

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 5/2002

Berufspolitik	Arztzahlenentwicklung in Sachsen	180
	Positionspapier zur aktuellen kinderärztlichen Versorgung in Sachsen	183
	Leserbrief Dr. Brosche	186
	Leserbrief Dr. Tellkamp	187
	Fünf Jahre berufsrechtliches Verfahren	188
	Die FDP Gesundheitspolitik	189
	Dresdner Qualitätstage	190
	Die Rezertifizierungsdiskussion	190
Amtliche Bekanntmachungen	Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung	191
Mitteilungen der Geschäftsstelle	12. Sächsischer Ärztetag	192
	Konzerte und Ausstellungen	193
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	193
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	194
	Impressum	194
Originalien	W. Pradel, R. Müller, G. Lauer, E. Eckelt Das interdisziplinäre Behandlungskonzept von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	195
	J. Fangmann und J. Hauss Bedeutung und Chancen der Lebendnieren-Transplantation	199
Leserbriefe	Dr. Heinrich Günther	204
	Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern	204
Medizingeschichte	H. Zehmisch Das Erbgesundheitsgericht	205
Personalia	Unsere Jubilare im Juni	208
	Prof. Dr. med. habil. Otto Bach zum 65. Geburtstag	209
	Dr. med. Hans-Jochen Heidel zum 65. Geburtstag	209
Kultur und Kunst	Winfried Melzer – Fotografie	210
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Juli 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.

Arztzahlenentwicklung in Sachsen

In den vergangenen Wochen und Monaten kam es auch durch die offensive Informationspolitik der Sächsischen Landesärztekammer zur Problematisierung des bevorstehenden Ärztemangels in den Medien und in der Politik. Mittlerweile erreichen zahlreiche Anfragen die Sächsische Landesärztekammer, um Informationsmaterial zu den Ursachen, der weiteren Entwicklung und Lösungsmöglichkeiten dieser Problematik zu erfragen. In den letzten Heften des „Ärztblatt Sachsen“ haben wir in einigen Artikeln auf das Problem der medizinischen Versorgung in der Zukunft aufmerksam gemacht und politische Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Im vorliegenden aktuellen Heft möchten wir nun zwei Studien zur Entwicklung der Arztzahlen detailliert vorstellen, damit sich die Leserinnen und Leser selbst ein konkretes Bild von der prekären Situation machen können. Zuerst zeigt die Landesärztekammer als Standesorganisation aller Ärzte die Erhebungen für die Entwicklung der Arztzahlen in ganz Sachsen (Stand 31. 12. 2001). Daran schließt sich eine Untersuchung des Verbandes der Kinder- und Jugendmediziner für den speziellen pädiatrischen Facharztbereich an (Stand 31. 12. 2000).

Ausgangslage

Die erfreulicherweise zunehmende Lebenserwartung der Menschen erfordert eine intensivere medizinische Betreuung unter Einsatz neuester wissenschaftlicher Entwicklungen. Die Bürgerinnen und Bürger haben in einem hohen Alter einen durch viel Arbeit und Beitragszahlungen

erworbenen Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung. Grundlagen dafür sind, unter anderem, ausreichend vorhandene Fachärzte aller Fachgebiete. Dies ist mittelfristig nicht mehr gewährleistet. Warum?

Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist das derzeitige Durchschnittsalter der unter 69jährigen Vertragsärzte in Deutschland auf 49,48 Jahre gestiegen (Abbildung 1). Gleichzeitig ist der Anteil der unter 35jährigen Ärzte, also der Nachwuchs, in den vergangenen sechs Jahren von 26,1 % auf 18,8 % gesunken. An dieser Stelle werden zwei Problemfelder deutlich: Zum einen das hohe Durchschnittsalter und zum anderen der Nachwuchsmangel (Abbildung 2).

Altersentwicklung in Sachsen

Beide oben genannten Problemfelder wirken sich in Ostdeutschland ganz besonders aus. Durch die Entstehung zweier deutscher Staaten 1949 kam es auf dem Gebiet der DDR zu einer Verringerung der Studenten- und Absolventenzahlen auf Grund der erschwerten Zugangsbedingungen zum Studium. Viele der damals in der ehemaligen DDR berufstätigen Ärzte gehen nun bis 2010 in den verdienten Ruhestand. Das Problem besteht deshalb nicht nur in Sachsen, sondern in allen neuen Bundesländern. Die Sächsische Landesärztekammer hat aus der Analyse ihrer statistischen Daten errechnet, dass von den derzeit 13.833 berufstätigen sächsischen Ärzten circa 30% bis

2010 aus Altersgründen ausscheiden. Vergleicht man einzelne Fachgebiete, so ergeben sich Differenzen zum Ist-Stand 2001 (Tabelle 1).

Tabelle 1: Prognostizierte Entwicklung der sächsischen Arztzahlen in ausgewählten Fachgebieten

	31.12.2001	31.12.201	Rückgang %
Hygiene und Umweltmedizin	28	12	-58
Arbeitsmedizin	119	58	-51
Öffentliches Gesundheitswesen	48	24	-50
Allgemeinmedizin/Praktiker	2.754	1.473	-48
Nervenheilkunde	337	168	-48
Pathologie	73	40	-46
Laboratoriumsmedizin	27	15	-45
Kinderheilkunde	764	450	-42
Chirurgie	935	655	-30
Psychotherapeutische Medizin	29	21	-28

Betrachtet man allein die Zahlen, so ist der stärkste Rückgang in den Gebieten Öffentliches Gesundheitswesen (-50%), Arbeitsmedizin (-51%) sowie Hygiene- und Umweltmedizin (-58%) zu verzeichnen. Auf Grund der besonderen Aufgaben (Sicherstellung) wird sich der Rückgang aber vor allem in den Fachgebieten der Allgemeinmediziner und Praktiker (-48%) sowie der Kinderheilkunde (-42%) für Patienten bemerkbar machen (Abbildung 3), weil davon auszugehen ist, dass entstehende Versorgungslücken auf dem Lande weniger gut auszugleichen sind als in der Stadt. Hinzu kommt bei den Allgemeinmediziner, dass es eine besonders hohe Anzahl von Ärzten in der Altersgruppe der 55- bis 59jährigen gibt. (Abbildung 4)

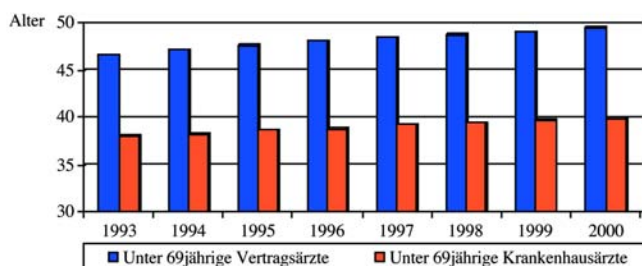


Abbildung 1: Altersdurchschnitt der Ärzte in Deutschland (Quelle: KBV 2001)

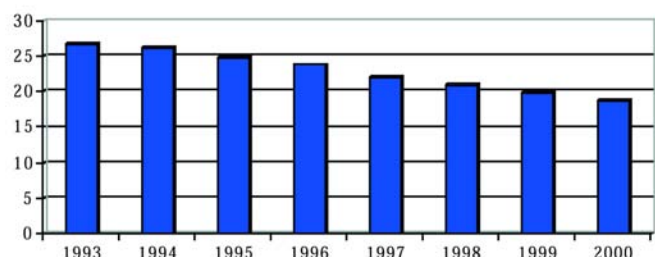


Abbildung 2: Anteil der unter 35jährigen Ärzte in % (Quelle: KBV 2001)

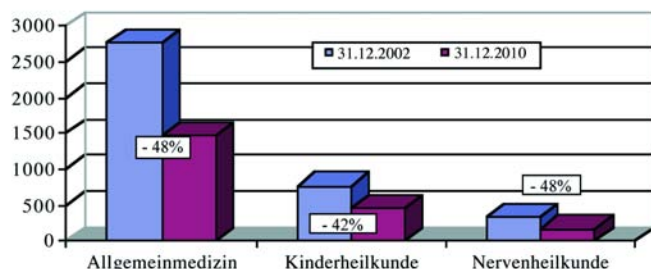


Abbildung 3: Prognose des Ärzterückgangs für drei ausgewählte Fachgebiete in Sachsen

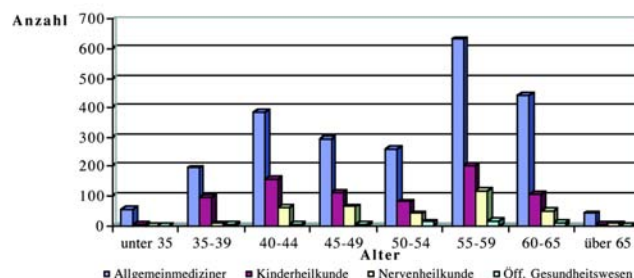


Abbildung 4: Anzahl der Ärzte pro Altersgruppe ausgewählter Fachgebiete in Sachsen

Die hier dargestellten Prognosen würden dann im vollen Umfang eintreffen, wenn keine jungen Mediziner nachrücken. An Deutschlands Universitäten sind ausreichend Studienplätze für das Medizinstudium vorhanden und werden jedes Jahr im vollen Umfang von Studenten belegt. Das könnte zu der Annahme führen, dass die medizinische Versorgung durch einen ausreichenden Nachwuchs an Ärzten gesichert ist. Dem ist aber nicht so.

Der Nachwuchs fehlt

Wie schon in Abbildung 2 dargestellt, geht der Anteil der unter 35jährigen Ärzte stetig zurück. Auch die Anzahl von Absolventen (Abbildung 5) und Ärzten im Praktikum nahm in Deutschland seit 1996 um 40% ab (Abbildung 6).

In Sachsen verlief die prozentuale Entwicklung ähnlich. Interessant für die Situation in Sachsen ist nun die Frage: Wie sieht die Diskrepanz zwischen der Anzahl an Studienanfängern im Bereich Humanmedizin und der rückläufigen Entwicklung im Nachwuchsbereich für unser Bun-

desland aus? Die Sächsische Landesärztekammer hat anhand von eigenen Statistiken und Zahlen der sächsischen Hochschulen den „Verlust“ ermittelt (Abbildung 7).

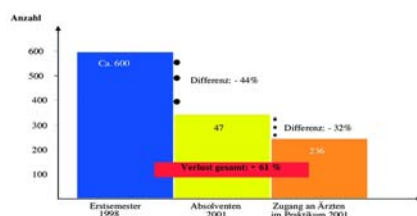


Abbildung 7: „Verlust“ an Nachwuchsmedizinern vom Studienbeginn bis zum Arzt im Praktikum in Sachsen

Aus der Gegenüberstellung wird deutlich, dass trotz ausreichender Studienplätze der Humanmedizin in Sachsen fast zwei Drittel nicht in diesem Bundesland in der Praxis ankommen. Auf Bundesebene beträgt der Verlust rund 40%. Der Wert für Sachsen beinhaltet alle Einflussfaktoren wie Studienabbruch oder -wechsel, Hochschulwechsel, Abwanderung in anderes Bundesland, im Ausland oder einem

alternativen Beruf und lässt somit keine definitive Aussage für einen Verlust an Nachwuchsmedizinern insgesamt zu. Zeigt aber im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine besonders negative Tendenz in der ärztlichen Nachwuchsentwicklung für Sachsen, weil ein Ausgleich der freien Studienplätze und AiP-Stellen durch Zuwanderung von Studenten oder Absolventen aus anderen Bundesländern nicht erfolgt.

Leider ist eine konkrete Aussage über die persönlichen Gründe, sich gegen das Bundesland Sachsen oder für ein anderes Studium zu entscheiden, nicht möglich. Es gibt weder an den sächsischen Hochschulen noch an anderen Einrichtungen Erhebungen dazu. Man kann natürlich Vermutungen anstellen. Zu den Gründen können familiäre Ursachen zählen wie auch die Wahl einer anderen Hochschule oder finanzielle Motivationen. Ganz sicher aber spielen die schlechten Arbeitsbedingungen und das durch die Politik in Verruf gebrachte Ansehen der ärztlichen Tätigkeit eine wesentliche Rolle für diesen Zustand. Hinzu kom-

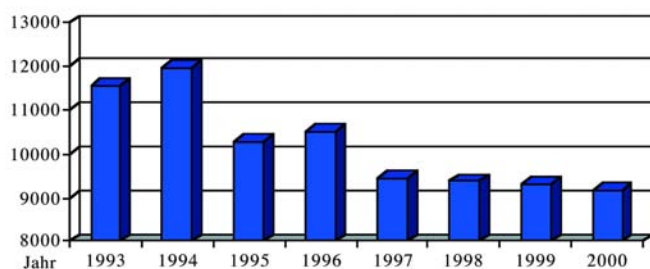


Abbildung 5: Absolventen in Deutschland (Quelle: KBV 2001)

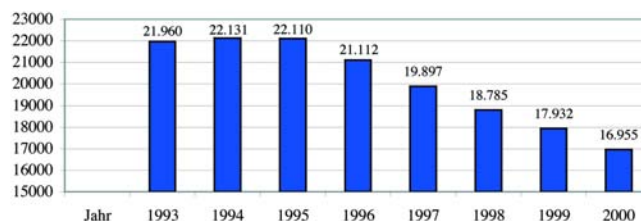


Abbildung 6: Ärzte im Praktikum in Deutschland (Quelle: KBV 2001)

men noch sehr kurz befristete Arbeitsverträge und eine geringere Bezahlung in allen Bereichen im Vergleich zu den alten Bundesländern.

Defizite bereits vorhanden

Schon heute macht sich ein Rückgang in allen Facharztbereichen bemerkbar. Praxen finden keine Nachfolger – aktuell stehen laut Angaben des Berufsverbandes der Hausärzte 46 Arztpraxen leer.

In Krankenhäusern müssen freie Stellen bis zu vier Jahre lang ausgeschrieben werden und die Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt oder bei der Bundesanstalt für Arbeit (BfA) nehmen rapide zu (Abbildung 8). Waren es 1997 noch 1.800 Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt, so sind es 2001 3.640 Anzeigen gewesen.

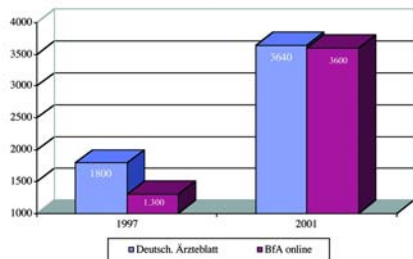


Abbildung 8: Stellenausschreibungen für Fachärzte in Deutschland (Quelle BfA 02/2002)

Die Zunahme von Stellenanzeigen für Nachwuchsärzte ist besonders dramatisch. In der Neurochirurgie nahm der Anzeigenteil im Deutschen Ärzteblatt 2001 um 142% im Vergleich zum Vorjahr zu, bei der Urologie um 81% und der Orthopädie um 61% (Abbildung 9). Die Besetzung von Stellen erfolgt damit nicht mehr wie früher über informelle Kanäle, sondern verstärkt durch Ausschreibung, weil man keine Ärzte mehr findet. Auch aus Tschechien und Polen kommen Meldungen einer Zunahme von Stellenanzeigen deutscher Krankenhäuser. Mit anderen Worten: Es handelt sich nicht um ein Problem der Zukunft, sondern um ein aktuelles Defizit. Darauf machte die

Sächsische Landesärztekammer bereits vor über einem Jahr in Gesprächen mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie sowie dem Bundesgesundheitsministerium aufmerksam. Doch die Landes- und auch Bundespolitik sah sich nicht veranlasst, eher zu reagieren. Und auch heute sind Konzepte für eine Lösung des Problems auf Seiten der Politiker nicht vorhanden. Gleichzeitig wandern laut Angaben des statistischen Landesamtes in Kamenz mehr junge Bürger aus Sachsen ab, als dass eine Zuwanderung erfolgt. Es soll an dieser Stelle aber nicht näher auf die Vielzahl längst überfälliger politischer Veränderungen in der medizinischen Ausbildung und der Bedingungen für die ärztliche Tätigkeit eingegangen werden, weil dazu in den Heften 3 und 4/2002 des „Ärzteblatt Sachsen“ schon ausführlich durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (unter anderem Mitglied der Vorstands-Arbeitsgruppe „Arztzahlenentwicklung“ bei der Bundesärztekammer), berichtet wurde. Aber eines muss noch dargestellt werden: Der allseits bekannte Bevölkerungsrückgang wird das Problem einer mangelnden medizinischen Versorgung auf Grund fehlender Ärzte in der nahen Zukunft nicht lösen. Nach aktuellen Erhebungen liegt

die Talsohle des Bevölkerungsrückgangs für Sachsen bei den heute 6 bis 8jährigen Kindern. Bevor sich dieser Rückgang in der medizinischen Betreuung bemerkbar macht, müssen noch 40 Jahre ins Land gehen. Bis dahin wird es neben der geringen Anzahl an jüngeren Menschen eine sehr viel größere Anzahl älterer Menschen geben, die viel umfassender medizinisch betreut werden müssen. Und 2050 haben wir nach weltweiten Berechnungen der UNO das nächste Problem: Mehr ältere als junge Menschen, also doppelter medizinischer Betreuungsaufwand mit der Hälfte an Personal.

Deshalb kann es nur als kurzfristige Lösung darum gehen, für ausreichenden Nachwuchs im medizinischen Bereich zu sorgen. Langfristig müssen sich, ähnlich wie in der Rentendebatte, die Strukturen ändern, um die anstehenden Probleme der Zukunft zu lösen. Und das wird zuerst auch den Patienten treffen. Der Prävention wird in diesem Zusammenhang noch eine zentrale Rolle zukommen. Die Sächsische Landesärztekammer beteiligt sich deshalb auch 2002 wieder an den ärztlichen Präventionstagen. Am 31. August 2002 wird es die zentrale Auftaktveranstaltung zum Thema „Gesundheitsförderung im mittleren Erwachsenenalter“ geben.

kö

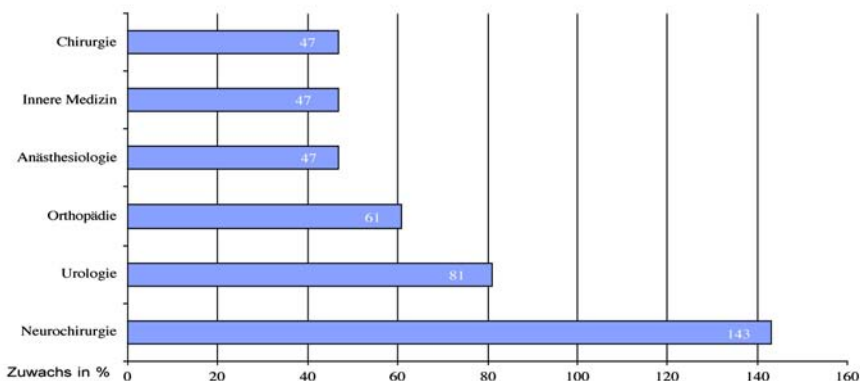


Abbildung 9: Zuwachsraten von Stellenausschreibungen im Deutschen Ärzteblatt von 2000 zu 2001 für Nachwuchsärzte in % (Quelle BfA 02/2002)

K. Hofmann, J. Prager, A. Klinghammer, H.-J. Nentwich, V. Jährig

Positionspapier zur aktuellen kinderärztlichen Versorgung in Sachsen

Heute stehen etwa 10.400 Kinder- und Jugendärzte im Berufsleben, davon 6106 niedergelassene Kinderärzte in Praxen, 3128 angestellte Krankenhausärzte und etwa 1200 Kinderärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die nachfolgende Tabelle 1) zeigt den aktuellen Stand der niedergelassenen Kinderärzte in Deutschland.

Tabelle 1: Niedergelassene Kinderärzte pro Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern per 31.12.2000

	Niedergelassene Kinderärzte je 10.000 Einw.	
Deutschland	6106	0,7
Baden-Württemberg	785	0,7
Bayern	883	0,7
Berlin	335	1,0
Brandenburg	200	0,8
Bremen	70	1,1
Hamburg	154	0,9
Hessen	417	0,7
Mecklenburg-Vorpommern	145	0,8
Niedersachsen	483	0,6
Nordrhein-Westfalen	1250	0,7
Rheinland-Pfalz	272	0,7
Saarland	70	0,7
Sachsen	402	0,9
Sachsen-Anhalt	250	0,9
Schleswig-Holstein	196	0,7
Thüringen	194	0,8

Die zu Beginn der Wiedervereinigung bestehenden Unterschiede in der Zahl der niedergelassenen Kinderärzte bezogen auf je 10.000 Einwohner haben sich weitgehend angeglichen.

Kinderärztliche Versorgung in Sachsen zum 31. 12. 2000

Sinkende Geburtenzahlen und der Versorgungsstand der Kinderärzte in Sachsen vom 15.08.2001 sind uns selbstverständlich bekannt. Allerdings können wir in Sachsen seit 1995 eine kontinuierlich steigende Geburtenrate beobachten mit deutlich über 30.000 Lebendgeborenen jährlich seit dem Jahr 1998. Die noch bestehende Überversorgung ist ausgewiesen durch 9 gesperrte Planungsbereiche für den Regierungsbezirk Dresden, durch 6 gesperrte Planungsbereiche für den Regierungsbezirk Leipzig sowie 11 ge-

sperrte Planungsbereiche für den Regierungsbezirk Chemnitz. Diese zum jetzigen Zeitpunkt real nachweisbare Überversorgung muss in Beziehung gesetzt werden zu 402 niedergelassenen Kinderärzten

Tabelle 2: Aktuelle Altersstruktur der Kinderärzte in Sachsen

Alter	Anzahl	Niederlassung	Krankenhaus	Sonst. ärztl. Tätigkeit
< 30	0	0	0	0
30-35	5	1	4	0
35-40	96	28	56	12
40-45	157	78	67	12
45-50	112	66	37	9
50-55	80	43	28	9
55-60	204	124	55	25
60-65	106	59	29	18
> 65	4	3	1	0
Summe	764	402	277	85

pro 10.000 Einwohner zum 31.12.2000. Zwei Dinge sind für eine exakte Bewertung wichtig, die Altersstruktur der Sächsischen Kinderärzte und die pädiatrische Weiterbildung in unserem Lande.

Die Zuordnung erfolgt analog der Bundesärztestatistik, gezählt wird das angeführte Gebiet bzw. das zuletzt erworbene. Die Rubrik sonstige ärztliche Tätigkeit enthält neben den Kinderärzten im Öffentlichen Dienst auch Ärzte in der Pharmaindustrie sowie angestellte Ärzte im Bereich Niederlassung unter anderem. Die Zahlen muss man eigentlich nicht kommentieren, sie sprechen für sich allein. So werden bis zum Jahr 2005 110 Kinderärzte, die zum 31. 12. 2000 älter als 60 Jahre alt waren, aus dem Berufsleben ausscheiden – das sind 14,3 % der säch-

sischen Kinderärzte. Dramatisch verschlechtert sich die Situation der Kinderärzte in den folgenden fünf Jahren bis zum Jahr 2010. Zu diesem Zeitpunkt werden von den insgesamt 764 Kinderärzten in Sachsen 314 ihre Berufstätigkeit beendet haben, das sind 41,2 %! Diese 314 Kinderärzte in Sachsen, die bis zum Jahr 2010 altersbedingt aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, müssen auf die drei Bereiche Niederlassung, Krankenhaus und sonstige ärztliche Tätigkeiten aufgeschlüsselt werden. In Tabelle 3 und 4 findet sich die anteilmäßige Verteilung der Kinder- und Jugendärzte in Sachsen.

Tabelle 3: Kinderärzte in Sachsen > 55 Jahre zum 31. 12. 2000

n	Niederlassung	Krankenhaus	Sonstige ärztliche Tätigkeiten
314 = 41,2 %	186	85	43

Tabelle 4: Kinderärzte in Sachsen > 60 Jahre zum 31. 12. 2000

n	Niederlassung	Krankenhaus	Sonstige ärztliche Tätigkeiten
110 = 14,3 %	62	30	18

Bis zum Jahr 2010 werden in Sachsen 186 niedergelassene Kinderärzte altersbedingt ihre Berufstätigkeit beenden, 85 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin werden in den Krankenhäusern ihre Tätigkeit beendet haben und 43 angestellte Kinderärzte stehen altersbedingt nicht mehr im Öffentlichen Dienst zur Verfügung.

Aus diesen Zahlen geht ganz eindeutig hervor, dass es bis zum Jahre 2010 in Sachsen zu einer dramatischen Verschlechterung im Versorgungsstand der Kinderärzte kommt.

Die Altersstruktur der Kinderärzte in Sachsen kann im Verhältnis 1:1 direkt auf die neuen Bundesländer übertragen

werden. In Tabelle 5 findet sich die zahlenmäßige Aufstellung für die niedergelassenen Kinderärzte in den neuen Bundesländern.

Tabelle 5: Niedergelassene Kinderärzte in den neuen Bundesländern (NBL)

Niedergelassene Kinderärzte NBL	n
Brandenburg	200
Mecklenburg-Vorpommern	145
Sachsen	402
Sachsen-Anhalt	250
Thüringen	194
Berlin	335
Summe	1526

Bis zum Jahr 2010 werden von 1526 niedergelassenen Kinderärzten in den neuen Bundesländern 628 ihre berufliche Tätigkeit altersbedingt beenden. Das heißt, wir brauchen für den Erhalt einer flächendeckenden Versorgung mit Kinderärzten allein 628 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Diese Zahl an Kinderärzten müsste bis zu diesem Zeitraum in den neuen Bundesländern ausgebildet werden, wenn ein ausreichender kinderärztlicher Versorgungsgrad aufrecht erhalten werden soll.

Keine Berücksichtigung können in dieser Statistik jene Ärzte finden, die gar nicht bis zum 65. Lebensjahr ihren Beruf ausüben.

Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Sachsen

Mit Erstaunen mussten wir bei unseren Recherchen feststellen, dass zu den Weiterbildungsassistenten im Gebiet Kinderheilkunde keine Informationen vorliegen. Eine Erfassung und statistische Auswertung erfolgt im Rahmen der Bundesärztestatistik nicht. Hier stellt sich die Frage, ob das für alle Bundesländer zutreffend ist.

Die erhobenen Daten basieren auf einer Analyse der Vereinigung Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Sachsens zum 30. 04. 2001. Von 32 Kliniken haben sich 28 daran beteiligt, die Ergebnisse sind somit repräsentativ.

Bis zum Jahr 2005 werden von 68 pädiatrischen Weiterbildungsassistenten 46 ihre Facharztausbildung ohne Unterbrechung abschließen können. 10 von 68 Weiterbildungsassistenten wissen nicht, wo sie ihre Facharztausbildung beenden können, 9 von 17 AiP wissen nicht, wo sie ihre Facharztausbildung beginnen werden. Damit stehen 2005 bestenfalls 46 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung.

Auf der Basis dieser exakt erhobenen Daten werden 2010 in Sachsen mehr als 200 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin fehlen. Als Ursachen lassen sich eindeutig die Altersstruktur der sächsischen Kinderärzte sowie eine völlig unzureichende Zahl pädiatrischer Weiterbildungsstellen benennen.

Stellungnahme zur KBV-Studie zu Arztzahlen von

Dr. rer.pol. Thomas Kopetsch Überaltert zu wenig Nachwuchs

(Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 99, Heft 9, 2002, S. A 554 - 547)

In einem Thesenpapier der KBV vom 10.01.02 führt Herr Kopetsch wörtlich dazu aus:

„Bis 2010 wird die Zahl der Kinderärzte sowie der Kinder und Jugendlichen voraussichtlich um 9 % zurückgehen, wobei sich die Betreuungsrelation Kinder je Vertragsarzt noch verbessern wird. Allerdings wird in den Neuen Bundesländern das Problem bestehen, eine flächendeckende Versorgung mit Kinderärzten zu gewährleisten.“

Das trifft so für die kinderärztliche Versorgung in Sachsen und in den Neuen Bundesländern nicht zu. Von Herrn Kopetsch wird die Altersstruktur der Kinderärzte und die pädiatrische Weiterbildungssituation völlig außer Acht gelassen.

■ Von 764 Kinderärzten in Sachsen zum 31.12.2000 werden bis zum Jahre 2010 altersbedingt 314 ausscheiden, das sind 41,2 %! Davon entfallen allein 186 auf Kinderärzte, die in einer Kinderarzt-

praxis tätig sind. Das sind 59 % aller bis zum Jahre 2010 ausscheidenden Kinderärzte.

■ Bis zum Jahre 2005 werden lediglich 46 Weiterbildungsassistenten ihre Facharztausbildung beenden und vorwiegend im klinischen Bereich ihre ärztliche Tätigkeit aufnehmen.

Daher müssen von den Sächsischen Kinderärzten die Ausführungen von Herrn Kopetsch zu einem erwarteten Kinderarzttrückgang von 9 % bis 2010 für Sachsen und die Neuen Bundesländer mit aller Entschiedenheit als falsch und unverantwortlich zurückgewiesen werden. Diese 9 % weniger Kinderärzte bis zum Jahre 2010 sind für die Neuen Bundesländer illusionär, der drohende Kinderärztemangel in den Neuen Bundesländern wird von der KBV einfach ignoriert.

Vielmehr wird sich bereits nach dem Jahre 2005 die Situation für die kinderärztliche Versorgung in Sachsen erheblich verschlechtern.

■ Der Anspruch auf eine flächendeckende kinderärztliche Versorgung in Sachsen kann nicht mehr aufrecht erhalten werden.

■ Der bisherige gute Standard in der ambulanten medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen kann nicht mehr gehalten werden.

■ Für uns stellt sich deshalb bereits jetzt die Frage, wo sollen jene Kinderärz-

te ausgebildet werden, die wir ab 2005 in den Kinderarztpraxen und im Öffentlichen Dienst benötigen?

Das sind alles gesundheitspolitisch aktuelle und wie wir meinen auch wichtige Fragen, auf die die Kinderärzte in Sachsen von der KBV, den Krankenkassen, vom Bundesministerium für Gesundheit und von den politischen Parteien eine konzeptionelle Antwort und praktikable Lösungsvorschläge erwarten. Leider ist davon weit und breit nichts zu sehen.

Notwendige Maßnahmen zur Abwendung des drohenden Kinderärztemangels in Sachsen

Nach unserer Einschätzung muss ein Bündel von Maßnahmen sofort auf den Weg gebracht werden, wenn eine flächendeckende kinderärztliche Versorgung in Sachsen auch in Zukunft erhalten werden soll.

1. Außerhalb des ärztlichen Stellenplans der Kinderkliniken und Kinderabteilungen müssen zusätzliche pädiatrische Weiterbildungsstellen geschaffen werden. Nur so kann der bis 2010 drohende Kinderarztmangel gebremst werden.

2. Der Bedarf an niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten findet in den ärztlichen Stellenplänen der Krankenhäuser kaum Berücksichtigung, obwohl in der ambulanten pädiatrischen Versorgung doppelt so viele Kinderärzte bis 2010

altersbedingt ausscheiden im Vergleich zu den Kinderkliniken. Ebenso benötigen wir auch Kinder- und Jugendärzte für den Öffentlichen Dienst.

3. Die benötigten pädiatrischen Weiterbildungsstellen müssen außerhalb des Budgets der Krankenhäuser durch Bereitstellung zusätzlicher Mittel finanziert werden. Die kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen müssen deshalb von Beginn an mit in das Boot geholt werden.

4. Jenen Weiterbildungsassistenten in Sachsen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wissen, wo sie ihre Facharztausbildung beenden können, muss die Möglichkeit gegeben werden, ihre Facharztausbildung an einer größeren Fachabteilung unseres Landes abzuschließen. Dazu muss die Finanzierung der weiteren Ausbildung außerhalb des Budgets dieser Kliniken abgesichert sein.

5. Wir fordern die Übernahme des Förderungsprogramms für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin auch für die Kinderärzte.

Die unverzichtbaren und immer größer werdenden Weiterbildungsinhalte, insbesondere auf den gesundheitspolitischen wichtigen Gebieten von Prävention, Vorsorgeuntersuchungen, pädiatrischer Infektiologie sowie der Sozialpädiatrie können den pädiatrischen Weiterbildungsassistenten nur in der Kinderarztpraxis ver-

mittelt werden. Das ist aber nur möglich, wenn der Weiterbildungsassistent 12 Monate seiner gesamten Weiterbildungszeit praxisnahe bei einem niedergelassenen Kinderarzt absolviert. Für diesen Zeitraum ist natürlich an den Kliniken ein personeller Ersatz notwendig. Dadurch könnte die Kapazität der pädiatrischen Weiterbildung insgesamt um 20 % erhöht werden – und das ist dringend erforderlich.

6. Im zwölften Jahr der Wiedervereinigung fordern wir die sofortige Anhebung der Vergütung für die Ärzte im Praktikum (AiP) in ostdeutschen Krankenhäusern an Westniveau. Wir können nicht weiter zusehen, wie junge Ärzte in das Ausland und in die alten Bundesländer abwandern.

7. Eine Lösung des Kinderärztemangels in Sachsen in irgendeiner green card-Form wird vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte mit aller Entschiedenheit ab-

gelehnt. Wenn die verantwortlichen Gesundheitspolitiker sich die Förderung des Hausarztssystems auf ihre Fahnen geschrieben haben, dann müssen sie zuerst für eine genügend große Zahl von Kinderärzten und Allgemeinmedizinern sorgen und deren Weiterbildung sicherstellen.

8. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen, Landesärztekammer, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Fachgesellschaften und verantwortlichen Gesundheitspolitikern ist dafür eine unbedingt notwendige und unerlässliche Voraussetzung. Die Kinderärzte in Sachsen sind dazu jederzeit bereit.

Es ist uns deshalb ein großes Anliegen, die drohenden Defizite in der kinderärztlichen Versorgung unseres Landes in die Öffentlichkeit zu bringen, sonst läuft uns die Zeit davon. Die Kinder- und Jugend-

heilkunde hat in Sachsen nur eine Chance, wenn sie eine numerische Größe hat und wenn alle gemeinsam dafür kämpfen.

Dr.med.A.Klinghammer
Vorsitzender der Sächsisch-Thüringischen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

PD Dr.med.J.Prager
Vorsitzender der Vereinigung der Leitenden
Kinderärzte und Kinderchirurgen Sachsens

Prof.Dr.med.H.-J.Nentwich
Vizepräsident des BVKJ

Dr.med.K.Hofmann
Vorsitzender des LV Sachsen

Dr.med.V.Jählig
1. Stellvertreter des LV Sachsen

Korrespondenzadresse:
Dr. med. K. Hofmann
Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen
im BVKJ
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Flemmingstraße 4, 09116 Chemnitz

Leserbriefe zum Thema

Dr. med. Jörg Brosche
Hauptstraße 12
01689 Weinböhla

11. 4. 2002

Sehr geehrte Kollegen!

Natürlich können wir alle weiter auf hohem Niveau jammern, weil die Probleme im Osten untragbar geworden sind! Und Expertokraten richten über die Parteien zukünftig noch Schlimmeres an. Vielleicht ist mit der Bundestagswahl kein Politikwechsel möglich. Aber wir haben es in der Hand, alle 5 bis 10 % Nichtwähler-Patienten zur Wahl aufzufordern und so das Thema Gesundheit hinter dem Thema Arbeitslosigkeit in



der Gesellschaft zu platzieren. Von den Parteien haben wir nichts zu erwarten! – Und überhaupt von Niemandem etwas! Ich habe die abgebildeten Einkaufswagenchips für meine Patienten entwickelt und mache damit öffentlich aufmerksam. Überhaupt bietet sich das Verteilen dieser Chips bei vielen Gelegenheiten an.

Es muss uns nicht peinlich sein, penetrant auf die Mangelzustand aufmerksam zu machen! Machen Sie mit! Deutschland geht nicht t-online! – Deutschland geht zur Wahl im September!

Wer endlich mal Handeln will, kann diese Chips unter (0 35 91) 60 18 60 und Fax: (0 35 91) 60 18 59 bestellen. Kosten: pro Praxis ca. 300 Stück = ca. 45 Euro.

PS. Natürlich bringt es nichts. Aber nichts zu tun führt in die Depression. Nicht mehr fragen! Einfach was tun.

Dr. Jörg Brosche

Dr. Frank Tellkamp
Am Pressgrund 11
01328 Dresden

An die Redaktion
Ärzteblatt Sachsen

12. 2. 2002

Gedanken zum Editorial

Prof. Schulze „Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?“

(„Ärzteblatt Sachsen“ 2/2002) aus der Sicht eines nicht mehr tätigen Arztes

1. Ist es wirklich so, dass in den nächsten Jahren in der hausärztlichen Versorgung besonders im ländlichen Raum ein realer Betreuungsnotstand für die Patienten auszurufen ist oder gibt es da nicht viel eher ein Strukturproblem, das von der Ärzteschaft selbst dringlich angepackt werden muss? Was würde beispielsweise passieren, wenn der Hausarzt (Allgemeinarzt oder hausärztlicher Internist) statt nach EBM „nur“ noch nach einer – allerdings angemessenen – quartalsbezogenen „Kopf“-pauschale vergütet wird? Wettbewerb um den Patienten statt um EBM-Zahlen? Sinkender Verwaltungsaufwand, sinkende Kosten, mehr Patientenzuwendung – auf keinen Fall schlechte Betreuungs-Qualität. Das freiwerdende Geld (fixe und variable Kosten) könnte zum Beispiel der hausärztlichen Nachwuchsförderung zufließen. Die Ärzteschaft selbst hat es in der Hand, voranzugehen und auf die veränderten politischen und demografischen Bedingungen mehr zu agieren als zu reagieren – statt dessen dominieren noch immer Streitereien um Partikularinteressen, während der große politische Zug längst abgefahren ist. Am Beispiel eines „kopf“-bezogenen und vor allem unbürokratischen Abrechnungssystems würden sich die ärztlichen Interessenlagen möglicherweise überraschend schnell ändern, was heißt, dass Lücken nicht mehr in jedem Falle als solche auch empfunden und beklagt werden dürften.

Ein Motto in der freien Wirtschaft lautet: Erkenne deine Probleme und Schwachstellen selbst und Sorge rasch für Ordnung im Geschäft – sonst tun das andere

für dich. Im Gesundheitswesen hat es den Anschein, als sind „die anderen“ schon lange am Werke.

2. Wirtschaftlichkeit und Demografie: Im Punkt 5 des Editorials beschwört Prof. Schulze dringlichen Handlungsbedarf (stimmt!) in den Neuen Ländern sowie einen Zusammenbruch (!) der hausärztlichen Versorgung in naher Zukunft. Was soll eine solche Bemerkung? Aus demografischen und anderen Gründen wird sich in Sachsen die Bevölkerungszahl dramatisch zurückentwickeln. Das Argument erhöhter Behandlungserfordernisse infolge Langlebigkeit, Multimorbidität und medizinischen Fortschritts ist im Moment zwar richtig, relativiert sich aber bereits mittelfristig im beschriebenen Arzt-Planungszeitraum von zehn Jahren durch wachsenden Sterbeüberschuss und Abwanderung. Bei der Neu-Niederlassung eines Arztes mit einem 30- bis 35-jährigen Berufsleben vor Ort sollten diese degressiven bevölkerungspolitischen Gesichtspunkte in Bezug auf seine berufsbegleitende Patientenklientel nicht völlig verschwiegen werden. Aus gleicher Sicht werden sicher Betten- und sogar Krankenhausschließungen notwendig. Wohin mit diesen Ärzten? Was wäre, wenn aus ökonomischen Zwängen heraus endlich betriebswirtschaftliche Erwägungen zu greifen beginnen und nicht-ärztliche Tätigkeiten (zum Beispiel auch im Krankenhaus) delegiert werden könnten und der Arzt nur noch das macht, wofür er eigentlich qualifiziert ist? Hier schlummert ein bedeutendes Reservoir ärztlichen Humankapitals. Wir bilden immer noch in Deutschland genug Ärzte aus – allen Unkenrufen zum Trotz. Es kommt darauf an, und hier stimme ich Prof. Schulze ausdrücklich zu, die Attraktivität des Arztberufs wieder zu erhöhen – aber auch durch gezielte Steuerungs- und Umverteilungsmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen selbst. Es hat wenig Sinn, immer nur mit dem Zeigefinger auf die große Politik, die Kassen usw. zu zeigen. Auch und gerade die ärztlichen Standesvertretungen müssen

mehr als bisher verinnerlichen, dass nicht alles so weitergehen kann wie bisher und eigene, in sich schlüssige und vor allem bezahlbare Gesamt-Konzepte vonnöten sind, die der Politik angeboten werden müssen.

3. Die unglückliche Greencard-Diskussion für Ärzte in den Medien, speziell in Sachsen, sowie die Bemerkungen von Prof. Schulze im letzten Abschnitt seines Editorials: „Schließen von Lücken in der ärztlichen Versorgung durch Förderung einwanderungswilliger Ärzte aus Osteuropa“ lassen Raum für sachliche aber auch für emotionsbeladene Diskussionen – Thema: Zuwanderung. Die Frage steht doch: was wollen die Patienten und die Ärzte in den betreffenden Gebieten tatsächlich? Ist mit den Ärzten (und Patienten!) darüber überhaupt schon breit diskutiert worden? Wie steht es mit den sozialen, sprachlichen und kulturellen Kompetenzen dieser Kollegen aus den östlichen Nachbarländern, speziell im beklagten Bereich der hausärztlichen Versorgung? Diese Äußerungen, oft genug und an bestimmten politischen Schaltstellen vertiefend wiederholt, so ist meine Erfahrung, finden meist schneller als gedacht Eingang in das Repertoire der Politik, weil sie bestimmten Richtungen einfach „passen – mit Folgen!“. Man kann angesichts des bestehenden Ärzteüberschusses in Polen und Tschechien und der miserablen (öffentlichen) Bezahlung in diesen Ländern getrost davon ausgehen, dass eine Anzahl besonders jüngerer Kollegen sofort bei uns anfangen würde – zu welchen Konditionen auch immer! Eine Diskussion über Punktwertserhöhungen und bessere Bezahlung dürfte sich dann wohl bald von selbst ad absurdum führen.

4. Mit dem Beitritt der mittel-osteuropäischen Länder zur EU wird das Thema der Niederlassung von Ärzten aus diesen Ländern in einigen Jahren sicherlich erneut zur Debatte stehen – allerdings nicht zwangsläufig jetzt und nicht ohne wirklich ersichtlichen Grund.

Dr. Frank Tellkamp, Dresden

Fünf Jahre berufsrechtliches Verfahren

Zusammenfassung des auf der 18. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammer am 16. März 2002 vorgetragenen Referates

Aufgrund des im Jahre 1994 in Kraft getretenen Sächsischen Heilberufekammergesetzes erhielt die bereits im Jahre 1990 gegründete Sächsische Landesärztekammer erstmals das Recht, für berufsrechtliches Fehlverhalten von Ärzten berufsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten zu verhängen. Die Funktionsfähigkeit des Berufsgerichtes und des Landesberufsgerichtes waren im Jahre 1997 und 1998 gegeben.

Bearbeitung von eingehenden Beschwerden

Eingehende Beschwerden von Patienten oder auch ärztlichen Kollegen werden im Zusammenwirken zwischen dem Vorsitzenden des Ausschusses Berufsrecht, Herrn Dr. Andreas Prokop, und dem Juristischen Geschäftsbereich nach ihrem Inhalt bewertet und die Verfahrensweise festgelegt. Dabei werden Beschwerden, die sich im Kern auf den Verdacht von Behandlungsfehlern beziehen, an den Leiter der Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Rainer Kluge, weitergegeben. Patientenbeschwerden oder Kollegen"schelte", die sich im Wesentlichen um die Art und Weise der Behandlung, des Tonfalls und Ähnlichem beziehen, werden, sofern sie bei der Sächsischen Landesärztekammer eingehen, durch die zuständige Kreisärztekammer als Vermittlungsverfahren geklärt. Bei sogenannten kleineren Verstößen (Werbung, Nichtherausgabe von Unterlagen) wird der Juristische Geschäftsbereich tätig. Bei allen anderen Arten von Verstößen, zum Beispiel Schweigepflicht, Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer, ist der Ausschuss Berufsrecht federführend in der Bearbeitung.

Ablauf des berufsrechtlichen Verfahrens

Um den Vorgang bewerten zu können, bedarf es durch den Ausschuss Berufsrecht einer Stellungnahme des Arztes oder gegebenenfalls weitergehender Aufklärung.

Sofern aufgrund des ermittelten Sachverhaltes eine Berufspflichtverletzung vorliegt, entscheidet der Ausschuss Berufsrecht, ob es sich bei der vom Arzt begangenen Pflichtverletzung um eine solche, mit einer geringen oder mit einer „normalen“ Schuld handelt. Sofern es sich um eine geringe Schuld handelt, wird entsprechend dem Sächsischen Heilberufekammergesetz (§ 40) dem Vorstand die Einleitung eines Rügeverfahrens empfohlen. Sofern die Schuld des Arztes nicht mehr gering einzuschätzen ist, erfolgt die Empfehlung an den Vorstand, einen Antrag an das Berufsgericht zu stellen. Nach der entsprechenden Entscheidung durch den Vorstand wird, sofern es sich um ein Rügeverfahren handelt, der Arzt im Rügeverfahren nochmals angehört. Das Verfahren endet dann nach Beratung im Ausschuss Berufsrecht und Entscheidung durch den Vorstand mit einer Rüge oder gegebenenfalls einer Einstellung des Verfahrens ohne Rügeerteilung. Gegen den Rügebescheid kann der Arzt Rechtsbehelf bei dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer erheben. Sofern die Beschwerde ebenfalls ohne Erfolg bleibt, steht dem Arzt auch noch das Recht des Antrages auf eine berufsgerichtliche Entscheidung beim Berufsgericht zu. Damit endet das berufsrechtliche Verfahren.

Anders als bei einem Rügeverfahren, bei dem der Vorstand „Herr des Verfahrens“ ist, ist dies im berufsgerichtlichen Verfahren das Berufsgericht. Das Berufsgericht entscheidet in einer Besetzung von einem Richter mit der Befähigung zum Richteramt (Volljurist) und zwei ehrenamtlichen Richtern (Ärzten). Das Berufsgericht kann entweder auf einen Verweis, eine Geldbuße bis zu 50.000,00 EUR oder Aberkennung des Wahlrechts oder Wählbarkeit zur Kammerversammlung entscheiden. Sofern die Sächsische Landesärztekammer mit ihrem Antrag unterliegt, steht ihr, ebenso wie dem Arzt, der zu einer berufsrechtlichen Maßnahme verurteilt worden ist, das Recht zu, Berufung beim Landesberufsgericht zu er-

heben. Das Landesberufsgericht entscheidet in einer Besetzung von zwei Richtern mit der Befähigung zum Richteramt sowie drei ehrenamtlichen Richtern, nämlich Ärzten. Nach der Entscheidung durch das Landesberufsgericht ist auch das berufsgerichtliche Verfahren beendet.

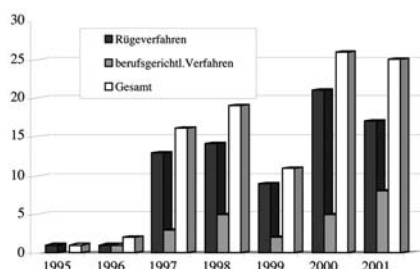
Rechtsfolgen berufsrechtlicher Verfahren

Als Rechtsfolge eines Verstoßes gegen das Berufsrecht bei der Erteilung einer Rüge verbleibt diese fünf Jahre in der Berufsakte. Bei einem berufsgerichtlichen Verfahren bleibt dieses Urteil zehn Jahre in der Berufsakte. Bedeutsamkeit entwickeln diese berufsrechtlichen Maßnahmen bei der Frage, ob ein Arzt hinsichtlich der Weiterbildungsbefugnis die persönliche und fachliche Eignung besitzt. Im Rahmen einer Niederlassung wird gegebenenfalls von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen nachgefragt, ob eine berufsrechtliche Maßnahme vorliegt. Sofern ein ausländischer Arzt die Einbürgerung begehrt, fragen die zuständigen Behörden ebenfalls bei der Sächsischen Landesärztekammer nach, ob berufsrechtliche Maßnahmen gegen den Arzt vorliegen. Darüber hinaus gewinnt die Frage der berufsrechtlichen Verurteilung dann Bedeutung, wenn ein deutscher Arzt ins Ausland geht, in der Regel wird ein sogenanntes „Good Standing“ erteilt.

Statistische Auswertung

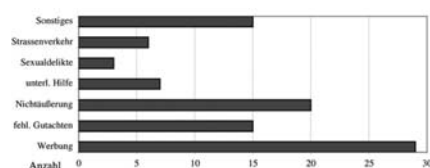
Das ausgewertete Zahlenmaterial kann, aufgrund der zum Teil unterschiedlich begonnenen Statistiken, nur einen eingeschränkten repräsentativen Charakter darstellen. Wir werden in den nächsten Jahren eine bessere Vergleichbarkeit herstellen.

Hinsichtlich der statistischen Angaben zeigt die Entwicklung aller berufsrechtlichen Verfahren in der Zeit von 1995 bis 2001 einen kontinuierlichen Anstieg sowohl im Bereich der Rügeverfahren als auch der berufsgerichtlichen Verfahren. Lediglich im Jahre 1999, ohne dass es dafür eine Erklärung gibt, ist die



Entwicklung der berufsrechtlichen Verfahren

Anzahl aller Verfahren gesunken, jedoch dafür im Jahre 2000 wieder angestiegen. Die Gesamtzahl der Verfahren lässt sich nach den Themen Sonstiges, Straßenverkehr, Sexualdelikte, unterlassene Hilfeleistung, Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer, Abgabe von fehlenden Gutachten, aufgliedern. Im Verhältnis der eingeleiteten Rügeverfahren zu den tatsächlich erteilten Rügen zwischen den Jahren 1995 bis 2001 lässt sich deutlich sagen, dass im Verhältnis



Thematische Übersicht der berufsrechtlichen Verfahren

zu den erteilten Rügeverfahren die Rügen etwa zwei Drittel betragen, lediglich im Bereich der Fälle Nichtäußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer und Abgabe von fehlenden Gutachten liegen die erteilten Rügen im Vergleich zu den eingeleiteten Rügeverfahren unter 50 %. Dies erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass in den Rügeverfahren die betroffenen Mitglieder sich schließlich doch gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer äußern oder das Gutachten abgeben. Insgesamt sind in den Jahre 1995 bis 2001 33 Rügen sowie

acht berufsgerichtliche Verurteilungen ausgesprochen worden.

Dieses Verhältnis relativiert sich dadurch, wenn man die Entwicklung aller berufsrechtlichen Vorgänge, nämlich auch der Vorgänge, die nicht zu einem Rügeverfahren geführt haben, vergleicht.

Die Anzahl der Vorgänge, mit denen sich der Ausschuss Berufsrecht zu befassen hatte, ist dabei geringer gestiegen als die Vorgänge, die ohne Beteiligung des Ausschusses und an ihrer Gesamtzahl zu messen sind.

Zusammenfassend lassen sich die fünf Jahre berufsrechtlicher Verfahren so beurteilen, dass ein leichter, aber im Verhältnis zur Gesamtzahl der Ärzte und den vielen täglichen Behandlungsfällen geringer Anstieg zu verzeichnen ist.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin



Die FDP Gesundheitspolitik

Getreu dem Grundsatz der FDP – Freiheit ist die Freiheit des Marktes – präsentierte sich der stellvertretende Bundesvorsitzende Jürgen W. Möllemann im gesundheitspolitischen Gespräch mit dem Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 am 26. April 2002 in der Sächsischen Landesärztekammer. In seinem Statement nannte er seine Vorstellungen für eine Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl im Herbst. Danach soll es in allen Bereichen zu mehr Wettbewerb und Leistungsanreizen kommen. Durch die weitere Lockerung des Werbeverbotes für Ärzte und die Abschaffung gemeinsamer Verhandlungen der Krankenkassen sollen am Ende die Patienten über ihren Arzt des Vertrauens, den Umfang ihrer Krankenversicherung und ihre Krankenkasse entscheiden. Leistungskataloge und Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung sind weitere Eck-



Jürgen W. Möllemann (Stellv. FDP Bundesvorsitzender), Uta Deckow (MDR), Prof. Dr. Otto Bach (SLÄK) punkte des FDP Konzeptes. „Dem planwirtschaftlichen Modell der Gesundheitsversorgung von SPD und CDU, die eigentlich eine katholische SPD ist, setzt die FDP ein alternatives Modell der Wettbewerbsfreiheit entgegen“. Die Rede mit hohem Unterhaltungseffekt stieß bei den anderen Gesprächspartnern des Podiums nicht unbedingt auf Zustimmung. Rolf Steinbronn, Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen, möchte langfristige Modelle für ein Gesundheitssystem der Zukunft auf den Weg bringen. Das Vorstandsmitglied der Sächsischen Landes-

ärztekammer, Prof. Dr. Otto Bach, sieht in einem absolut wettbewerbsorientierten gesundheitspolitischen Modell die Gefahr einer nachhaltigen Störung des Patienten-Arzt Verhältnisses. Dagegen ist der geforderte Wettbewerb nach Auffassung der Leiterin der Techniker Krankenkasse, Frau Simone Hartmann, in Sachsen für sie schon lange Realität. Grundsätzlich fand der Wettbewerbsgedanke im Auditorium Zustimmung. Ob er sich auch politisch durchsetzen lässt, wird sich zeigen. Das solidarische System der Gesundheitsversorgung in Deutschland steht unter Umständen mit diesen programmatischen Ansätzen der FDP schnell zur Disposition. Leider kamen die anderen Referenten im Podium selten zu Wort. Die Positionen der FDP und das Positionspapier des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 stimmen in wesentlichen Punkten überein.

kö

Dresdner Qualitätstage 23. bis 25. Mai 2002

VUD **GQMG**


Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus lädt Sie ein zu den Dresdner Qualitätstagen als gemeinsame Veranstaltung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) und des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Angeboten wird ein „bunter Strauß“ rund um das Thema Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement in der Krankenversorgung.

Am Donnerstag, 23.05.2002, bietet die GQMG einen Kompaktkurs an, der mit namhaften Referenten folgende Werkzeuge und Methoden des Qualitätsmanagements vermitteln soll:

- Balanced Scorecard,
- Riskmanagement und Umgang mit medizinischen Behandlungsfehlern,
- Patientenempowerment durch neue Medien und
- Methoden der Analyse und Visualisierung von Prozessen.

Abends findet die Mitgliederversammlung der Gesellschaft statt.

Am Freitagvormittag, 24. 05. 02, wird erstmalig das neue Angebot der GQMG zu den bereits auf der Homepage (www.gqmg.de) publizierten Themenschwerpunkten (Leitlinien, Zertifizierung und Riskmanagement) zur Diskussion gestellt. Darüber hinaus findet eine gemeinsame Veranstaltung mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) zur Umsetzung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V statt. Am Nachmittag schließt sich das 5. QM-Forum der Universitätsklinika Deutschlands mit dem Motto „Qualitätsmanagement in Universitätsklinika – ein besonderer Auftrag?!“ an. Gerade die Universitätsklinika werden im Spannungsfeld des Versorgungsauftrages für die Patienten bei gleichzeitigen Lehr- und Forschungsaufgaben sowie wirtschaftlichen Zielstellungen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Namhafte Referenten werden über ihre Erfahrungen

berichten, darüber hinaus wollen wir Sie im Rahmen von 5 angebotenen Workshops in die Diskussion und Erarbeitung von Problemlösungen aktiv einbeziehen. Den Abschluss der Dresdner Qualitätstage bildet eine Podiumsdiskussion mit Repräsentanten aus Klinik, Wissenschaft und Verbänden.

Abgerundet werden die Dresdner Qualitätstage durch zwei Abendveranstaltungen im typisch sächsischen Ambiente.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, die bis auf den Kompaktkurs und die Abendveranstaltungen kostenfrei sind.

Weitere Auskünfte erhalten Sie über Herrn Dr. Klaus G. Dahmen
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement
Direktorin:

Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Telefon: (03 51) 4 58 45 59
Fax: (03 51) 4 58 58 47
E-mail:
dahmenk@ukd04.med.tu-dresden.de

Die Rezertifizierungsdiskussion – oder wie bestätigt man ärztliche Fortbildung

Standpunkt der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Es besteht fast der Eindruck, als laufe eine zurzeit heftige Diskussion in unterschiedlichen gesundheitspolitischen (Gesundheitsministerkonferenz) und berufsständischen (Bundesärztekammer) Gremien an vielen ärztlichen Kollegen vorbei: Zugespielt geht es um die Frage, ob sich Fachärzte nach einer Anzahl von Jahren erneut einer Überprüfung ihres fachlichen Wissens und ihrer medizinischen Kompetenzen stellen sollten. In einem Papier des Sachverständigenra-

tes für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird in dem Sinne zum Problem dieser sogenannten „Rezertifizierung“ Stellung genommen, dass man dem Beispiel einiger Länger folgen und eine solche Pflicht zur Rezertifizierung einführen sollte. So gibt es zum Beispiel in den USA, den Niederlanden und Neuseeland eine Rezertifizierung im Sinne einer Erneuerung der Facharztanerkennung. In Australien und Norwegen kann bei fehlenden Nachweisen von Fortbildungsaktivitäten die Facharztlizenz von Allgemeinärzten entzogen werden.

Die Bundesärztekammer und der Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche

Fortbildung haben sich kontinuierlich mit der Fragestellung auseinandergesetzt und sich dem zunehmenden Druck aus der Politik (über deren Motive hier nicht spekuliert werden soll) entgegengestellt. Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages bekräftigen die Forderung nach einer Verpflichtung zur Fortbildung, lehnen hingegen eine „Pflichtfortbildung“ ab. Auch unsere Landesärztekammer befasste sich mehrfach mit diesem Thema. Die wichtigsten Argumente, die einer solchen Zertifizierung entgegenstehen sind aus dieser Sicht:

- Fortbildung als wichtigstes qualitätssicherndes Merkmal ärztlicher Tätigkeit

ist ureigenstes Anliegen der Ärzteschaft und ihrer Berufsorganisation selbst.

- Die Berufsordnung hat die Pflicht zur Fortbildung in ihrem Regelwerk fest verankert.
- Die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, von den Krankenhäusern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht zuletzt von den Landesärztekammern angebotenen breiten Spektren von Fortbildungsthemen sichern eine angemessene Fort- und Weiterbildung.
- Fortbildung beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, insofern erscheint es auch verfassungsrechtlich unzulässig, im Hinblick auf Artikel 12 Grundgesetz nicht fortbildungswilligen Ärzten das Recht auf Tätigkeit zu entziehen.

Das Problem in dieser schwierigen und kontroversen Angelegenheit ist nun, dass

zwar einerseits keine Studie belegen kann, dass es Beziehungen zwischen ärztlichen Fehlern und mangelhaftem Fortbildungswillen gäbe, andererseits aber auch nicht ausreichend und politisch wirksam belegt werden könnte, wie umfangreich ärztliche Fortbildung denn überhaupt stattfindet. Diesem Mangel zu begegnen, hat die Bundesärztekammer, haben Landesärztekammern vor einigen Jahren Fortbildungszertifikate eingeführt und der 102. Deutsche Ärztetag in Cottbus beschlossen, von den seit Jahren laufenden Modellversuchen nun zu einer relativ bundes einheitlichen Regelung des Zertifikates zu kommen; was auch geschehen ist. Die Sächsische Landesärztekammer führte dieses Fortbildungsdiplom (seit 2002 „Fortbildungszertifikat“ im Sinne der bundesrepublikanischen Einheitlichkeit) seit 1999 durch. Von etwa 11.000 berufs-

tätigen Ärzten Sachsens beteiligen sich derzeit etwa 2000 an dieser Art der Fortbildungsaktivität und über 500 Diplome, nunmehr Zertifikate wurden ausgereicht. Wir nehmen im Rahmen des „Ärzteblatt Sachsen“ nochmals zu diesem Themenbereich Stellung, weil wir alle sächsischen Ärzte von der Problematik in Kenntnis setzen wollen und so viele wie möglich animieren wollen, sich an unserem freiwilligen Fortbildungszertifikat zu beteiligen. Je mehr Ärzte dies tun und wenn damit gesichert werden kann, dass sich ein großer Teil unserer Kollegen nachweislich fortbildet, um so wirkungsvoller ist unsere berufspolitische Argumentationsbasis.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung

Neue Regelungen

Am 01.08.2001 ist durch die Verordnung für die Umsetzung von EURATOM-Richtlinien zum Strahlenschutz vom 20. Juli 2001 (veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Teil 1, S. 1714 f.) die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung) in Kraft getreten. Bekanntermaßen bedarf es bei der Anwendung von radioaktiven Stoffen oder ionisierenden Strahlen einer Fachkunde, deren Inhalte in einer Richtlinie festgelegt sind. Mit der Einführung der neuen Strahlenschutzverordnung sieht § 30 Abs. 2 Satz 1 und 2 vor, dass die Fachkunde im Strahlenschutz **mindestens alle fünf Jahre durch erfolgreiche Teilnahme an einem von der zuständigen Stelle anerkannten Kurs oder anderen von der zuständigen Stelle als geeignet anerkannten Fortbildungsmaßnahmen aktualisiert werden müssen.** Der Nachweis über die durchgeführte Fortbildung ist der zustän-

digen Stelle auf Anforderung vorzulegen. Die Folge ist, wenn der Nachweis über Fortbildungsmaßnahmen nicht oder nicht vollständig der zuständigen Stelle vorgelegt wird, dass diese die Fachkunde entziehen oder die Fortgeltung mit Auflagen versehen kann. Darüber hinaus kann die zuständige Behörde, sofern begründete Zweifel an der erforderlichen Fachkunde bestehen, die Überprüfung der Fachkunde veranlassen. Zuständige Stelle für die Erteilung der Fachkunde ist die Sächsische Landesärztekammer.

Infolge dieser Regelung und der derzeit erlassenen Übergangsvorschriften (§ 117 Abs. 11 Satz 3 Strahlenschutzverordnung) ergibt sich Folgendes:

- Ärzte, deren Erteilung des Fachkundenachweises Strahlenschutz vor dem 01.01.1976 erfolgte, müssen unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises diesen **bis 01. 08. 2003 aktualisieren.**

- Ärzte, deren Fachkundenachweis nach dem 01. 01. 1976, jedoch vor dem 31. 12. 1989 erteilt worden ist, müssen diesen bis zum **01. 08. 2004 aktualisieren.**
- Ärzte, deren Fachkundenachweis in der Zeit vom 01. 01. 1990 bis zum 31. 07. 2001 erteilt worden ist, müssen diesen bis zum Stichtag **01. 08. 2006 aktualisieren.**
- Ärzte, die ihren Fachkundenachweis ab dem 01. 08. 2001 erhalten haben, müssen diesen mit einer Zeitdauer von fünf Jahren aktualisieren. Daraus ergibt sich zum Beispiel, dass ein Arzt, dessen Fachkundenachweis am 01. 09. 2001 erteilt worden ist, diesen bis zum 31. 08. 2006 aktualisieren muss.

Für Rückfragen steht Frau Dipl.-Med. Birgit Gäbler, Ärztin in der Geschäftsführung Weiterbildung/Prüfungswesen, Tel.-Nr. (0351) 8267 313 zur Verfügung.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

12. Sächsischer Ärztetag am 14. und 15. Juni 2002

Tagesordnung

Tagungsort:
Kammergebäude der
Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden,
Plenarsaal

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

I. 13. Erweiterte Kammerversammlung – Arbeitstagung Sächsische Ärzteversorgung am Freitag, 14. Juni 2002, Beginn 14:00 Uhr

1. **Eröffnung des 12. Sächsischen Ärztetages sowie der 13. Erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Tätigkeitsbericht 2001 der Sächsischen Ärzteversorgung**
 - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
Dr. Helmut Schmidt
 - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
Dr. Hans-Dieter Simon
 - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2001 und Diskussion
Dipl.-Kfm. Wulf Frank
 - 2.4. Entlastung des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2001
3. **Änderung der Reisekostenordnung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 14.02.1996**
RA Hartmut Kilger
4. **Haushaltsplan 2003**
Dr. Helmut Schmidt
5. **Versicherungsmathematisches Gutachten**
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2003
Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht,
Mitglied des Verwaltungsausschusses
6. **Bekanntgabe des Termins der 14. erweiterten Kammerversammlung**
7. **Verschiedenes**

II. 26. Kammerversammlung Arbeitstagung am Freitag, 14. Juni 2002, Beginn: 16.30 Uhr

- Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
1. **Bericht über die Tätigkeit des Vorstandes Gesundheits- und berufspolitische Fragen für die nächste Zukunft**
Vortrag: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
– dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
– dem Tätigkeitsbericht 2001 der Sächsischen Landesärztekammer

III. Abendveranstaltung am Freitag, 14. Juni 2002, Beginn: 19:30 Uhr

Begrüßung
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2002 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Entwicklung des Gesundheitswesens im Spannungsfeld von Landes- und Bundespolitik
Ansprache des Sächsischen Staatsministers für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie

Musikalischer Ausklang

IV. 26. Kammerversammlung – Fortsetzung der Arbeitstagung am Sonnabend, dem 15. Juni 2002, Beginn: 9:00 Uhr

- Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Symposium**
„Ethische Fragen in der Medizin“
 - 2.1. Ändern sich ethisch moralische Vorstellungen zum Menschenbild angesichts biomedizinischer Innovationen
Vortrag: Prof. Dr. theol. Klaus Tanner
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Theologische Fakultät
 - 2.2. Abschied von Hippokrates? – Konstanz und Wandel im ärztlichen Selbstverständnis
Vortrag: Prof. Dr. phil. Ortrun Riha
Universität Leipzig
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

- 2.3. Aktuelle ethische Fragen am Anfang menschlichen Lebens
Vortrag: Prof. Dr. med. Ursula Froster
Universität Leipzig
Institut für Humangenetik
- 2.4. Besondere ethische Problemkreise: (Patentierung Erbgut, Recht auf Nichtwissen eigener Erbanlagen, ethische Probleme der Kollegialität, Fehlerkritik)
Vortrag: Prof. Dr. med. Rolf Haupt
Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig
Vorsitzender der Ethikkommission
- 2.5. Ressourcenethik – ein notwendiger Spagat zwischen moderner Medizin und Ökonomie
Vortrag: Prof. Dr. med. Jekabs U. Leititis
Universität Göttingen
V2 - Vorstand Krankenversorgung
- 2.6. Podiumsgespräch: Ethik contra Monetik!?

3. Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Dr. med. Rainer Kluge
Leiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

4. **Satzungsänderungen**
 - 4.1. Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungszertifikates der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach, Vorstandsmitglied
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
 - 4.2. Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
 - 4.3. Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

5. **Finanzen**
 - 5.1. Jahresabschlussbilanz
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
 - 5.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2001
 - 5.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2002

6. Personalia

7. **Zeitplan für die Wahl der Mandatsträger der Kammerversammlung 2003/2007**
Bericht: Dr. jur. Verena Diefenbach,
Landeswahlleiterin

8. Bekanntgabe des Termins der 27. Kammerversammlung und des 13. Sächsischen Ärztetages (28. Kammerversammlung)

9. Verschiedenes

Ende gegen 17:00 Uhr

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 2. Juni 2002
11.00 Uhr

Junge Matinee Klaviermusik

Kerstin Mudra, Studentin der Klasse
Prof. Ute Pruggmayer-Philipp der Hochschule
für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden
spielt Werke von Scarlatti, Beethoven,
Schumann, Chopin, Messiaen und Skrjabin

Donnerstag, 20. Juni 2002
19.30 Uhr

Sonderkonzert

Abschlusskonzert Aufbaustudium
Instrumentalkorrepitition
Annegret Kuttner (Klasse Prof. Monika Raithe)l
spielt Werke von Poulenc, R. Strauss,
Tschaikowsky, Beethoven und Mayer
Mitwirkende: Studenten der
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Andreas Hinkel
Surreale Malerei & Handzeichnungen
bis 13. Mai 2002

Winfried Melzer
Fotografie
14. Mai bis 15. Juli 2002

Vernissage:
Donnerstag, 16. Mai 2002,
19.30 Uhr
Einführung: Frau Dr. Ingrid Koch

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Horst Hennig
„Konstruktive Bilder“.
bis 31. August 2002

Internetecke

In der letzten Internet-Ecke haben wir auf für Mediziner hilfreiche Linklisten hingewiesen. Heute würde ich diese gern um zwei Adressen ergänzen:

www.afgis.de und
www.med-connect.de

Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS) fasst an die 100 Kooperationspartner zusammen, die auf dem Gebiet der Informatik im Gesundheitswesen gemeinsame qualitative Standards vereinbaren.

Unter *Partner* sind die Links von A bis Z aufgelistet, die zum Teil jeweils einzelne

Internet-Ecken beanspruchen könnten wie AWMF (AG der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften mit Leitlinien) über das Tropenmedizininstitut Hamburg (kostenlose Reiseberatung) und das Robert-Koch-Institut Berlin (Infektionskrankheiten) bis zum Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft!

Med-connect ergänzt recht gut die Auflistung medizinischer Links dadurch, dass diese nach Hauptthemen geordnet (von der Merck AG Deutschland) sehr übersichtlich angeboten werden.

Dr. med. Günter Bartsch
Vorsitzender der AG Multimedia

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 3. bis 13. Juni 2002 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 8 26 74 11, zur Verfügung.

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

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 6. 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.

Zwickauer Land

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 5. 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

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 5. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Meißen

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 6. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sach-

sen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Orthopädie

Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde

(in Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 6. 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 in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht:

■ Bezirksstelle Chemnitz

Chemnitz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
geplante Praxisabgabe: ab 3. Quartal 2003

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

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 12/2002

Facharzt für Orthopädie

geplante Praxisabgabe: 12/2002

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2003

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Ende 2002

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

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 Verlagsgesellschaft 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
Herstellungsverwaltung: 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 Leserservice Medizinischer Zeitschriften e. V.

W. Pradel¹, R. Müller², G. Lauer¹, E. Eckelt¹

Das interdisziplinäre Behandlungskonzept von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten am Universitätsklinikum Dresden

TU Dresden
Medizinische Fakultät1 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Dresden2 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde
Universitätsklinikum Dresden

Zusammenfassung

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten gehören zu den häufigen Fehlbildungen und führen zu Funktionsstörungen in verschiedenen Bereichen wie der Ästhetik des Gesichts, der Sprache, der Nahrungsaufnahme, der Atmung und des Gehörs. Daraus leitet sich die Notwendigkeit einer Betreuung durch Spezialisten verschiedener Fachgebiete ab. Um eine zielgerichtete und kontinuierliche Entwicklung der Kinder zu garantieren, hat sich die Etablierung von „Spalt-Zentren“ bewährt. Wichtig ist eine früh-

zeitige und umfassende Information der Eltern, da nur mit ihnen gemeinsam das Behandlungsziel, nämlich die vollständige Rehabilitation der Kinder noch vor der Einschulung erreicht werden kann. Über das Behandlungskonzept des Spalt-Zentrums am Universitätsklinikum Dresden soll dieser Artikel informieren.

Schlüsselwörter: kraniofaziale Anomalie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Spalt-Zentrum

Ursachen, Formen und Häufigkeiten der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zählen zu den häufigsten Fehlbildungen und entstehen zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft. Zwischen der 5. und 7. Woche bilden sich alleinige Lippen- und Kieferspalten, zwischen dem 2. und 3. Monat der Schwangerschaft treten Gaumenspalten auf. In dieser Zeit wachsen einzelne Bereiche des Gesichts zusammen. Abhängig vom Zeitpunkt einer Störung kommt es zu einer mehr oder weniger unvollständigen Vereinigung der Gaumenfortsätze bzw. der Oberkiefer- und Nasenfortsätze, so dass verschiedene Spaltformen entstehen (Abb.1, 2). Die Ursachen für die Spaltentstehung sind heute im einzelnen noch nicht genau bekannt. Es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, bei der das Zusammentreffen exogener Faktoren (Mangelernährung, Stoffwechsel- und endokrinologische Erkrankungen, Sauerstoffmangel, ionisierende Strahlung, Vitaminmangel oder -überdosierung) und endogener Faktoren eine Rolle spielt. Eine

erbliche Disposition ist von Bedeutung, wenn bereits Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in der Familie bekannt sind. Unabhängig davon empfehlen wir allen Eltern von Spaltkindern eine genetische Beratung. Nach neueren Erkenntnissen kann eine Reduktion des Wiederholungsrisikos von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten durch eine gezielte Familienplanung und die prophylaktische Gabe von Vitamin B-Komplex und Folsäure bereits vor der Konzeption bis zum 3. Schwangerschaftsmonat erzielt werden.

Entsprechend des zeitlich versetzten Ablaufs der Entwicklung von Lippe, Kiefer und Gaumen und der Art, Schwere und des Zeitpunkts einer einwirkenden Störung im Verlauf der Schwangerschaft gibt es verschiedene Ausprägungsgrade und Formen der Spaltbildungen. Es kann nur die Lippe betroffen sein, oder Lippe und Kiefer oder nur der Gaumen. Hier wird noch in Spalten des harten und/ oder weichen Gaumens unterschieden. Die Maximalvariante ist die sogenannte durchgehende Spalte, bei der alle Abschnitte in die Spaltbildung einbezogen sind



Abb. 3: doppelte Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

(Abb.3). Die Inzidenz von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist 1:500 Geburten, wobei meist Jungen und die linke Seite bevorzugt sind. Isolierte Spalten des harten und weichen Gaumens sind mit 1:1500 Geburten wesentlich seltener und treten häufiger bei Mädchen auf. Die Spalte kann einseitig oder doppelseitig gelegen und unvollständig oder vollständig sein. Im Bereich des weichen Gaumens treten submuköse Spalten auf, deren Therapie für die Vermeidung von Sprachstörungen aufgrund einer velaren Insuffizienz und Tubenbelüftungsstörungen notwendig ist.

Das Behandlungskonzept

Die Spaltbildungen stellen eine schwere Beeinträchtigung des Kindes in ästhetischer und funktioneller Hinsicht dar. Die Störungen erstrecken sich auf die Ästhetik und Funktion des Mittelgesichts, die Bildung der Sprachlaute, die Funktion der Nahrungsaufnahme, der Atmung und des Gehörs. Daraus leitet sich ab, dass die optimale Behandlung der Kinder nur durch die enge Zusammenarbeit einer Reihe von Spezialisten möglich ist. Zum interdisziplinären Behandlungsteam, welches in unserer Einrichtung die so-

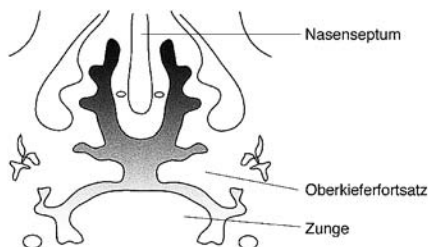


Abb. 1: Transversalschnitt durch einen menschlichen Embryoschädel (7. Embryonalwoche), Oberkieferfortsätze sind noch nicht vereinigt

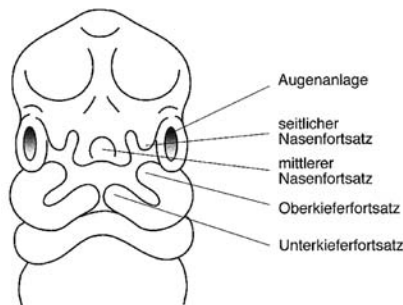


Abb. 2: Schema über die Gesichtsentwicklung

nannte „Spaltstprechstunde“ durchführt, gehören neben dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen als Hauptverantwortlichen der Hals-Nasen-Ohrenarzt, der Kieferorthopäde und der Logopäde. Der Kinderarzt, der Humangenetiker und der Zahnarzt erweitern das Team. Neben der gemeinsamen Festlegung der Operationszeitpunkte werden Kontrolltermine in bestimmten Abständen vereinbart, um die Entwicklung des Kindes zu verfolgen und um rechtzeitig zum Beispiel mit einer kieferorthopädischen oder logopädischen Therapie zu beginnen. Ziel ist es, spätestens zur Einschulung alle Voraussetzungen zu schaffen, um die weitere ungestörte Entwicklung des Kindes in normaler Schulumgebung zu gewährleisten, wobei keine Unterschiede zu gleichaltrigen Mitschülern an die angeborene Spaltbildung erinnern sollen.

Wichtig ist eine frühzeitige Vorstellung des Kindes und seiner Eltern bei einem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, was möglichst in den ersten Lebenstagen erfolgen sollte. Wir sind auch gern bereit, die entsprechende geburtshilfliche Klinik aufzusuchen und mit den Eltern über das Krankheitsbild und die notwendigen Behandlungen zu sprechen.

Wurde bereits im Rahmen der pränatalen Sonographie eine Spaltbildung im Kiefer-Gesichtsbereich festgestellt, empfehlen wir eine Beratung der Betroffenen in einem Spaltzentrum. Die bei einer solchen Diagnose entstehenden Ängste und Fragen lassen sich nach unserer Erfahrung nur durch eine kompetente Beratung abbauen und den betroffenen Eltern kann schon lange vor der Geburt Hilfestellung bei der emotionalen Akzeptanz ihres Kindes gegeben werden.

1. Operative Verfahren

In den letzten Jahren haben sich die Operationstechniken sehr stark verfeinert, so dass ästhetisch immer bessere Ergebnisse erzielt werden können. Bei den meisten Spaltformen ist jedoch nicht der gleichzeitige Verschluss aller Spaltabschnitte möglich und sinnvoll, so dass abhängig vom Schweregrad der Erkan-

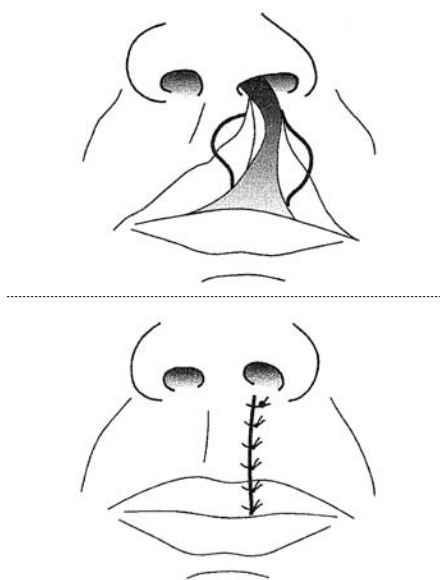


Abb. 4: Lippenplastik (Wellenschnitt nach PFEIFER)

kung oft mehrere Operationen erforderlich sind. Reihenfolge und Zeitpunkt der Einzeloperationen sind an den verschiedenen Behandlungszentren unterschiedlich. Um eine gezielte kontinuierliche Entwicklung des Kindes zu sichern, sollte ein Wechsel des Behandlungsteams nur aus gewichtigen Gründen erfolgen.

Die Therapie beginnt bei allen Spaltformen mit Lippenbeteiligung mit der Lippenplastik. In Dresden wird diese wie auch in anderen Zentren im Alter von 4 - 6 Monaten durchgeführt. Hierbei erfolgt die genaue anatomische Rekonstruktion aller gespaltenen Anteile, das heißt der Schleimhaut unter Bildung eines Mundvorhofs, des Musculus orbicularis oris und der äußeren Haut. Dabei wird auch der Nasenboden gebildet und der Naseneingang geformt. Um den zur Seite verlagerten Nasenflügel in eine anatomisch korrekte Position zu bringen, wird nach subperiostaler Präparation die paranasale Muskulatur gelöst und die Nasenknorpel mobilisiert, um sie anschließend in der neuen Lage zu fixieren. Das Vorgehen ist bei vollständigen und unvollständigen Lippenspalten ähnlich. In unserer Einrichtung wird für die Lippenplastik der Wellenschnitt nach PFEIFER verwendet

(Abb. 4). Nach der Operation ist die Oberlippe auf der Spaltseite zunächst verkürzt. Durch die funktionelle Beanspruchung verlängert sie sich in den nächsten Wochen und nach ca. 6 - 12 Monaten hat die Narbe ihr endgültiges Aussehen erreicht (Abb. 5a, b).

Unterschiede in der operativen Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten bestehen vor allem bei der Methodik und der Zeitwahl der Gaumenplastik. Man unterscheidet dabei ein einzeitiges Vorgehen (Verschluss des harten und weichen Gaumens in einer Operation mit 9 - 12 Monaten) von einem zweizeitigen Vorgehen (Verschluss des weichen Gaumens mit 9 - 12 Monaten und danach Verschluss des harten Gaumens mit 2 - 3 Jahren). Es besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen einer möglichst frühzeitigen funktionellen Rekonstruktion für eine ungehinderte Sprachentwicklung

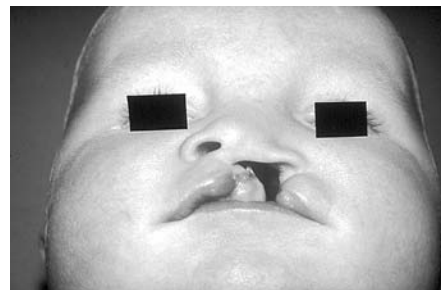


Abb. 5a,b: Lippenplastik prä- und postoperativ

und den gegebenenfalls auftretenden Wachstumsstörungen im Kiefer-Gesichtsbereich aufgrund der Narbenbildungen am Gaumen. Die Wahl des Operationsverfahrens hängt von den individuellen Gegebenheiten wie der Spaltform oder -breite ab. Ziel ist die Trennung von Mund- und Nasenhöhle und die Rekonstruktion des Ringmuskelsystems des weichen Gaumens und des Rachens um einen dichten Abschluss zu erreichen und die Belüftung des Mittelohres zu gewährleisten. Zunächst wird die nasale und die orale Schleimhaut vom knöchernen Gaumen gelöst. Zur Bildung der Nasengänge werden die nasalen Blätter mit der Schleimhaut des Vomer vereinigt. Die palatinale Schleimhaut wird im Sinne eines Brücken- oder Stiellappens nach medial verlagert und dicht verschlossen. Im Bereich des weichen Gaumens muss die fehlinsrierende Muskulatur vom Hinterrand des knöchernen Gaumens abgelöst und in anatomisch korrekter Verlaufsrichtung vereinigt werden, um ein ausreichend langes Gaumensegel zu erzielen und durch den Muskelzug die Öffnung der Tuba auditiva zu ermöglichen. Die Kieferspalt im Bereich des Alveolarkammes wird zu einem späteren Zeitpunkt verschlossen. Die genaue Festlegung des Operationstermins erfolgt in gemeinsamer Absprache mit dem Kieferorthopäden in der Spaltsprechtstunde, da im selben Eingriff eventuell überzählige oder versprengte Zähne entfernt werden müssen. Wir empfehlen die Kieferspaltosteoplastik kurz vor dem Durchbruch des bleibenden Eckzahnes (8. - 11. Lebensjahr), der dann in die Lücke bewegt werden kann und ein knöchernes Lager vorfindet. Für die Osteoplastik werden Spongiosa-Zylinder über einen kleinen Schnitt aus dem Beckenkamm entnommen und in die Kieferspalt transplantiert (Abb.6). Vor der Einschulung mit ca. 6 Jahren sind die meisten Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten vollständig rehabilitiert, d.h. es liegt ein unauffälliges Äußeres vor, Hören und Sprechen sind wie bei den Gleichaltrigen.

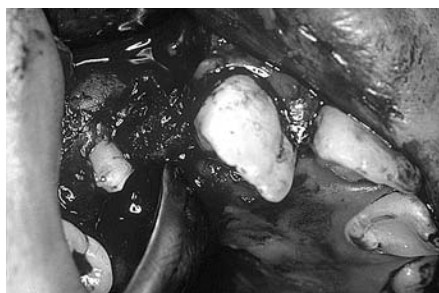


Abb. 6: Spongiosatransplantation in die Kieferspalt

Bei wenigen Kindern verbleibt in seltenen Fällen trotz exakter Rekonstruktion der Muskelschlinge am weichen Gaumen und trotz der logopädischen Therapie ein offenes Näseln, da die Abschlussfunktion des Gaumensegels unzureichend ist. Hier empfiehlt sich eine sprachverbessernde Operation (Velopharyngoplastik). Dabei wird ein kranial oder kaudal gestielter Schleimhaut-Muskel-Lappen aus der Rachenhinterwand in das Gaumensegel eingelagert und eine Verlängerung des Velums bewirkt (Abb.7).

Bei schweren doppelseitigen Spalten verbleibt gelegentlich ein zu kurzer Nasensteg mit einer abgeflachten Nasenspitze. Mittels einer sogenannten Gabellappenplastik kann unter Nutzung der vorhandenen Narben in der Oberlippe der Nasen-

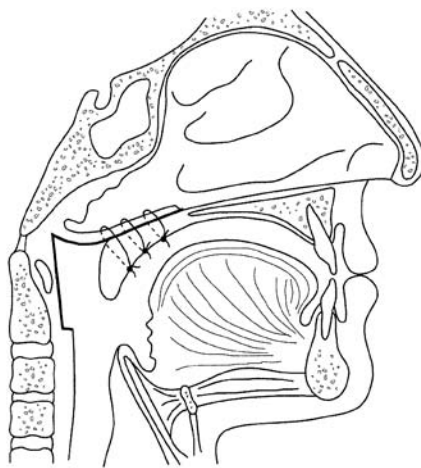


Abb. 7: Velopharyngoplastik (kranial gestielter Pharynxlappen)

steg verlängert und die Basis der Nasenflügel nach medial gebracht werden. Diese Korrekturen sollten jedoch erst nach Abschluss des Wachstums (16. - 18. Lebensjahr) durchgeführt werden.

In manchen Fällen verbleiben deutlichere Narben oder ein Schleimhautüberschuss in der Oberlippe, was vor der Einschulung noch korrigiert werden kann.

Nur bei sehr wenigen Patienten kommt es aufgrund der Wachstumshemmung zu einer unzureichenden Entwicklung des Mittelgesichts. Mit kieferorthopädischen Methoden ist es dann nicht mehr möglich, ein harmonisches Größenverhältnis von Ober- und Unterkiefer zu schaffen, so dass nach Abschluss des Wachstums eine operative Bisslagekorrektur notwendig wird. Nach entsprechender kieferorthopädischer Vorbehandlung zur Ausformung der Zahnbögen erfolgt dann eine Vorverlagerung des Oberkiefers und gegebenenfalls zusätzlich eine Rückverlagerung des Unterkiefers, um eine normale Verzahnung zu erzielen. Da die Oberkiefervorverlagerung sich aufgrund der Narben nach den Operationen zum Spaltverschluss in manchen Fällen schwierig gestalten kann, kommt als alternatives Verfahren die Osteodistraction zur Anwendung (Abb.8).



Abb. 8: Osteodistraction im Oberkiefer (seitliches Fernröntgenbild), intraorale Distraktoren im Mittelgesichtsbereich in situ

2. Kieferorthopädische Behandlung

Besonders wichtig ist die gemeinsame Betreuung durch den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und den Kieferorthopäden bei Kindern mit Spaltbildungen des harten Gaumens. Die Nahrungsaufnahme ist bei breiten Spaltformen erheblich beeinträchtigt, da Flüssigkeit in die Nase übertreten kann. Hier sollte eine sogenannte Trinkplatte eingesetzt werden, die die Mundhöhle von der Nasenhöhle trennt. Außerdem wird verhindert, dass sich die Zunge weiterhin unwillkürlich in die Gaumenspalte legt. Eine Normalisierung der Zungenfunktion ist günstig für die Entwicklung einer regelrechten Lautbildung. Die Platte bewirkt außerdem eine Steuerung der wachsenden Kieferanteile. Die Anfertigung erfolgt durch den Kieferorthopäden möglichst schon innerhalb der ersten 10 Lebensstage, da sich die Kinder in dieser Zeit sehr leicht daran gewöhnen. Wenn bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen Zahn- oder Kieferfehlstellungen festgestellt werden, ist eine weitere kieferorthopädische Behandlung erforderlich. Das erfolgt dann mit herausnehmbaren oder festsitzenden Apparaturen und kann mehrere Jahre dauern.

3. Gehör und Sprache

Aufgrund von Spaltbildungen im Bereich besonders des weichen Gaumens kann es durch den fehlenden Muskelzug auf die Tuba auditiva zu Tubenbelüftungsstörungen kommen. Folge davon können Paukenergüsse und Mittelohrentzündungen mit späterer Schwerhörigkeit sein. Um das zu verhindern, werden die Kinder in der Spaltsprechstunde regelmäßig von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt untersucht und Hörprüfungen durchgeführt. Sollte sich die Indikation für eine Parazentese oder Paukendrainage ergeben, so können diese Eingriffe gleichzeitig zum Beispiel mit der Lippenplastik durchgeführt werden. Auch die Entfernung adenoider Vegetationen macht sich manchmal erforderlich, um eine regelrechte Nasenatmung zu gewährleisten und schlafbedingten Atemstörungen vorzubeugen.

Ein normales Hörvermögen ist die Voraussetzung für eine regelrechte sprachli-

che Entwicklung. Bei einer unbemerkten Hörstörung kann es zu einer verzögerten, nicht altersgerechten Sprachentwicklung kommen. Da bei der Lippen-Kiefer-Gaumens-Segel-Spalte auch die Sprechwerkzeuge betroffen sind und mitunter das problemlose Zusammenspiel der Lippen, Zungen- und Gaumensegelmuskulatur beeinträchtigt ist, treten Störungen der Lautbildung, Sprachentwicklung und des Stimmklanges auf. Vor- und rückverlagerte Artikulation und Rhinophonia aperta werden dann beobachtet. Deshalb sollte beim Phoniater und Logopäden eine regelmäßige Kontrolle erfolgen, um rechtzeitig mit einer myofunktionellen Therapie und einer Sprachübungsbehandlung beginnen zu können. Regelmäßige Nachuntersuchungen, später in jährlichem Abstand meist im Geburtsmonat, in unserer interdisziplinären Spaltsprechstunde sind zur Kontrolle der Entwicklung von Wachstum, Sprache und Gehör unbedingt erforderlich. Daneben ist eine konstante zahnärztliche Betreuung notwendig, da besonders im Milchgebiss eine erhöhte Kariesanfälligkeit besteht und vorzeitiger Zahnverlust Wachstumsstörungen der Kiefer begünstigen kann. Von besonderer Bedeutung sind sämtliche Maßnahmen zur Kariesprävention wie gesunde Ernährung, sorgfältige Zahnpflege, Gabe von Fluoridtabletten und lokale Fluoridapplikation. Spaltbildungen stellen in der Regel nur eine vorübergehende Beeinträchtigung dar. Vom Gesetzgeber wird mit der Festlegung des „Grades der Behinderung“ (GdB) eine Möglichkeit geschaffen, um zusätzliche finanzielle Belastungen für die Betroffenen auszugleichen. Der GdB wird auf Antrag der Eltern beim zuständigen Versorgungsamt des Heimatortes festgelegt.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Winnie Pradel
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 2448, Fax: 0351 458 5382
Email: winnie.pradel@mailbox.tu-dresden.de
(Zeichnungen in Anlehnung an „Praxis der Zahnheilkunde“ Band 10/II, Hrsg. H.H. Horsch, Urban & Schwarzenberg, 2. Auflage, 1991)

Kommentar Prof. em. Dr. Dr.

Barbara Langanke, Markkleeberg:

Die Inzidenz der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist in den letzten Jahrzehnten in Mitteleuropa deutlich gestiegen. Die Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen stellt ein echtes interdisziplinäres Anliegen dar. Dabei sollten die Vertreter der beteiligten Disziplinen sowohl entsprechende Kenntnisse mitbringen als auch Einfühlungsvermögen in die jeweilige spezielle Problematik des anderen Fachgebietes entwickeln, um ein funktionell und ästhetisch optimales Ergebnis für die Patienten zu erzielen. In diesem Sinne wurde bereits Ende der 50er/Anfang der 60er Jahre die Klinik für Plastische und Wiederherstellende Kiefer- und Gesichtschirurgie Thallwitz für die komplexe Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und weiteren Anomalien des Gesichtsschädels ausgebaut. In Deutschland ist dieses Grundprinzip an zahlreichen, nicht nur universitären medizinischen Einrichtungen realisiert worden, so dass die Behandlung dieser Fehlbildungen ein hohes Niveau erreicht hat. Mit der Auflösung der Spezialklinik in Thallwitz im Jahre 1994 ergab sich trotz des Übernahmeangebots an die Patienten durch die Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig die Notwendigkeit der dezentralen Fortführung der interdisziplinären Behandlung der Betroffenen. Entsprechend wurden 1994 an der Universitätsklinik in Leipzig, 1995 in Dresden sowie am Klinikum Chemnitz gGmbH Spezialsprechstunden für die betroffenen Patienten unter Leitung der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit Beteiligung der Fachgebiete Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde einschließlich der Logopädie, der Kieferorthopädie, der Pädiatrie und im Einzelfall der Humangenetik etabliert. Da aber auch andere nicht direkt beteiligte Ärzte/Fachärzte mit Problemen von Patienten mit LKG-Spaltbildungen konfrontiert werden, erfüllt die vorliegende Arbeit ein wichtiges Anliegen des „Ärzteblatt Sachsen“ – die Information und Fortbildung der Ärzteschaft.

Bedeutung und Chancen der Lebendnieren-Transplantation

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Chirurgische Klinik II

Zusammenfassung

Trotz großer Fortschritte durch verbessertes operatives und perioperatives Management und moderne Immunsuppression stellen sich der Nierentransplantation gegenwärtig zwei große Problemfelder, nämlich der eklatante Mangel an Organen Verstorbener und die ungünstigen Langzeitergebnisse nach 10 Jahren. In dieser Situation kann die Nierenlebenspende einen Ausweg darstellen. In zahlreichen Ländern, wie z. B. Skandinavien wird bereits ein großer Anteil der Nierentransplantation als Lebenspende durchgeführt. Blutsverwandte und emotional nahestehende Personen bilden einen bedeutenden Pool an potenziellen Lebenspendern und stellen damit eine relevante Transplantatressource dar. Darüber hinaus werden im Vergleich zu den Transplantaten Verstorbener bei der Lebenspende Organe

wesentlich besserer Qualität übertragen bedingt durch geringere vorbestehende Gewebeschäden und geringeren Ischämie- und Reperfusionsschaden. Hieraus resultieren auch langfristige immunologische Vorteile mit einer Reduzierung der chronischen Abstoßungsrate und einer Verbesserung der Langzeitergebnisse. Der Lebenspende sollte daher eine höhere Priorität eingeräumt werden, insbesondere bei Kindern, die sich unter der Dialyse geistig wie körperlich nicht normal entwickeln können. Für viele Patienten eröffnet die Nierenlebenspende die Möglichkeit auf eine frühzeitige Transplantation mit der Chance auf ein langanhaltendes funktionierendes Transplantat.

Schlüsselwörter: Nierentransplantation, Nierenlebenspende, Organmangel, chronische Abstoßung

Einleitung

Für die Transplantationsmediziner ist die Nierentransplantation zur klinischen Normalität geworden. Chirurgisch-technisch stellt sie einen routinemäßigen Standard-eingriff dar und gilt als das etablierte Therapieverfahren bei terminaler Niereninsuffizienz jeglicher Genese. In Deutschland wird die Nierentransplantation in überwältigender Mehrzahl nach postmortaler Nierenspende realisiert. Im Gegensatz dazu ist die Nieren-Lebenspende noch immer ein relativ selten angewendetes Verfahren. Hierbei stellt sich die Frage, ob dies unter den gegenwärtigen Bedingungen der langen Wartelisten und bisherigen Erfahrungen mit der Lebendnieren-Transplantation noch zu rechtfertigen ist. Es soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, ob nicht eine generelle Neubewertung der Lebenspende erfolgen muss. Sowohl bei den Transplantationsmedizinern als auch in der breiten Bevölkerung ruft die Thematik „Lebenspende“ erhebliche Emotionen hervor. Der Grund mag unter anderem darin liegen, dass viele hierbei erkennen, dass die Lebenspende eine sehr weitreichende Dimension des menschlichen Helfens eröffnet. Die Nieren-Lebenspende mit anschließender Transplantation stellt eine einzigartige Situation dar. Diese ergibt sich zum großen Teil daraus, dass ein völlig Gesunder aus rein altruistischen Motiven sich einer Opera-

tion unterzieht, um mit Hilfe seiner gespendeten Niere einem anderen Menschen in einer so grundlegenden Weise zu helfen, dass sich daraus eine ganz erheblich bessere Lebensqualität ergibt.

Gegenwärtige Problemfelder der Nierentransplantation

Angesichts des heutigen Standards in der Nierentransplantation mit beeindruckenden Ergebnissen des Transplantatüberlebens nach 1 Jahr von 85-90% und nach 5 Jahren von 65 - 70% stellt sich die Frage: Ist die Nierentransplantation ein gelöstes Problem? Nach einigem Nachdenken wird man diese Frage wohl mit „Ja“ und „Nein“ beantworten. Unter „JA“ wird man anführen können: die hohe Professionalität der pflegerischen und ärztlichen Versorgung der Patienten nach Nierentransplantation sowie die hochwirksame Bekämpfung akuter Abstoßungskrisen in den ersten Jahren nach der Transplantation.

Es gibt jedoch Kehrseiten dieses Erfolges, und damit kommen wir zur Beantwortung der oben gestellten Frage mit „NEIN“: Das größte Dilemma der gegenwärtigen Transplantationsmedizin ist der stetig steigende Organmangel. Während die Zahl der Nierentransplantationen in den letzten fünf Jahren in Deutschland etwa stabil geblieben ist (2128 bis 2275 Transplantationen pro Jahr), ist die Zahl der Patienten auf der Warteliste im sel-

ben Zeitraum ganz erheblich gestiegen (von 9400 im Jahre 1995 auf 12524 im Jahre 2000). Hieraus resultiert eine durchschnittliche Wartezeit auf eine Niere eines Verstorbenen von 5 Jahren. Dies stellt nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftspolitisches Problem dar; denn Patienten können eine notwendige und medizinisch etablierte Standardtherapie aufgrund eines Mangels nicht erhalten.

Gegenwärtig, 20 - 30 Jahre nach Einführung von Nierentransplantationsprogrammen an deutschen Universitätskliniken, wird ein zweites Problemfeld von großer Bedeutung erkennbar, nämlich die ungünstigen Langzeitergebnisse mit Transplantathalbwegszeiten von ca. 10 Jahren. Im Mittelpunkt des Ursachenkomplexes steht das chronische Transplantatversagen. Welche Strategien können herangezogen werden, diesen Problemfeldern und insbesondere dem eklatanten Organmangel zu begegnen? Zunächst einmal bestünde die Möglichkeit, die Zahl der Spenderorgane von Verstorbenen zu erhöhen. Die Entwicklung in den letzten Jahren zeigt jedoch, dass die postmortalen Organspender in den 90er Jahren auf einem stabil niedrigen Niveau geblieben sind. In Deutschland haben wir eine konstante Zahl von etwa 12 postmortalen Spendern pro Million Einwohner, und es besteht keine Aussicht auf eine deutliche Erhöhung dieser Quote.

Bedeutung der Nieren-Lebendspende

Durch den Druck des eklatanten Organmangels rückt die Lebendspende folgerichtig stärker in den Vordergrund und es erscheint legitim, sie als ein Instrumentarium zur Bekämpfung des Organmangels einzusetzen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Lebendspende sowohl bei den Medizinerinnen als auch in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz findet. Sachliche Aufklärung ist notwendig; nur so findet sich eine bedeutsame Anzahl von Lebendspendern, die damit zu einer relevanten Transplantatressource werden. Darüber hinaus ruft die Lebendspende eine enorme Emotionalität und ein großes Interesse auch und gerade in der interessierten Bevölkerung hervor. Dabei ist es die Aufgabe aller an der Transplantation beteiligten Mediziner, dass dieses Interesse zu einer positiven Bewertung der Nieren-Lebendspende führt.

Es scheint aber zu kurz gegriffen, die Lebendspende ausschließlich im Zusammenhang des Organmangels zu betrachten. Vielmehr eröffnet sie die Möglichkeit, nicht geschädigte oder im Vergleich zu Leichennieren deutlich weniger geschädigte Organe zu übertragen. Hierfür scheinen die Begriffe „Transplantatqualität“ oder „Transplantatbiologie“ geeignet. Diese Gesichtspunkte werden in Zukunft erheblich an Bedeutung gewinnen, da sie möglicherweise die Langzeitergebnisse in beträchtlichem Ausmaß positiv beeinflussen (Fangmann J, Frühauf N, Oldhafer K, 1999).

Die Lebendspende wirft auch viele ethisch-moralische Fragen auf. Dieser wichtige Fragenkomplex kann hier nur angerissen werden. Ist die Entnahme eines Organs bei einem völlig gesunden Spender mit dem Kernsatz der medizinischen Ethik „primum non nocere“ vereinbar? Zur Beurteilung dieses schwierigen, komplexen Sachverhaltes gewinnen folgende Überlegungen eine wichtige Bedeutung, nämlich Respekt vor der Autonomie der Person des Spenders, Anerkennung der freien Willensentscheidung des Spenders und Respekt vor dem

Wunsch des Spenders zu helfen.

Auch für den Transplantationschirurgen wird die Lebendspende immer eine ungewöhnliche Situation bleiben: ein gesunder Mensch wird dem Risiko einer Operation ausgesetzt, und zwar vor dem Hintergrund, dass er damit einem anderen Menschen grundlegend helfen kann, ohne aber von dieser Operation im engeren Sinne selbst zu profitieren.

Modalitäten der Lebendnieren-Transplantationen

Die Nieren-Lebendspende kann man in 3 Kategorien einteilen, nämlich die Verwandtennieren-Transplantation für Erwachsene, die Verwandtennieren-Transplantation für Kinder (ausschließlich mit elterlicher Spende) sowie die genetisch nichtverwandte Lebendnieren-Transplantation (gilt nur für Erwachsene). Das seit 1997 in Deutschland gültige Transplantationsgesetz erlaubt ausdrücklich auch die Lebendspende bei genetisch nichtverwandten Spendern. In erster Linie kommen hierbei Ehepartner in Betracht. Da das Gesetz eine offenkundige emotionale Verbundenheit des Spenders fordert, kommen für die Lebendspende außer Ehegatten aber auch zum Beispiel gute, langjährige Freunde in Frage. Somit kann man die nichtverwandte Lebendspende treffender als die Lebendspende aus emotionaler Verbundenheit bezeichnen.

Zunächst soll die Bedeutung der Lebendspende für niereninsuffiziente Kinder skizziert werden.

Aspekte der Nieren-Lebendspende bei Kindern

Unverändert gilt, was Prof. Rudolf Pichlmayr im Hinblick auf niereninsuffiziente Kinder bereits 1981 so formulierte: „Eine chronische Dialyse als einziges Behandlungsverfahren ohne Aussicht auf eine Transplantation ... wird als ungeeignet angesehen.“ (Pichlmayr R und Wagner E, 1981). Damit sind die Prioritäten klar gelegt: Die Dialysebehandlung ist bei Kindern grundsätzlich nur als eine

Überbrückungsmaßnahme anzusehen. Jedes Kind an der Dialyse ist prinzipiell ein Transplantationskandidat. Die frühzeitige Transplantation, idealerweise vor der Dialyseenotwendigkeit vorgenommen, hat bei Kleinkindern und Kindern eine weitaus größere Dimension und Bedeutung als bei Erwachsenen. Denn Kinder an der Dialyse können nicht normal gedeihen. Insgesamt resultiert eine körperliche und geistig-soziale Entwicklungsretardierung. Bereits 1 Jahr an der Dialyse bedeutet für ein Kind einen nicht mehr aufzuholenden Verlust in seiner Entwicklung (Offner G, 2000). Angesichts dieser Tatsache müssen auch Kleinkinder unter 3 Jahre oder gar unter 1 Jahr einer rechtzeitigen Transplantation zugeführt werden, die im Idealfall eine elterliche Nierenspende darstellt. Nur auf diese Weise kann das Ziel der präemptiven Transplantation erreicht werden, also die Transplantation vor Einleitung der chronischen Dialyse.

Um die Bedeutung der Lebendspende für niereninsuffiziente Kinder zu verdeutlichen, seien einige Daten aus dem Zentrum in Hannover aufgeführt (Offner G, 2000):

- 30 % aller Transplantationen bei Kindern wurden durch eine Lebendspende ermöglicht, im Gegensatz zu etwa 10-12 % bei den Erwachsenen.
- 40% aller Lebendnieren-Transplantationen konnten als präemptive Transplantationen erfolgen, also vor Beginn der Dialyseeinleitung.
- Die durchschnittliche Zeit an der Dialyse ist bei Kindern mit einer Lebendspende um 40 % geringer als bei Kindern mit einer Leichennieren-Transplantation.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die chirurgisch-technische Realisierung der Lebendspende-Nierentransplantation bei kleinkindlichen Empfängern. In dieser Konstellation besteht eine erhebliche Größendiskrepanz zwischen einer elterlichen Niere und einem sehr kleinen Empfän-

gersitus bei Kindern unter 3 Jahren und weniger als 10kg Körpergewicht. Dies schreckt viele Transplantationschirurgen vor der Durchführung der Transplantation ab, zumal auch die Literatur über erhebliche technische Komplikationen berichtet (Pichlmayr R und Wagner E, 1981).

Wir haben in dieser Konstellation ein chirurgisches Vorgehen entwickelt, das sich auch bei kleinkindlichen Empfängern unter 1 Jahr als ein technisch sicheres und erfolgreiches Verfahren erwies. Hierbei wird die Niere wie bei Erwachsenen extraperitoneal in die rechte Fossa iliaca platziert, und die Gefäßanschlüsse erfolgen ausschließlich auf die Vena cava inferior bzw. auf die distale Aorta (Fangmann J, Oldhafer K, Offner G, 1996). Unsere bisherigen Erfahrungen konnten zeigen, dass technische Komplikationen insbesondere in Form der gefürchteten Gefäßthrombosen mit diesem chirurgischen Vorgehen vermieden werden können (Fangmann J, Oldhafer K, Offner G, 1997).

Als Fazit und Ausblick soll daher festgehalten werden: chirurgisch-technische Gründe anzuführen für eine Prolongierung der Dialyse bei einem Kleinkind sind nicht berechtigt. Auch bei einer ganz erheblichen Größendiskrepanz zwischen elterlicher Spenderniere und kleinkindlichem Empfängersitus ist die Transplantation technisch realisierbar. Dies trifft auch für kleinkindliche Empfänger unter 1 Jahr zu. Oberstes Ziel muss die Vermeidung der Dialyse durch eine präemptive Transplantation sein (Fangmann J, Oldhafer K, Offner G, 1998). Dies ist von entscheidender Bedeutung für die Gewährleistung einer umfassenden normalen körperlichen und psychosozialen Entwicklung bzw. Rehabilitation terminal und präterminal niereninsuffizienter Kinder. Dies lässt sich nur durch eine breite Anwendung der Lebendspende realisieren. Für die Lebendspende sprechen außerdem die deutlich besseren Langzeitergebnisse.

Nichtverwandte Nieren-Lebendspende

Wenn Blutsverwandte als Lebendspender akzeptiert werden, warum soll dies nicht auch für emotional nahestehende Personen gelten, also für Ehepartner, Schwager/Schwägerin oder langjährige Freunde. Dieser genannte Personenkreis erhöht ganz beträchtlich die Zahl der potenziellen Lebendspender. Stellt die nichtverwandte Lebendspende somit eine realistische Hoffnung in Bezug auf den bestehenden Organmangel dar? Dies wird und wurde ethisch als auch medizinisch durchaus sehr kontrovers diskutiert (Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW, 1995). Häufig war es der ausgeprägte Wunsch von nichtverwandten Angehörigen zu spenden (im typischen Fall von Ehepartnern), der in einigen Zentren zur Etablierung der nichtverwandten Lebendspende-Nierentransplantation führte. Denn aus welcher moralischen Position können wir es langjährigen Ehepartnern verwehren, zu spenden, wenn dies zum Beispiel für Geschwister gestattet ist, die vielleicht keinen oder nur noch geringen Kontakt zueinander haben.

Der Gesetzgeber hat auf diese veränderte Einstellung reagiert und die genetisch nichtverwandte Lebendspende unter den Voraussetzungen erlaubt, dass eine langjährige persönliche, emotionale Verbundenheit gegeben ist, die Freiwilligkeit der Spende garantiert ist sowie der Ausschluss jeglicher finanzieller oder kommerzieller Aspekte gewährleistet ist. Folgerichtig ist eine anonyme Lebendspende vom Gesetzgeber nicht gestattet. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich die nichtverwandten Lebendspender in überwiegender Mehrzahl (70-85%) aus den Ehepartnern rekrutieren.

Erfahrungen mit der nichtverwandten Lebendnieren-Transplantation

Naturgemäß besteht bei der nichtverwandten Lebendspende eine schlechtere HLA-Kompatibilität im Vergleich zur verwandten Lebendspende oder zur gut

gematchten Leichennieren-Transplantation. In dieser Gruppe kann auf bestehende HLA-Differenzen zwischen Empfänger und Spender keine Rücksicht genommen werden. Als immunologische Voraussetzungen für eine nichtverwandte Lebendspende müssen eine Blutgruppen-Kompatibilität sowie eine negative cross-match Analyse (keine präformierten Antikörper des Empfängers gegen Spendergewebe) gefordert werden. Folgerichtig wurde nach nichtverwandter Lebendspende eine höhere Inzidenz an akuten Abstoßungskrisen sowie eine höhere Inzidenz an wiederholten Abstoßungsepisoden beobachtet im Vergleich zur verwandten Lebendspende. Trotz dieses gravierenden Nachteils zeigte sich aber in der nichtverwandten Gruppe ein besseres Transplantatüberleben im Vergleich zur Leichennieren-Transplantation (mit gutem HLA-match) im selben Zeitraum (Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW, 1995). An der Medizinischen Hochschule Hannover findet sich hierbei ein Unterschied von 6% nach 2 Jahren zugunsten der nichtverwandten Lebendnieren-Transplantation (95,2% zu 89,7% 2-Jahres-Transplantatüberleben). Dieses Resultat ist der entscheidende Punkt, der einige „Ungereimtheiten“ in der Transplantationsmedizin widerspiegelt und auch immunologische Fragen aufwirft. Diese Punkte („Ungereimtheiten“) seien noch einmal explizit formuliert:

1. Die exzellenten Ergebnisse der nichtverwandten Lebendspenden, die zumeist ein komplettes HLA-mismatch aufweisen bei ultrakurzen kalten Ischämiezeiten im Vergleich zu den schlechteren Ergebnissen mit Leichennieren mit guter bis sehr guter HLA-Übereinstimmung aber langen kalten Ischämiezeiten.

2. Die mit der Leichennierentransplantation mit gutem HLA-match vergleichbar sehr günstigen Resultate der klinischen Herztransplantation, die unter Missachtung von guter HLA-Kompatibilität, jedoch bei kurzen kalten Ischämiezeiten erzielt werden.

Folgerichtig stellt sich somit die Frage nach den prinzipiellen Unterschieden zwischen Lebendnieren und Leichennieren auf (Fangmann J, Frühauf N, Oldhafer K, 1999). Dieser Unterschied wird am besten durch den Begriff der „Transplantatqualität“ oder „Transplantatbiologie“ charakterisiert. Diese wird im wesentlichen durch 3 Faktoren bestimmt, nämlich 1. vorbestehende Gewebeschäden bei Nieren Verstorbener, 2. durch Hirntod und Intensivtherapie induzierte Schäden (zum Beispiel Schockzustände), 3. lange kalte Ischämiezeit und Reperfusionsschäden. Diese Faktoren determinieren den Transplantatgewebsschaden zum Zeitpunkt der Transplantation, und dies unterscheidet sehr deutlich eine Leichenniere von einer Lebendniere. Diese unterschiedliche Transplantatqualität führt nach Transplantation zum Beispiel auch zu sehr verschiedenen ATN-Raten (akute Tubulusnekrose), nämlich in 22-36% bei Leichennieren, aber nur in 3-6% bei Lebendnieren (Fangmann J, Frühauf N, Oldhafer K, 1999). Darüber hinaus gibt es experimentelle Daten, die darauf hinweisen, dass durch den Ischämie-Reperfusionsschaden eine höhere Immunogenität im Transplantat induziert werden kann (Land W, Messmer K, 1996). Diese könnte dadurch vermittelt werden, dass die durch den Ischämie-Reperfusionsschaden entstandenen geschädigten Zellen des Transplantates die entsprechenden Zielstrukturen für Empfänger Antigen-präsentierende-Zellen (APC) bilden. Diese Empfänger-APC nehmen Bestandteile der geschädigten Zellen des Transplantates auf und präsentieren sie als Spender-Peptide (Allopeptide) im Kontext ihrer MHC-Klasse II-Moleküle. Gleichzeitig wurde ihre kostimulatorische Aktivität durch den Reperfusionsschaden hochreguliert. Die Folge ist die Entwicklung einer spezifi-

schon Alloimmunreaktion durch die Aktivierung von Empfänger-CD4-T-Zellen. Letztendlich entsteht so eine T-Zell-Aktivierung (indirekte T-Zell-Alloreaktivität) mit der Rekrutierung von allopeptid-spezifischen T-Zellen gegen das Transplantat (Fangmann J, 2000). Diese können nicht nur die Inzidenz und Stärke akuter Abstoßungsepisoden beeinflussen, sondern spielen möglicherweise auch eine wichtige Rolle bei der Auslösung und Aufrechterhaltung chronischer Abstoßungsprozesse (Fangmann J, Dalchau R, and Fabre JW, 1992; Fangmann J, Dalchau R, Sawyer GJ, 1992)

Perspektiven für die Zukunft

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Langzeitergebnisse mit drastischer Reduzierung der Inzidenz der chronischen Abstoßung gilt es in Zukunft, primär nicht geschädigte Organe zu transplantieren. Es kristallisiert sich heraus, dass für den langfristigen Transplantationserfolg Alloantigen-unabhängige Faktoren, die die Integrität und damit die Qualität des Transplantates („Transplantbiologie“) beschreiben, stärker in den Vordergrund rücken. Dies hat Konsequenzen auch für die Allokation von Nieren Verstorbener, indem stärker als bisher auf extrem kurze Ischämiezeiten geachtet werden sollte.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen und Erfahrungen gilt es von der Vorstellung Abschied zu nehmen, dass die Lebendspende eine Ausnahmesituation darstellt. Verwandte und nichtverwandte Spender stellen eine bedeutende Ressource von Transplantaten dar. Hierbei ist das Prinzip „*primum non nocere*“ für den Spender in sehr hohem und verantwortbarem Maße gewährleistet. Große Serien zeigen, dass das Risiko einer Spendernephrektomie als sehr gering kalkulierbar einzuschätzen ist und auch

die langfristige Sicherheit des Spenders gewahrt bleibt.

Folgerichtig sollte die Lebendspende offensiv vertreten werden, und dafür gibt es sehr gute Argumente: geringes Spenderisiko, bessere Transplantatqualität, geringere Inzidenz chronischer Abstoßungen und ein deutlich besserer Langzeitverlauf. Daher ist bei präterminal und terminal niereninsuffizienten Patienten generell eine Lebendspende-Nierentransplantation anzuwägen. Dies erfordert, dass unsere Patienten umfassende Informationen über diesen Themenkomplex erhalten, damit auf Basis fundierten Wissens im familiären Umfeld und Freundeskreis nach potenziellen Spendern gesucht werden kann.

Es erscheint als Zielprojektion durchaus realistisch, dass die Nieren-Lebendspende in den nächsten Jahren einen Anteil von über 30% einnehmen kann wie in den Skandinavischen Ländern oder den USA. Grundlegend hierfür sind eine umfassende Aufklärungsarbeit und eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Nephrologen, Pädiatern und Transplantationschirurgen. So entwickelt sich die Nieren-Lebendspende zu einem wirksamen Instrumentarium gegen den Organmangel und eröffnet für viele Patienten, insbesondere für Kinder, die Möglichkeit auf eine frühzeitige Transplantation.

Literatur beim Verfasser:

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Josef Fangmann
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik für Abdominal-,
Transplantations- und Gefäßchirurgie
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig
Tel.: 0341-9717200
Fax: 0341-9717209
e-mail: fanh@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Heinrich Günther
Lönsstraße 12
01259 Dresden

16. 3. 2002

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Juristischer Beitrag zum Thema „Sterbehilfe versus Sterbebegleitung“ in Heft 3/02

Sehr geehrte Redaktion,
in Ihren Veröffentlichungen zum Thema „Sterbehilfe versus Sterbebegleitung“ in Heft 3/02 habe ich den juristischen Beitrag mit großer Verunsicherung gelesen. Was dort unter dem Punkt „1. Themeneinführung“ als „Definitionsversuch“ zu lesen ist, widerspricht dem derzeit üblichen Inhalt der Begriffe teilweise erheblich. Sterbehilfe als Oberbegriff ohne eingrenzendes Attribut ist eben **nicht** „grundsätzlich verboten und strafbar“; dies gilt nur für die **aktive Sterbehilfe** (identisch mit Tötung auf Verlangen und daher in Deutschland strafbar). Weiter unten wird dann versucht zu differenzieren und „passive Sterbehilfe“ mit Sterbenlassen gleichgesetzt, das offensichtlich nicht strafbar ist. Diese Aussagen stehen meines Erachtens teilweise im Widerspruch zu den detaillierteren Betrachtungen im Kapitel „Spezielle Fallgestaltungen bei der aktiven Sterbehilfe“. Dadurch wird insgesamt zu wenig deutlich, dass der Begriff **passive Sterbehilfe** durch den Verzicht auf Reanimation bzw. den Verzicht auf oder den Abbruch von lebenserhaltenden Intensivmaßnahmen charakterisiert wird und für die Frage der Legalität von passiver Sterbehilfe in jedem Einzelfall die verantwortungsvolle und am Willen des Patienten orientierte ärztliche Abwägung entscheidend ist. Die immer wieder juristischerseits als sogenannte „**indirekte Sterbehilfe**“ hervorgehobene Möglichkeit minimaler Lebenszeitverkürzung als Nebeneffekt einer Schmerztherapie mit Opiaten wird vom Autor – völlig zu unrecht – in die Nähe aktiver Sterbehilfe, also der vorsätzlichen Tötung, gerückt. Das kriminalisiert bewährte Therapien zur Leidlinderung

und steht auch im Widerspruch zu den Intentionen der Worte des Kammerpräsidenten und der anschließenden palliativmedizinischen Arbeit.

Wenn der Autor einmal das Leiden todkrank Menschen miterlebt hätte, so wären wohl auch die abstrakten Erörterungen ausgeblieben, in denen die hypothetische Lebensverkürzung um wenige Minuten(!) und das Verhungernlassen und Erschlagen von Kindern praktisch im selben Atemzug genannt werden. Wegen der – auch von mir als unglücklich empfundenen, weil Missverständnis fördernden, aber nun mal aktuell existenten – Tatsache, dass so unterschiedliche Sachverhalte wie die Tötung auf Verlangen einerseits und der wohlabgewogene, vom Patienten mitgetragene Verzicht auf Reanimation und/oder lebensverlängernde Maßnahmen beim Schwerstkranken unter dem selben Substantiv „Sterbehilfe“ zusammengefasst werden, ist leider auch Ihre Überschrift „Sterbehilfe versus Sterbebegleitung“ missverständlich. Eine offizielle und kompetente medizinjuristische Klarstellung in einem der nächsten Hefte halte ich für unumgänglich, wenn dem lobenswerten Grundanliegen des Kammerpräsidenten und der Redaktion entsprochen werden soll.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Heinrich Günther

Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern
Universität Leipzig, Juristenfakultät
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,
Rechtsgeschichte und Arztrecht

Herrn Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
PF 10 04 65
01074 Dresden

Leipzig, 26. März 2002

**Betr.: Stellungnahme von
Herrn Dr. Günther**

Bez.: Ihr Schreiben vom 20. 3. 2002

Sehr geehrter Herr Prof. Klug,
haben Sie herzlichen Dank für die Übersendung des Schreibens von Herrn Gün-

ther und für die Eröffnung der Möglichkeit, eine Antwort zu verfassen. Wenn ich böse wäre, begnüge ich mich mit dem folgenden Satz, dass zu hoffen ist, dass Herr Günther mit größerer Sorgfalt behandelt, als liest. Aber ich werde mich trotzdem um eine sachliche Erwiderung bemühen.

1. Begriffsbildung. Herrn Günther ist insoweit recht zu geben, dass zum Teil in der juristischen und medizinischen Literatur ein Wildwuchs an Begriffen herrscht. Genau deshalb habe ich mich veranlasst gesehen, einführend zu definieren, wie ich – mit der Mehrheit der juristischen Literatur ¹⁾ – die Begriffe verstehe. Es ist insoweit wenig hilfreich, diese Begriffe anders zu besetzen, weil dann die Schwierigkeiten, die unterschiedlichen, wenn gleich eng beieinander angesiedelten Sachverhalte in irgendeiner Weise zu unterscheiden, noch größer würden als ohnehin. Unter diesem Gesichtspunkt halte ich es für ganz unglücklich, wenn eine neuere juristische Veröffentlichung Sterbebegleitung und Sterbehilfe nicht nur gleichsetzt, sondern dafür vorrangig den Begriff Sterbebegleitung verwendet ²⁾. Sterbehilfe im von mir verwendeten Sinne ist grundsätzlich „verboten und strafbar“. Insofern besteht auch kein Widerspruch zu den folgenden Aussagen, weil „grundsätzlich“ heißt, es gibt auch Ausnahmen. Und diese werden im folgenden bestimmt.

Das als Beispiel verwendete Verhungernlassen und Erschlagen von Kindern ist von mir nicht im selben Atemzug genannt worden wie die Leidenserleichterung bei sterbenden Menschen. Vielmehr habe ich das Beispiel eingeführt, um aufzuzeigen, dass es grundsätzlich keine unterschiedliche Strafbarkeit bei aktivem und passivem Tun gibt, dass die Unterschiede, die wir allerdings bei der Sterbehilfe machen, eine andere Ursache haben müssen, nämlich die Einwilligung.

2. Völlig missverstanden hat Herr Günther meine Ausführungen zur sogenannten „indirekten“ Sterbehilfe. Diesen Begriff habe ich in diesem Zusammen-

hang bewusst nicht eingeführt, weil er wenig hilfreich ist. Selbstverständlich handelt es sich dabei um eine aktive Sterbehilfe, die allerdings nicht der vorsätzlichen Tötung gleichgestellt werden kann, wiewohl der Arzt selbstverständlich zumindestens mit bedingten Vorsatz handelt, wenn er ein Medikament gibt, das möglicherweise das Leben verkürzt. Auch insoweit besteht im juristischen Schrifttum weitgehende Übereinstimmung³⁾, dass die indirekte Sterbehilfe ein Fall der aktiven Sterbehilfe ist. Das sollte auch nicht durch Verwendung von Euphemismen verschleiert werden. Wenn Herr Günther meint, dass ich damit eine bewährte Therapie zur Leidlinderung

kriminalisieren, hat er meinen Text nicht gründlich gelesen. Dort steht doch ausdrücklich: „Eine solche Behandlung ist zulässig, wohl auch geboten.“ Daraus kann doch schwerlich der Versuch einer Kriminalisierung abgelesen werden. Ganz im Gegenteil geht es mir darum aufzuzeigen, dass es einige Fallgruppen der aktiven Sterbehilfe gibt, die nicht strafbar sind. Das hilft für die Zukunft vielleicht, weitere notwendige Fallgruppen anzufügen, ohne in eine schrankenlose Freigabe der Tötung auf Verlangen zu geraten, wie sie möglicherweise in den Niederlanden eingerissen ist. Hier geht es also nicht darum, bewährtes ärztliches Tun zu kriminalisieren, sondern

vielmehr darum die vorsichtige Möglichkeit zu eröffnen, ärztliches Tun darüber hinaus zu entkriminalisieren.

Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern

Literatur:

¹⁾ Vergleiche dazu nur die Definitionen bei Monika Everschor, Probleme der Neugeborenenethanasie und der Behandlungsgrenzen bei schwerstgeschädigten Kindern und ultrakleinen Frühgeborenen aus rechtlicher und ethischer Sicht, 2001, S. 15 – 17, 26 – 38

²⁾ Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Entgegnung zu Klaus Kutzer: „Sterbehilfeproblematik in Deutschland: Rechtsprechung und Folgen für die klinische Praxis“, MedR 2002, S. 146 f.

³⁾ Everschor, S. 28: „Die direkte aktive Sterbehilfe ist von der indirekten Sterbehilfe zu unterscheiden. Bei dieser ist der Arzt zwar ebenfalls aktiv am Tod seines Patienten beteiligt,...“

Das Erbgesundheitsgericht

Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 wurde in Deutschland eine Instanz geschaffen, die Menschen mit Behinderungen zur Zwangssterilisation verurteilte, das Erbgesundheitsgericht.

Gemäß der nationalsozialistischen Ideologie vom gesunden arischen Volkskörper durften Menschen mit folgenden Diagnosen keine Nachkommen zeugen:

- angeborener Schwachsinn
- Schizophrenie
- manisch-depressives Irresein
- erbliche Fallsucht
- erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
- erbliche Blindheit
- erbliche Taubheit
- schwere erbliche körperliche Missbildungen
- schwerer Alkoholismus.

Ärzte, Hebammen, Heilpraktiker, Anstaltsleiter und Behörden hatten Verdächtige auf eine Erbkrankheit dem zuständigen Amtsarzt anzuzeigen. Die Anzeige wurde nach vorhandenen Unterla-

gen in der Abteilung Rassenpflege im Gesundheitsamt überprüft oder es wurde ein Gutachten über die angezeigte Person in Auftrag gegeben. Bei Bestätigung der oben genannten Diagnosen stellte der Amtsarzt beim zuständigen Erbgesundheitsgericht den Antrag auf Zwangssterilisation.

1934 gab es in Deutschland 206 Erbgesundheitsgerichte, die jeweils einem Amtsgericht angegliedert waren und 29 Erbgesundheitsobergerichte, die zulässige Beschwerden zu entscheiden hatten und einem Oberlandesgericht angeschlossen waren. Das „Gericht“ bestand aus 3 Personen. Den Vorsitz führte immer ein Amtsrichter. Mitglieder waren ein beamteter Arzt und ein in Erbgesundheitslehre geschulter Arzt. Es kamen nur für das Deutsche Reich approbierte Ärzte in Betracht. Die Verhandlung erfolgte unter Ausschluss der Öffentlichkeit und dauerte etwa 15 Minuten. Der Beschluss wurde mit Stimmenmehrheit gefasst, dass heißt, die beiden Ärzte konnten den Richter immer überstimmen. Insofern waren es medizi-

nische Verurteilungen zur Zwangssterilisation mit (nach außen) juristischem Etikett.

Die Unfruchtbarmachung geschah operativ, nur selten mit Bestrahlung. Sie wurde, notfalls nach polizeilicher Zuführung, in staatlichen und kirchlichen Krankenhäusern sowie in Privat- und Universitätskliniken herbeigeführt und machte auch um junge Menschen keinen Bogen. In einer Gruppe von 863 in Plauen Zwangssterilisierten waren 142 zwischen 11 und 20 Jahre alt. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 1934 und 1945 in Deutschland 350000 Menschen zwangssterilisiert wurden.

Wie kam es zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses?

Der Sterilisierungsgedanke war bei deutschen Medizinern und Juristen schon vor 1933 vorhanden. 1889 sah es der Colditzter Arzt Paul Nücke als eine staatliche Pflicht an, „Entartete“ unfruchtbar zu machen. 1897 unternahm der Heidelberger Gynäkologe Kehrler die erste operati-

ve Unfruchtbarmachung in Deutschland. 1903 forderte der Rassenhygieniker Dr. Ernst Rüdin die Sterilisation bei unheilbaren Alkoholikern. 1914 legte Theobald v. Bethmann Hollweg dem deutschen Reichstag einen Gesetzesentwurf vor, der die Sterilisation aus medizinischer Indikation regeln sollte. Schließlich forderten 1920 der Leipziger Kriminalist Prof. Karl Binding (1841 - 1920) und der Freiburger Psychiater Prof. Dr. Alfred Hoche (1865 - 1943) die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Sie vertraten den Standpunkt, dass man in Notzeiten geistig Tote schmerzlos beseitigen dürfe um die Allgemeinheit von einer Versorgungslast zu befreien. Das war die Situation nach dem 1. Weltkrieg in Deutschland.

Ein äußerst aktiver Verfechter der Zwangssterilisation war der Bezirksarzt von Zwickau, Dr. Gustav Emil Boeters (1869 - 1942). Er forderte die Zwangssterilisation von Kindern, die blind- oder taubgeboren oder blödsinnig waren. Auf seiner Indikationsliste standen des weiteren Epileptiker, Geisteskranke und Sittlichkeitsverbrecher. Dr. Boeters hatte ein 9 Punkte-Programm entwickelt, genannt „Lex Zwickau“, das er der Sächsischen Staatsregierung 1923 als Denkschrift und danach dem Reichstag als Gesetzesentwurf zustellte. Aus Dresden ging ein milderer Entwurf und die freiwillige Sterilisation befürwortend nach Berlin. Prof. Dr. Karl Bonhoeffer (1868 - 1948) bezeichnete die Vorschläge Boeters als ungeeignet und sah es in seinen Lebenserinnerungen als einen Erfolg an, dass der Ausschuß die Verabschiedung eines Sterilisationsgesetzes nicht empfahl. Dr. Boeters war jedoch nicht nur Theoretiker, er agitierte seine Zuhörer- und Leserschaft mit praktischen Kenntnissen, die er als Schiffsarzt in Nordamerika gesammelt hatte. Dort sind zwischen 1907 und 1921 insgesamt 3061 Sterilisationen bei Geisteskranken und Verbrechern durchgeführt worden.

Dr. Boeters appellierte an die deutsche Ärzteschaft zur Unfruchtbarmachung



Dr. Boeters, der Verfasser der „Lex Zwickau“

der Minderwertigen. 1924 untersetzte er diesen Aufruf damit, dass nach amerikanischem Vorbild in Zwickau seit 1921 operative Eingriffe bei geistig minderwertigen Kindern und Erwachsenen vorgenommen würden und dies sowohl in der Staatlichen Krankenanstalt unter Prof. Dr. H. Braun (1862 - 1934) als auch in Privatkliniken geschehe. Er gab konkrete Hinweise über die operativen Methoden und über den Geschäftsgang der Vorgehensweise zur Vermeidung juristischer Konflikte.

Im März 1933 bekannte Dr. Boeters, dass er in den letzten 10 Jahren 250 Personen der Sterilisation zugeführt habe. 1925 hatte Prof. Dr. R. Gaupp (Psychiater in Tübingen) erklärt, wie gering das erbbiologische Wissen zum damaligen Zeitpunkt hinsichtlich einer Zwangssterilisation Erbkranker war. Dr. Boeters, verärgert über die Ablehnung seiner Vorschläge, sah dahinter Kräfte am Werk, die einen Wiederaufstieg Deutschlands befürchteten und diesen verhindern wollten.

Den Wiederaufstieg Deutschlands wollte aber die nationalsozialistische Bewegung und Boeters Vorarbeiten fielen auf fruchtbaren Boden!

Als 1932 im Preußischen Landtag die Sterilisierungsfrage wieder debattiert

wurde, stimmten der juristische Sachverständige Graf v. Dohna, der sozialdemokratische Gesundheitspolitiker und Berliner Lehrstuhlinhaber für Sozialhygiene Prof. Benno Chajes, der Vorsitzende des Preußischen Medizinalbeamtenvereins Bundt und die Nationalsozialisten Diel und Dr. med. Leonardo Conti für die Zwangssterilisation. Nun betreten 2 Ärzte die Bühne des Geschehens und verfassten in kurzer Zeit ein teuflisches Gesetz. Es waren die Allgemeinpraktiker Dr. Gütt und der Rassenhygieniker Prof. Dr. Rüdin.

Dr. med. Arthur Gütt (1891 - 1949) war 1932 Kreisarzt von Wandsbeck, als er, ein früher NS-Kämpfer, im Mai 1933 als Referent in das Reichsinnenministerium geholt wurde und einen steilen Aufstieg erlebte. Im Februar 1934 wurde er Ministerialdirektor in der neu geschaffenen Medizinalabteilung des Reichsinnenministeriums. Er war 5 Jahre oberster Medizinalbeamter im Dritten Reich und als Spezialist für Erb- und Rassenpflege federführend an der Ausarbeitung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses beteiligt. Er sprach von unangebrachter Nächstenliebe gegenüber minderwertigen und asozialen Geschöpfen und wollte eine Welt ohne Geisteskranke. Als Reorganisator des deutschen Gesundheitswesens schuf er einen geschlossenen Apparat des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Gesundheitsämter hatten massenweise Untersuchungen in erb- und rassehygienischen Dingen zu erledigen und die Amtsärzte waren für ihn Medizinalpolizisten in der Seuchenbekämpfung. Sein Werk verglich er mit der Tat eines anderen deutschen Kreisarztes, Dr. Robert Koch und meinte, dass ähnlich der Tuberkulosebekämpfung die Einschränkung der Freiheit des Einzelnen auch die Unfruchtbarmachung der Erbkranken zu praktizieren sei. Nach einem Jagdunfall reichte er 1939 die Pensionierung ein, nach anderer Meinung habe Conti ihn gestürzt.

Prof. Dr. med. Ernst Rüdin (1874 - 1952)

war Psychiater an der Universität München. Er war der erfahrene und führende Rassenhygieniker in Deutschland.

1935 äußerte er Vorstellungen zur Erweiterung des Kreises sterilisierungspflichtiger Personen, zum Beispiel sozial minderwertige Psychopathen und unverbesserliche Anlagenverbrecher. Bei dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sei es nur um die Wahrscheinlichkeit der Erblichkeit gegangen, vielmehr wollte man alle Schwächlinge, Parasiten und Ballastexistenzen sterilisieren. Rüdin bekämpfte den Bonner Psychiater H. Gruhle bis dieser die Hochschulanstellung verlor, weil sich Gruhle gegen die Zwangssterilisation wandte. Dagegen unterstützte Rüdin einen Antrag, württembergische Zigeuner als Forschungsobjekt zu verwenden. In seinem Institut habe man schon vor dem 2. Weltkrieg die „unbemerkte Röntgenstrahlung“ zur Massen-Zwangssterilisation diskutiert und diesbezüglich an Experimenten 1940 außerhalb teilgenommen.

Nach Meinung der Tochter von Prof. Rüdin habe er die Arbeit am Erbgesundheitsobergericht nie leichtfertig genommen und er sei kein Nationalsozialist gewesen. Der Eintritt in die NSDAP 1937 sei unter Druck erfolgt. Er sei Wissenschaftler gewesen, kein Politiker. Schließlich habe er sich dem Teufel verkauft, um Geld für das Institut und für seine Forschungen zu bekommen.

Im deutschen Reichsgebiet wurden von 1934 bis 1936 ca. 259000 Anträge bei einem Erbgesundheitsgericht gestellt. Nach einer Akte aus dem Reichsjustizministerium kam es zur Durchführung von 198869 Sterilisationen. Danach verbot Hitler die Veröffentlichung von Zahlen. Unterstützung fand die Zwangssterilisation auch durch kirchliche Einrichtungen und Persönlichkeiten. So hatte schon recht früh Dr. Boeters in Pfarrer Hünlich aus Stangengrün (Sa.) Beistand erhalten,

indem der Pfarrer auf das Matthäusevangelium, Kapitel 5, Vers 29, verwies: „Aergert dich aber dein rechtes Auge; so reiße es aus...“ Der über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannte Pastor Friedrich von Bodelschwingh (Leiter der großen Anstalt in Bethel) begrüßte die Zwangssterilisation und sah darin eine unausweichliche Pflicht. Zurückhaltend war die katholische Kirche, obwohl es katholische Krankenhäuser gab, in denen die Unfruchtbarmachung operativ erfolgte.

Was geschah nach 1945 mit den Tätern und mit den Opfern?

Im Osten Deutschlands wurde das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch die SMAD im Januar 1946 aufgehoben. Im Westen Deutschlands wurden lediglich die Erbgesundheitsgerichte nicht mehr besetzt, aber das Gesetz selbst wurde nicht als ein verbrecherisches Machwerk eingestuft. Die Ärzte Gütt und Rüdin befanden sich nicht unter den 23 Angeklagten im Nürnberger Ärzteprozess 1946/1947. Die Ärzte Drs. Alexander Mitscherlich und Fred Mielke („Medizin ohne Menschlichkeit“), die das Material des Ärzteprozesses dokumentierten und publizierten, hatten erkannt, dass es nicht nur die 23 Angeklagten waren, sondern ca. 350 unmittelbare Verbrecher (Zwangssterilisation, Euthanasie und Menschenversuche). Aber es war ein Apparat da, der sie in die Lage brachte, sich zu verwandeln. So soll es auch Rüdin gelungen sein, mit Beziehungen durch das Entnazifizierungsprogramm zu kommen.

In der DDR waren die Zwangssterilisierten keine politischen Opfer; sie erhielten einen Beschädigtenausweis, sonst nichts.

In der BRD wurde von Opfern auf Entschädigung geklagt. Die Verfahren (Untersuchung, Begutachtung und Beurteilung) wurden teilweise mit dem „alten

Personal“ geführt und bestätigten die durchgeführte Zwangssterilisation als zu Recht geschehen. Die Geschädigten mussten obendrein die Prozesskosten tragen. In Auswertung aller Dissertationen, die zwischen 1933 und 1945 an den Medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten thematisch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ behandelten, stellte der Bamberger Mediziner Werner Fichtmüller 1972 183 „Doktorarbeiten“ fest.

Seit 1980 können Bundesbürger, nach der Wende auch Opfer von Zwangssterilisationen aus den neuen Bundesländern, eine einmalige Zahlung von 5000 DM beantragen. Diese Zahlung ist jetzt mit einer monatlichen Zuwendung von 120 DM verbunden. 1998 hat der Deutsche Bundestag die von Erbgesundheitsgerichten ergangenen Urteile für ungültig erklärt.

Die Opfer von Zwangssterilisationen, die heute noch leben, sind Menschen, die als Kinder oder Jugendliche körperlich und seelisch verletzt wurden. Nach aktueller Schätzung (06.02.02; Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V., Detmold) gibt es in der Bundesrepublik Deutschland noch 12000 - 15000 Überlebende der Zwangssterilisation, die auf ihre Gleichstellung mit den Verfolgten des Naziregimes warten. Eine Wartezeit von über 50 Jahren bedeutet für diese Menschen Leidenzeit!

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wird für die deutsche Medizin ein bleibender Schandfleck sein. Ärzte, die dieses Gesetz ausarbeiteten und die Ärzte, die es im Erbgesundheitsgericht zur Unfruchtbarmachung billigten und umsetzten, haben die Berufsehre verletzt und den Eid des Hippokrates gebrochen.

Dr. Heinz Zehmisch,
Stresemannstr. 40, 08523 Plauen

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

60 Jahre			28. 06.	Dr. med. Vettters, Helmut
01. 06.	Dr. med. Geisler, Dagmar	22. 06.	01324 Dresden	
02. 06.	Dr. med. Franke, Annelies	24. 06.	Jackisch, Ursula	
02. 06.	04318 Leipzig	25. 06.	09669 Frankenberg	
02. 06.	Hofmann, Renate	26. 06.	Kämpf, Wolfgang	
02. 06.	09116 Chemnitz	26. 06.	09366 Stollberg	
02. 06.	Dr. med. Sommerfeld, Manfred	27. 06.	Dr. med. Nedeleff, Rosmarie	
03. 06.	04299 Leipzig	27. 06.	01728 Bannewitz	
03. 06.	Dr. med. Huhle, Christian	27. 06.		70 Jahre
03. 06.	01219 Dresden	27. 06.	01. 06.	PD Dr. med. habil. Herzmann, Erwin
03. 06.	Dr. med. Schmidt, Volkmar	27. 06.	01307 Dresden	
04. 06.	01920 Oßling	27. 06.	Dr. med. Ranke, Christian	
04. 06.	Dr. med. Gehrke, Lutz-Dieter	27. 06.	08228 Rodewisch	
04. 06.	09577 Niederwiesa	28. 06.		75 Jahre
04. 06.	Schmeiduch, Sabine	28. 06.	03. 06.	Dr. med. Plath, Ingeborg
05. 06.	04157 Leipzig	28. 06.	04107 Leipzig	
05. 06.	Dr. med. Bley, Ingrid	28. 06.	Dr. med. Naumann, Renate	
05. 06.	01662 Meißen	30. 06.	09131 Chemnitz	
05. 06.	Dr. med. Günther, Hans-Jürgen	30. 06.	08. 06.	Dr. med. Spindler, Eva-Maria
05. 06.	09306 Rochlitz	30. 06.	01762 Hartmannsdorf	
05. 06.	Hinke, Ingrid	30. 06.	Dr. med. Töppich, Eckart	
05. 06.	01445 Radebeul	30. 06.	01454 Ullersdorf	
05. 06.	Dr. med. Kleindienst, Edeltraud	30. 06.	Dr. med.habil. Wilde, Johannes	
06. 06.	09306 Zettlitz		04357 Leipzig	
06. 06.	Goldenberg, Semen		27. 06.	Dr. med. Lotze, Horst
07. 06.	01219 Dresden		28. 06.	Dr. med. Lotze, Horst
07. 06.	Dr. med. Ehinger, Ingrid			Dr. med. Preibisch-Effenberger, Rosemarie
07. 06.	01219 Dresden			01309 Dresden
07. 06.	Dr. med. Schmidt, Heiderose			80 Jahre
08. 06.	02827 Görlitz		09. 06.	Prof. Dr. med. Claus, Justus
08. 06.	Dr. med. Buchda, Ute		17. 06.	04103 Leipzig
08. 06.	04157 Leipzig			Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Wolfgang
08. 06.	Rodehacke, Günter			08451 Crimmitschau
10. 06.	02681 Wilthen			82 Jahre
10. 06.	Bartel, Horst		09. 06.	Dr. med. Stegmann, Johannes
10. 06.	04657 Langensteinbach		12. 06.	08645 Bad Elster
10. 06.	Dr. med. Fischer, Ingeborg		20. 06.	Dr. med. Scholze, Siegfried
10. 06.	04155 Leipzig			01877 Bischofswerda
10. 06.	Fröhner, Bernd			Prof. Dr. med. habil. Trenckmann, Heinz
11. 06.	09465 Cranzahl			04299 Leipzig
11. 06.	Prof. Dr. med. habil. Heidel, Günter			83 Jahre
11. 06.	01326 Dresden		24. 06.	Dr. med. Ochernal, Anneliese
11. 06.	Neubert, Sigrid			01309 Dresden
11. 06.	04159 Leipzig			84 Jahre
11. 06.	Dr. med. Stöckel, Dieter		03. 06.	Dr. med. Schreckenbach, Gerhard
11. 06.	02699 Königswartha		27. 06.	04552 Borna
12. 06.	Dr. med. Zwinscher, Elke			Dr. med. Pongratz, Gudrun
12. 06.	08468 Reichenbach		29. 06.	01689 Weinböhla
12. 06.	Dr. med. Müller, Sigrid			Dr. med. Sobotzick, Ernst
13. 06.	01619 Röderau			08060 Zwickau
13. 06.	Nitzsche, Maria			85 Jahre
14. 06.	08056 Zwickau		20. 06.	Dr. med. Walther, Heinrich
14. 06.	Dr. med. Müller-Aschoff, Elke			04275 Leipzig
15. 06.	01277 Dresden		27. 06.	
15. 06.	Dr. med. Hennig, Dirk			86 Jahre
16. 06.	08468 Unterheinsdorf			Dr. med. Chudoba, Erhard
16. 06.	Dr. sc. med. Dalitz, Heinz			09599 Freiberg
17. 06.	01324 Dresden			87 Jahre
17. 06.	Weiske, Arnd		20. 06.	Dr. med. Parisius, Ullrich
19. 06.	09217 Burgstädt			04860 Torgau
19. 06.	Dr. med. Weidner, Irma			91 Jahre
20. 06.	01279 Dresden		22. 06.	Dr. med. Jansen, Gertrud
20. 06.	Dr. med. Baldauf, Jürgen			09376 Oelsnitz
20. 06.	09131 Chemnitz			
20. 06.	Dr. med. Machalet, Klaus			
21. 06.	07985 Hohndorf/Thür.			
21. 06.	Dr. med. Rasenberger, Ursula			
22. 06.	04158 Leipzig			
22. 06.	Dr. med. Keller, Bernd			
22. 06.	04277 Leipzig			
22. 06.	Prof. Dr. med. habil. Scheuch, Klaus			
22. 06.	01728 Bannewitz			

Professor Dr. med. habil. Otto Bach zum 65. Geburtstag



In Prof. Otto Bach ehren wir zu seinem 65. Geburtstag ein sächsisches Urgestein eines Mediziners, Psychiaters und Wissenschaftlers, eines gesundheits- und wissenschaftspolitisch Denkenden, der sich einmischt und mitträgt, dadurch Spuren hinterlässt, die tief und gradlinig, nur selten kantig sind.

Am 21.5.1937 in Borsdorf bei Leipzig geboren und dort aufgewachsen, begann er 1955 sein Medizinstudium in Leipzig. Seit 1965 war er im Fachbereich Neuro-

logie/Psychiatrie der Leipziger Universität tätig als Assistent, Facharzt, Oberarzt, habilitierte sich 1975 zum Thema „Über kooperative Beziehungen zwischen psychiatrischen Patienten und ihrer Umwelt“, womit er die dortigen Intentionen sozial-psychiatrischen Denkens fortsetzte und maßgeblich mitgestaltete, und wurde 1979 zum ordentlichen Dozenten berufen. 1984 lehrte und arbeitete Prof. Bach 6 Monate als Assistance-Professor am Medical Centre Gondar der Universität Addis Abeba/Äthiopien, ein quasi geprobter Weggang von seinem geliebten Leipzig. 1987 erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor für Neurologie und Psychiatrie und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie Dresden, wo er bald schon – mit seinen eigenen Worten – sein „zweites Leben“ geschenkt bekam und miterrang: Als Klinikdirektor und Vorsitzender der Regionalgesellschaft für Psychiatrie und Neurologie Dresden erlebte er die Wende, wurde 1990 erster Präsident der neugegründeten Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde – Ost, Vorstandsmitglied der

gleichnamigen Gesellschaft – West, 1991 - 1994 Rektor der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden, als der er höchst aktiv involviert war in die Gründungsprozesse der neuen Medizinischen Fakultät, deren Dekan für Forschung er 1996 - 1999 war. Andere Funktionen als Vorsitzender – Facharztprüfungs-Kommission, Akademie für Ärztliche Fortbildung, beide bei der Sächsischen Landesärztekammer, Landesbeirat für Psychiatrie der Sächsischen Landesregierung, Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde – können hier nur genannt werden. Seit 1999 ist er Medizinisches Vorstandsmitglied und Sprecher des Universitätsklinikums Dresden. Mit dem Weggang von Prof. Bach verliert der Unterzeichner und seine Klinikkollegen einen Freund und Chef in der Rolle eines Vaters, die Region einen, der prägte, das Land einen Mittler zwischen Ost und West. Er leidet auch heute nicht unter Müdigkeit, weshalb die versöhnende Prognose erlaubt sei: Er wird uns nicht abhanden kommen.

Prof. Dr. med. habil. Werner Felber, Dresden

Dr. med. Hans-Jochen Heidel zum 65. Geburtstag



Am 13. Mai begeht Dr. med. Hans-Jochen Heidel seinen 65. Geburtstag.

Weit über die Grenzen Leipzigs und seines Fachgebiets hinaus ist er als engagierter Anästhesist, Notfallmediziner, Sportler und liebenswerter Mensch bekannt.

In Leipzig geboren, blieb er zeitlebens seiner Heimatstadt treu. Von 1955 bis 1960 absolvierte er sein Medizinstudium an der Leipziger Alma mater und promovierte 1960 zum Doktor der Medizin. Er wirkte als Assistenzarzt und als Facharzt für Anästhesie (seit 1966) in der Universität Leipzig, nachfolgend als Oberarzt im damaligen Bezirkskranken-

hauses St. Georg. Die von ihm selbst humorvoll so genannte „ Lust- und Traumnarkose nach Heidel“ wurde weithin zum Markenzeichen für patientenorientierte, sichere und moderne Anästhesie mit individuellem Zuschnitt.

Besonders engagiert widmete sich Hans-Jochen Heidel dem Aufbau der sächsischen Notfallmedizin, die er Mitte der siebziger Jahre federführend mit aus der Taufe hob. Tausende Ärzte, Schwestern und Rettungssanitäter verdanken ihr theoretisches Wissen und ihre praktischen Fähigkeiten der lebendigen Ausbildung durch unseren Jubilar.

Von 1978 bis 2000 prägte Hans-Jochen Heidel als Chefarzt die Anästhesieabteilung des Waldkrankenhauses Bad Dübener. Unter seiner unmittelbaren Leitung wuchs ein leistungsfähiges Ärzte- und Schwesternteam, das den modernen anästhesiologischen Anforderungen der operativen Orthopädie gerecht wird. Vorrangiges Interesse galt der Methode der kontinuierlichen Spinalanästhesie, die in Bad Dübener als Routineverfahren etabliert und bereits über 5000 mal durchgeführt wurde. Parallel dazu vollbrachte er mit seinen Mitarbeitern Pionierleistungen auf dem Gebiet der Eigenblutspende und erstellte

ein inzwischen tausendfach bewährtes Konzept der perioperativen Hämotherapie. Wir – seine ehemaligen Mitarbeiter und Schüler – schätzen an Hans-Jochen Heidel nicht nur seine wissenschaftlichen Leistungen, sondern auch seine menschlichen Eigenschaften: schier übermenschlichen Fleiß und Energie, Aufopferung für seine Patienten, kaum vorstellbare Bescheidenheit und nicht zuletzt seinen nie versiegenden Humor. Darüber hinaus bewundern wir ihn auch als vielseitigen Ausdauersportler – Schwimmer, Radfahrer und Läufer – der regelmäßig die Rennsteigläufe und als Krönung seiner

Laufbahn den New York-Marathon 1999 absolvierte, dabei stets viele jüngere Sportler hinter sich lassend. Nicht zuletzt kennen wir ihn auch als weltgewandten Globetrotter und Wanderführer sowie als tiefgründigen Kenner der Leipziger Geschichte, Kunst, Kultur und Gastronomie.

Lieber Hans-Jochen, wir wünschen Dir noch viele gesunde und aktive Jahre an der Seite Deiner Gattin und freuen uns ehrlich, Dich oft in unserer Mitte begrüßen zu können.

Dein Bad Dübener Anästhesieteam

Winfried Melzer – Fotografie

Ausstellung

Nach Ausstellungen mit Malerei der unterschiedlichsten Stilrichtungen und Techniken werden erstmals Fotografien im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer gezeigt. Der Schwerpunkt liegt in schwarz-weißen körperlichen Bildern mit einer sichtbaren Abgrenzung zum klassischen Akt.

Der Fotograf Winfried Melzer überträgt mit dem Medium Fotografie den Augenblick einer allgemeinen Gegenwart in die Ewigkeit. Der von ihm berührte Gegenstand offenbart dabei sein Inneres über eine äußerliche, konkret-sinnliche Form. Der menschliche Körper als ein beliebtes klassisches Motiv verwandelt sich durch den Künstler – in dem ein temporärer Zustand dokumentiert und damit aus der Zeit gehoben wird – vom Abbild zum Bild. Die sorgfältige Teilnahme von Winfried Melzer an seinem Motiv ist im-

mer zugleich moralisch, gestützt durch eine Philosophie des Menschlichen. Durch seine Sicht schmiegt sich die uns umgebende Welt wie eine zweite Haut an uns, die uns für die Vielfalt des Lebens sensibilisiert.

Winfried Melzer arbeitet seit 1987 als freischaffender Foto- und Grafikdesigner in Dresden. Seine vielfältigen Berufsausbildungen, vom Betriebsschlosser und Landschaftsgärtner zum Fotografen, fließen in seine Bildkompositionen ein. Durch die Teilnahme an nationalen und internationalen Ausstellungen ist der Künstler weit über die Landesgrenzen hinweg bekannt.

Kontakt: winfried.melzer@gmx.de

Ausstellung vom 14. Mai bis 15. Juli 2002
Vernissage am 16. Mai 2002, 19.30 Uhr

kö

