines Abflußhindernisses im Liquorsystem. Hinsichtlich der Genese unterscheidet man angeborene (zum Beispiel Fehlbildungen) und erworbene (zum Beispiel postinfektiös oder posthämorrhagisch) Formen (Abbildung 1). Hier von abzugrenzen ist der Hydrozephalus *e vacuo*, der infolge eines Abbaus der Hirnsubstanz entsteht. Je nach Entstehungsgeschwindigkeit trennt man akute von chronischen Verlaufsformen. Folge des nicht behandelten Hydrozephalus ist die Erhöhung des intrakraniellen Druckes mit letztendlich letalen Folgen.

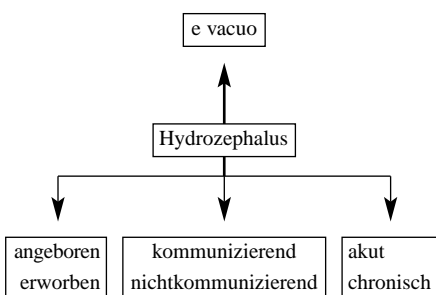


Abb. 1 Formen des Hydrozephalus

Die operative Behandlung des Hydrozephalus hat eine etwa 100jährige Geschichte. Wernicke führte in den achtziger Jahren des 19. Jahrhundert erstmals eine Ventrikelpunktion durch. Mikulicz beschrieb 1893 die Anlage eines ventrikulo-subarachnoideo-subgalealen Shunts. Die erste

Ableitungsoperation geht auf Nulsen und Spitz (1949) zurück (Aschoff, Kremer, Hashemi et al, 1999).

Diagnostik

Seit Einführung der Computertomographie in den 70iger Jahren des 20. Jahrhunderts besteht die Möglichkeit, auf nicht invasivem Wege den Hydrozephalus zu diagnostizieren. Bei der Berechnung wurde die Größe der Seitenventrikel in Relation zum Schädeldurchmesser gesetzt (EVANS-Index). Andere Autoren bezogen die Größenänderung des III. Ventrikels und der Temporalhörner mit ein. Wichtig sind diese Relationen im Verlauf einer Behandlung. Weitere morphologische Kennzeichen in der Beschreibung des Hydrozephalus sind der rarefizierte Subarachnoidalraum und der sogenannte transependymale Liquordurchtritt durch das frontale Marklager. Mit der Einführung und Vervollkommnung der MR-Tomographie besteht die Möglichkeit, nichtinvasive Untersuchungen zur Liquordynamik durchzuführen.

Als invasive Methoden im Rahmen der Hydrozephalusdiagnostik müssen die Szintigraphie oder die zisternale Kontrastmittelapplikation mit nachfolgender CT-Untersuchung genannt werden. Hier ist es möglich, Resorptionsstörungen im Bereich der Pacchionischen Granulationen (Konvexitätsblock) aufzuzeigen.

Die Bestimmung der Hirndruckverhältnisse kann weitere Aufschlüsse über die Notwendigkeit der Behandlung des Hydrozephalus geben. Die normalen Hirndruckwerte beim Erwachsenen betragen 10 - 15 mm Hg. Im Rahmen einer kontinuierlichen Ableitung erfaßt man charakteristische Wellenmuster, die atmungs- und blutdruckmoduliert sind. Kommt es zur Ausbildung eines Hydrozephalus, steigen in der Regel die Hirndruckwerte an, und die Hirndruckwelle verändert sich. Neben diesen Phänomenen ändert sich auch die intrazerebrale Reservekapazität (Compliance). Mit Hilfe des sogenannten Volumenbelastungstests erhält man eine Aussage, inwieweit das Hirn zusätzliche Volumina abpuffern kann. Wenn die kli-

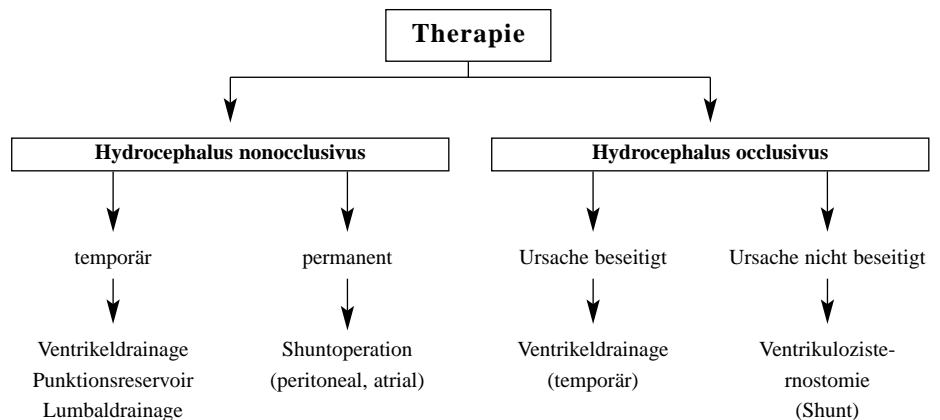


Abb. 2 Behandlungsschema

nischen und morphologischen Aussagen Zweifel offen lassen, kann letztere Aussage wichtig für die Indikationsstellung zu einer Ableitungsbehandlung sein (Bech, Bogeskov, Borgesen et al., 1999). Ein Beispiel hierfür ist der sogenannte Normaldruckhydrozephalus, dessen Spitzenwerte selten in pathologische Grenzbereiche gelangen. Diese Form des Hydrozephalus läßt sich jedoch durch eine Wellenanalyse und durch einen pathologisch erhöhten Abflußwiderstand von einem Hydrozephalus *e vacuo* abgrenzen.

Therapie

Die Indikation zur operativen Behandlung leitet sich von den klinischen Symptomen und auch den diagnostischen Ergebnissen ab. Nicht jede Hydrozephalusform bessert sich durch eine operative Behandlung (zum Beispiel Hydrozephalus *e vacuo*).

Transitorische Formen werden mit einer temporären Ableitung (externe Ventrikel-drainage, subkutanes Punktionsreservoir oder Lumbaldrainage) behandelt (Abbildung 2).

Persistierende Hydrozephalusformen erfordern eine kontinuierliche Behandlung. Der Goldstandard ist die Implantation eines Ableitungssystems (Shunt). Das Prinzip besteht in der Druckreduzierung auf physiologische Verhältnisse.

Über ein Bohrloch in der Kalotte wird ein Silikonkatheter, der mehrere Perforationen am Ende besitzt, in den Seitenventrikel eingebracht. Dieser wird verbunden mit einer Ventileinheit, welche einen distalen Auslaß besitzt. Dort wird wiederum ein Silikonkatheter angebracht, welcher entweder im Peritoneum oder über die Vena jugularis interna im rechten Vorhof des Herzens platziert wird. Je nach Konfiguration des Systems dauert die Implantation eines Shunts etwa 60 Minuten. Die Eingriffe unterliegen einer ständigen Vervollkommnung und Qualitätskontrolle. So erfolgt die Einbringung des Peritonealkatheters in der heutigen Zeit vielfach mit Hilfe des Laparoscops (Kusano, Miyazato, Shimoji et al., 1998).

Hierbei kann das distale Katheterende unter Sicht platziert werden, andererseits sind die notwendigen Schnittführungen deutlich kleiner, und die intraabdominellen Verwachsungen sollen nicht so ausgeprägt sein. Mitte der 90iger Jahre wurde bereits die perkutane Platzierung des atrialen Katheters beschrieben (Sorge, Vitzthum, Schaffranietz et al., 1994), einer zweiten möglichen Ableitung des Liquor cerebrospinalis. Hier erfolgt die Einleitung des Liquors direkt in den rechten Vorhof des Herzens. Erleichtert wird die korrekte Platzierung der Katheterspitze mit Hilfe eines intravasal abgeleiteten EKG's, wie es üblicherweise auch im Rahmen der Insertion zentralvenöser Katheter gebräuchlich ist.

Im Rahmen eines Vergleichs zwischen ventrikuloatrialen und -peritonealen Shuntoperationen konnte hinsichtlich der Komplikationen kein signifikanter Unterschied herausgearbeitet werden. Die peritoneale Ableitung wird jedoch favorisiert, da die Schwere der Nebenwirkungen deutlich geringer ausfällt und andererseits eine Komplikationsbehebung einfacher erscheint (Lam and Villemure, 1997).

In schwierigen Fällen, wie es beispielsweise beim septierten Hydrozephalus der Fall ist, kann der Ventrikelkatheter ebenfalls unter endoskopischer Kontrolle platziert werden (Kellnar, Boehm and Ring, 1995).

Das Herzstück der Shuntsysteme ist die Ventileinheit. Die meisten Ventile sind Differentialdruckventile, das heißt, sie öffnen und schließen sich bei bestimmten Druckwerten. In neueren Systemen erfolgt die Druckregulierung angepaßt an physiologische Erfordernisse, wie zum Beispiel beim Wechsel vom Liegen zum Stehen oder bei körperlichen Aktivitäten. Von diesen Formen grenzen sich die flußgesteuerten Ventile ab, die in Abhängigkeit des anliegenden Hirndrucks mit einer Zu- oder Abnahme des Durchflußwiderstands reagieren. Auch hier verspricht man sich eine „physiologischere

Adaptation“ an bestimmte Situationen. Als Ventildysfunktionen bezeichnet man die Über- und Unterdrainagen. Ursache für erstere Form ist der sogenannte Siphoneffekt. Hier kommt es beim Wechsel vom Liegen zum Stehen zum erhöhten Abfluß von Liquor. Folglich kann es zum Auftreten von subduralen Hygromen oder Hämatomen kommen, die wiederum klinische Symptome nach sich ziehen können („Schlitz-Ventrikel-Syndrom“). Die Unterdrainage führt wiederum zum Auftreten von Hirndrucksymptomen. Die häufigste Ursache für die Unterdrainage ist der mechanische Verschuß des Systems (Casey, Kimmings, Kleinlugtebeld et al., 1999; Reinpecht, Dietrich, Bertalanffy et al., 1997; Williams, Razumovsky and Hanley, 1998; Yamashita, Kamiya and Yamada, 1999). Die konventionellen Differentialdruckventile wiesen eine Dysfunktion von bis zu 20% auf (Raftopoulos, Massager, Baleriaux et al., 1996), während dieses Problem in der Generation der neuen Differentialdruck- und flußgesteuerten Ventile nur noch bis zu 5% auftreten soll (Decq, Barat, Duplessis et al., 1995; Drake and Kestle, 1996; James and Bruce 1995; Rekate, 1997; Sprung, Miethke, Trost et al. 1996; Sprung, Miethke, Shakeri et al. 1997; Sprung, Miethke, Shakeri et al. 1998; Vernet, Campiche and de Tribolet, 1995).

Die Infektionsrate wird mit bis zu 7,4% angegeben (Borgbjerg, Gjerris, Albeck et al., 1995; Davis, Levy, McComb et al., 1999; Drake, Kestle, Milner et al., 1998; Vanaclocha, Saiz-Sapena and Leiva, 1996). Die Häufigkeit korreliert mit dem Patientenalter, der Grunderkrankung und der Erfahrung des Operateurs (Borgbjerg, Gjerris, Albeck et al., 1995).

Die Erfolgsrate der Shuntoperation wird mit 85% in großen Serien für einen 5 Jahreszeitraum angegeben (Bret, Guyotat, Ricci et al., 1999; Miyake, Ohta, Kajimoto et al., 1999). Die operationsbezogene Mortalität beträgt 1%, während die dauerhafte Morbidität mit 10% angege-

ben wird (Albright, Pollack, Adelson et al., 1999; Keene and Ventureyra, 1999). Für die Behandlung des okklusiven Hydrozephalus steht neben der Shuntoperation die endoskopisch gesteuerte Ventrikulozisternostomie zur Verfügung. Hierbei erfolgt die Schaffung einer Kommunikationsstelle zwischen dem III. Ventrikel und der präpontinen Zisterne. Mit Hilfe dieser Methode kann auf die dauerhafte Implantation eines Alloplasts verzichtet werden (Cinalli, Salazar, Mallucci et al., 1998; Kobayashi, Kamikawa, Miyake et al., 1997; Oi, Hidaka, Honda et al., 1999; Teo and Jones, 1996). Übereinstimmung besteht dahingehend, daß diese Methode effizient und wenig zeitintensiv ist (Loh and Hong, 1997; Wellons, Bagley and George, 1999). Die Kosten für ein Ventilsystem entfallen, die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus reduziert sich (Barlow and Ching, 1997).

Es bedurfte der Entwicklung von geeigneten Endoskopen, Trokaren mit entsprechenden Arbeitskanälen sowie Haltesystemen. Im Gegensatz zur Allgemeinchirurgie wird bei intrakraniellen endoskopischen Eingriffen fast ausschließlich die sogenannte Monoportaltechnik durchgeführt. Kamera, Lichtquelle, Arbeits- und Spülkanal verlaufen innerhalb eines Trokars.

Die endoskopisch gesteuerte Ventrikulozisternostomie beginnt mit der Anlage eines präkoronaren Bohrloches. Durch dieses wird nun das Endoskopiesystem über ein Trokar in den Seitenventrikel eingeführt.

Über das Foramen Monroi gelangt man in den III. Ventrikel (Abbildung 3). Zwischen den Corpora mamillaria und dem Dorsum sellae ist der Boden des III. Ventrikels im allgemeinen dünner (Abbildung 4). Hier erfolgt die Schaffung einer Perforation, die mit Hilfe eines Fogarty-Katheters aufgeweitet wird (Abbildung 5). Dies muß sorgsam geschehen, da sich die A. basilaris unterhalb des Bodens befindet (Hayashi, Endo, Hamada et al., 1999; Schroeder, Warzok, Assaf et al., 1999). Bei atypischen Gefäßverläufen

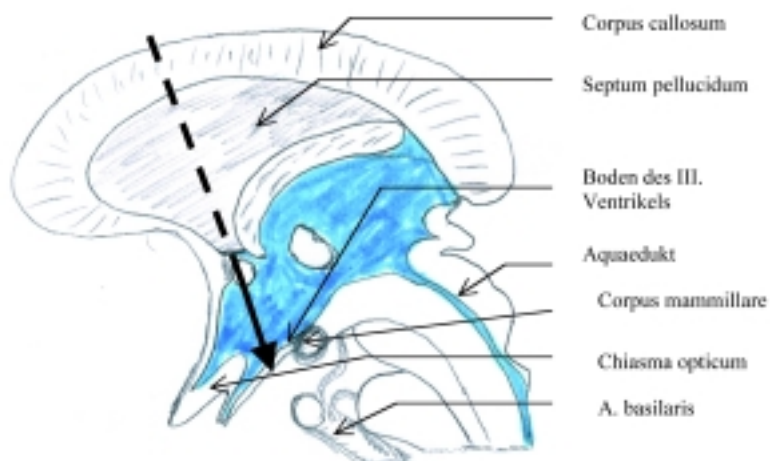


Abb. 3 Perforationsstelle im Boden des III. Ventrikels

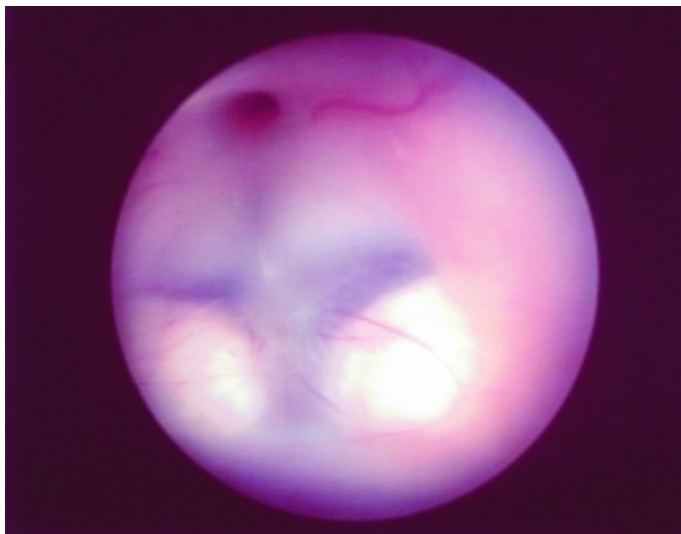


Abb. 4 Boden des III. Ventrikels

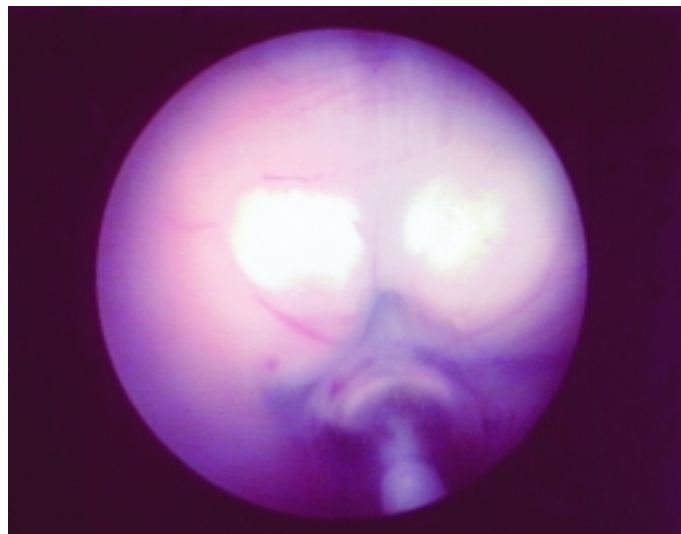


Abb. 5 Aufweiten der Perforation mit dem Ballonkatheter

wird die Dopplersonographie zu Hilfe genommen (Schmidt, 1999). Gelegentlich müssen noch arachnoidale Maschen in der präpontinen Zisterne gelöst werden.

Mit Hilfe der Magnetresonanztomographie kann der Liquorfluß über die neu geschaffene Öffnung nachgewiesen beziehungsweise geprüft werden (Fischbein, Ciricillo, Barr et al., 1998; Foroutan, Mafee and Dujovny, 1998; Fukuhara, Vorster, Ruggieri et al., 1999; Goumnerova and Frim, 1997).

Die Ventrikelweite bildet sich erst nach einigen Wochen zurück, während die klinische Besserung prompt einsetzt (Schwartz, Yoon, Cutruzzola et al., 1996). Somit sollte eine MRT-Kontrolle nicht vor Ablauf von 3 Monaten erfolgen (Steinbok, Boyd, Flodmark et al. 1995). Die Erfolgsrate wird in der Literatur mit bis zu 86,4% angegeben (Goumnerova and Frim, 1997; Hopf, Grunert Fries et al., 1999; Loh and Hong, 1997; Oi, Hida-ka, Honda et al., 1999; Schwartz, Yoon, Cutruzzola et al. 1996; Teo and Jones, 1996). Vergleichsuntersuchungen mit Ventiloperationen haben eine gleich hohe Versagerquote ergeben (Tuli, Alshail and Drake, 1999).

Eigene Ergebnisse

Im Fachbereich Neurochirurgie des Städtischen Klinikums St. Georg wurden in den letzten vier Jahren 84 Patienten mit einem Hydrozephalus behandelt. In 51 Fällen handelte es sich um einen aresorptiven und bei den übrigen 33 Patienten um einen okklusiven Hydrozephalus. Eine temporäre Ableitung im Sinne einer externen Ventrikelableitung oder eines Punktionsreservoirs war in 39 Fällen notwendig, darunter befanden sich 10 Patienten, bei denen eine diagnostische Hirndruckmessung vorgenommen aber keine Indikation zu einer nachfolgenden Shuntoperation gesehen wurde. Bei 45 Patienten war eine permanente Ableitung des ventrikulären Liquors notwendig. In 31% der Fälle wurde eine Ventrikulozisternostomie durchgeführt. 69% der Patienten erhielten ein ventrikuloperitoneales Shuntsystem.

Eine oberflächliche Hautinfektion einer externen Ventrikel drainage wurde in 2 Fällen beobachtet, während bei einem Patienten eine Ventrikulitis mikrobiologisch nachgewiesen wurde. Jeweils eine Dislokation eines Ventrikel- bzw. peritonealen Ableitkatheters machte eine Revisionsoperation notwendig. Bei zwei Patienten mit einem Normaldruckhydrozephalus

entwickelte sich eine Überdrainagesymptomatik als Folge eines Siphon-Effektes. In diesen Fällen mußte zusätzlich ein Anti-Siphon-Ventil in das liegende Ventilsystem integriert werden.

Die Gesamtkomplikationsrate beläuft sich auf 8,3%. Die ableitungsbezogene Mortalität beträgt 0%.

Die Patienten, die wegen eines Hydrozephalus behandelt wurden, müssen regelmäßig nachuntersucht werden. Sowohl klinische als auch bildmorphologische Daten gehen in die Erfassung des Verlaufs ein. Die erste Kontrolle findet nach 3 Monaten statt, danach alle 6 Monate – je nach Grunderkrankung.

Zur Optimierung der Hydrozephalusbehandlung wird eine deutschlandweite Studie durchgeführt. Die erhobenen Daten sollen Grundlage für eine multizentrische und randomisierte Studie sein, in der verschiedene Ventilsysteme miteinander verglichen werden.

Literatur beim Verfasser
Korrespondenzadresse:
OA Dr. med. Oliver Sorge
Fachbereich Neurochirurgie
Städtisches Klinikum St. Georg Leipzig
Delitzscher Str. 141
04129 Leipzig
Tel. 03 41/9 09 37 19
Fax: 03 41/9 09 37 17

Leserbriefe

Dr. med. Jürgen Fege
Hauptstraße 8
09618 Brand-Erbisdorf

9. 3. 2002

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
Herrn Prof. Dr. Klug

Zuschrift zum Beitrag „Ärzte und Tabak“, Heft 1/2002, Seite 10, von Dr. med. Barbara Gamaleja

Die Deutschen kaufen jährlich etwa für 20 Milliarden Euro Zigaretten und für den gleichen Betrag Alkohol. 80 % sind zu dick. Seit Jahrzehnten werden die Ärzte, besonders die Hausärzte, auf Bemühungen gegen die genannte negative Entwicklung eingeschworen, um Folgekrankheiten zu vermindern. Der Erfolg war immer der gleiche, nämlich keiner.

Trotz aller wohlgemeinten Bemühungen rauchen und trinken die Menschen weiter, sie pflegen ihren Wohlstandsbauch, und die Behandlungskosten der daraus resultierenden Krankheiten trägt die Solidargemeinschaft der Beitragszahler.

Sind also die Ärzte und ihre Mitarbeiter aufgrund ihres eigenen Verhaltens überhaupt autorisiert, ihre Patienten positiv gesundheitsbewusst zu beeinflussen?

Zur Klärung dieser Frage wurden vor 20 Jahren 186 Ärzte und ärztliche Mitarbeiter zur Aufnahme von Genussmitteln, zum Körpergewicht und zu sportlichen Aktivitäten befragt.

76 Fragebögen konnten ausgewertet werden, davon 64 Humanmediziner, 6 Zahnärzte, 6 ärztliche Mitarbeiter.

Ergebnisse:

Rauchgewohnheiten:

Nichtraucher 61 (80 %)

Raucher 15 (20 %)

davon

regelmäßig 1 bis 10 Zigaretten tgl. 7 Personen

gelegentlich 8 Personen.

Sportlich aktiv waren 19 Mediziner (25 %) mit annehmbarer trainingsbedingter positiver Wirkung auf viele Körperfunktionen.

Alkohol nahmen 45 Personen zu sich:

davon 14 gelegentlich (18,2 % aller)

18 1 bis 2 Flaschen Bier täglich
(23,6 % aller)

6 2 bis 3 Flaschen Bier täglich
(7,9 % aller)

7 1 bis 2 Gläser konzentrierten Alkohol
täglich (9,2 % aller).

Die getrunkenen Alkoholmengen und Zahl der gerauchten Zigaretten sind hinsichtlich des Gesundheitsrisikos niedrig. Eine Vorbildwirkung des befragten Personenkreises war damals und ist sicherlich auch heute vorhanden.

Durch indirekte Glorifizierung des Rauches in Film und Fernsehen, überreichliches Zigarettenangebot und hohe staatliche Erträge aus der Tabaksteuer fruchteten alle guten Bemühungen zur Verringerung des Tabakkonsums bisher wenig.

Die Ergebnisse der Befragung durften seinerzeit nicht veröffentlicht werden.

Dr. med. Jürgen Fege

Dr. med. Roland Schwandt
Internist, Chefarzt i. R.
Chladeniusstraße 18
01558 Großenhain

15. 3. 2002

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Gräfe!

Betr.: „Ärzteblatt Sachsen“ 3/2002

Ihren auf das Osterfest einstimmenden Artikel habe ich mit Interesse gelesen. Ich kenne auch aus meiner Heimat Großenhainer Pflege aus Arbeiten früherer Jahre Hinweise auf vorchristliche Ostergebräuche. Auf Seite 122 wird von Ihnen auf den Gebrauch von Weidenkätzchen hingewiesen, die aber meines Wissens in Sachsen unter Naturschutz stehen. Man sollte meines Erachtens alles tun, um diese Blüten als Bienenspeise in der Natur zu erhalten.

Mit kollegialen Grüßen
und guten Wünschen für ein gutes Osterfest
Ihr Dr. med. Roland Schwandt

Dr. med. Josef Böhm
Freiberg

12. Februar 2002

An Sächsische Landesärztekammer

**Betreff: Ausgabe 2/2002, Editorial von
Herrn Prof. Schulze**

Sehr geehrter Herr Prof. Schulze,
ich möchte Ihnen zum Editorial „Gehen
dem deutschen Gesundheitswesen die
Ärzte aus?“ für die sehr gute Analyse
gratulieren. Ich habe leider bisher solche
klare Worte von unseren Standesvertre-
tern vermisst. (Der Marburger Bund hat
sich zuletzt sehr gut engagiert).
Ich betrachte mit großer Sorge die Ent-
wicklung. Obwohl wir eine moderne, at-
traktive neue neurologische Abteilung
(erst seit 7/2000) in Freiberg haben, hat

sich letztes Jahr nur ein Kandidat für eine
Assistentenstelle beworben (zum Glück
ist der Kollege sehr gut geeignet für die
Aufgabe) und auf unsere Anzeige An-
fang Januar diesen Jahres für eine Ober-
arztstelle und eine zusätzliche Facharzt-
stelle hat sich ein Kandidat ab 2003 be-
worben. Wie durch ein Wunder hat sich
für die ÄiP-Stelle eine Kandidatin (aus
der EU!) beworben.

Wie wird wohl die Situation in unattrak-
tiveren Gegenden sein? (ich rechne Frei-
berg zu den attraktiveren Städten Sach-
sens). Als frischer Chefarzt (seit Februar
diesen Jahres, bisher war ich in der Ab-
teilung OA) will ich dafür sorgen, dass
durch attraktive Weiterbildungsmöglich-
keiten und kollegialen Strukturen unsere
stark arbeitsbelastete, durch zusätzliche

Verwaltungsarbeiten „entkräftete“ Assis-
tenten motiviert bleiben und die Ab-
teilung nicht frühzeitig verlassen.

Sollte sich die Situation nicht ändern,
hoffe ich sehr, dass die Ärztekammer uns
„an der Basis“ notfalls durch Förderung
einwanderungswilliger Fachkräfte aus
Osteuropa hilft (auch wenn diese Maß-
nahme nur ergänzend sein darf – wichti-
ger wäre, unseren Ärzten bessere Arbeits-
konditionen zu bieten (vor allem weniger
Bürokratie und geregelte Arbeitszeiten,
aber auch zügige Anpassung an die
West-Gehälter), damit sie nicht in die
alten Bundesländer oder ins Ausland aus-
wandern. Nochmals vielen Dank für Ihre
klare Stellungnahme!

Dr. med. Josef Böhm, Neurologie, Freiberg

**50. Interdisziplinärer Seminar- und
Praktikum-Kongress in Meran
6. bis 15. September 2002**

„Bewährtes und Neues in Diagnostik
und Therapie“ Seminar-Praktika
(Refresher-Seminare) Kurse

Deutsche Akademie für Medizinische
Fortbildung und Umweltmedizin
in Zusammenarbeit mit
Deutsche Akademie für
Ärztliche Fortbildung
Bundesärztekammer und
Österreichische Ärztekammer
– Ärztekammern tirol und Vorarlberg –
Informationen:

Deutsche Akademie für Medizinische
Fortbildung und Umweltmedizin
Carl-Oelemann-Weg 7,
61231 Bad Nauheim
Telefon: 0 60 32/22 14, Fax: -22 16
Internet: [www.deutsche-akademie-fuer-
aerztliche-fortbildung.de](http://www.deutsche-akademie-fuer-aerztliche-fortbildung.de)
E-Mail: [Info@deutsche-akademie-fuer-
aerztliche-fortbildung.de](mailto:Info@deutsche-akademie-fuer-aerztliche-fortbildung.de)

**5. Deutsche Nikotinkonferenz
am 10./11. Mai 2002**

im SAS Radisson Hotel Erfurt
Schwerpunktthemen sind:
„Rauchen und Nierenerkrankung“
„Rauchen und orale Gesundheit“

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Knut-Olaf Haustein
Deutsche Gesellschaft
für Nikotinforschung
Johannesstraße 85 - 87, 99084 Erfurt
Telefon: 03 61/64 50 80
E-Mail: haustein@dgnf.de

**Einladung Hartmannbund
Landesverband Sachsen**

**Ordentliche Landesversammlung 2002
Freitag, 26. April 2002**

Veranstaltungsort:
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksstelle Chemnitz
Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz
Beginn: 19.00 Uhr c.t.
Öffentliche Veranstaltung

Themen:
„Telemedizinisches Projekt Sachsen“
Referent: Herr Ministerialdirigent
Dr. Rainer Wedekind
Sächsisches Staatsministerium für So-
ziales, Gesundheit, Jugend und Familie

„Der Arzt im Spannungsfeld zwischen
Sozial- und Strafrecht“
Referent: Herr Dr. jur. Martin Rehborn
Vertragsanwalt des HB-Landesverbandes
Sachsen

Unsere Jubilare im Mai

Wir gratulieren

	60 Jahre		
01. 05.	Dr. med. Pohl, Annelies 04229 Leipzig	05. 05.	Dr. med. Schaller, Hermann 04668 Großbothen
03. 05.	Dr. med. Gros, Hans-Peter 08396 Waldenburg	06. 05.	Dr. med. Borrmann, Brigitte 09599 Freiberg
03. 05.	Dr. med. Werner, Sabine 08468 Reichenbach	06. 05.	Bräunig, Peter 01279 Dresden
04. 05.	Dr. med. Haß, Siglinde 08547 Jößnitz	06. 05.	Dr. med. Kießig, Christel 08547 Jößnitz
04. 05.	Dr. med. Madai, Irma 09599 Freiberg	07. 05.	Dr. med. Doye, Achim 08606 Oelsnitz
04. 05.	Dipl.-Med. Sommer, Karl 01705 Freital	07. 05.	Dr. med. Fengler, Angela 04736 Waldheim
04. 05.	Dr. med. Wildführ, Dietmar 04509 Delitzsch	07. 05.	Dr. med. Nietzsche, Ute 04457 Baalsdorf
05. 05.	Dr. med. Ebert, Hans-Peter 02730 Ebersbach	08. 05.	Dr. med. Becker, Helga 01689 Weinböhla
05. 05.	Dr. med. Franke, Karin 09456 Annaberg-Buchholz	08. 05.	Dr. med. Brändel, Volker 09496 Marienberg
05. 05.	Dr. med. Röhrborn, Helmut 08349 Erlabrunn	08. 05.	Dr. med. Pohl, Wilgard 01099 Dresden
		08. 05.	Dr. med. Schnurrbusch, Hermann 09212 Limbach-Oberfrohna
		09. 05.	Dr. med. Tüllmann, Uta 08236 Ellefeld
		11. 05.	Dr. med. Härtel, Theo 01662 Meißen
		11. 05.	Dr. med. Löffler, Helga 08321 Zschorlau
		11. 05.	Martinsohn, Heidemarie 02943 Weißwasser
		11. 05.	Roth, Jens 02827 Görlitz
		13. 05.	Dr. med. Oehme, Gisela 09131 Chemnitz
		14. 05.	Georgi, Klaus 08393 Meerane
		14. 05.	Dr. med. Thoß, Ulla 04207 Leipzig
		17. 05.	Michailow, Sawa 04155 Leipzig

18. 05.	Dr. med. Kupetz, Eva 08280 Aue	28. 05.	Dr. med. Palmer, Sabine 04155 Leipzig	29. 05.	Dr. med. Knappe, Otto 01809 Heidenau
19. 05.	Dr. med. Lüdicke, Rolf 04155 Leipzig	30. 05.	Dr. med. Glaß, Heinz 02999 Uhyst	30. 05.	Dr. med. Schwandt, Roland 01558 Großenhain
20. 05.	Hembus, Rainer 02906 Niesky			31. 05.	Dr. med. Neumann, Johann-Gottfried 01156 Dresden
21. 05.	Dr. med. Kafka, Gudrun 01454 Seifersdorf		70 Jahre		
24. 05.	Gampert, Elke 02779 Großschönau	03. 05.	Dr. med. Wegner, Ursula 01900 Großröhrsdorf		82 Jahre
24. 05.	Dr. med. Haufe, Klaus 01454 Radeberg	06. 05.	Dr. med. Hermann, Annemarie 08468 Reichenbach	02. 05.	Dr. med. Abdank, Renate 09337 Hohenstein-Ernstthal
24. 05.	Dr. med. Jurke, Rolf 01187 Dresden	09. 05.	Dr. med. Bloß, Helmut 01734 Rabenau		83 Jahre
26. 05.	Dr. med. Eschemann, Birgit 04157 Leipzig	21. 05.	Dr. med. habil. Görisch, Isolde 04103 Leipzig	04. 05.	Dr. med. Viererbl, Adda 01326 Dresden
27. 05.	Dr. med. Kowalsky, Elisabeth 08496 Neumark	21. 05.	Dr. med. Lorenz, Volker 08062 Zwickau	09. 05.	Dr. med. Schumann, Adelheid 04808 Dornreichenbach
27. 05.	Dr. med. Kunze, Eva-Maria 04158 Leipzig	21. 05.	Dr. med. Steingrüber, Günter 04103 Leipzig	18. 05.	Dr. med. Thomas, Karl 01259 Dresden
27. 05.	Dr. med. Mocek, Frank 04275 Leipzig	23. 05.	Dr. med. Garbe, Charlotte 04416 Markkleeberg	20. 05.	Dr. med. Hartmann, Gottfried 01326 Dresden
28. 05.	Dr. med. Lamla, Monica 01465 Langebrück	27. 05.	Dr. med. Brähmig, Ruth 01454 Radeberg	23. 05.	Dr. med. Mährlein, Wolfgang 09366 Stollberg
28. 05.	Dr. med. Mahn, Gudrun 01219 Dresden	30. 05.	Dr. med. Strauzenberg, Gisela 01731 Saida		84 Jahre
28. 05.	Dr. med. Schmid, Christoph 09238 Auerswalde		75 Jahre	30. 05.	Dr. med. von Gebhardi, Eberhard 08523 Plauen
28. 05.	Thun, Uwe 01796 Pirna	03. 05.	Dr. med. Wiesner, Waltraut 01324 Dresden		88 Jahre
29. 05.	Dr. med. Porstendörfer, Barbara 02943 Weißwasser	03. 05.	Dr. med. Wünsch, Gerhard 08118 Hartenstein	01. 05.	Dr. med. Kretschmar, Ursula 01326 Dresden
31. 05.	Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Päßler, Lutz 01454 Wachau-Feldschlößchen	09. 05.	Dr. med. Dr. rer. nat. Gebler, Konrad 01169 Dresden		90 Jahre
	65 Jahre	12. 05.	Dr. med. Aust, Margot 01157 Dresden	10. 05.	Dr. med. Nauer, Dorothea 02826 Görlitz
02. 05.	Dr. med. Pauli, Waltraud 04318 Leipzig	12. 05.	Dr. med. Klemm, Kurt 08371 Glauchau	15. 05.	Dr. med. Lorenz, Hannchen 08529 Plauen
03. 05.	Dr. med. Hofmann, Gerhard 04105 Leipzig	18. 05.	Dr. med. Wolf, Konrad 04509 Glesien		91 Jahre
08. 05.	Prof. Dr. med. habil. Geißler, Ursula 01279 Dresden	19. 05.	Dr. med. Rothermundt, Annemarie 01705 Freital	01. 05.	Dr. med. Barthel, Franz 09112 Chemnitz
09. 05.	Hesselbarth, Rolf 02997 Wittichenau	29. 05.	Dr. med. Schietzelt, Heinz 01279 Dresden	15. 05.	Prof. Dr. med. habil. Straube, Karl-Heinz 08058 Zwickau
13. 05.	Dr. med. Heidel, Hans-Jochen 04105 Leipzig		80 Jahre	31. 05.	Dr. med. Günther, Wilhelm 01809 Dohna
15. 05.	Dr. med. König, Renate 04179 Leipzig	04. 05.	Dr. med. Küchenmeister, Ursula 01587 Riesa		
15. 05.	Dr. med. Schwarz, Wolfgang 09238 Auerswalde	10. 05.	Dr. med. Jahr, Klaus 01662 Meißen		
16. 05.	Dr. med. Morgenstern, Dieter 02763 Zittau	16. 05.	Dr. med. Trefftz, Friederike 01326 Dresden		
19. 05.	Dr. med. Voges, Garlef 01099 Dresden	20. 05.	Dr. med. Rangs, Erika 08525 Plauen		
21. 05.	Prof. Dr. med. habil. Bach, Otto 01067 Dresden		81 Jahre		
24. 05.	Dr. med. Jänchen, Maria 01129 Dresden	14. 05.	Dr. med. Seyffarth, Annemarie 01809 Heidenau		
24. 05.	Dr. med. Möckel, Rolf 08115 Lichtentanne	15. 05.	Dr. med. Roßberg, Christa 09648 Mittweida		
		25. 05.	Dr. med. Ziesch, Georg 01920 Schmeckwitz		

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich.

Bitte lassen Sie uns das wissen.

Die Redaktion

Professor Dr. med. habil. Joachim Bennek zum 65. Geburtstag



Am 27. April 2002 vollendet Herr Professor Dr. med. Joachim Bennek sein 65. Lebensjahr.

Mit ihm scheidet in absehbarer Zeit einer der profiliertesten deutschen Kinderchirurgen aus dem aktiven Berufsleben.

Professor Bennek erhielt seine kinderchirurgische Ausbildung ab 1963 bei Professor Meißner an der Leipziger Klinik. Nach Facharztanerkennung 1967, Habilitation 1970, Oberarztternennung 1973, Berufung zum Hochschuldozenten 1975, Ernennung zum Stellvertretenden Klinikdirektor 1984, Berufung zum ao-Profes-

sor 1989 und zum C3-Professor für Kinderchirurgie 1994, gipfelte sein geradliniger beruflicher Werdegang 1997 in der Berufung zum Ordinarius und zum Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie an der Universität Leipzig. Frühzeitig und vorausschauend galt sein wissenschaftliches Interesse der Biomedizintechnik und der kinderchirurgischen Intensivmedizin. Zahlreiche Fragestellungen zur Therapie chirurgisch kranker Neugeborener wurden von ihm wissenschaftlich bearbeitet und beantwortet. Revolutionierende Neuerungen auf dem Gebiet der Kindertraumatologie, insbesondere die Orientierung auf funktionell-dynamische Behandlungsverfahren sind eng mit seinem Namen verbunden. Wissenschaftliche und praktische Impulse setzte er im Zusammenhang mit der organerhaltenden Milzchirurgie, der operativen Korrektur anorektaler Fehlbildungen, kontinenzverbessernden Operationen sowie der endokrinen Chirurgie im Kindesalter.

Beruflicher Erfolg und wissenschaftliche Kreativität finden ihren Ausdruck in über 500 wissenschaftlichen Vorträgen, 162 Publikationen, 35 Buchbeiträgen und führten zu Funktionen in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien.

Joachim Bennek hat die Leipziger Kli-

nik im Sinne der Professoren Meißner und Tischer weitergeführt, er hat sie aber auch mit der ihm eigenen Zielstrebigkeit und mit Beharrlichkeit verändert und weiter profiliert. Neuen Entwicklungen in der Kinderchirurgie stellte er sich jederzeit und integrierte diese nach kritischer Prüfung in die Behandlungskonzepte der Klinik. Wie seine Vorgänger entwickelte auch er Operationstechniken und Schwerpunkte, die letztlich die „Leipziger Schule“ begründeten. Dabei war er seinen Schülern ein strenger Lehrer, der die Qualität wissenschaftlicher und täglicher Arbeit stets hinterfragte. Sein eigener hoher Anspruch an das fachliche Niveau war für ihn das Maß aller Dinge. Kollegen, Schüler, Freunde und alle Mitarbeiter der Leipziger Klinik wünschen Professor Bennek zum 65. Geburtstag und für die Zeit des bevorstehenden Ruhestandes Gesundheit, Glück, Zufriedenheit, weitere Schaffenskraft und Harmonie mit all seinen Lieben im schönen Haus im Malvenweg in Mölkau.

Persönlich danke ich Joachim Bennek für kollegiale Zusammenarbeit und Verbundenheit während eines langen gemeinsamen Weges und für eine fortdauernde Freundschaft, die uns noch lange begleiten möge.

Professor Dr. med. Gerd Gräfe

Hilfstransport in die Ukraine

Es könnte schon sein, dass Sie, liebe Leser dieses Heftes, sich fragen, weshalb schon wieder von mir ein Bericht über einen Hilfstransport in die Ukraine nach Wladimir Wolinski ins Waisenhausinternat mit über 350 Kindern geschrieben wird. Über die vielen Engagements der Kameramitglieder, welche gewissermaßen so nebenbei noch laufen, sollten unsere Ärzte des Freistaates Sachsen doch ruhig Kenntnis erhalten. Ich wünschte mir, dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, viel öfter

von der Möglichkeit Gebrauch machen wollten, über Ihre persönlichen Hobbys, Erlebnisse, Aktivitäten und und in unserem „Ärzteblatt Sachsen“ zu berichten. Es würde an Format gewinnen.

Im vergangenen Jahr habe ich einmal Belorussland und viermal die Ukraine in Sachen humanitäre Hilfe aufgesucht. Immer ging es um direkte Transportbegleitung oder um „Kontrollbesuche“, denn es ist mein allerdringlichstes Anliegen, die Sicherheit zu garantieren, dass unsere

Hilfsleistungen gezielt notwendig, ihre Verwendung untadelig und weitere Hilfe unabdingbar ist.

Dies bin ich den großzügigen Spendern schuldig, denn immer wieder betone ich, dass ich mich persönlich um die makellose Verwendung der Spenden kümmere. Es sind übrigens keine spaßigen Fahrten, so vollkommen alleine per Zug mit fünfmal Umsteigen 24 Stunden unterwegs zu sein nach Grodno oder zu zweit mit Marc Schwan per Blitzfahrt non stopp die Uk-

rairie aufzusuchen. Diesmal aber ging es am 19. 10. 2001 wieder mit zwei LKW's und zwei Minibussen nach Wladimir Wolinski ins Waisenhaus und in das Kreis-krankenhaus in Roshischtschek, 70 km von Wladimir entfernt. Die Hilfsgüter für dieses Krankenhaus sammelte die Kirchengemeinde um Altenberg/Erzgebirge, die sich gewissermaßen unserem Transport anschlossen.

Die Kirchengemeinde St. Annen in Anna-berg hatte wieder mehrer Tausend Mark für das Waisenhaus gespendet.

Es ist immer wieder überraschend und begeisternd, wie unser persönliches Engagement von Spendenwilligen unterstützt wird, wissen die Spender doch, dass wir mit Namen und Person für die korrekte Vergabe der Mittel garantieren. Zu meiner großen Erleichterung begleitete ein zweiter Dolmetscher, Frau Lena Berger, Altenberg, den zusätzlichen Transport, denn es ist schon hart, rund um die Uhr übersetzen zu müssen: „Aber nun, übersetze Doktor!“.

Nur in der täglichen Sauna, die wir gemeinsam mit den uns begleitenden Damen aufzusuchen pflegten, ein Vorgang, der von den Ukraine nicht begriffen werden konnte, wurde ich von dieser Aufforderung verschont.



Ukrainische Herbststimmung auf der Heimfahrt.
Foto: Lena Berger

Wir blieben unter uns und ich konnte zwei, drei Stunden die Seele baumeln lassen, ohne ständig die Ohren aufstellen zu müssen.

Wir erreichten unter der Leitung des Herrn Schwan der Diakonie am 19. 10. 2001 Görlitz, wo jetzt neuerdings eine wesentlich zügigere Abfertigung erfolgt. In den späten Nachtstunden schliefen wir – was heißt schliefen, es war ein Ruhen auf den Autositzen – dann drei Stunden in unseren Autos, so dass wir dann am frühen Abend des 20. 10. 2001 bereits an der Grenze zur Ukraine den Formalitäten ausgesetzt waren. Diese sind immer noch äußerst langwierig und nervtötend. Beiderseits der Urkainischen Grenze warteten jeweils 7 km lange LKW-Kolonnen, die für ihren Transfer drei Wochen benötigen!

Wir aber werden außer der Reihe abgefertigt, was trotzdem 7 Stunden dauert.

Am 21. erreichten wir dann nach fast 48 Stunden gegen 4 Uhr das Internat.

Diesmal meldeten wir uns erst gar nicht an, sondern legten uns zunächst für drei Stunden in die Wagen, weil wir eine umständliche Verteilung auf die Quartiere zur unpassenden Zeit vermeiden wollten. Das brachte uns liebevollen Ärger ein, weil die dortige Gastfreundschaft eine „Störung zu unpassender Zeit“ nicht kennt. Wir mussten versprechen, nie wieder in den Wagen vor den Toren des Internats zu übernachten!

Da unsere Ankunft ein Sonntag war, mussten wir uns gedulden, denn der örtliche Zoll konnte die Hilfsgüter nicht in Empfang nehmen.

Wie immer erlebten wir total erschöpften „Hilfsmenschen“ die umwerfende Gastfreundschaft der Ukrainer, welche die abendliche Sauna schon obligatorisch einschloss. Am Montag wurden dann unter gestrenger Kontrolle der Zöllner die Wagen entladen und der Inhalt deponiert, denn die Freigabe durch den Zoll erfolgt erst nach Wochen. Die Altenberger fuhren ins Kreiskrankenhaus Roshischtschek, ich selbst besuchte mit Marc Schwan unser Sorgen-

kind Andre, der Ihnen schon bekannt ist. Leider erlitt er im März ein drittes Rezidiv seiner Leukämie.

Ich fand ihn damals, durch hohe Prednisongaben unförmig aufgetrieben, in einem trostlosen Zustand vor. Aber die durch unsere Hilfe organisierten Medikamente haben geholfen. Zurzeit ist er symptomfrei, jedoch hochgradig anämisch.

Es ist bedrückend, die Eltern zu erleben, die alle weiteren Behandlungen von ihren eigenen erbärmlichen Gehältern (um 30 \$/Monat) bezahlen müssen. Der Vater Sascha ist inzwischen arbeitslos. Es folgte noch ein „Kontrollbesuch“ im Pflegeheim der Stadt, zirka 15 km außerhalb, welches wir schon mehrfach mit Hilfsgütern versorgt hatten. Diesmal konnten wir einen Warmwasser-Boiler übergeben. Seit einem Jahr gab es keine Versorgung mit warmen Wasser im Heim, welches mit unserer Hilfe fast vollkommen renoviert wurde. Nur noch die erbarmungswürdige Küche braucht unsere Hilfe.

Am 24. Oktober ging es dann bei wunderbarem Herbstwetter mit freundlicher Morgensonne, bezaubernder Herbstfärbung und blauem Himmel wieder zurück nach Deutschland.

Anders, als auf der Hinfahrt, wo wir wegen eines gerissenen Keilriemens, den Marc Schwan zunächst mit einer Strumpfhose bis zur nächsten Tankstelle ersetzte, wo dann ein neuer Keilriemen montiert wurde, ging es problemlos nach Hause. Ich kann nur wiederholen: Sichtlich haben wir immer einen Schutzengel dabei! Darf ich mir denn, liebe Kolleginnen und Kollegen, erlauben, um Geldspenden zu bitten?

Diakonie Annaberg

Sparkasse

Konto: 3318000638

BLZ: 870 570 00

Kennwort: Hilfe für Waisenhaus Ukraine
Für Spendenquittung vollständigen Namen und Anschrift nicht vergessen!

Dr. med. Clemens Weiss
Leipzig