

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 11/2002

Editorial	Bundestagswahl 2002 Die Würfel sind gefallen	516
Berufspolitik	Schnelle Hilfe machte Mut Hochwasserkatastrophe – drei Monate danach 10 Jahre externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen auf dem Prüfstein Quo vadis Gesundheitswesen?	517 518 519 527
	Impressum	518
Gesundheitspolitik	R. Ludewig, R. Preiss, R. Regenthal, P. Illes, W.J. Kleemann, N. Krüger, G. Schreinicke Aktuelles zu Arzneimitteln und Giften Fortbildungsveranstaltung für Transplantationsbeauftragte	530 536
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Haftpflichtversicherung für angestellte Ärzte Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung und anderer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften (FeVÄndV) Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen Konzerte und Ausstellungen	537 537 538 538 538
Mitteilung der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	539
Leserbrief	Leserbrief vom St. Carolus-Krankenhaus Görlitz	540
Hochschulnachrichten	Verleihung akademischer Grade	541
Personalien	Unsere Jubilare im Dezember Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum 60. Geburtstag	542 544
Feuilleton	Reinhard Ludewig unter Mitarbeit von Susanna Seufert Beethoven und das Gift im Wein – Teil 6 Ein Segen, diese Beipackzettel! Insekt des Jahres 2002 – Der Zitronenfalter	546 548 549
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Januar 2003 Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen für Chirurgie/Unfallchirurgie, Orthopädie und Urologie im Freistaat Sachsen 2001	

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.

Die Würfel sind gefallen

Bundestagswahl 2002

Die Wahl ist durch das Wählervotum denkbar knapp zugunsten der amtierenden Koalition entschieden worden. Auch die neuesten Erklärungen der Bundessozialministerin, Frau Ulla Schmidt, lassen für die kommende Legislaturperiode nichts Gutes erwarten. In Ihrem Offenbarungseid Ende Oktober hat sie die Katze aus dem Sack gelassen: Einsparungen auf der ganzen Linie. Davon betroffen sind die Industrie, die Apotheken, die Krankenkassen und auch die Ärzte. Es ist richtig, dass bei der hohen Arbeitslosigkeit und dem demografischen Wandel in Deutschland Kosten gespart werden müssen. Ob man das allerdings mit einem Vorschaltgesetz erreicht, scheint fraglich. Von einer umfassenden Gesundheitsreform ist bisher wieder nichts zu bemerken. Tragfähige Konzepte und eine Aufklärung der Bürger über die Zukunft der Krankenversicherung erfolgen durch die Politik zurzeit nicht. Der Spagat zwischen Sozialstaat und Leistungsbeschränkung wird Rot-Grün nur schwer gelingen, denn vom Sparen allein wird man nicht gesund. Und wo will man bei den ostdeutschen Ärzten noch Kosten senken? Sie erhalten doch schon weniger Vergütung und haben geringere Punktwerte bei mehr Arbeitsstunden.

Damit behalten die von uns Ärzten vor der Bundestagswahl vertretenen Grundsatzpositionen zu einer grundlegenden Gesundheitsreform, mit dem Ziel der Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme und der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität ihre volle Gültigkeit. Aus der Blackbox des GKV-Systems muss endlich ein System transparenter Finanzströme zugunsten der Krankenversicherten werden. Nicht der

Arzt trägt die Schuld an der Finanzmiserere, sondern die zunehmende Zweckentfremdung der Versichertengelder, denn „Verschiebebahnhöfe“ haben die GKV in eine bedrohliche Finanzierungskrise gebracht und nicht die immer wieder öffentlich kritisierte Arzneimitteltherapie.

Eine Absage werden wir auch weiterhin den Bestrebungen hin zu einer ökonomisierten Checklistenmedizin und einer staatlichen Eingriffsverwaltung erteilen. Der medizinische Sachverstand muss in den politischen Diskussionen sehr viel stärker zum Tragen kommen, damit die expertokratische Meinungsdominanz via BMG-Programmen nicht zur Beeinträchtigung der Patienten-Arzt-Beziehung in Praxis und Klinik führt. Eine wachsende Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit durch DMP und DRG sowie der Verfall der Punktwerte führt zunehmend zu Resignation und einer Abnahme der beruflichen Motivation. Eine hochstehende gesundheitliche Versorgung wird durch zunehmende staatsmedizinische Dirigismenten zu Grabe getragen.

Die Rot-Grüne Koalitionsvereinbarung lässt die Vermutung zu, dass aus einem freiberuflich tätigen Arzt ein Gewerbetreibender gemacht werden soll. Die Beschneidung der ärztlichen Selbstverwaltung und die Möglichkeit von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten wird zu einer Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages mit allen daraus entstehenden Konsequenzen führen. Zugleich macht die Politik aus dem Patienten einen unmündigen Bürger, dem das Recht auf freie Arztwahl durch die Hintertür genommen wird. Kassen und Poli-

tik haben dann leichtes Spiel, ihre ökonomischen Interessen durchzusetzen, wenn der Arzt in eine Zuschauerposition gedrängt wird. Dies werden wir nicht zulassen.

Aufhören muss zudem die öffentliche Difffamierung eines ganzen Berufsstandes durch bestimmte Krankenkassenvertreter und auch durch die Politik. Dies ist im Hinblick auf den bedrohlichen Ärztemangel besonders im Osten Deutschlands kontraproduktiv, da Vertrauen der Patienten unterminiert und potenzieller ärztlicher Nachwuchs frustriert wird. Die von uns vorgelegte Analyse zu den Ursachen eines gravierenden Ärztemangels muss schnellstmöglich zum Inhalt eines Sanierungskonzeptes gemacht werden.

Zusammen mit dem Sächsischen Bündnis für Gesundheit werden wir auch weiterhin unseren Einfluss auf allen Ebenen der Gesundheitspolitik von Sachsen aus geltend machen. Erste Vorstellungen dazu wurden auf einer Sitzung Ende Oktober bereits entwickelt. Zentrale Punkte werden mit Sicherheit die geplante Beschränkung der Selbstverwaltungen und die stetig wachsende Bürokratisierung der Heilberufe sein. Und wenn die Politik den bisherigen Kurs der Ökonomisierung der Medizin so wie bisher weiter verfolgt, dann wird das Bündnis öffentlichkeitswirksame Aktionen starten, welche den Menschen wieder in das Zentrum der Debatten rücken sollen.

Und wie heißt es doch: Nach der Wahl ist vor der Wahl.

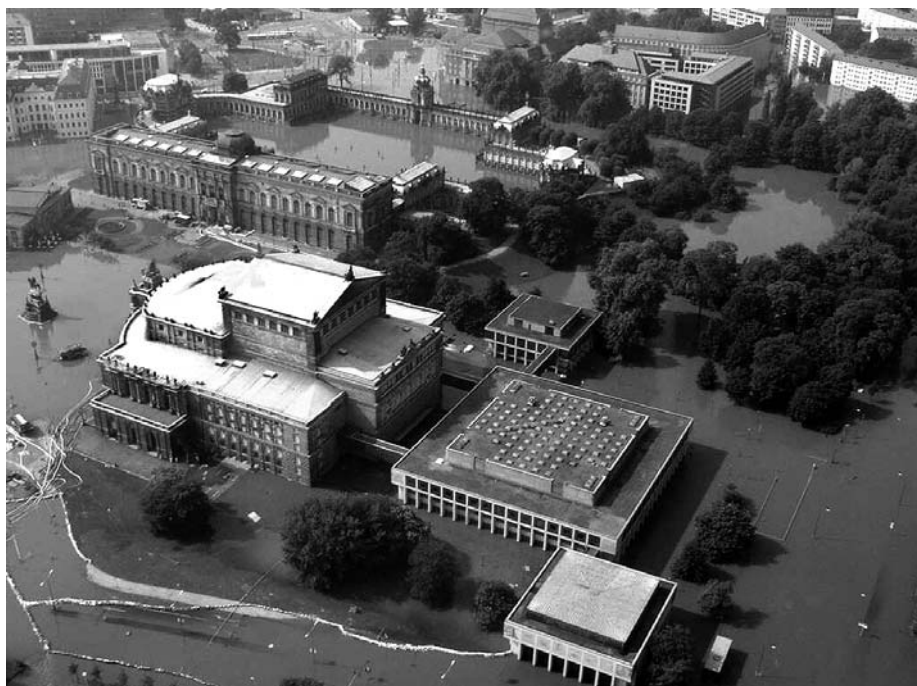
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Schnelle Hilfe machte Mut

In den vergangenen Tagen erreichten zahlreiche Briefe die Sächsische Landesärztekammer, in denen sich vom Hochwasser betroffene Ärzte für die schnelle, unbürokratische Soforthilfe bedanken. Eine Ärztin aus Döbeln schrieb: „Ihre schnelle Hilfe hat mir Mut gemacht, den schweren Schäden zu trotzen und weiter zu machen“. Aus Heidenau erreichten uns die Zeilen: „...mit großer Bewegung haben ich und meine Familie die Soforthilfe (...) erhalten (...) ...die dafür eingesetzt wurde, die Elektroanlage im Praxisgebäude umgehend wieder in Stand zu setzen. So konnte der Praxisbetrieb bereits am 22. 8. 2002 wieder aufgenommen werden“. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ist von diesen Reaktionen sehr beeindruckt, zumal die Briefe in einer Zeit geschrieben wurden, wo der schwierige Wiederaufbau mit allen denkbaren Provisorien auf der Tagesordnung stand und eigentlich keine Zeit für andere Dinge blieb. „Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln hat die Sächsische Landesärztekammer selbstverständliche, kollegiale Hilfe geleistet. Mehr nicht!“, so der Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze.

Große Spendenbereitschaft

Obwohl die Soforthilfe in Höhe von 1.000 Euro bei weitem nicht ausreicht, um die großen Hochwasserschäden zu beseitigen, so stellen sie dennoch eine kleine moralische Unterstützung dar. Bis Anfang November wurde an 222 Ärzte die Soforthilfe ausgezahlt. Die überwältigende Spendenbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Kammern, Berufsverbänden und Unternehmen in ganz Deutschland und selbst aus dem Ausland ermöglichen zudem eine finanzielle Unterstützung für besonders schwer betroffene Ärzte. Aus Gesprächen wissen wir, dass viele Spender aus den unterschiedlichsten persönlichen Gründen ihre Unterstützung bewusst den Ärzten in Sachsen gaben. Und eine ganz ungewöhnliche Spendensammlung erfolgte auf einem 80. Ge-



Auch Semperoper und Zwinger waren im August 2002 vom Wasser eingeschlossen.

burtstag: Statt Geschenken sammelte die Jubilarin Geld, welches sie ebenfalls zur Hälfte nach Sachsen spendete. Zwei Benefizveranstaltungen in der Sächsischen Landesärztekammer zugunsten der vom Hochwasser geschädigten Ärzte erbrachten zusätzlich noch einmal 3.000 Euro. Bis Redaktionsschluss waren rund 1,75 Mill. Euro auf dem Spendenkonto der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Kennwort „Ärzte in Not“ eingegangen. Wir danken an dieser Stelle allen Spendern, welche die sächsischen Ärzte mit großen und kleinen Beträgen unterstützt haben.

Transparenz bei Verteilung

Über die Summe der Soforthilfe hinaus eingegangene Spenden, werden ab November 2002 durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen und Sächsischer Landesärztekammer nach Schadensgruppen an geschädigte Ärzte vergeben. Die Schadensgruppen 1 (leichte Schäden), 2 (mittelschwere Schäden und 4 (schwerste

Schäden/Totalverlust) werden nach bestimmten Kriterien gebildet. Eine detaillierte Darstellung des Spendenaufkommens und der -vergabe erfolgt im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2003. Neben Geldspenden gab es auch zahlreiche Angebote für Sachspenden. Diese reichten von Verbandsmaterial bis hin zu technischen Geräten oder kompletten Praxiseinrichtungen. Auch diesen Spendern will die Sächsische Landesärztekammer und die Redaktion vom „Ärzteblatt Sachsen“ hiermit großen Dank aussprechen. Gleichzeitig bestand oftmals der Wunsch von Ärzten aus anderen Bundesländern einen direkten Kontakt zu den geschädigten Kollegen in Sachsen zu erhalten, um Partnerschaften aufzubauen. Auch hier hat die Sächsische Landesärztekammer eine Mittlerrolle gespielt. Es ist leider nicht bekannt, wie viele solcher Kooperationen zustande gekommen sind. Wir denken aber, dass sich nach dieser Flutkatastrophe neue kollegiale Kontakte zwischen Ost und West gebildet haben.

kö

Hochwasserkatastrophe – drei Monate danach

Nachdem die Flut vorbei ist, geht es jetzt in den betroffenen Gebieten darum, den Schaden exakt zu beziffern und daraus Konsequenzen zu ziehen. Manch einer, der in mühevoller Arbeit in der Nachwendzeit ein Unternehmen aufgebaut, eine Werkstatt eingerichtet oder ein Haus saniert hat, muss realisieren, dass seine Existenzgrundlage nicht mehr besteht und die Zukunft völlig unklar ist. Die Betroffenen müssen den Verlust verarbeiten und zugleich nach neuen Lebensperspektiven suchen.

Existentiell bedrohliche Situationen und tiefgreifende Umbrucherfahrungen haben die Menschen in der ehemaligen DDR häufiger erlebt als die westlichen Nachbarn. Mehrfach mussten sie ihre Lebensplanung völlig umorientieren und neu anfangen – für manche ist die Grenze der Belastbarkeit überschritten. Insbesondere Menschen, die die Wende nicht verkraftet haben, Menschen mit vorbestehenden Traumatisierungen oder mit erhöhter psychischer Labilität und Vulnerabilität dekomensieren nun eher und benötigen verstärkt professionelle Unterstützung. Leider fehlen diese Hilfsangebote auf breiter Front.

In den sächsischen Regionen, die besonders unter den Fluten litten, nämlich in den ländlichen Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit und vorbestehender wirtschaftlicher Unsicherheit, findet sich eine vollkommen unzureichende psychotherapeutische Versorgung. In ganz Sachsen sind nur 30% der psychotherapeutischen Kassensitze besetzt, die Grundversorgung ist in diesem Bereich nicht gewährleistet. Auch im nervenärztlichen Bereich besteht eine Unterversorgung, da die Kollegen zunehmend in den Altersruhestand gehen und die Tätigkeit für den Nachwuchs aufgrund der unzureichenden Vergütung immer unattraktiver wird. Patienten in psychischen Not-situationen haben meist keine Chance auf schnelle Hilfe, Wartezeiten von einem halben Jahr sind beim Psychiater durch-

aus üblich, beim Psychotherapeut gibt es oft keine Aussicht auf einen Behandlungsplatz.

Da der Beratungs- und Behandlungsbedarf nach Katastrophen erfahrungsgemäß zeitretardiert nach einer Phase akuter Belastung auftritt, ist mit einer Zunahme von psychischen Störungen zu rechnen (siehe Literaturangabe). Eine rasche Behandlung der bedürftigen Betroffenen ist sinnvoll, um Folgekrankheiten, Chronifizierungen und schwerwiegenden Belastungsreaktionen entgegenzuwirken. In dieser kritischen Situation wird das Fehlen notwendiger psychotherapeutischer Behandlungsstrukturen offenkundig. Der erforderliche Behandlungsbedarf kann durch die Angebote der Kassenpraxen nicht gedeckt werden.

Hilfsmöglichkeiten außerhalb der gegebenen Versorgungsstrukturen sind deshalb auf die Beine gestellt worden. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten haben ihre Hilfe angeboten, sie sind bereit auch außerhalb ihrer Kliniken und Praxen, zum Beispiel in Gemeindehäusern vor Ort psychotherapeutisch zu helfen. Die Ambulanz des Psychologischen Instituts an der Technischen Universität Dresden hat in dieser Situation die Aufgabe übernommen, verschiedene Angebote zu koordinieren. Eine Hotline wurde auf Initiative des sächsischen Staatsministeriums des Inneren eingerichtet, an die sich alle Hilfesuchenden wenden können. Hier kann Unterstützung für Geschädigte angefordert werden. Spezifische Krisenbegleitung kann vermittelt werden aber auch konkrete Hilfestellung in praktischer Hinsicht. Hilfsangebote und auch finanzielle Unterstützungsangebote können gleichfalls an diese Adresse gehen.

HOTLINE : 0180 2207979

Frau Dr. med. Kornelia Sturz
Ärztliche Direktorin
Klinik Schwedenstein
Obersteinaer Weg
01896 Pulsnitz

Ärztblatt 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 Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

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

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



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

10 Jahre externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen auf dem Prüfstein

Rückblick und Aussicht

Bereits zu Beginn des Jahres beschäftigte sich der Ausschuss Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer mit der Frage, inwieweit 10 Jahre externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen ein Grund zum Feiern sein könnte. Die Antworten hierzu waren vielfältig und reichten von positiven Einschätzungen bis hin zu kritischen und auch resignativen Meinungen. Im kleinen Kreis des Ausschusses herrschte Einigkeit, dass sich dieses bunte Meinungsbild auch innerhalb der Ärzteschaft wiederfindet und das 10jährige Jubiläum eine gute Gelegenheit bietet, der Vergangenheit einen Spiegel vorzuhalten. Diese Reflexion ist Teil des sogenannten PDCA-Zyklus und soll die vergangenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung hinsichtlich des tatsächlich Erreichten, gemessen an der ursprünglichen Zielsetzung überprüfen, um konsequenterweise Empfehlungen für die zukünftige Weiterentwicklung abzuleiten.

Mit diesem Anliegen möchte der Ausschuss Qualitätssicherung in einen offenen und kritischen Dialog insbesondere mit der sächsischen Ärzteschaft treten und hat aus diesem Grund die Form des Interviews gewählt, in dem der langjährige Vorsitzende des Ausschusses, Herr Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen, der derzeit Vorsitzender des Lenkungsgremiums ist, Fragen der amtierenden Ausschussvorsitzenden, Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska beantwortet. Im Anschluss stellen die verschiedenen Arbeitsgruppen wesentliche Ergebnisse aus den vergangenen 10 Jahren vor.

Herr Kollege Goertchen, wir blicken zurück auf 10 Jahre externe Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer und damit verbunden auch auf die aktive Mitarbeit in der Bundesärztekammer zum Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement. Worin lag zu Beginn das Neue und Besondere für die Ärzteschaft?

Mit der konstituierenden Sitzung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. Mai 1990 begann die berufseigene Selbstverwaltung. Darin lag und liegt im eigentlichen Sinne das Neue und Besondere. Die Tatsache an sich, dass die Ärzteschaft traditionsgemäß Qualitätssicherung auf freiwilliger Basis betreibt, war nicht neu, denkt man an die Autopsie oder an Dokumentationsprojekte in der Anästhesie, an die Kommissionen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit wie auch an die Qualitätsvergleiche in der gynäkologischen Zytologie sowie Labormedizin. Neu war neben der Gründung des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie und der notwendigen Vertragsgestaltung zur externen Qualitätssicherung zwischen Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und der Sächsischen Landesärztekammer insbesondere die Übernahme und Einführung bewährter und zugleich gezielt ausgewählter Qualitätssicherungsprojekte wie zum Beispiel in der Perinatalogie, Neonatologie und Chirurgie.

Welche Strukturen mussten zusätzlich geschaffen werden, um eine landesweite Standortbestimmung in der externen Qualitätssicherung zu ermöglichen?

Unabhängig von der Wahl des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie an der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte die Konstituierung des Lenkungsausschusses mit Vertretern der drei Vertragspartnern, die Einberufung von Facharbeitsgruppen und der Aufbau einer Projektgeschäftsstelle, ohne die diese umfangreiche Arbeit überhaupt nicht hätte bewältigt werden können.

Wo lagen seinerzeit die Probleme?

Zum einen, dass gar nicht so viele Projekte realisiert werden konnten, wie die Ärzteschaft anstrebte. Zum anderen, dass wir damals schon wussten, dass die generelle Methodik von Fallanalytik allein nicht ausreichen wird, wenn nicht zusätzlich problemanalytische Projekte und die Entwicklung sowie Implementierung von Qualitätsindikatoren hinzu kommen.

Können Sie nach 10 Jahren externer Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen feststellen, dass diese in der Tat Einfluss auf die Versorgungsqualität gehabt hat und damit auch Ergebnisse aufweisen kann?

Die ersten ablesbaren Ergebnisse und Erfolge zeigten sich nach etwa 3 Jahren. So wurde zum Beispiel die Säuglingssterblichkeit gesenkt und dies besonders mit Hilfe des sogenannten Regionalisierungskonzeptes in Sachsen. Mit der Ausweitung und Aktualisierung der Embolieprophylaxe kam es unter anderem auch in der Chirurgie zu einer nachweisbaren Senkung thrombembolischer Komplikationen und vieles mehr. Da der Wissensstand sich kontinuierlich ändert, kam es notwendigerweise zu Projektüberarbeitungen und

dies insbesondere in der Neonatologie. In der Perinatalogie konnten auf der Basis der langjährigen Erhebungen eine Reihe von Qualitätsindikatoren abgeleitet und eingeführt werden. Darüber hinaus wurde es mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit, operiertes Gewebe einer histologischen Untersuchung zuzuführen. Insgesamt wurde eine Basis geschaffen für die Rückwirkung auf das innere Qualitätsmanagement der einzelnen Einrichtungen.

Orientierte sich die Tätigkeit des Ausschusses Qualitätssicherung ausschließlich auf die Durchsetzung und Etablierung von Projekten der externen Qualitätssicherung?

Nein, von Beginn an war und ist es Ziel, dass mit Hilfe der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung Einfluss genommen werden kann auf das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser. So gab es zeitweilige Arbeitsgruppen, die eine landesweite Erhebung zur Situation der Krankenhaushygiene und der Autopsietätigkeit im Freistaat Sachsen durchführten. Parallel dazu beschäftigte sich der Ausschuss mit der Zertifizierung von Krankenhäusern und organisierte nicht zuletzt in nahezu jährlichen Abständen eine Reihe von Informationsveranstaltungen mit Themen über die Zielstellung und Methoden des externen und internen Qualitätsmanagements. Dieses Engagement war auch Teil des nunmehr zum dritten Mal stattfindenden Curriculums Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, welches sächsischen Ärzten die Möglichkeit einer Zusatzbezeichnung bietet.

Im allgemeinen ist die berufspolitische Tätigkeit der Ärzte, insbesondere auch an der Kammer eine ehrenamtliche Tätigkeit. Gibt es innerhalb der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung auch hauptamtliche Mitarbeiter?

Ja, in der Tat sind die überwiegende Mehrzahl der Ärzte, die sich für die externe Qualitätssicherung einsetzen, zum Beispiel in den Facharbeitsgruppen, ehrenamtlich tätig. Dies gilt auch für die Mitwirkung im Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie wie auch im Lenkungsgremium auf der Basis des dreiseitigen Vertrages (§ 137 i.V. mit § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung gemeinsam mit den Vertretern der sächsischen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.

Anders ist es bei den Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle, die von Herrn Dr. Schlosser geleitet wird und ihre gesetzliche und strukturelle Grundlage in eben diesem dreiseitigen Vertrag findet. Die Projektgeschäftsstelle ist damit die einzige hauptberuflich tätige Instanz für die externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen. Sie hat eine Schlüsselstellung bezüglich der Koordination des Informationsflusses zwischen allen Ebenen des Landes und Bundes auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung, insbesondere auch zur Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Düsseldorf. Die Arbeit verlangt nicht nur ärztliche Profession und Kompetenz, sondern auch einen hohen interdisziplinären Sachverstand. Dies wird allein an der Vergabe von Kriterien zur Plausibilitätsprüfung statistisch-medizinischer Ergebnisse deutlich.

Die externe Qualitätssicherung wurde durch die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte schrittweise wesentlich erweitert. Damit wurden weitere Fachdisziplinen wie die Urologie, Gynäkologie und nicht zuletzt auch die Kardiologie gegenüber den Anfängen der externen Qualitätssicherung nun auch bundesweit verstärkt mit einbezogen. Auf den ersten Blick scheint dies ein großer Schritt nach vorn zu sein. Wie ist Ihre Meinung zu dieser Entwicklung, gibt es Schattenseiten bezogen auf die jetzige Situation?

Zweifelsohne ist es ein Vorteil, wenn eine Vielzahl von medizinischen Fachdisziplinen durch Projekte in die externe Qualitätssicherung einbezogen sind bzw. werden. Dies war von Anfang an das Anliegen der Ärzteschaft wohl aber auf der Basis der traditionsgemäßen Freiwilligkeit, die gut funktionierte! Die jetzt geltende Gesetzlichkeit hat zwar eine verstärkte Vergleichbarkeit für alle Beteiligten gebracht, wohl aber unverkennbar eine Einschränkung der Freiheit hinsichtlich der Auswahl der Projekte, der Methodik und des Umfangs. Gesetzlich geregelte Vergleichbarkeit hat immer etwas mit Freiheitsverlust bzw. Freiheitseinschränkung und damit mit Innovationsverlust zu tun. Darüber hinaus können angedrohte Sanktionen zwar Druck ausüben, sicher jedoch nicht das Verständnis und Problembewusstsein wecken. Die Entwicklung und Umsetzung landeseigener Projekte mit der Zielstellung von Problemanalysen unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung ist damit den Ländern fast

vollständig genommen, unabhängig von den vielschichtigen logistischen Problemen. So stehen wir aktuell vor der großen Gefahr der Produktion von Datenschnitt, der unbearbeitet bleibt und letztlich nur die Kräfte unserer ärztlichen Kollegen vor Ort im Krankenhaus aufzehrt. Meines Erachtens ist ein Teil der zur Zeit laufenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht ausgereift, ebenso wie die Rahmenbedingungen unter denen diese Erhebungen stattfinden. Die externe Qualitätssicherung ist endlich vom Entgelt zu lösen und methodische Überarbeitung dringend angezeigt. Denkt man zum Beispiel an die Erfassung der Hernien unter Einbeziehung der Narbenhernie, so ist es unvermeidlich von Dummydaten zu sprechen. Gleiches gilt für das Problem der Carotis subclavia Stenose. Die Ärzteschaft hatte im voraus in Vertretung durch die Bundes- und Landesärztekammern auf diese Gefahren schon vor Jahren hingewiesen. Voreilige gesundheitspolitische Entscheidungen und Administrationen erschweren jedoch eine sinnvolle Planung, Entwicklung und Umsetzung der externen Qualitätssicherung, was letztendlich die Gefahr des Akzeptanzverlustes bei den Krankenhäusern in sich birgt, wenn dies nicht sogar schon geschehen ist! Mehr und mehr wird dabei auch ein Ausschuss für Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer sowie ein Lenkungsgremium der Vertragspartner zum Fremdkörper oder zu einem segellos herumtreibenden Schiff auf offenem Meer. Denkt man darüber hinaus an die Einführung der DRGs, so offenbart sich eine widersprüchliche bzw. nicht geklärte Entwicklung auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung. Auch Leitlinien können dieses Problem nicht lösen, denn allein die regelmäßige Überprüfung auf Aktualität und die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien ist nicht nur mit hohem Aufwand verbunden, sondern bereitet auch größte Schwierigkeiten. Leitlinien sind von sich aus von statischer Natur und aus Gründen der Praktikabilität wenig geeignet, die gesamte Komplexität einer Erkrankung abzubilden. So hat sogar David Sackett vor gar nicht langer Zeit davor gewarnt, dass zum Beispiel evidenzbasierte Leitlinien die Umsetzung des medizinischen Fortschritts in der ärztlichen Praxis verhindern und damit letztendlich die ursprüngliche Intension als Hilfe für die Therapiestrategie des Einzelfalles konterkarieren können.

Herr Kollege Goertchen, ist damit die Effektivität wie auch die Effizienz der bisherigen externen Qualitätssicherung nach dem Fallpauschalengesetz zu hinterfragen?

Verehrte Kollegin, unbedingt ja, denn bedenkt man, dass mit der Einführung der DRGs zwangsweise eine weitere Senkung der Verweildauer im Krankenhaus mit sich bringen wird und eine Kontinuität der externen Qualitätssicherung über die Schnittstelle hinaus nicht in Sicht ist, wird man sich fragen, ob bei einer Verweildauer von nur wenigen Tagen die statistischen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung überhaupt noch Qualität reflektieren können. Erneut und mit Nachdruck stellt sich hier die Forderung, dass all diese Projekte die ambulante ärztliche Versorgung miteinbeziehen müssen. Dies ist in Sachsen trotz aller Bemühungen des Ausschusses nicht gelungen

All dies bedeutet ein Überdenken der bisherigen Methodik der externen Qualitätssicherung sowie die verstärkte Orientierung auf Qualitätsindikatoren.

Welchen Stellenwert hatte die Zusammenarbeit der Sächsischen Landesärztekammer mit den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen?

Einen sehr hohen, die Zusammenarbeit war und ist entscheidend geprägt von viel Ver-

ständnis, aber auch von Kollegialität und dem gemeinsamen Bewusstsein um die Zielsetzung von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement. Dabei darf nicht vergessen werden, dass natürlich auch unsere Vertragspartner gesundheitspolitischen Zwängen unterliegen, die nicht unbedingt im Freistaat Sachsen hausgemacht sind. Verglichen mit anderen Bundesländern können wir mit Recht ein wenig Stolz über eine funktionierende, vertraglich bzw. gesetzlich geregelte Landesstruktur für die externe Qualitätssicherung sein, die arbeitsfähig war und geblieben ist sowie zugleich Öffnungsmöglichkeiten gegenüber landeseigenen Fragen potentiell beinhaltet. Ein Beispiel hierfür sind die Maßnahmen und Aktivitäten der externen Qualitätssicherung in der Neonatologie. Vieles jedoch musste leider offen bleiben, wobei die Ursachen hierfür nicht an einer mangelnden Konstruktivität liegen!

Herr Kollege Goertchen, zum Abschluss eine persönliche Frage?

Mit Blick auf die vergangenen 10 Jahre und die heutige Situation der Ärzteschaft, gibt es Ihrer Meinung nach eine Zukunft für die externe Qualitätssicherung?

Unter bestimmten Konditionen ja, denn die externe Qualitätssicherung bleibt für die Standortbestimmung und den Lernprozess als akti-

ver Beitrag für das innere Qualitätsmanagement eine der wichtigsten Säulen der Qualitätssicherung. Hierzu braucht es **die Ablösung von alleinigen zentralistischen Verfahrensweisen** und hin zur Methodik von Pilotstudien, die hinsichtlich Repräsentativität, Validität und Praxisrelevanz überarbeitet werden, damit in der Folge Datenschrott vermieden wird. Standortbestimmung mittels externer Qualitätssicherung muss gleichzeitig mit der **Entwicklung von Qualitätsindikatoren** einhergehen, da diese letztendlich die Chance bieten, die Datenerfassung auf wesentliche Parameter zu reduzieren und überschaubar zu gestalten. Dies alles hat aber zukünftig nur Sinn, wenn bei den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung im stationären Sektor die **Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der niedergelassene Bereich die Kontinuität im Sinne der Weiterführung der Datenerfassung und -bewertung an der Schnittstelle und darüber hinaus garantiert**. Dies ist eine unabdingbar notwendige Voraussetzung, um letztendlich patientenorientierte Ergebnisse zu erhalten.

Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung
in Diagnostik und Therapie der SLÄK

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen
Vorsitzender des Lenkungsorgans der SLÄK

Neonatologie

10 Jahre externe Qualitätssicherung

Im Osten Deutschlands sind mit der Wiedervereinigung die Säuglingssterblichkeitskommissionen auf den verschiedenen staatlichen Ebenen weggefallen. Um in der Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin kein Vakuum entstehen zu lassen, ergriffen die Geburtshelfer und Neonatologen Sachsens bereits 1991 die Initiative und schlossen sich den Perinatal- und Neonatalerhebungen in den westlichen Bundesländern an – nicht zuletzt um sich mit diesen vergleichen zu können. So begann 1992 „die externe Qualitätssicherung Perinatalogie und Neonatologie in Sachsen“, geleitet von der gleichnamigen Arbeitsgruppe (AG) der Sächsischen Landesärztekammer. Die AG setzt sich aus vier Geburtshelfern, vier Neonatologen und einem Informatiker zusammen. Sie erhält in allen

organisatorischen Belangen tatkräftige Unterstützung durch Mitarbeiter der Landesärztekammer.

Es wird noch auf die Frage einzugehen sein, inwieweit sich die an die neue Form der Qualitätssicherung gestellten Erwartungen erfüllt haben, insbesondere ob diese die durchaus bewährte Praxis der Einzelfallanalysen ersetzen konnte.

Tätigkeit der Arbeitsgruppe

In ihren regelmäßigen Beratungen, 6 bis 7 mal pro Jahr, richtet die AG ihr Augenmerk neben der Organisation besonders auf ergebnisorientierte Auswertungen. Sie hat dafür einige relevante **Qualitätsindikatoren** definiert, die helfen, das Betreuungsniveau einer Klinik ein-

zuschätzen. Jährlich erhält jeder Klinikchef ein Schreiben mit der Einschätzung der Ergebnisse seiner Einrichtung. In diesem wird er sowohl auf positive als auch auf negative Auffälligkeiten hingewiesen und gebeten, diese aus seiner Sicht einzuschätzen und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen. Außerdem werden alle geburtshilflichen und pädiatrischen Chefs einmal im Jahr zur sogenannten Klinikärztetagung eingeladen, wo die Gesamtergebnisse diskutiert und allgemeine Konsequenzen abgeleitet werden.

Strategische Schwerpunkte der AG stellen seit Jahren die Betreuungsoptimierung der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g), deren Regionalisierung sowie die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit von Geburtshelfer und Neonatologen dar.

Ergebnisse

Einige Zahlen sollen zeigen, was in 10 Jahren – auch mit Unterstützung der sächsischen Peri- und Neonatalerhebung – erreicht wurde beziehungsweise wo zukünftig gezielte Anstrengungen erforderlich sind. Gegenübergestellt sind jeweils die Jahre 1992 und 2001 [Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen (1), Daten der sächsischen Peri-/Neonatalerhebung (2)]:

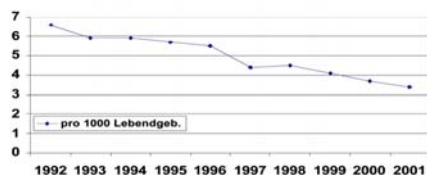
■ Die Totgeborenenrate konnte nicht gesenkt werden, sondern ist sogar leicht angestiegen (1992 2,9 ‰, 2001 3,2 ‰) (1).

■ Die Frühsterblichkeit (1.-7. LT) konnte halbiert werden (von 2,8 auf 1,4 ‰) (1).

Die aus diesen beiden Größen resultierende Perinatalsterblichkeit ist etwas gesunken (von 5,8 auf 4,7 ‰) (1).

■ Die Säuglingssterblichkeit konnte etwa halbiert werden (von 6,6 auf 3,4 ‰) (1):

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Sachsen 1992 - 2001



■ Die Klinikmortalität der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g) konnte von 15,9 % auf 9,2 % gesenkt werden (2).

■ Schwere Hirnblutungen (Grad III und IV) bei sehr unreifen Frühgeborenen (< 32 Schwangerschaftswochen), die als Indiz für eine dauerhafte ZNS-Schädigung gelten, konnten ebenfalls reduziert werden (von 15,7 auf 10,4 %) (2).

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Während die Neugeborenenfrühsterblichkeit und die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr erfreulicher Weise deutlich gesenkt werden konnte, ist die Reduktion von Mortalität und Morbidität bei den sehr kleinen Frühgeborenen < 1500 g geringer ausgefallen. (Dieser Gewichtsgruppe kommt besondere Bedeutung zu: Obwohl sie nur einen verschwindend geringen Anteil aller Neugeborenen darstellt, nämlich unter 1 %, ist sie doch zu über 50 % an der neonatalen Kliniksterblichkeit beteiligt.) Sehr unbefriedigend ist die stagnierende Totgeborenenrate.

Daraus folgt, dass vordringlich das System der pränatalen Betreuung verbessert werden muss, damit Risikoschwangerschaften rechtzeitig der adäquaten Spezialbetreuung zugeführt werden. Um die sehr kleinen Frühgeborenen noch erfolgreicher zu behandeln, sollten deren Regionalisierung, das Hand-in-Hand-Arbeiten zwischen Geburtshelfer und Neonatologen sowie die personelle Ausstattung auf den Neugeborenenintensivtherapiestationen (als Voraussetzung für einen Schichtdienst rund um die Uhr) verbessert werden.

Anzustreben ist außerdem, dass die externe Qualitätssicherung überall im Lande durch Einzelfallanalysen im Rahmen von Qualitätszirkeln ergänzt wird. Während jene den wichtigen Vergleich mit anderen Einrichtungen

ermöglicht, hat diese ihre Stärke im Lern- und Erziehungseffekt. Denn individuelle unglücklich ausgegangene Verläufe von Patienten, die der Kollege selbst betreut hat und die ihm am Herzen liegen, werden hier zusammen mit ihm ausgewertet. Diese beiden Verfahren der Qualitätskontrolle ergänzen deshalb einander. Der Kreis in diesen Zirkeln sollte nicht zu groß sein. Sehr wertvoll ist die Hinzuziehung des Geburtshelfers. Die Frage, ob diese Einzelfallauswertungen innerhalb des Hauses oder zusammen mit anderen Kliniken der Region erfolgen, erscheint dagegen zweitrangig.

Prof. Dr. med. habil. Dieter Gmyrek
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie der SLAK

Geburtshilfe und Perinatalogie

10 Jahre
externe Qualitätssicherung

Seit jeher war die Überprüfung ärztlicher Leistungen wesentlicher Bestandteil geburtshilflichen Engagements.

Mitte der siebziger Jahre entstand unter epidemiologischer Sicht die Münchener Perinatalstudie, die von Geburtshelfern und Kinderärzten als freiwillige Maßnahme ins Leben gerufen wurde. Seither hat die Studie als „Perinatalerhebung“ ihren Weg in die Bundesländer genommen als älteste flächendeckend durchgeführte externe Qualitätssicherungsmaßnahme in Deutschland.

Diese Perinatalerhebung wurde bereits 1992 sehr früh in Sachsen eingeführt und konsequent durch die Landesärztekammer und deren neugebildeter Arbeitsgemeinschaft Perinatalogie/Neonatalogie (AG) betreut. Die traditionell enge Verbindung der Geburtshelfer und Neonatologen in einer AG und die intensive Zusammenarbeit mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (PGS QS) sicherten seitdem die Kontinuität der Arbeit.

Mit der Bundespflegegesetzverordnung und der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte wurde die Verpflichtung verbunden, das geänderte Entgeltsystem qualitätssichernd zu begleiten. Es gelang intensiven Bemühungen, die in wesentlichen Teilen unveränderte Übernahme des weltweit einzigartigen Instruments „Perinatalerhebung“ zu erreichen und das Fehlen, dass Qualitätssicherung etwas mit dem Entgeltsystem zu tun hätte, zu korrigieren. Nach wie vor ist die Unterstützung der internen Selbstkontrolle und die Schaffung differenzierter Vergleichsmöglichkeiten zur externen Qualitätskontrolle konsequent verfolgte Zielstellung.

Seit dem Jahr 2001 sind weitere Neuerungen der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe zu berücksichtigen (siehe N. Lack: Vor welchen Neuerungen steht die Qualitätssicherung in

der Geburtshilfe? *Frauenarzt* 42/2001/826-831), die einen weiteren Schritt zur Eingliederung der bisherigen Perinatalerhebung in das Gesamtkonzept der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten bedeuten.

In Sachsen erfolgt die Datenverarbeitung nach wie vor auf Länderebene mit dem Vorteil qualitativ fundierter Beratung und Anleitung der teilnehmenden Einrichtungen in Nähe zu den Rohdaten. Qualifizierung statistischer Erhebungen ist durch Plausibilitätskontrollen und Korrektur erfasster Daten, in enger Verzahnung von PGS QS und Klinik, und zeitnahe Auswertung auf Landesebene möglich. Leider wurden Forderungen zur inhaltlichen Revision des Datensatzes, die deutliche Mängel offen legten, zu Gunsten formaler Revision des Datensatzes zurückgestellt. Wir vermisen zum Beispiel die Berücksichtigung hochaktueller Fragestellungen, wie „Wunschsectio“ und „Autopsie“ und beklagen die Aufnahme wenig praxisrelevanter Qualitätsindikatoren. In kollegialer Hilfestellung durch Dr. Lack (Geschäftsstelle Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) wurde die revidierte Auswertung der Perinatalerhebung in Sachsen installiert und somit gewährleistet, dass die Arbeit mit den Daten des Vorjahres bereits zu Beginn des laufenden Halbjahres möglich wurde.

Zwei Arbeitskomplexe stehen im Zentrum unserer Bemühungen und haben alle anderen Themen konzeptionell beeinflusst:

- zum einen die Regionalisierungskonzeption des Landes Sachsen (seit 1994), die eine differenzierte Struktur der geburtshilflichen Einrichtungen zur geburtshilflichen und neonatologischen Betreuung untergewichtiger Kinder berücksichtigt und zum Ziel hat, das gesunde Überleben stark unreifer Frühgeborener zu gewährleisten,

- zum anderen die Einführung sinnvoller Qualitätsindikatoren (im Jahre 1998) zur För-

derung der internen Qualitätskontrolle über Einzelfallanalysen.

Beide Komplexe sind Grundlage eines jährlichen Dialogs zwischen den Klinikern und der AG, an dem sich alle geburtshilflichen Einrichtungen unter Wahrung der Anonymität beteiligen. Sowohl „gute“ als auch „unzureichende“ Qualität der Betreuung und derer Ergebnisse wird angesprochen; Kliniker mit deutlichen Abweichungen von Qualitätskriterien erhalten die Möglichkeit, ihre besondere Situation anlässlich einer AG-Sitzung zu diskutieren und zu begründen.

Kontakt zu den Klinikern wird auch durch die, nunmehr zum zehnten Male stattfindenden, jährlichen „Klinikärzttreffen“ gewährleistet. Ein jährlicher Bericht der AG, editiert in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer, wird in diesem Jahr zum zehnten Male vorliegen, wobei nicht nur die Daten der Perinatalerhebung dargestellt und interpretiert, sondern aktuelle Themen aufgegriffen und in Form von Publikationen durch die Mitglieder der AG abgehandelt werden.

Eine Form der Öffentlichkeitsarbeit der AG ist die regelmäßige Präsentation ihrer Tätigkeit in Wort und Schrift anlässlich der „Münchener Konferenz für Qualitätssicherung“. Analysen auf der Grundlage des umfangreichen Datenmaterials sind Themen von Vorträgen auf regionalen und überregionalen Fachtagungen.

In der Gewissheit der Möglichkeit weiterer Einflussnahme auf Ergebnisse der Prozessqualität und der Stabilisierung geburtshilflicher Leistungen im Freistaat kann die AG Perinatalogie/Neonatalogie guten Mutes in das zweite Jahrzehnt ihres Bestehens eintreten.

Dr. med. habil. Heiner Bellée
Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie der SLÄK

Chirurgie

10 Jahre
externe Qualitätssicherung

In der Chirurgie wurde 1992 die externe Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen in allen Kliniken und Abteilungen etabliert. Als Träger waren beteiligt die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer.

Zum damaligen Zeitpunkt konnte die Datenerhebung nur über Bögen bei den drei Tracerdiagnosen Leistenhernie, Cholelithiasis/-zystitis und Oberschenkelhalsfraktur erfolgen. Für alle beteiligten Ärzte bedeutete dies einen erhöhten zeitlichen Aufwand im täglichen

Arbeitsablauf. Die Auswertungen der Ergebnisse, die jede Klinik erhielt, versetzten die Klinikleiter in die Lage, die eigene Klinik mit dem Landesergebnis zu vergleichen und Schlussfolgerungen für die innere Qualitätssicherung abzuleiten. Die Arbeitsgruppenmit-

glieder bewerteten die Ergebnisse aller Kliniken. Bei der Masse der Daten wurden die wichtigsten Items beurteilt. Grobe Auffälligkeiten konnten nie festgestellt werden. Hervorheben möchten wir, dass es uns in Rücksprache mit den Kliniken gelungen ist, die Durchführung der Thromboseprophylaxe und die histologische Untersuchung der Gallenblase auf nahezu 100 % zu erreichen.

Entgegen den sonst aus der Literatur bekannten Zahlen (etwa 5 %) stellten wir bei den Leistenhernien eine Rezidivquote von ungefähr 10 bis 14 % fest. Deshalb erfolgte für diese Feststellung eine gesonderte Auswertung im Land Sachsen. Die externe Qualitätssicherung dieser Jahre bis zur Änderung der Qualitätskontrolle bei Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte wurde durchgeführt auf der Basis der damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisse in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung im Lande Sachsen wurden auf Kongressen mitgeteilt, in Publikationen dargestellt und in jährlichen Veröffentlichungen allen Ärzten Sachsens zur Verfügung gestellt.

Kritisch muss angemerkt werden, dass in der BRD sich leider nur wenige Länder freiwillig der Qualitätssicherung unterzogen haben. So folgte seitens des Gesetzgebers mit Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte die bindende Verpflichtung zur Qualitätskontrolle mit Androhung von materiellen Sanktionen bei Unvollständigkeit der Erhebung.

Mit der Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte wurde die Datenerfassung stark reduziert. Dafür wurden wesentlich mehr Module für die Erfassung vorgesehen. Ein nahtloser Übergang zur neuen Qualitätskontrolle war nicht gewährleistet, weil die Software zum Starttermin 1. 1. 2001 nicht zur Verfügung stand. So gibt es eine unvollständige Erhebung für das Jahr 2001.

Nachdem die Erhebung nun eingeführt wurde, wurden erst die Bewertungskriterien seitens der Arbeitsgruppen bei der BQS festgelegt.

Seit der Einführung der Fallpauschalen/Sonderentgelte hat sich die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus deutlich verkürzt und mit dem neuen Entgeltsystem DRG wird sie noch weiter sinken. Daraus ergibt sich, dass wichtige chirurgische Qualitätsparameter bei einigen Modulen nicht mehr erfasst werden, zum Beispiel Wundheilungsstörungen, Thrombosen und deren Komplikationen. Es steht die Kontrolle der von den Krankenkassen in den Fallpauschalen/Sonderentgelten und später bei den DRGs beinhalteten materiellen Leistungen am Patienten im Vordergrund. Wir müssen darauf achten, dass seitens der Ärzteschaft weiterhin auch der medizinisch chirurgische Sachverstand eingebracht wird. Neue Verbindungen zu den weiterbehandelnden Ärzten müssten zur Auswertung der Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung entstehen.

Dr. med. Egbert Perßen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie der SLÄK

Orthopädie

Externe Qualitätssicherung

Nach Abklärung des in Betracht kommenden Personenkreises durch die Sächsische Landesärztekammer über die Berufsverbände und Institutionen etablierte sich im Juli 1997 die Arbeitsgruppe „Orthopädie“. Von vornherein waren die Paritäten berücksichtigt: Orthopäde und Traumatologe aus dem universitären Bereich, Traumatologe auf Ebene des regionalen Krankenhauses, Belegarzt waren ebenso vertreten wie MDK und Projektgeschäftsstelle. Dies ermöglichte einen schnellen Start ohne Grabenkämpfe um Kompetenzen und Zuständigkeiten. Seit dem Jahr 2000 ist der Autor dieses kurzen Erfahrungsberichtes außerdem Mitglied einer sogenannte Expertengruppe „Orthopädie/Unfallchirurgie“, welche die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH in Düsseldorf regelmäßig berät. Über die in diesen Gremien bei der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufgetauchten Probleme und deren Bewältigung wird im folgenden stichwortartig Stellung bezogen, wobei kritische Anmerkungen ausschließlich im Dienste des Projektes erfolgen:

- Der ärztliche Aufwand (sprich: Arbeitszeit) für die Dokumentation wurde von allen Beteiligten gewaltig unterschätzt
- Eine dem Informationszeitalter angemessene Dokumentationsform wurde nicht erarbeitet, man überließ dies dem Markt (den Software-Produzenten) und bürdete Organisation und Finanzierung den Kliniken auf. Die ein-

zig akzeptable Lösung einer therapiebegleitenden Dokumentation auf elektronischen Medien, wobei die Items aus den ohnehin erhobenen Daten exportiert werden, erwies sich aber für die meisten Kliniken als unbezahlbar. Die Software-Hersteller trieben Wucher mit den durch Ausweitung der Module fälligen Updates.

- Dennoch war die Akzeptanz des Grundanliegens bei den Chefarzten und ihren Mitarbeitern erstaunlich groß. Die Botschaft, dass eine Leistung, wenn für sie eine Pauschale vereinbart ist, überprüfungsbedürftig ist, wurde verstanden. Auch der eingeschlagene Weg zur Bewältigung der enormen Aufgabe im Sinne der Selbstverwaltung mit Einrichtung von Geschäftsstellen in den Ärztekammern erwies sich als folgerichtig. Allein das föderalistische Prinzip führte in manchen Bundesländern (nicht in Sachsen) stand.
- Während sich die Datenströme über die mit der Auswertung betrauten Ärzte ergossen, wurde allmählich klar, dass Qualität mit einigen wenigen Items realistischer bestimmt werden kann als durch irrealer Vernetzungen von Items wie zum Beispiel Beweglichkeit, Status des zweiten Assistenten oder die Operationszeit. Gegenwärtig werden als Qualitätsindikatoren für Modul 17/1 (Schenkelhalsfraktur/ pertrochantäre Fraktur) die Items Implantatfehlheile/Prothesenluxation, präoperative Verweildauer > 2 Tage und Dekubitus sowie Letalität favorisiert;

für Modul 17/2 (Hüft-TEP bei Coxarthrose) Wundinfektion, Blutbedarf und Luxation; für Modul 17/3 (Hüft-TEP-Wechsel) perioperative Antibiotikaphylaxe und Luxationen. Im wesentlichen bestätigt sich Qualität also durch Abwendung oder Ausbleiben der typischen mehr oder minder zu erwartenden Komplikationen.

- Während in Sachsen bezüglich der Hüft-TEP bei Coxarthrose für das fällige Jahr 2001 per 16. 8. 2002 etwa 65% der zu erwartenden Datensätze ausgewertet werden konnten, waren es bundesweit nur 27%! Für den Hüft-TEP-Wechsel 2001 waren am 16. 8. 2002 sogar nur 19% der zu erwartenden Bundesdaten zentral dokumentiert. Bisher haben die Kostenträger Geduld bewiesen ...
- Orthopäden, Traumatologen und Chirurgen (34% der Hüft-TEP werden in der BRD in Chirurgischen Kliniken implantiert) haben gegenwärtig auf dem Sektor des künstlichen Gelenkersatzes bereits die Module 17/1 - 17/7 zu dokumentieren. Hier sollte zunächst erst einmal Vollständigkeit der Daten erreicht werden, bevor weitere Standardeingriffe zu dokumentationspflichtigen Modulen erklärt werden. Das eigentliche Problem der Endoprothetik – die Kostenfrage – ist nur politisch zu lösen.

Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Orthopädie
der SLÄK

Operative Gynäkologie

Externe Qualitätssicherung

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe sind nunmehr seit 25 Jahren in Form der Perinatalerhebung etabliert. Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 besteht die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur stationären Versorgung für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Im Jahre 1998 erfolgte durch das Lenkungsgremium des Freistaates Sachsen die erste qualitative Erfassung im Bereich der operativen Gynäkologie. Es wird seit diesem Zeitpunkt das Organ Uterus einschließlich der uterinen Malignome erfasst und ausgewertet. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse zeigen sich Auffälligkeiten bezüglich Antibiotikaphylaxe, Histologie, Hamwegsinfekte, Bluttransfusionen sowie postoperativer Überwachung von Patienten.

Die aktuelle Datenlage erlaubt jedoch für die Jahre 1999 und 2000 noch keine Klinikvergleiche bezüglich der oben aufgeführten Parameter. Die bereits begonnene Erfassung im operativen Bereich der Adnexe liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor, versprechen jedoch bessere qualitative Kriterien zu liefern, als dies am Organ Uterus der Fall zu sein scheint. Auf Beschluss des Bundeskuratoriums vom 1. 1. 2001 ist beabsichtigt, zu den bereits in Sachsen durchgeführten Erfassungen der Organe Uterus und Adnexe das Gebiet der Mammachirurgie zu ergänzen. Eine Expertengruppe aus Vertretern der Fachdisziplinen Gynäkologie, Chirurgie, plastische Chirurgie, Pathologie sowie Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der Deutschen Krebsgesellschaft hat das Modul

18/1 Mammachirurgie neu überarbeitet. Qualitätskriterien entsprechend den Leitlinien zur operativen Therapie des Mammakarzinoms flossen in den neu erstellten Fragebogen ein und sollen ab 2003 flächendeckend erfasst werden.

Zusammenfassung

Bisherige Auswertungen haben gezeigt, dass das Organ Uterus nur bedingt zur operativen Qualitätssicherung herangezogen werden kann. Bessere Ergebnisse verspricht eine Erweiterung der operativen Erfassung bezüglich der Adnexe und der Mamma. Mit diesen drei Organen wird der größte Teil der operativen Tätigkeit gynäkologischer Abteilungen erfasst.

PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie
der SLÄK

Quo vadis Gesundheitswesen?

Chancen und Risiken des Disease Managements und der Disease Managementprogramme

Am 21. September 2002 fand in Chemnitz eine gesundheitspolitische Veranstaltung statt, die von mehreren Pharmaunternehmen initiiert und getragen wurde. Der Termin – ein Tag vor der Bundestagswahl – war natürlich umstritten, doch letztlich bewusst so ausgewählt worden, weil klar war, dass die Umsetzung der DMPs unabhängig vom Wahlausgang auf der Tagesordnung stehen würde und eine sachdienliche Diskussion befördert werden sollte. Gäste waren Ärzte aus freier Niederlassung, Krankenhausärzte, Ärzte als Standsvertreter, Krankenkassenvertreter, Apotheker und gesundheitspolitische Vertreter der pharmazeutischen Industrie.

Herr Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt – langjähriger Chefarzt einer pulmonologischen Klinik und Vorsitzender des Hartmannbundes Sachsen – referierte über „Disease Management – Leitlinien, Chancen und Problematik unter besonderer Berücksichtigung von Asthma bronchiale und COPD“. Prof. Leonhardt hob hervor, dass leitlinienorientierte und evidenzbasierte Medizin sinnvoll und notwendig seien, andererseits Leitlinien nicht mit Richtlinien verwechselt werden dürften und die individuelle Therapiefreiheit des Arztes erhalten bleiben müsse. Der Referent hob die Chancen strukturierter Behandlungsprogramme hervor und forderte eine sinnvolle Verzahnung auch von haus- und fachärztlicher Versorgung hervor, wobei die de facto Qualifikation maßgebend sei.

Dr. Stefan Windau setzte sich mit „gesetzlichen Vorschriften, Einkaufsmodellen, Datentransfer und Stellung der Berufsverbände“ auseinander (siehe unten).

Hans Günter Verhees, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen, betonte, dass er aus Sicht der AOK Sachsen die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen als zwingend notwendig ansähe. Nur so könnten die großen Versorgerkassen die Aufgaben der DMPs finanzieren. Ausdrücklich erteilte Herr Verhees „DMPs light“ eine Absage, schon deshalb, um den Risikostrukturausgleich an sich nicht zu gefährden, gegen den an sich ja bereits gekämpft würde. Auch stellte Herr Ver-

hees klar, dass die Programme erfolgreich nur mit den Ärzten und nicht gegen sie durchgesetzt werden können. Vertragsabschlüsse würden landesweit und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen angestrebt. Einschränkend deutete Herr Verhees aber an, dass davon abweichend auch andere Vertragspartner denkbar wären, beispielsweise beim Mammakarzinom, sollten flächendeckende Vertragsabschlüsse nicht erreicht werden können. Bezüglich des Datentransfers konnte Herr Verhees die Bedenken der Ärzteschaft nicht teilen. Einerseits stellte er in Aussicht, gewachsene Strukturen wie bei der sächsischen Diabetesvereinbarung zu nutzen, das heisst die Erfassung und Bewertung der Daten in diesem Fall durch ein Institut der Universität Dresden, andererseits bestand Herr Verhees auf der Übermittlung der individuellen Behandlungsdaten an die Krankenkassen, wie in der Rechtsverordnung vorgeschrieben, da nur so eine Kontrolle des Prozesses gewährleistet sei. Dies stand für mich in Widerspruch zu seiner Äußerung, nicht in die direkte Patienten-Arzt-Behandlungsbeziehung eingreifen zu wollen.

Trotz des Willens aller Referenten, die Chronikerprogramme im Sinne der Patienten voranbringen zu wollen, blieben vor allem beim Datentransfer und bei der Anbindung an den Risikostrukturausgleich die unterschiedlichen Positionen unverkennbar. Dennoch war zumindest diese Diskussion voll Sachlichkeit und Aufeinanderzugehen geprägt. Im Anschluss an die Diskussion wurden die Referenten durch den Moderator, Herrn Seguin (NDR Hamburg), gebeten, ihre Statements zusammenfassend den Teilnehmern des Symposiums zur Verfügung zu stellen.

Im Folgenden werden hier die Eckpunkte der Argumentation von Dr. Windau wiedergegeben (kein Manuskript), da so die Position der Sächsischen Landesärztekammer zusammengefasst werden kann.

Dr. Stefan Windau, Vorstandsmitglied der SLÄK, 2. Vorsitzender des Bundesverbandes Hausärztlicher Internisten, zu „**Chancen und Risiken des Disease Management und der Disease Managementprogramme**“:

Sehr geehrte Damen und Herren,
Zunächst darf ich feststellen, dass meine Darlegungen nicht verstanden werden dürfen

als Ausdruck einer völlig deckungsgleichen Beurteilung der Thematik aller sächsischen ärztlichen Körperschaften und Berufsverbände. Wohl aber kann ich Ihnen die konsentrierte Position der Sächsischen Landesärztekammer darstellen. Dieser unser Standpunkt ist auch Ausdruck der Erlebnisse des Diskussionsprozesses mit anderen ärztlichen Körperschaften und Berufsverbänden in Sachsen, wobei ein hohes Maß an übereinstimmender Beurteilung in der verfassten Ärzteschaft hervorzuheben ist.

Grundsätzlich sind strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit chronischen Erkrankungen zu begrüßen, sofern diese Programme vom Ansatz her tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung dieser Patienten führen können und andere Patientengruppen nicht benachteiligen.

Eine Leitlinienorientierung im Sinne von Behandlungskorridoren ist sinnvoll und notwendig. Dadurch darf aber keinesfalls die Therapiefreiheit des Arztes und die originäre Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehung beeinträchtigt werden.

Grundlage des Inhaltes der Programme muss der allgemein anerkannte fachliche Standard sein. Außenseiterpositionen, die eher für ökonomistische statt für fachlich zielführende Intentionen genutzt werden, dürfen keinen Eingang in die Programme finden. An dieser Stelle sei auf die in Sachsen bestehende und mit Leben erfüllte Diabetes-Vereinbarung hingewiesen, die zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses beigetragen hat. Wir dürfen nicht zulassen, dass „DMPs light“ bestehende Versorgungsstrukturen gar verschlechtern, statt sie zu verbessern. Zu verhindern ist, dass die Krankenkassen mit „DMPs light“ um möglichst viele „DMP-fähige“ Patienten werben, während die eigentlichen Ziele verfehlt würden. In diesem Zusammenhang wird die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich sehr kritisch bewertet. Im übrigen gehen hier ja auch die Meinungen der Krankenkassen ganz erheblich auseinander.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat per 1. Juli 2002 durch Rechtsverordnung die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Verträge zu den Disease-Management-Programmen geregelt. Die darin vorgegebene Verfahrensweise zum Inhalt und zur Weiter-

gabe von Patientendaten durch den Arzt ist so nicht zu akzeptieren. Natürlich ist auch klar, dass eine von den Vorgaben der Rechtsverordnung abweichende Regelung möglicherweise Probleme bei der Akkreditierung der Programme beim Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen bringen könnte. Doch dies ist hier für uns zweitrangig. Selbstverständlich müssen auch patientenbezogene Behandlungsdaten geliefert werden, sonst wäre eine sinnvolle Begleitung der Programme und Messung der Veränderung von Behandlungsergebnissen etc. praktisch nicht möglich. Es stellt sich aber die Frage: Wer welche Daten wohin liefert? Es ist klar abzulehnen, dass diese individuellen (patienten- und arztbezogenen) Daten zu den Kostenträgern gelangen. Aus dieser Konstellation ergäbe sich zwingend der Schluss, dass die Kostenträger in die Arzt-Patienten-Beziehung direkt, als strukturell eingeschalteter Dritter, eingreifen könnten. Welche geradezu dramatischen Folgen dies haben dürfte, konnte ich Ihnen anhand eines Programms einer (nicht sächsischen) Krankenkasse unwidersprochen veranschaulichen. Absichtserklärungen von Vertretern der heute hier anwesenden Krankenkassen aus Sachsen, keinesfalls in die Behandlungsbeziehung zwischen Arzt und Patienten eingreifen zu wollen, sind positiv zu bewerten – aber nicht bindend. Die Programme und damit auch der Datenfluss sollte so strukturiert werden, dass die Krankenkassen eben nicht zum „case manager“ werden können, wie von nicht wenigen ihrer Spitzenvertreter gefordert. Ein Einkaufsmodell durch die Hintertür!

Die derzeit in der Rechtsverordnung des Bundesministerium für Gesundheit festgelegte Verfahrensweise beim Datentransfer führt nicht nur zur Gefahr des Eingriffs in die Arzt-Patienten-Beziehung sondern ermöglicht auch den Kostenträgern die Selektion von Ärzten und Patienten unter vielerlei Gesichtspunkten, die mit dem Ziel der Verbesserung der Betreuung von chronisch Kranken nicht immer etwas zu tun haben müssen. Um den Interessen vom Patienten, Ärzten und Kostenträgern gerecht werden zu können, und vor allem um das Ziel der Programme wirklich zu erreichen, fordern wir die Erfassung und Bewertung der Daten durch ein unabhängiges Institut. Die Ergebnisse geben dann – dynamisch – Aufschluss über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit

zum Erfolg des Programms. Diese „entindividualisierten“ Daten stehen dann natürlich auch den Kostenträgern zur Verfügung. Denn nur so werden sie in die Lage versetzt, zu wissen, wofür sie bezahlen.

Diese unabhängige Institution ist in die Lage zu versetzen, dort, wo wesentliche Abweichungen von Programmzielen zu verzeichnen sind, auch individuell wirksam zu werden, so dass nicht nur eine prozessuale Qualitätskontrolle sondern letztlich auch eine individuelle Kontrolle der Qualität der Versorgung erreicht werden würde. Auch hier darf ich auf die Sächsische Diabetes-Vereinbarung verweisen. Die von uns hier geforderte Vorgehensweise wird ja bereits in Sachsen auf Grundlage dieser Vereinbarung praktiziert! Wir sollten diese Verfahrensweise zum Nutzen aller an den DMPs beteiligten Partner nutzen. Wir fordern den Abschluss von Verträgen über Disease-Management-Programme zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf Basis des Paragraphen 137 SGB V, das heißt auf Landesebene, einheitlich und umfassend für die Vertragsärzteschaft, und dies für alle Programme.

Eine Aufsplitterung der Versorgungslandschaft durch Vertragsabschlüsse mit einzelnen Ärzten, wie nach Paragraph 140 SGB V möglich, lehnen wir ab. Abgesehen vom zu erwartenden Chaos würde eine weitere Pforte zum Einführen von „Einkaufsmodellen“ aufgestoßen.

Augenfällig, aber offenbar nicht für jeden selbstverständlich, ist die Notwendigkeit von Einheitlichkeit und Handhabbarkeit der Programme unter schon rein praktischen Gesichtspunkten. Der Dokumentationsaufwand ist jetzt schon groß, auch bei der Diabetes-Vereinbarung in Sachsen. Wir müssen unsere Arztzahlentwicklung und den schon jetzt hohen Grad der Beanspruchung der Ärzte berücksichtigen. Gleichmaßen dürfen wir nicht vergessen, dass der Gesetzgeber dem Koordinierungsausschuss den Auftrag gegeben hat, bis zu sieben Chroniker-Programme im Jahr zu entwickeln! Ich bitte alle Beteiligten, das Machbare nicht aus den Augen zu verlieren!

Ein möglicherweise noch so gutes Programm kann aber nur dann funktionieren, wenn auch die Vergütung für den Arzt angemessen ist.

Wenn man meint, von uns Ärzten die „Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ auch weiterhin fordern zu müssen, so muss im Umkehrschluss auch allen Beteiligten klar sein, dass auch Ärzte betriebswirtschaftlich kalkulieren müssen.

Rechtsverordnung hin und her – gegen die Ärzte werden die DMPs, zumindest diejenigen, die auf die Behandlung der großen Volkskrankheiten abzielen, nicht durchsetzbar sein. Wir wollen die strukturierten Behandlungsprogramme nicht torpedieren sondern sie unterstützen, aber zu akzeptablen Bedingungen für Patienten, Ärzte und Kostenträger.

Chemnitz, 21. 9. 2002
Dr. med. Stefan Windau

Techniker Krankenkasse stellt weiterhin hohes Behandlungsniveau sicher

Mit der Aufhebung der sächsischen Diabetes-Vereinbarung gefährden die Wortführer einiger Krankenkassen leichtfertig das bundesweit beispielhafte Behandlungsniveau in Sachsen. Die Techniker Krankenkasse hat deshalb der Kündigung nicht zugestimmt und wird die Vereinbarung auch nach dem 1. Januar 2003 gelten lassen.

Mit Disease-Management-Programmen (DMP) sollen chronisch Kranke noch besser versorgt werden, heißt es scheinheilig in der Begründung der Kündigung. Bei genauem Hinsehen ist das Gegenteil der Fall. Denn die auf Bundesebene festgezurten Behandlungsstandards beruhen auf Außenseitermeinungen einiger weniger Ärzte, die innerhalb der deutschen Fachgesellschaft für Diabetologie und insbesondere von sächsischen Experten abgelehnt werden. International anerkannte Behandlungsergebnisse spielen ebenso wenig eine Rolle. Wenn die Ärzte danach behandelten, würde die Krankenversicherung nur noch Minimalmedizin finanzieren.

Wer also von Optimierung der Qualität spricht, muss auch sagen, was er in Sachsen optimieren will – wirklich die Qualität oder eher seine Finanzen.

Denn eigentlich geht es nur um Geld. Für jeden eingeschriebenen Diabetiker bekommen Kassen aus dem Risikostrukturausgleich nach noch festzulegenden Normprofilen die Behandlungskosten erstattet. Zusätzlich er-

halten sie eine Kopfprämie von rund 205 Euro. Damit wird jedoch keine einzige ärztliche Leistung unterstützt. 130 Euro – das sind 63 Prozent – fließen in die Kassenverwaltung zur Entwicklung und Durchführung der Programme: In Datenannahmestellen, Trustcenter, Erinnerungssysteme.... Für die restlichen 75 Euro sollen Ärzte Patienten zur Einschreibung motivieren und Patientendaten in einem unzumutbaren Umfang dokumentieren. Nicht in sinnvolle ärztliche Leistungen für die Patienten wird investiert, vielmehr bläht sich die Bürokratie.

Statt die Behandlung wie in Sachsen anhand „harter“ Parameter wie Blutzucker- und Blutdruckwerte zu messen und die notwendigen jährlichen Untersuchungen festzuhalten, ist die vorgegebene Dokumentation nach den DMPs mit medizinisch unsinnigen wie wissenschaftlich unkorrekten Daten zu füllen. Seriöse Gegenargumente insbesondere aus Sachsen mit einem funktionierendem Diabetikerprogramm wurden vom Tisch gewischt. Das Geschäft mit „gesunden Kranken“ wird lukrativ und eröffnet Manipulationen Tür und Tor.

Für die Techniker Krankenkasse – mit 3,5 Milliarden Euro ohnehin größter Einzelzahler in den Risikostrukturausgleich – sind all diese Fakten unerträglich. Für Qualitätsverlust und Geldverschwendung sollen ihre Mitglieder noch tiefer in die Tasche greifen. Das DMP-Konstrukt entpuppt sich immer mehr als schwerwiegender politischer Fehler.

Simone Hartmann
Techniker Krankenkasse,
Landesvertretung Sachsen
Dresden, den 2. Oktober 2002

R. Ludewig¹, R. Preiss¹, R. Regenthal¹, P. Illes², W.J.Kleemann³, N. Krüger⁴, G.Schreinicke⁵

Aktuelles zu Arzneimitteln und Giften

Universität Leipzig

¹ Institut für Klinische Pharmakologie (Dir.: Prof. Dr. Preiss)

² Rudolf-Boehm-Institut für Pharmakologie und Toxikologie (Dir.: Prof. Dr. Dr. Illes)

³ Institut für Rechtsmedizin (Dir.: Prof. Dr. Kleemann)

⁴ Universitätsklinikum (Med. Vorstand: Prof. Dr. Krüger)

⁵ Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin (Dir.: Prof. Dr. Schreinicke)

Zusammenfassung

Zur patientenorientierten Qualitätssteigerung und Kostensenkung in der Pharmakotherapie sowie zur Verhütung, Erkennung und Behandlung von Vergiftungen können Verbesserungen der Aus- und Weiterbildung sowie der individuellen, kompetenten und unabhängigen Beratung von Ärzten und Patienten beitragen. Nach einer Beschreibung derzeit weithin beklagter Mängel wird die Funktion des an der Universität Leipzig erprobten Modells eines klinisch-pharmakologischen

und -toxikologischen Auskunftsdienstes vorgestellt. Möglichkeiten einer noch umfassenderen Nutzung mit einem Service, der die Pharmakotherapie wirksamer machen und ihre Risiken durch Prävention vermindern kann, werden zur Diskussion gestellt.

Schlüsselwörter: Arzneimittel, Gifte, Pharmakotherapie, Toxikologie, Informationsmöglichkeiten

Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der klinisch-pharmakologischen und -toxikologischen Information von Ärzten und Patienten

Nahezu täglich werden von Patienten, Ärzten, Gesundheitspolitikern und Journalisten in Gesprächen, Fachzeitschriften und Massenmedien die Folgen eines nicht mehr übersehbaren Arzneimittelsortiments sowie die zunehmend bedrohliche „Kostenexplosion“ beklagt¹⁰⁹. Die bisher dagegen eingeleiteten oder vorgeschlagenen Steuerungsmaßnahmen sind im wesentlichen symptomatischer oder „ökonomischer“ Natur^{52,53,67,76,87,109}. Sie lassen großenteils außer acht, dass eine vordergründig kostengünstige Therapie wegen absehbarer Spätfolgen besonders teuer werden kann. Für die Schwierigkeiten, die der Durchsetzung einer rationalen und damit auch rationellen Pharmakotherapie^{42,57-60,67,73} im Einzelfall hinderlich sein können, werden in Übereinstimmung mit eigenen Erfahrungen am häufigsten die nachfolgenden Ursachen verantwortlich gemacht.

Um Studenten, Ärzte und Apotheker während der **Aus- und Weiterbildung** mit den Grundlagen sowie der sachgerechten und ökonomischen Verordnungs- und Anwendungsweise gebräuchlicher Arzneimittel in etwa zwanzig medizinischen Disziplinen hinreichend vertraut zu machen, fehlt es an Universitäten und Kliniken infolge einer teils veralteten ärztlichen Ausbildungsordnung^{41,47,52,53,65,74} bekanntlich an personellen (insbesondere klinisch-pharmakologischen^{50,56,62,65,73,74,90,93,98,99,107}), finanziellen und zeitlichen Voraussetzungen. Alle Versuche, diesen folgenschweren Mangel später zu kompensieren, haben bisher – auch wegen der explosionsartigen Entwicklung auf klinischen, pharmakologischen, toxikologischen und chemischen Teilgebieten – zu keinem überzeu-

genden Erfolg geführt, zumal etwa 10 – 20 Arznei- und Giftstoffgruppen zur Studienzeit älterer Ärzte noch nicht berücksichtigt werden konnten^{19,42,60,64,67,90,93,98,99,107}. Diese entscheidende Lücke lässt sich später weder durch ein sehr mühsames Literaturstudium¹⁻⁷⁷, den sporadischen Besuch von Fortbildungsveranstaltungen^{51,61,80,109}, in denen die Ärzte mitunter von Pharmareferenten nur relativ einseitig informiert werden^{57,58,109} noch durch ein zeitraubendes Surfen im Internet (vgl. Übersichten 3 u.4) schließen. Auch die evidenzbasierte Medizin, Listen oder (Leitlinien für) Leitlinien, die als „Checklisten- oder Kochbuchmedizin“ zunehmend in Frage gestellt werden, ersetzen nicht die notwendigen Kenntnisse^{47,51,52,57,59,66,98,99,107}. Hiervon besonders betroffen sind Allgemeinmediziner bzw. Hausärzte, die auch aufgrund regionaler Nachwuchssorgen immer mehr (alte) Patienten zu betreuen haben und nicht selten auch die vom Krankenhaus empfohlene Medikation überwachen und dem Patienten erläutern müssen^{44,49,51,52,91,104}. So kann im Laufe der Zeit praktisch das gesamte Arzneimittelspektrum von 86 Hauptgruppen mit ca. 3000 verschiedenen Wirkstoffen in 45 000 Arzneimittelzubereitungen^{42,47,62}, die laufend durch (Pseudo-)Innovationen^{67,109} ergänzt und meist in Kombination verordnet werden, gefragt sein (vgl. Übersicht 1). – Diesbezügliche Probleme haben auch Spezialisten, wenn sie fachübergreifend gefordert werden oder kritische Fragen von Patienten, die sich durch Literatur und im Internet „gut“ informiert haben, beantworten müssen.

Weder in der ärztlichen Praxis noch in allen Apotheken ist es stets möglich¹⁰⁹, jeden Patienten unter beiderseits zumutbaren Bedingungen mit allen erforderlichen Details der verschriebenen oder zur **Selbstmedikation**⁴¹.

^{58,67} erworbenen Medikamente ausreichend vertraut zu machen oder gezielte Fragen gewissenhaft und rasch zu beantworten^{41,58,67,109}. Erfahrungsgemäß wissen die meisten Patienten nach der Entlassung aus einer Klinik oder einer gut besuchten Sprechstunde über die zweckmäßige Einnahme sowie die Haupt-, Neben- und Wechselwirkungen der verordneten Medikamente viel zu wenig^{42,109}. Medizinische und ökonomische Nachteile für Patienten und Krankenkassen sind deshalb häufig schon vorprogrammiert und allein mit den herkömmlichen Methoden kaum zu vermeiden und zu finanzieren, zumal der Informationsbedarf laufend noch zunimmt.

Beipackzettel, in denen aus juristischen Gründen auch weniger relevante Nebenwirkungen aufgelistet sind, verwirren und verängstigen viele Patienten inhaltlich und terminologisch^{42,48,109}, so dass die verordneten Präparate oft nicht eingenommen und verworfen werden (ca. 30 000 Tonnen Medikamente landen jährlich auf dem Müll^{48,109}!) oder in der Wohnung gefährliche „Arzneimittelnester“ bilden, die nicht selten Anlass zu lebensbedrohlichen Vergiftungen spielender Kinder sind¹⁹⁻²¹. Einige Verbesserungen dieser Orientierungshilfen sind zwar eingeleitet oder geplant⁴², in absehbarer Zeit aber wohl kaum wirklich praxiswirksam.

Schon die für das Quellenverzeichnis ausgewählten Beispiele zu unerwünschten **Arzneimittel-Neben- und Wechselwirkungen** (auch mit Alkohol, Nahrungs- und Genussmitteln)^{2,18,19,21,27,29-32,35,36,40,41-44,46,48,49,50,55,109}, die zu etwa 60% nicht oder nicht rechtzeitig als solche erkannt werden, erinnern unter anderem an die Gefahr, dass synergistische Interaktionen ebenso wie Überdosierungen zu Vergiftungen führen können, die symptomatisch und nicht selten mit weiteren Medikamenten, ggf. auch

mit erheblichem Kostenaufwand stationär behandelt werden^{43, 48, 76, 107}. Relative oder absolute Unterdosierungen sowie antagonistische Wechselwirkungen dagegen können wegen Nichterfüllung berechtigter Erwartungen ebenfalls zum Beginn einer kostspieligen und gefährlichen **Polypragmasie** oder zur unberechtigten Kritik an einem neuen oder altbewährten Arzneimittel verleiten^{49, 62, 69}.

Wer auf diesem Felde wenig Erfahrung hat, ist für eine kompetente (Telefon-) Beratung oft dankbar.

Leider ist in Deutschland die **Erfassung und Analyse** unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch die spontanen und klinikbasierten Systeme sowie die nachfolgende Information von Ärzten und Patienten trotz zahlreicher Bemühungen noch unzureichend^{69, 76}. Eine der vielen Ursachen dafür ist die Tatsache, dass unsere Ärzte verständlicherweise „meldemüde“⁵⁰ sind, da sie meist den bürokratischen Aufwand scheuen, nicht sicher sind, ob eine Beobachtung relevant und im Kausalzusammenhang wahrscheinlich ist und ob man sich an eine der regionalen oder überregionalen Stellen (z.B. BfArM, PEI, AkdÄ, Hersteller, Apotheke) wenden sollte. Zweifelsohne wäre die Möglichkeit, hier einen pharmakotherapeutischen oder toxikologischen Auskunftsdienst (zum Beispiel im auch Rahmen einer telefonischen Therapieberatung) in Anspruch zu nehmen^{50, 93, 99, 107}, für Ärzte und Behörden gleichermaßen hilfreich.

Es ist bekannt, dass durch überflüssig verordnete Arzneimittel, unzureichend erkannte oder beherrschte Neben- und Wechselwirkungen sowie durch Verordnungs- und Anwendungsfehler in jedem Jahr mit **milliardenschweren** Folgeschäden zu rechnen ist^{41, 50, 56, 62, 71}. Es wird angegeben, dass etwa die Hälfte (30 - 50 - >80%) unerwünschter und bis zu 70 % bedrohlicher Nebenwirkungen^{41, 47, 56, 62} und ihre Folgen kostspielige Krankenhausaufenthalte und erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität verursachen können. Das wäre durch eine bessere Ausbildung, Beratung und Überwachung vermeidbar^{41-43, 46, 48, 62, 69, 75, 76, 77, 107}. Die Entwicklung wird künftig noch problematischer, da die Selbstmedikation aus mehreren Gründen weiter zunimmt und dabei auch Präparate Verwendung finden, die aus dem Ausland, über das Internet bzw. den **Versandhandel** bezogen werden, die teilweise sogar illegal, gefälscht oder besonders gefährlich sind und Illusionen wecken können^{38, 109}.



„Vergessen wir die Nebenwirkungen für einen Moment. Was machen die Kopfschmerzen?“

Die medizinische und ökonomische Bedrohung sowie der Informations- und Handlungsbedarf werden noch deutlicher, unterstellt man die Einschätzung, dass jährlich mit mehr als 200.000 **arzneimittellozierten Erkrankungen** und 16.000 (bis 25.000 ?) **Todesfällen** zu rechnen ist^{48, 69, 76, 109}! Das übertrifft die tödlichen Verkehrsunfälle (dzt. >5000)¹⁰⁹ erheblich. Für die individuelle Gestaltung einer effektiven, risikoarmen und kostengünstigen Arzneimittelbehandlung stehen dem Arzt weit mehr **Informationsmöglichkeiten** zur Verfügung als das allgemein bekannt ist. So bemühen sich gleichzeitig viele Institutionen, Organisationen und Einrichtungen auf Landes- und Bundesebene unter den verschiedensten Aspekten laufend um die Erarbeitung und Verbreitung von Orientierungshilfen zur Arzneimitteltherapie (s. Übersicht 2). Zudem existiert neben zahlreichen Herstellerinformationen³⁹ eine Fülle von Standardwerken und therapielevanten Ergebnissen oder Übersichten in Fachzeitschriften, die sich mit einzelnen Wirkstoffgruppen oder entsprechenden Fertigarzneimitteln, mit arzneimittelbedingten Erkrankungen, unerwünschten Neben- oder Wechselwirkungen, mit Besonderheiten während der Schwangerschaft, der Stillperiode, des Kindes- oder höheren Lebensalters oder mit Arzneimittelvergiftungen befassen^{1-38, 47, 62}. Selbst wenn man unterstellt, dass diese Quellen im Bedarfsfalle sofort greifbar sind und dem neuesten Stand gerecht werden, ist es dem praktisch tätigen Arzt schon aus Zeitmangel kaum möglich und zuzumuten, wenigstens in jedem Problemfall oder bei jeder Neueinstellung alle jeweils ad hoc benötigten Angaben zusammenzutragen und die erforderlichen Details dem Patienten verständlich zu machen^{42, 51, 59, 62, 65}. Da eine patientenspezi-

fische Information am Arbeitsplatz zum Zeitpunkt des Arzt-Patientenkontaktes notwendig und offenbar auch am effektivsten ist^{51, 99}, kann eine klinisch-pharmakologische (Telefon-) Beratung zumindest in allen einschlägigen Problemfällen hilfreich sein.

Zunehmend wird die Illusion verbreitet, die meisten der von Patienten oder Ärzten gestellten Fragen (s. Übersicht 1) ließen sich patientenspezifisch relativ rasch und kompetent über das **Internet** beantworten. Abgesehen davon, dass insbesondere ältere Ärzte das Internet nur wenig oder nie benutzen^{54, 101, 104}, besteht für den Arzt die Gefahr, dass er über die Suche nach den geeigneten Internetquellen und Datenbanken⁴⁹ (s. Übersichten 3 und 4) beim Surfen wertvolle Zeit für die Diagnostik und das Patientengespräch einbüßt, dass er im „Datensumpf versinkt“^{45, 51, 63, 109} und durch gezielte Fragen „internet-vorgebildeter“ Patienten in Verlegenheit gebracht wird. In Anbetracht der geschilderten Situation ist es verständlich, dass Ärzte und Patienten immer mehr den persönlichen Rat zum effektiven und risikoarmen Einsatz von Medikamenten unterschiedlicher Provenienz sowie die sachkundige Interpretation publizierter Angaben suchen. Hierfür werden besonders gern auch telefonische **Auskunftsdienste** beansprucht, deren weitere Qualifikation, Vernetzung und Bekanntheit auch im Interesse einer Kostensenkung dringend erforderlich sind^{48, 80-109}.

Zu Entwicklung, Kompetenz, derzeitiger und künftiger Funktion des Leipziger Auskunftsdienstes

Seit 1959 erhielten Ärzte und Patienten von einem klinisch ausgebildeten Pharmakologen der Universität Leipzig bei Bedarf toxikologische und pharmakotherapeutische Auskünfte, deren praxisrelevante Inhalte in der Aus- und Fortbildung auf reges Interesse stießen⁶⁰. Medizinische oder juristische Beanstandungen hat es trotz starker Inanspruchnahme nie gegeben. Ab 1973 wurde unter Federführung eines Klinischen Pharmakologen in Kooperation mit ausgewiesenen Klinikern und Pharmazeuten der Universität und des territorialen Gesundheitswesens monatlich regional und in zwei Zeitschriften eine praxisorientierte Übersicht zu je einer Arzneimittelgruppe unter der Überschrift **Pharmakotherapeutische Arztinformationen** publiziert^{61, 78}. Gern genutzt und mehrfach verlegt wurden auch „Rat-

geber“ zum Einsatz viel verwendeter Arzneimittelgruppen⁷⁹. Wichtigstes Anliegen waren abgestimmte Informationen über den medizinisch und ökonomisch optimalen Einsatz eines sehr begrenzten Arzneimittelsortiments im Umfeld der osteuropäischen Mangelwirtschaft. Die toxikologischen Erfahrungen des weithin beanspruchten Auskunftsdienstes kamen zwischen 1966 und 1991 acht Auflagen unseres international gefragten Nachschlagewerkes **Akute Vergiftungen**¹⁹ zugute. 1999 waren in der 9. Auflage auch komprimierte (Hintergrund-)Informationen zur Verhütung, Erkennung und Behandlung von Intoxikatio-

nen unter besonderer Berücksichtigung der kaum noch übersehbaren Fülle an Arzneimitteln, Drogen, radioaktiven Stoffen, Haushalt- und Industriechemikalien zu berücksichtigen.

Der **derzeitige Beratungsdienst**, der 1990 auf die gewachsenen Ansprüche umgestellt worden war, beinhaltet in Ergänzung toxikologischer Auskünfte^{19, 86, 93, 99} eine zeitnahe oder kurzfristige Unterstützung von praktisch tätigen Kollegen und der Öffentlichkeit (Privatpersonen, Patienten, öffentliche Einrichtungen, Ämter und Organisationen) mit fundierten Informationen zu praxisrelevanten Fragen der

Arzneimitteltherapie (Beispiele siehe Übersicht 1).

Jahrzehntelange Erfahrungen haben immer deutlicher gemacht, dass die Vielfalt und das Niveau der unterschiedlichsten Fragen von Kollegen oder Laien zu Arzneimitteln und (potentiellen) Giften aus allen Lebensbereichen wegen einer Überschneidung der Kompetenz mehrerer Fachgebiete nur durch eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** zu bewältigen sind. Hierfür existierten an unserer Universität ausgezeichnete Voraussetzungen^{89, 94, 96, 98, 99, 102}. Neben den meisten Fragen, die mühelos sofort zu beantworten sind, können anspruch-

Übersicht 1

Repräsentative Beispiele für bisher von Patienten und Ärzten (auch im Toxikologischen Auskunftsdienst) häufig gestellte und künftig zu erwartende Fragen, deren fundierte Beantwortung (telefonisch sofort oder ggf. auf dem Wege des Rückrufs nach Konsultation eines kompetenten Kliniklers) im Individualfall zu einer effektiven, risikoarmen und kostengünstigen Arzneimitteltherapie beiträgt:

Wie ist die Nutzen-Risikobewertung des Präparates ... im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der Begleiterkrankung ... einzuschätzen?

Welche medizinische und/oder ökonomische Alternative gibt es zu dem Medikament ... bei gegebener Behandlungsindikation aber relativen Kontraindikationen?

Welche möglichen Interaktionen sind bei der kombinierten Anwendung von 3 ... 10 Arzneimitteln bei diesem Patienten zu erwarten, wie sind sie zu umgehen oder zu minimieren?

Ist bei chronischer Applikation des Medikaments ... im höheren Lebensalter eine Dosisanpassung erforderlich und welche Empfehlung existiert dafür?

Ist das Präparat ... bereits im (Säuglings-)Kleinkindesalter einsetzbar bzw. zugelassen. Welche medizinischen Erfahrungen und rechtliche Besonderheiten sind bei einem beabsichtigten off label-Einsatz zu berücksichtigen?

Welche Daten existieren zu einem möglichen Übergang des Arzneimittels ... in die Muttermilch, ist ein Abstillen erforderlich?

Wie hoch ist der bei einem dialysepflichtigen Patienten zu substituierende Anteil des Arzneimittels ...?

Gibt es mögliche, bei der Einnahme des Arzneimittels ... zu beachtende Nahrungsmittel-Interaktionen und wie sind sie zu vermeiden?

Darf auch Tee, Milch, Obstsaft u.a. nachgetrunken werden?

Wie sinnvoll ist die Bestimmung einer Plasmakonzentration des Arzneimittels ... zur Therapiesteuerung?

Für welche Patienten sind die neueren „Lifestyle-Medikamente“, wie z.B. Reductil® oder Zyban® indiziert, welche Kontraindikationen gilt es zu beachten? Ist eine Fahrtüchtigkeit gegeben?

Kann die bei einem Patienten aufgetretene unerwünschte Wirkung in kausalem Zusammenhang mit dem Arzneimittel ... stehen, gibt es entsprechende Erfahrungen?

Wie ist der ermittelte Serum-/Plasmaspiegel des Medikaments ... in Relation zum therapeutischen/toxischen Bereich einzuschätzen?

Gibt es sichere Daten hinsichtlich der Bioverfügbarkeit (Austauschbarkeit) zweier identischer Arzneistoffe in unterschiedlicher galenischer Zubereitung?

Besteht eine Interventionsnotwendigkeit bei versehentlicher und/oder intendierter Überdosierung des Medikaments Auf welche klinischen Symptome ist zu achten?

Welche Möglichkeiten existieren, das unzureichende oder übersteigerte Ansprechen eines Patienten auf eine etablierte medikamentöse Therapie zu untersuchen?

Welche Evidenz gibt es für die Anwendung des Arzneimittels ... bei der Erkrankung ...?

Kann ein positiver Benzodiazepin-/Opiatnachweis bei einem Patienten durch eine medikamentöse Therapie mit ... bedingt sein?

Wie und wo kann der Verdacht auf eine medikamentös ausgelöste Aggravation bestätigt/entkräftet werden?

Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der therapeutischen Wirkung, Verträglichkeit des Medikaments ...?

Welche Evidenz-basierte Leitlinie ist derzeit zur medikamentösen Behandlung von ... aktuell?

Wie lange halten bei dem Präparat ... (unter Berücksichtigung individueller Begleitumstände) die Haupt- und Nebenwirkungen (z.B. Nachtschlaf, Berufs- oder Fahrtüchtigkeit, sexuelle Potenz) an? Sind sie durch ... zu beeinflussen?

Antworten auf praxisrelevante Fragen, die im Laufe einer vierzigjährigen Auskunftstätigkeit zur **Verhütung, Erkennung und Behandlung akuter Vergiftungen** gestellt wurden, sind in der 9. Auflage unseres toxikologischen Ratgebers¹⁹ mit Hinweisen auf die jeweils weiterführende Literatur eingearbeitet worden.

Übersicht 2

Institutionen, Organisationen und Einrichtungen (öffentlich-rechtlich, berufsständig, privat, gemeinnützig), die Informationen zur Arzneimitteltherapie unter gleichen oder unterschiedlichen Aspekten erarbeiten, anbieten oder auch nur beratend tätig werden (Auswahl)

Institution, Organisation, Einrichtung	Informationsformen	<i>Multum, non multa.</i> Plinius
BfArM , Bundesinstitut für Arzneimittel, Bonn	Arzneimittel-Schnellinformation, UAW-Register, Datenbank Phoenix, Stufenplanverfahren Deutsches Ärzteblatt (DÄ)	
Bundesärztekammer Landesärztekammern z.B. Sächsische Landesärztekammer AKdÄ, Arzneimittel-Kommission der deutschen Ärzteschaft	Ärzteblatt Sachsen, Gesundheitslotse Sachsen online, Arzneiverordnung in der Praxis, Arzneiverordnungen, Mitteilungen im DÄ arznei-telegramm, Arzneimittel-Kursbuch Deutsche Apothekerzeitung, online- Arzneimittel-Kommission deutscher Apotheker, Zentrum für Arzneimittelinformation und pharmazeutische Praxis z.B. Berlin, Jena, Tübingen, Ulm, vgl. Rote Liste Klinische Pharmakologie aktuell	
A.T.I. , Arzneimittelinformation GmbH Berlin ABDA , Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände	Fachinformationen Leitlinien, Publikationsorgane der Fachgesellschaften, z.B. Der Internist, Der Anaesthesist Arzneimittel-Beratung, Arzneimittel-Informationsdienst (s. AkdÄ), Qualitäts-, Pharmakotherapie-zirkel Service-Center, Gesundheitslotsen, Call-Center, zeitlich limitierte spezielle Informationsangebote (teilweise nur für Mitglieder) Publikationen, Fachinformationen, Rote Liste, Pharma-Daten	
Beratungsstellen für Arzneimittel in Schwangerschaft/Stillzeit GKPharm , Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V. Pharmaberater pharmazeutischer Unternehmen AWMF , Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften Kassenärztliche Bundes- und Landesvereinigungen	Mitteilungen (Robert-Koch-Institut, Paul-Ehrlich Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes) Arzneimitteltherapie, Klinische Studien Informationen zur Prävention, Empfehlungen pharma-kritik Produktinformation, Zulassungsstatus Zulassungsstatus, Nebenwirkungen, Risiken, Klinische Studien Handbuch Medikamente, Testberichte Arzneimittel-Informationsdienste, Toxikologische Beratungsdienste	
Krankenversicherungen , gesetzlich, privat BPI , Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V. und BAH Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller BMG , Bundesministerium für Gesundheit	Beratung zu Arzneimittel- und anderen Intoxikationen	
Kompetenznetzwerke der Medizin CRM Zentrum für Reisemedizin Infomed-Verlags-gesellschaft EMEA , European Agency for Evaluation of Medicinal Products FDA , Food and Drug Administration Stiftung Warentest Universitätsinstitute, -abteilungen für Klinische Pharmakologie (Sachsen: Leipzig, Dresden) Giftinformationszentren der Bundesländer für Sachsen bedeutsame Beispiele: GGIZ Erfurt (Gemeinsames Giftinformationszentrum der Länder Mecklenburg/Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen), Toxikologischer Auskunftsdienst der Universität Leipzig	vgl. Rote Liste, Übersicht in Ludewig R., Akute Vergiftungen ⁴⁴⁹	
Pharmazeutische Unternehmen Dokumentationszentren	Notrufnummern vgl. Rote Liste, Rote-Hand-Briefe z.B. Dokumentationszentrum für schwere Hautreaktionen, Uni Freiburg/Breisgau Dokumentations- und Informationsstelle für Allergie- bzw. -umweltfragen im Kindesalter Beratung zu Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit	
Deutsche Akademie für Kinderheilkunde	Grundlagen der EBM, Curriculum EBM Cochrane Reviews	
Beratungszentrum für Reproduktionstoxikologie z.B. Roggenburg Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin e.V. Deutsches Cochrane Zentrum, Freiburg		

vollere, teilweise kostenpflichtige Beratungen, Informationen und Gutachten vom Institut für Klinische Pharmakologie, erforderlichenfalls gemeinsam mit den jeweils zuständigen Experten des Universitätsklinikums, des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie, des Instituts für Rechtsmedizin sowie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin geboten oder dorthin vermittelt werden. Auf diese Weise sind auch die geforderte Kompetenz und Unabhängigkeit^{57, 58, 67} gewährleistet.

In speziellen Fällen teilweise schon bewährt und noch ausbaufähig ist der Informationsaustausch mit internistischen, pädiatrischen, chirurgischen, radiologischen, stomatologischen, intensivmedizinischen und chemisch-toxikologischen Einrichtungen, die sich zu Zentren zusammengeschlossen haben. Zudem fließen unter Wahrung der Vertraulichkeit Erfahrungen und Erkenntnisse aus einer über zehnjährigen Tätigkeit der Ethikkommission unserer medizinischen Fakultät ein. Ebenfalls

innerhalb unserer Universität oder mit ausgewiesenen Beratungspothekern werden im Einzelfall pharmazeutische Probleme, die nicht ohnehin in die Zuständigkeit jeder Apotheke fallen, geklärt. Nützlich für eine pharmakotherapeutische und toxikologische Zusammenarbeit sind auch Kontakte zum Arzneimittel-Beratungsdienst in Dresden^{70, 90}, zum Giftinformationszentrum in Erfurt^{86, 93} sowie zu praktisch tätigen Ärzten, Pathologen, Krankenkassen und Gesundheitspolitikern⁸⁰⁻¹⁰⁸.

Übersicht 3

Internet-Quellen zu Arzneimittelinformation und Arzneimittelbehandlung sehr unterschiedlicher Qualität und Spektren (Auswahl)

http://www.rote-liste.de	Arzneimittelverzeichnis der deutschen Spezialitäten	<p>Falsche Daten sind schlechter als keine Daten. Auch die beinahe Richtigen sind nur wenig besser.</p> <p style="text-align: right;">Seligson</p>
http://www.rxlist.com	The Internet Drug Index	
http://www.dosing.de	Beiträge zu Arzneimittel-Anwendung und -Sicherheit	
http://www.fda.gov/cder/index.html	Center for Drug Evaluation and Research der FDA	
http://www.eudra.org	The European Agency for Evaluation of Medicinal Products, Arzneimittelbehörde der EU	
http://www.cochrane.de/deutsch/index.html	Deutsches Cochrane Zentrum	
http://www-sci.lib.uci.edu:80/~martindale/Pharmacy.html	The virtual Pharmacy Center (Pharmazie, Pharmakologie, Klinische Pharmakologie und Toxikologie)	
http://www.dml.georgetown.edu/depts/pharmacology/davetab.html	Arzneimittel-Interaktionen, Tabelle der Substrate, Inhibitoren und Induktoren der Cytochrom P450-Isoenzyme	
http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit/fl.phtml	Elektronische Volltext-Zeitschriften, u.a. auch zu Chemie, Pharmazie, Medizin	
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi	Freier Zugang zur Medline-Datenbank	
http://www.embase.com	Embase-Datenbank	
http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	
http://www.akdae.de/	Arzneimittel-Kommission der deutschen Ärzteschaft	
http://www.arznei-telegramm.de	Arznei-Telegramm der A.T.I. Arzneimittelinformation GmbH	
http://www.infomed.org/index.html	Infomed Online des Infomed-Verlages (pharma-kritik)	
http://www.pharma-aktuell.de	Informationen pharmazeutischer Unternehmen	
http://www.medscape.com	Internet-Medizinportal	
http://www.wisda.de	Wirkstoff-Datenbank, Uni Marburg	
http://www.pharmalink.de	Pharmazieportal der Pharma Currentis GmbH&Co KG	
http://www.zct-berlin.de	Zeitschrift für Chemotherapie	
http://bnf.org	British National Formulary Online	
http://www.emea.eu.int/index/index1.htm	europäische Sammlung zu Fertigarzneimittelinformationen und Beipackzetteln	
http://www.pslgroup.com/newdrugs.htm	Informationen zu kürzlich zugelassenen Arzneimitteln/Indikationen	

Medizinische Suchdienste: Dr. Antonius, MedHunt, Medivista, MedWebPlus, Archoo Healthcare Online, Halebot, Medconsult, Medscape

Anm.: Die zielgerichtete Suche nach qualifizierten Informationen erfordert eine ebenso qualifizierte Suchstrategie, u.U. vorherige Nutzer-Registrierung oder Passwortzugang, teilweise auch Nutzungsentgelte. Die zeit- und kostenintensive unqualifizierte Suche nach Informationen führt zu einem Datenmeer von ungewichteten, teilweise anonymen, ungenauen, unvollständigen, unverständlichen, differenter bis widersprüchlichen oder gar obsoleten Daten^{45, 63} oder läuft ins Leere. Bemühungen zur Etablierung von Qualitätsstandards der Informationsanbieter wie unter www.afgis.de sind zu begrüßen. Weitere nützliche Adressen s. bei⁴⁸.

Derzeit werden die meisten Auskünfte noch kostenlos und vorwiegend telefonisch (über unsere jahrzehntelang genutzte Rufnummer 0341-9724666) erteilt. Das hat den Vorteil, dass jedermann von jedem Ort aus einschlägige Informationen erhalten kann und nicht fürchten muss, wegen „Nicht-Zuständigkeit“, völlig ratlos zu bleiben. Diese Beratungstätigkeit kann aber nur neben den hauptberuflichen Aufgaben in Lehre, Forschung und Praxis innerhalb einer vorerst noch begrenzten Zeitspanne der Kernarbeitszeit geleistet werden. Lediglich in toxikologischen Notfällen sind Auskünfte rund um die Uhr möglich. Erst wenn es **künftig** gelingen sollte, durch Vermeidung überflüssiger und kostspieliger Mehrfacharbeit (siehe Übersicht 2) und eine praxisorientierte Vernetzung der wenigen bereits erfolgreichen Institutionen⁴⁸ die notwendigen **Mittel einzusparen**, ist die Einrichtung einer „selbstständigen Betriebseinheit“¹⁰⁶ sinnvoll und realistisch. Diese wäre unter Nutzung aller modernen Kommunikationsmöglichkeiten Tag und Nacht einsatzbereit und könnte zugleich für alle therapeutischen und diagnostischen Fachdisziplinen, die am wissenschaftlich aktuell begründeten Einsatz von Arzneimitteln sowie an der Verhütung, Erkennung und Behandlung unerwünschter Wirkungen interessiert sind, jederzeit Beratungen und einen **Service** bieten. Gefragt,

aber noch nicht durchweg zu realisieren, sind auch jetzt schon analytische Bestimmungen und Interpretationen von Blutspiegeln, vorwiegend zur Compliance-Kontrolle, zur optimalen individuellen Einstellung der Dosierung bei Langzeittherapie, geringer therapeutischer Breite und „Problempatienten“ (zum Beispiel bei pharmakogenetischer Disposition oder bei Zweiterkrankungen, zur Aufklärung von Therapieversagern, bei Schnell- und Langsammausscheidern, Arzneimittel- oder Drogenmissbrauch, absoluter oder relativer Überdosierung bzw. bei Vergiftung)^{19, 35, 92, 98, 99}. Weitere Fragen betreffen Kausalzusammenhänge zwischen nachweisbaren Fremdstoffen und (Verdacht auf) Intoxikationen oder Gesundheitsstörungen^{19, 20, 31, 102}. – Werden derartige Möglichkeiten nicht geboten und genutzt, sind kostspielige Vielverschreibungen, längere Krankenhausaufenthalte und Todesfälle mitunter schon vorprogrammiert (siehe vorn). Auch die fachliche Beratung in pharmakotherapeutischen und toxikologischen Streitfällen kann gefragt sein^{19, 35, 60, 68, 72, 76}. Nur wenn die eingangs dargestellten Probleme erkannt, schrittweise gelöst und die Möglichkeiten einer Verbesserung unseres Informationssystems genutzt werden, ist ein Beitrag zur pharmakotherapeutischen patientenorientierten **Qualitätssteigerung** und damit auch zur **Kostensenkung** möglich.

NB.: Die Bundesärztekammer und das Bundesministerium für Gesundheit sind an gemeinsamen Aktivitäten der Klinischen Pharmakologie und Toxikologie sowie an koordinierten Informationen und Beratungen im Interesse einer effizienteren und kostengünstigeren Arzneimitteltherapie interessiert^{87, 100}.

Es wurde daher von dort vorgeschlagen, die vorstehende Konzeption im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren. Deshalb sind die Autoren für zustimmende oder kritische Rückäußerungen zu den vorab an dieser Stelle veröffentlichten Darlegungen dankbar.

Das Quellenverzeichnis (mit einschlägigen Standardwerken, Fachzeitschriften, ausgewählten Publikationen, Print- und Elektronischen Medien sowie persönlichen Mitteilungen) ist im Internet unter www.slaek.de „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2002, nachzulesen und abzurufen.

Korrespondenzanschrift:
Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig
Prof. Dr. med. Rainer Preiss
Dr. med. Ralf Regenthal
Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät, Universität Leipzig
Härtelstraße 16-18
04107 Leipzig
E-Mail: regenr@medizin.uni-leipzig.de

Übersicht 4

Bibliographische Datenbanken, Volltext- und Fakten-Datenbanken für die Bereiche Pharmakologie, Toxikologie und Pharmazie (Auswahl)

MEDLINE (National Library of Medicine, NLM, Bethesda, Maryland, USA) mit 4300 biomedizinischen Zeitschriften (Referenzdatenbank)
EMBASE (Elsevier, Amsterdam, Niederlande) mit ca. 3800 internationalen Zeitschriften, vor allem auch Pharmazie, Pharmakologie und Toxikologie

weitere, wichtige Datenbanken:

Biological Abstracts (BIOSIS, Philadelphia)
Chemical Abstracts (Chemical Abstracts Service, Columbus, Ohio, USA)
IDIS-Drug-File (IOWA Drug Information Service, Oakdale, Iowa, USA)
Pharm-Line (Drug Information Specialists of the National Health Service's information services of the United Kingdom, London, England)

Toxline (NLM, toxikologisch relevanter Teil von Medline)
Toxcenter (des Chemical Abstract Service)
über STN International online
Cancer Net
OPACs (online-Bibliotheks-Verbund-Kataloge)

Volltext-Datenbanken

elektronische Versionen häufig konsultierter Standardwerke, s. dort Volltextzeitschriften im Internet

Fakten-Datenbanken

Micromedex (Drugdex, Reprorisk, Martindale; Hrsg.: Micromedex Inc. Englewood, CA)
IMSworld Patents International
ABDA-Info
Scholz-Arzneimittel-Datenbank
AMIS-ZI (Arzneimittelinformationssystem des ZI für die kassenärztliche Versorgung)

QUELLENVERZEICHNIS

(zum Artikel „Aktuelles zu Arzneimitteln und Giften“ im „Ärzteblatt Sachsen“ 11/2002 von R. Ludewig, R. Preiss, R. Regenthal, P. Illes, W.J. Kleemann, N. Krüger, G. Schreinicke)

Standardwerke, nach deren Konsultation ein Teil der pharmakotherapeutischen und klinisch-toxikologischen Fragestellungen zu Arzneimitteln kurzfristig beantwortet werden kann (Auswahl)

1. Albrecht K: Intensivtherapie akuter Vergiftungen. Ullstein Mosby 1997.
2. Ammon HPT: Arzneimittelneben- und Wechselwirkungen. 4. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 2001.
3. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Evidenzbasierte Therapieleitlinien. Dt. Ärzteverlag, Köln 2002.
4. Baselt RC, Cravey RH (Hrsg.): Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man. 6. ed., Biomed Publications Foster City, California 2002.
5. Bates N et al. (ed.): Paediatric Toxicology. Handbook of Poisoning in Children. Macmillan Reference Ltd. London 1997.
6. Bircher J, Sommer W: Klinisch-pharmakologische Datensammlung. 2. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1999.
7. Bork K: Arzneimittelnebenwirkungen an der Haut. 2.Aufl., Schattauer, Stuttgart 1999.
8. Briggs A, Freeman RK, Yaffe SJ (Hrsg.): Drugs in Pregnancy and Lactation. 5. Aufl., Williams & Wilkins, Baltimore 1998.
9. Dollery C (Hrsg.): Therapeutic Drugs. 2. Aufl., Churchill Livingstone, Edinburgh 1999.
10. Dukes, MNGr et al. (Hrsg.): Meyler's Side Effects of Drugs, An Encyclopedia of Adverse Reactions and Interactions. Elsevier Science, Amsterdam 2000.
11. Ellenhorn M (Hrsg.): Ellenhorn's Medical Toxicology. 2. Aufl., Williams&Wilkins, Baltimore 1997.
12. Forth W, Henschler D, Rummel W u.a. (Hrsg.): Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 8. Aufl., Urban&Fischer, Stuttgart 2001.
13. Friese K, Melchert F (Hrsg.): Arzneimitteltherapie in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2001.
14. Fülgraff G, Palm D (Hrsg.): Pharmakotherapie. Klinische Pharmakologie. 11. Aufl., Urban&Fischer, Stuttgart 2001.
15. Haddad LM, Shannon MW, Winchester J (Hrsg.): Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 3. Aufl., Saunders, Philadelphia 1998.
16. Hardman JG, Limbird LE, Goodman Gilman A u.a. (Hrsg.): Pharmakologische Grundlagen der Arzneimitteltherapie (Dtsch. Ausgabe) 9. Aufl., Mc Graw-Hill, London 1998.
17. Kleinebrecht J, Fränz J, Windorfer A (Hrsg.): Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. 5. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 1999.
18. Klinger W, Reinicke C, Hodel C: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen. 5. Aufl., Gustav Fischer, Jena 1989.
19. Ludewig R: Akute Vergiftungen. 9. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1999.
20. Moeschlin S (Hrsg.): Klinik und Therapie der Vergiftungen. 7. Aufl., Thieme, Stuttgart 1986.
21. Mühlendahl, v. KE u.a. (Hrsg.): Vergiftungen im Kindesalter. 3. Aufl., Enke, Stuttgart 1995.
22. Müller-Oerlinghausen B, Lasek R, Düppenbecker H, Munter K-H (Hrsg.): Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Urban & Fischer, Stuttgart 1999.
23. Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer H, Schaefer-Korting M (Hrsg.): Arzneimittelwirkungen. 8. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2001.
24. Platt D, Mutschler E (Hrsg.): Pharmakotherapie im Alter. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1999.
25. Reynolds, JEF (Hrsg.): Martindale, The Extra Pharmacopoeia. 32. Aufl., The Pharmaceutical Press London 1999.
26. Rietbrock N, Staib AH, Loew D (Hrsg.): Klinische Pharmakologie. 4. Aufl., Arzneitherapie. Steinkopff, Darmstadt 2001.
27. Schaefer C Spielmann H (Hrsg.): Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. 6. Aufl., Urban & Fischer, Stuttgart 2001.
28. Schloter T u.a.: Medikamentöse Nebenwirkungen am Auge. Thieme, Stuttgart 2001.
29. Seyffart G (Hrsg.): Giftindex: Die Therapie der akuten Intoxikationen. 4. Aufl., Pabst Science Publishers, Lengerich 1996.

30. Stockley IH (Hrsg.): Drug interactions, a source book of adverse interactions, their mechanisms, clinical importance and management. 4. Aufl., The Pharmaceutical Press, London 1996.
31. Stötzer H: Erkrankungen durch Arzneimittel. Urban & Fischer, Stuttgart 1998.
32. Teschke R: Toxische Lebererkrankungen. Thieme, Stuttgart 2001.
33. Verspohl E, Verspohl J: Interaktionen. 4. Aufl., Deutscher Apotheker Verlag, Köln 2001.
34. Vicellio P (Hrsg.): Emergency Toxicology. 2. Aufl., Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1998.
35. Walther H, Meyer FP: Klinische Pharmakologie. Grundlagen der Arzneimittelanwendung. 2. Aufl., Verlag Gesundheit, Berlin 1990.
36. Weber E: Taschenbuch der unerwünschten Arzneiwirkungen. 2. Aufl., Gustav Fischer, Stuttgart 1988.
37. Wirth W, Gloxhuber Ch (Hrsg.): Toxikologie. 5. Aufl., Thieme, Stuttgart 1994.

● Pharmakotherapeutische und toxikologische Standardwerke zu den einzelnen Arzneimittel- und Giftgruppen siehe auch in AKUTE VERGIFTUNGEN ⁽¹⁹⁾.

38. **Fachzeitschriften** (in exemplarischer Auswahl), die fortlaufend über neue Erkenntnisse in der Arzneimitteltherapie und der klinischen Toxikologie berichten:

Arzneimittelbrief	Drugs
Arzneimitteltherapie	European Journal of Clinical Pharmacology
Arznei-Telegramm	Human Experimental Toxicology
Arzneiverordnung in der Praxis	International Journal of Clinical Pharmacology and Therapy
British Journal of Clinical Pharmacology	Journal of Toxicology. Clinical Toxicology
Clinical Pharmacology and Therapeutics	Medizinische Klinik
Der Hausarzt	Pharmacokinetics
Der Internist	Zeitschrift für Allgemeinmedizin
Der Klinikarzt	Zeitschrift für Chemotherapie
Deutsche Apothekerzeitung	Evidence-based Medicine (auch deutschsprachig, ⁵⁹)
Deutsche Medizinische Wochenschrift	
Die Medizinische Welt	
Die Pharmazie	

Ausgewählte Publikationen

39. Andresen J: Risiken mit angeben. Dtsch. Aerztebl. 97(2000)47:C2355.
40. Bordet R, Gautier S, Le Louet H, Dupuis B, Caron J: Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. Eur J Clin Pharmacol (2001)56 :935-941.
41. Bronder E, Schubert I: Soziologie, Ökonomie und Sicherheit des Arzneimittels. 8. Jahrestagung der GAA. DAZ141(2001)15:1841-1844.
42. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.: Pharma-Daten 2001.
43. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP: Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. JAMA 277(1997)4:301-306.
44. Engelmohr I: Bald Ärztemangel auf dem Land. Dtsch. Aerztebl. 99(2002)9:C412.
45. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER: Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. A systematic review. JAMA 287(2002)2691-2700.
46. Fattinger K, Roos M, Vergeres P et al. : Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine. Br J Clin Pharmacol 49(2000)158-167.
47. Frölich JC: Die Hälfte aller Arzneimittelnebenwirkungen wäre vermeidbar. Med-online 2(2001)4.
48. Frölich JC: Arzneimittel: Keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Med-online 2(2001)8-10.
49. Garbe E, Müller-Oerlinghausen B: Datenbanken im Ausland für die Arzneimittelforschung nach der Zulassung. Ein Modell auch für Deutschland? Dtsch. Aerztebl.95(1998)49:A3138-3143.
50. Göttler M, Munter KH, Hasford J, Müller-Oerlinghausen B: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen: zu viele Ärzte sind „meldemüde“. Dtsch. Aerztebl. 96(1999)25:A1704.

51. Hölzer S, Dudeck J: Medizinische Leitlinien. Strategien zur Implementation. Dtsch. Aertztebl.98(2001)11:C532.
52. Hoppe J-D: Menschlichkeit statt Ökonomisierung. Internist 43(2002)8:178-183.
53. Hoppe J-D: Gesundheitspolitik. Zuwendung statt kalter Betriebswirtschaft. Dtsch. Aertztebl. 99(2002)3:A79-83.
54. Jachertz N: Leseranalyse. Reichweite 73,6%. Dtsch. Aertztebl. 99(2002)33:C1705.
55. Jonville-Bera AP, Giraudeau B, Blanc P, Beau-Salinas F, Autret-Leca E: Frequency of adverse reactions in children: A prospective study. Br J Clin Pharmacol 53(2002)207-210.
56. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C et al: Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. JAMA 285(2001)2114-2120.
57. Korzilius H: Arzneimittelkommission. Arzneitherapeutische Vernunft durchsetzen. Dtsch. Aertztebl. 97(2000)50, A3396.
58. Korzilius H: Arzneimittelkommission. Beratung mehr denn je gefragt. Dtsch. Aertztebl. 98(2001)50, A3351.
59. Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Evidence Based Medicine: Ein neues Zeitalter der Medizin? Limitierung der „Evidence Based Medicine“, Mangel an Evidence und Probleme bei der Umsetzung von Studienergebnissen in die Praxis. Dtsch. Aertztebl.95(1998)28/29:A1780.
60. Ludewig R.: Beitrag einer klinisch-pharmakologischen Hochschuleinrichtung zur Optimierung der Entwicklung, Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln. Z. Klin. Med. 44(1989)2, 109-113.
61. Ludewig R: Anliegen und Notwendigkeit pharmakotherapeutischer Arztinformationen. Z ärztl Fortbildung 70(1976)1 und Med akt 8(1982)9.
62. Lumpe M, Juncker W, Frölich JC, Kirch W: Ein Aufgabengebiet der Klinischen Pharmakologie. Individualisierte Arzneimittelinformation. Dtsch. Aertztebl. 95(1998)48: A3053-3056.
63. Meyer R: Gesundheitsinformationen. Im Internet häufig ungenau. Dtsch. Aertztebl. 99(2002)24:C1281. (siehe auch unter 45)
64. Müller-Oerlinghausen B: Kongressbericht. Moderne Arzneimitteltherapie an der Grenze der finanziellen Belastbarkeit. Dtsch. Aertztebl. 99(2002)24, C1331-1332.
65. Nagel A: Kompetente Berater für kompetente Patienten. Dtsch. Aertztebl. 98(2001)9, C411.
66. Richter E: Forschung und Medizin. Therapie zwischen Leitlinien und Zukunftsvisionen. Dtsch. Aertztebl. 99(2002)1-2:C13.
67. Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998.
68. Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 04/01: Medizinische Behandlungsfehler.
69. Schönhöfer PS, Wille H, Lelgemann M, Werner B, von Maxen A, Vagt A: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Pathophysiologie, Häufigkeit, Erfassung und Bedeutung für die Risikoabwehr. DGPT-Forum 28(2001)15-19.
70. Schwarz UI, Siepmann, Krappweis J, Kirch W: Regional drug information service. Int J Clin Pharmacol Ther 37(1999)263-268.
71. Teweleit S, Kuschel U, Hippus M, Goettler M, Bornschein B: Manifestation and prevention of adverse drug reaction (ADR) in the pharmacotherapy of cardiovascular diseases. Med Klin 96(2001)8:442-450.
72. Transparency International, Deutsches Chapter e.V: Gesundheitspolitik: Mehr Transparenz, weniger Käuflichkeit. Studie über Missbrauch und Intransparenz im Gesundheitswesen. Pressemitteilung, Berlin 28.09.2001, zit. In: Dtsch. Aertztebl. 98(2001)40:A2536.
73. Wehling M: Kommentar. Klinische Pharmakologie – Quo vadis? Dtsch. Aertztebl. 97(2000)39:A2518.
74. Wehling M: Wandel eines Faches. Klinische Pharmakologie – eine Brücke zwischen Forschung und Klinik. Dtsch. Aertztebl. 93(1996)41:A2610-2612.
75. Wenzel E, Tiaden B, Heinrich W: Arzneimittelsicherheit unter dem Druck eingeschränkter ökonomischer Ressourcen – eine immer aktuelle ethische Herausforderung. 10. Berlin-Brandenburger Symposium, Berlin 2001. In: Heinrich Ch (Hrsg.): Kongreßbericht, Weller-Verlag, Neckargmünd.
76. Wille H, Schönhöfer PS: Arzneimittelsicherheit und Nachkontrolle. Internist 43(2002)469-481.
77. Zoppi M, Braunschweig S, Kuenzi UP, Maibach R, Hoigne R: Incidence of lethal adverse drug reactions in the comprehensive hospital drug monitoring, a 20-year survey, 1974-1993, based on the data of Berne/St. Gallen. Eur J Clin Pharmacol (2000)56 :427-430.
78. Pharmakotherapeutische Arztinformationen 1973-1990, erarbeitet von pharmakologischen und klinischen Einrichtungen der Universität Leipzig in Kooperation mit dem territorialen

Gesundheitswesen zu je einer Arzneimittelgruppe, die monatlich erschienen. Z ärztl Fortbildung ab 1/1976, Med aktuell ab 1982.

79. Pharmakotherapeutische Ratgeber, erschienen im Eigenverlag des territorialen Gesundheitswesens sowie im Verlag Volk und Gesundheit: Braun/Ludewig u.M.: Dermatika-Fibel (1975), Böhme/Ludewig: Arzneimittel und Labordiagnostik (1981), Ludewig u.M.: Stomatologika-Fibel (1978), Stomatologische Pharmakotherapie (1984), Ludewig/Böhme u.M.: Schnelle Medizinische Hilfe (6. Aufl. 1990). Ratgeber zu Erkennung, Verlauf, Behandlung und Verhütung toxikologischer Notfälle (9. Aufl., 1999) s. unter 19.

Themenbezogene Beratungen und/oder Korrespondenz Prof. Dr. Ludewig mit...

80. Prof. Dr. O. Bach, Dresden, Leipzig
81. Dr. U. Bethge, Leipzig
82. Prof. Dr. Dr. M. Geldmacher-von Mallinckrodt, Erlangen
83. Dr. R. Grießmann, Dresden
84. Prof. Dr. H. Häntzschel, Leipzig
85. Prof. Dr. R. Haupt, Leipzig
86. Dr. H. Hentschel, Erfurt
87. Prof. Dr. J.-D. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer
88. Dr. U. Galle-Hoffmann, Bonn
89. Prof. Dr. Dr. P. Illes, Leipzig
90. Prof. Dr. Dr. W. Kirch, Dresden
91. Dr. D. Kirsch, Leipzig
92. Prof. Dr. W.J. Kleemann, Leipzig
93. Dipl.Med. St. Kluge, Erfurt
94. Prof. Dr. N. Krüger, Leipzig
95. Prof. Dr. Leonhardt, Leipzig
96. Prof. Dr. J. Mössner, Dekan, Medizinische Fakultät, Univ. Leipzig
97. Dr. W. Oehmichen, Mönchengladbach
98. Prof. Dr. R. Preiss, Leipzig
99. Dr. R. Regenthal, Leipzig
100. U. Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit (B. Langbein)
101. Dr. H. Schmoranz-Schwenke, Leipzig
102. Prof. Dr. G. Schreinicke, Leipzig
103. Prof. Dr. J. Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
104. Dr. P. Schwenke, Leipzig
105. H.G. Verhees, Dresden
106. Prof. Dr. Dipl.Phys. H.-H. Wellhöner, Hannover
107. Prof. Dr. E. Wenzel, Homburg, Wien
108. A. Windfuhr, Bergisch Gladbach

109. Print- und Elektronische Medien

Kritische Beiträge kompetenter Fachexperten zu den Ursachen und/oder Folgen von Arzneimittel- und Drogenmissbrauch, Doping, Neben- und Wechselwirkungen, Verunsicherungen durch Beipackzettel oder Fehlinformationen sowie verschiedener Regulierungsmaßnahmen waren und sind laufend der Presse (z. B. dpa-Meldungen der Tagespresse, Politmagazinen wie Spiegel, Fokus, Stern), dem Informationskanal Phoenix sowie Fernsehsendungen verschiedener, vorwiegend öffentlich-rechtlicher Sendeanstalten (z.B. Fakt, Frontal, Kontraste, Monitor, Panorama, Report) oder Umfrageergebnissen des EMNID-Instituts (s. bei ⁴²) zu entnehmen.

Hintergrundinformationen zu den teilweise unter- oder überschätzten Zahlenangaben sind nicht durchweg zugänglich. Hinweise zu einzelnen Sendeformaten können bei den Autoren angefordert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. em. Dr. med. R. Ludewig
Prof. Dr. med. R. Preiss
Dr. med. R. Regenthal
Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät, Universität Leipzig
Härtelstrasse 16-18
04107 Leipzig
e-mail: regenr@medizin.uni-leipzig.de

Fortbildungsveranstaltung für Transplantationsbeauftragte

Einladung und Programm

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die 2. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte der Region Ost wird in diesem Jahr durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation zu dem Thema „Untersuchungsverfahren im Rahmen der Hirntoddiagnostik“ veranstaltet.

Die Notwendigkeit einer Hirntoddiagnostik ergibt sich zum einen aus der Feststellung des Todes. Dies ist eine sichere

Entscheidungsgrundlage für einen Therapieabbruch. Zum anderen ist der festgestellte Tod gleichzeitig auch Voraussetzung für eine Organentnahme. Wie die Feststellung des Hirntodes im einzelnen zu erfolgen hat, ist eine medizinische Frage. Der Gesetzgeber hat der Bundesärztekammer die Aufgabe übertragen, diese Kriterien festzulegen und dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Damit sind die bisherigen „Entscheidungshilfen“ zu recht-

lich verbindlichen Richtlinien für die Feststellung des Hirntodes geworden.

Wir möchten Sie als Transplantationsbeauftragte und natürlich auch alle anderen Kollegen im ärztlichen, pflegerischen oder seelsorgerischen Bereich, die mit diesem Thema konfrontiert werden, zu einem Erfahrungsaustausch einladen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wachsmuth, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost



Fortbildungsveranstaltung für Transplantationsbeauftragte

Termin: 22. November 2002

Thema: »Untersuchungsverfahren im Rahmen der Hirntoddiagnostik«

11.00 Uhr

Begrüßung und Moderation

Frau Dr. Wachsmuth, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost

PD Dr. Stuttmann, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle, Klinik für Anästhesie

11.05 Uhr

Eröffnung der Veranstaltung

Dr. Friebel, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

11.20 Uhr

Klinische und organisatorische Aspekte der Hirntoddiagnostik

Prof. Dr. Angstwurm, Ludwig-Maximilians-Universität München, Neurologische Klinik und Poliklinik

11.50 Uhr

Neurophysiologische Untersuchungsverfahren und Dopplersonographie im Rahmen der Hirntoddiagnostik

Prof. Dr. Reimers, Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf – Klinik Neurologie

13.30 Uhr

Stellenwert des EEG zur Hirntoddiagnostik

Frau Dr. Reuner, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Neurologie

13.00 Uhr

Hirnperfusionsszintigraphie in der Hirntoddiagnostik

Frau Dr. Götsche, Vivantes Klinikum im Friedrichshain Berlin – Abteilung Nuklearmedizin

13.30 Uhr

Pause

14.00 Uhr

Podiumsdiskussion mit den o. g. Referenten und Moderatoren

15.00 Uhr

Ende der Veranstaltung

Die Veranstaltung ist kostenfrei und wird mit 4 Punkten für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Sachsen-Anhalt bewertet.

Auskunft: Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frau Haberland, Tel.: 0341/52 55 76 60

Veranstaltungsort: Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost, Festsaal, Merseburger Str. 165, 06112 Halle

Veranstalter: Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, der Landesärztekammer Thüringen und der Sächsischen Landesärztekammer

Anmeldung bitte

ausfüllen und

faxen an:

0341 52557689

Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost, Walter-Köhn-Str. 1 A, 04356 Leipzig

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o. g. Veranstaltung an:

Titel:

Name, Vorname:

Anschrift:

Datum:

Unterschrift:

Haftpflichtversicherung der angestellten Ärzte

Nach mehreren Hinweisen zur beruflichen Verpflichtung des Arztes zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung im Ärzteblatt Sachsen (vgl. Hefte 6/1999, S. 244, und 6/2000, S. 229) fragen angestellte Ärzte, ob diese Verpflichtung auch sie betrifft.

An sich ist diese Frage bereits durch § 21 Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beantwortet, wonach **jeder** Arzt verpflichtet ist, sich gegen Haftpflichtansprüche, die gegen ihn aus Anlass seiner ärztlichen Tätigkeit erhoben werden können, hinreichend zu versichern. Viele angestellte Ärzte meinen, diese Pflicht sei bereits dadurch erfüllt, weil der Arbeitgeber gegen solche Ansprüche versichert ist. Dieser Meinung muss widersprochen werden. Zwar richten sich die Schadensersatzansprüche in der Regel primär gegen die Behandlungseinrichtung,

welche auch ihre Mitarbeiter in den Versicherungsschutz einbezogen hat. Dennoch gilt dies nicht ausnahmslos und es kann Fälle geben, in denen der angestellte Arzt unmittelbar den Ansprüchen von Patienten ausgesetzt ist.

Der angestellte Arzt steht zwar, wenn er in einer Behandlungseinrichtung tätig ist, mit dem Patienten in keinem vertraglichen Verhältnis, denn der Behandlungsvertrag besteht nur zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus.

Neben einem Schadensersatzanspruch aus Vertrag gibt es aber auch einen solchen aus unerlaubter Handlung – § 823 BGB –. Nach dieser Vorschrift ist Derjenige zum Schadensersatz verpflichtet, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt. Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers kann also auch ge-

gen einen angestellten Arzt unmittelbar erhoben werden.

Der angestellte Arzt kann aber auch in eine Situation kommen, bei der er ohne Auftrag seines Arbeitgebers handelt, z. B. bei erste Hilfeleistung, bei Gefälligkeitsbehandlungen im Bekannten- oder Verwandtenkreis, als Notarzt oder als Gutachter.

Die Haftpflichtversicherer stufen die ärztliche Tätigkeit eines angestellten Arztes als „geringeres Versicherungsrisiko“ ein und berücksichtigen dies bei der Bemessung der Höhe der Prämie.

Gleiches gilt für den beamteten Arzt, für dessen Tätigkeit zwar primär der Staat oder die Körperschaft, bei welcher er tätig ist, haftet – Art. 34 Grundgesetz –. Diese können aber bei ihm Rückgriff nehmen.

Rudolf Koob
Vorsitzender Richter am OLG a. D.

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum vierten und letzten Seniorentreffen in diesem Jahr möchten wir Sie wieder herzlich einladen. Wir freuen uns, Ihnen diesmal interessante und vielversprechende Reisebilder einer 2-jährigen Fahrradtour über 33.000 km durch Asien präsentieren zu können. Referenten sind Frau Claudia Herrbach (Landschaftsarchitektin) und Frank Teichmann (Alpintechniker) aus Dresden. Der Vortrag beginnt

am 4. Dezember 2002,
15.00 Uhr im Plenarsaal des
Kammergebäudes.

Nachfolgend sind Sie und Ihr Partner wieder herzlich zu einem gemeinsamen Kaffee eingeladen. Wir erwarten Ihren zahlreichen Besuch.

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung und anderer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften (FeVÄndV)

Wir möchten Sie über Änderungen zur Fahrerlaubnis-Verordnung, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 59/2002 vom 23. August 2002, informieren. Im § 12 sind einige Änderungen vorgenommen worden:

a) in Absatz 2 Satz 4 und Absatz 4 wird jeweils die Angabe „Anlage 6 Nr. 1“ durch die Angabe „Anlage 6 Nr. 1.1“ ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
„(5) Besteht der Bewerber den Sehtest nicht, hat er sich einer augenärztlichen Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 Nr. 1.2 zu unterziehen und hierüber der Fahrerlaubnisbehörde ein Zeugnis des Augenarztes einzureichen.“

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
„(6) Bewerber um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klasse C, C1, CE, C1E, D, D1, DE oder D1E haben sich einer Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 Nr. 2 zu unterziehen und hierüber der Fahrerlaub-

nisbehörde eine Bescheinigung des Arztes nach Anlage 6 Nr. 2.1 oder ein Zeugnis des Augenarztes nach Anlage 6 Nr. 2.2 einzureichen.“

d) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:
„(8) Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken begründen, dass der Fahrerlaubnisbewerber die Anforderungen an das Sehvermögen nach Anlage 6 nicht erfüllt oder dass andere Beeinträchtigungen des Sehvermögens bestehen, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung der Entscheidung über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines augenärztlichen Gutachtens anordnen. § 11 Abs. 5 bis 8 gilt entsprechend, § 11 Abs. 6 Satz 4 jedoch mit der Maßgabe, dass nur solche Unterlagen übersandt werden dürfen, die für die Beurtei-

lung, ob die Beeinträchtigungen des Sehvermögens bestehen, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen, erforderlich sind.“

Hinweis:

Die Muster der Formblätter, Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung (Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung), Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung) Teil 1 und Teil 2 können Sie zum Beispiel bei der Firma

Kohlhammer W.
Deutscher Gemeindeverlag GmbH,
Rudolf-Leonhard-Str. 28,
01097 Dresden,
Tel. 03 51/8 02 26 86, Fax 8 02 06 64
bestellen.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

Nach dem Transfusionsgesetz vom 1. Juli 1998 (Transfusionsgesetz – TFG), das am 7. Juli 1998 in Kraft getreten ist, müssen stationäre und ambulante Einrichtungen der Krankenversorgungen, die Blutprodukte anwenden, ein Qualitätssicherungssystem entwickeln.

Der Qualitätsbeauftragte hatte ab 31. 12. 2001 im einjährigem Abstand der Sächsischen Landesärztekammer nachzuweisen, dass das Qualitätssicherungssystem der Anwendung von Blutprodukten den Vorgaben der Richtlinien entspricht. Wir machen darauf aufmerksam, dass im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 2/2001, dazu das Muster einer Selbstverpflichtungserklärung veröffentlicht wurde und erinnern nochmals an den aktuellen Abgabetermin 31. Dezember 2002.

Dr. med. Siegfried Herzig,
Ärztlicher Geschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 1. Dezember 2002

11.00 Uhr

Junge Matinee

Bläsermusik zur Weihnachtszeit

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Donnerstag, 19. Dezember 2002

19.30 Uhr

Weihnachtskonzert

Es ist für uns eine Zeit

angekommen

Mädchenchor der Jugendkunstschule

„Schloss Albrechtsberg“ Dresden

Leitung: Claudia Sebastian-Bertsch

Klavier: Anita Röbbke

Moderation: Wanda Mainka,

Sophia Heckschen,

Annida Aldejohann

Programmänderungen

bleiben vorbehalten.

Alle Mitglieder sind mit ihren Angehörigen und Freunden sehr herzlich eingeladen.

Ausstellungen

Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer

Hubertus Giebe

Lithografien – Farbdrucke vom Stein

bis 18. November 2002

Kathrin Harder

Constructum – Zeichnungen

19. November 2002 bis 13. Januar 2003

Vernissage

Donnerstag, 21. November 2002

19.30 Uhr

Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch,

Kunstjournalistin und Autorin

Foyer der

Sächsischen Ärzteversorgung

Susanne Kieseletter

Malerei und Grafik

„Augen-Blicke“

bis 28. 2. 2003



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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Annaberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Zwickau-Stadt

Facharzt für Radiologie

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 12. 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.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin *) in GP (kann auch als eine Zulassung abgegeben werden)

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*) – Teil der GP

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 11. 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

Dresden-Stadt

Facharzt für Orthopädie

Meißen

Facharzt für Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 11. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Bautzen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Meißen

Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 12. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Delitzsch

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 6. 12. 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

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 4 07.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplanter Abgabetermin 07/03

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplanter Abgabetermin 07/03

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplanter Abgabetermin 10/03

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

KVS Landesgeschäftsstelle

Ihre Meinung zum Ärztemangel

Das Thema Ärztemangel ist nicht nur im Ärzteblatt Sachsen, sondern auch durch andere Medien gegangen. Vor allem Ostdeutschland ist mit diesem Problem konfrontiert. Um größere Defizite in der ambulanten und stationären Versorgung zu vermeiden, gilt es möglichst kurzfristig Lösungen zu finden, die den Arztberuf und auch die medizinische Ausbildung wieder attraktiv machen. Von vielen Seiten wurden dazu Vorschläge und Anregungen gegeben. Doch wie sehen die sächsischen Ärzte die Situation? Gibt es einen spürbaren Ärztemangel in Ihrem Bereich und wenn ja, wie könnte dem abgeholfen werden? Welche Lösungen schlagen Sie vor. Schreiben, faxen oder mailen Sie uns Ihre Meinung.

Sächsische Landesärztekammer
Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Fax: 03 51 / 8 26 73 52
E-Mail: presse@slaek.de

kö

St. Carolus-Krankenhaus Görlitz
2002-09-18

Sächsische Landesärztekammer
Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

**Ärztmangel,
Ärzteblatt Sachsen 9/2002 Seite 421**

In unserem Krankenhaus der Regelversorgung mit 195 Betten wurde es seit Ende 2000 zunehmend schwerer, Assistenten für die Fachabteilungen Innere Medizin, Urologie und Anästhesie zu rekrutieren. Bis zum damaligen Zeitpunkt bewarben sich zum Beispiel in der Abteilung für Innere Medizin auch ohne Annoncierung regelmäßig Interessenten für eine Facharztweiterbildung. In der Abteilung liegen die Weiterbildungsberechtigungen für Innere Medizin und für Pneumologie vor. 2001 wurden für zirka 17.000 € Inserate im Deutschen Ärzteblatt geschaltet, Personalberatungen beauftragt, das örtliche Arbeitsamt eingeschaltet und auch in Internet-Jobbörsen inseriert. Trotz dieser Maßnahmen bewarben sich keine geeigneten Interessenten. Zur Erhöhung der Attraktivität unseres Krankenhauses wurden in den Anzeigen die architektonischen Besonderheiten von Görlitz und die Schönheit der Oberlausitz herausgestellt. Potentielle Bewerber wurden mit ihren Familien für eine Woche zum unverbindlichen Kennenlernen eingeladen. Es bewarb sich niemand. Des Weiteren wurde im Februar 2002 im Deutschen Ärzteblatt inseriert, dass wir für AiPs das normale Assistenzarztgehalt und nicht das übliche AiP-Gehalt zahlen würden. Auch diese Anzeige war weitgehend erfolglos, was von potentiellen Interessenten zum Teil mit der Randlage von Görlitz und fehlenden Berufsmöglichkeiten für Ehepartner begründet wurde.

Nachdem Anfang 2002 sowohl urlaubs- als auch krankheitsbedingt die Abteilung Innere Medizin mit 95 Betten kurzfristig nur vom Chefarzt, einem Oberarzt und

drei Assistenten betreut wurde und die Dienstbelastung der verbleibenden, höchst engagierten Assistenten als nicht mehr vertretbar angesehen wurde, erfolgten Inserate in polnischen, tschechischen und österreichischen Ärzteblättern. Hier ergab sich insbesondere aus Polen eine hohe Resonanz, weniger aus Tschechien, keine Resonanz zeigten die Anzeigen im österreichischen Ärzteblatt. Bei den Vorstellungsgesprächen der zahlreichen, überwiegend polnischen Bewerber wurde als Motivation für die Bewerbung die Möglichkeit zur besseren Ausbildung in Deutschland und die bessere Bezahlung genannt. Die sich vorstellenden polnischen Facharztkollegen waren allerdings vom Ausbildungsstand nicht vergleichbar mit in Deutschland weitergebildeten Fachärzten. Ebenfalls war inhibierend für einige Bewerber, dass sie bei vorzeitiger Beendigung ihrer Facharztweiterbildung in Polen sehr hohe, in der Regel jedoch nicht genau benennbare, Rückzahlungen hätten leisten müssen. Trotz intensivem Nachfragen war es den Kollegen nicht möglich zu klären, wie hoch diese Summen im Einzelfall sein würden, so dass für sie ein Wechsel nach Deutschland finanziell zu unsicher erschien.

Mittlerweile wurden in der internistischen Abteilung zwei polnische Kollegen eingestellt, die beide am Anfang ihrer Facharztweiterbildung stehen. Die Grundvoraussetzung für die Einstellung war das perfekte Beherrschen der deutschen Sprache, wobei diese Grundvoraussetzung bei einem Großteil der Bewerber nicht gegeben war. Unsere eingestellten Kollegen zeichnen sich durch ein sehr gutes Basiswissen und hohes Interesse an der medizinischen Arbeit aus. Obwohl Polen bisher nur den Status eines Beitrittskandidaten zur EU hat und somit prinzipiell arbeitsrechtliche Probleme hätten auftreten können, waren das Entgegenkommen des für die Berufserlaubnis zuständigen Regierungspräsidiums Dresden und des für die Arbeitserlaubnis zuständigen Arbeitsamtes Bautzen groß,

und es traten bei den Einstellungsformalitäten keine größeren Probleme auf.

Das Problem „Ärztmangel“ lässt sich bundesweit nicht durch Ärzte aus Staaten, die für die Kollegen medizinisch nicht so attraktiv sind wie Deutschland, lösen. In grenznahen Regionen stellt die praktizierte Lösung jedoch unabhängig von der reinen Besetzung eines freistehenden Arbeitsplatzes einen sinnvollen Schritt zur Annäherung unterschiedlicher Völker dar. Aufgrund der Limitation der Zahl geeigneter Bewerber aus dem Ausland wird es sicherlich keinen Exodus aus ökonomisch benachteiligten Staaten geben. Des Weiteren ist zurzeit vollkommen offen, wie die zukünftige berufliche Aktivität der im grenznahen Bereich ausgebildeten polnischen Kollegen sein wird. Ein späterer Rückgang der Kollegen in das Heimatland wäre für das dortige Gesundheitssystem aufgrund der technisch hochdifferenzierten Ausbildung in Deutschland sicherlich interessant.

Das prinzipielle Grundproblem des Ärztemangels ist mittlerweile die fehlende Attraktivität des ärztlichen Berufes. Eine Überbürokratisierung, inadäquate Bezahlung und hohe Arbeitsbelastung sind für junge Ärzte nicht motivierend, in Deutschland „als Arzt am Patienten“ tätig zu werden. Die sich abzeichnende zunehmende Belastung durch „non patient care“ Aufgaben wie Beantwortung von MDK-Anfragen, Begründungen von Liegezeiten, Ausarbeitungen von Anträgen, Verschlüsselungen nach DRG usw. hat wenig mit den Tätigkeiten zu tun, die einen Abiturienten veranlassen Medizin zu studieren. In den neuen Bundesländern spielt zudem noch der um 10 % niedrigere Bruttolohn neben dem im Gegensatz zu den Altbundesländern irrelevanten Chefarztzulagen aus Privatliquidationen eine zusätzliche Rolle für die besondere Unattraktivität hier zu arbeiten. In der Konkurrenzsituation mit Kliniken der alten Bundesländer sind für unsere Kliniken somit eindeutige Nachteile hinsichtlich der Attraktivität vorhanden. Die

Vorteile der oft optimalen, modernen Ausstattung der hiesigen Krankenhäuser und zum Teil günstigere Lebenshaltungskosten werden von potentiellen Interessenten wenig beachtet und scheinen nicht entscheidungsrelevant zu sein. Um wirksame Strategien zur Bekämpfung des Ärztemangels ergreifen zu können, ist eine intensive Analyse der aktuellen Situation aus Sicht der im Krankenhaus

Tätigen und aus Sicht der fertigen Jungärzte, die vor der Wahl zwischen „patient care“ in Deutschland und „non patient care Berufen“ stehen, erforderlich. Erst eine solche Analyse erlaubt es, die Ursachen des Ärztemangels valide zu erfassen und adäquate Maßnahmen zur Ursachenbeseitigung zu ergreifen. Unseres Erachtens werden zurzeit lediglich die Auswirkungen beklagt, eine syste-

mathe Ursachenanalyse durch hierfür Qualifizierte liegt nicht vor.

St. Carolus-Krankenhaus
Carolusstraße 212, 02827 Görlitz
Postfach 60 01 20, 02822 Görlitz
gez. Prof. Dr. med. H.-W. M. Breuer
Ärztlicher Leiter
gez. H.-P. Houx
Verwaltungsdirektor
gez. W. Herzog
Personalleiter

Verleihung akademischer Grade

Technische Universität Dresden
Medizinische Fakultät

Abgeschlossene Promotionsverfahren I. Halbjahr 2001 (Fortsetzung)

Mario Schulze:

Untersuchungen zur Zahngesundheit sächsischer Klein- und Vorschulkinder

Norbert Sickor:

Aussage und Stellenwert immunhistologischer Untersuchungen an Prostataresektaten und Biopsien für die diagnostische Praxis. Eine Analyse des Pathologischen Institutes des Städtischen Klinikums Görlitz GmbH

Dorit Spanier-Pech:

Die Geschichte des Krankenhauswesens in Bautzen im 20. Jahrhundert

Franziska Stiehler:

Anzucht von Legionellen aus klinischen Materialien und simulierten Wasserproben nach selektiver Anreicherung mit einem an Magnetic-Beads gekoppelten genusspezifischen Antikörper

Lutz Stollberg:

Transkriptionsuntersuchungen an Zelllinien und Leukozyten nach Inkubation mit Pertussistoxinen als Beitrag zu einem Pathogenesemodell der Pertussisinfection

Kerstin Techritz:

Experimentelle Untersuchungen des Silikonwerkstoffes 'Elasto-Synsil' "30-Epithetik" unter dem Aspekt des Einsatzes als Epithesenmaterial

Eberhardt Thiele:

Vortherapieabbruch bei Patienten einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis

Anja Thieme:

Untersuchungen zur Amplitudendifferenz bei seitentgetrennter Betrachtung des postkalorischen Nystagmus bei Patienten mit zentraler Vestibularisstörung und an einer Normalpopulation

Petra Wadehn:

Ergotherapie als ein Element der Soziotherapie in der Psychiatrie. Eine Untersuchung zur Effektivität der Ergotherapie in der stationären Behandlung psychisch Kranker an der Klinik und Poliklinik für

Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden

Falk Wappler:

Untersuchungen zur Standataxie bei Patienten mit Neuropathie und Kleinhirnerkrankungen mittels Mehrkomponenten-Kraftmeßplatte

Wulf Wagener:

Vergleichende Untersuchung der labortechnischen und klinischen Passgenauigkeit von gegossenen Kronen aus Titan und einer hochgoldhaltigen Legierung

Walter Woidich:

Zur Effizienz von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Extremitätendiagnostik – Probleme und Tendenzen

Birgit Wünschmann:

Prüfung der Bruchfestigkeit im CAD/CAM-Verfahren aus maschinell bearbeitbarer Glaskeramik hergestellter und verklebter Zahnkronen und Zahnkronenstümpfe in Abhängigkeit von der Kronenart und des Befestigungsmaterials

Steffen Wünschmann:

Prüfung der Haft- und Verbundfestigkeit verschiedener aktueller zahnärztlicher Kleber mit maschinell bearbeitbaren Glaskeramikkörpern durch Druckscherversuch

Henrike Zerm:

Antioxidative Eigenschaften verschiedener Extrakte aus *Salvia officinalis* L.

Abgeschlossene Habilitationsverfahren I. Halbjahr 2001

Dr.med. Martin Bornhäuser: Innere Medizin
Neue Konzepte der allogenen Immuntherapie mit Blutstammzellen nach dosisreduzierter Konditionierungsbehandlung

Dr.med. Franz Fankhauser: Augenheilkunde
Dynamische Lichtstreuung in der Ophthalmologie

Dr.rer.nat. Heinz Fehrenbach: Anatomie
Die Rolle des Pneumozyten Typ II als „Wächter des Alveolus“ – Funktionsmorphologische Aspekte

Dr.med. Stephan Miehke: Innere Medizin

Histologische und molekularbiologische Untersuchungen zur Bedeutung der *Helicobacter pylori*-Gastritis und der familiären Prädisposition in der Pathogenese des Magenkarzinoms

Abgeschlossene Promotionsverfahren II. Halbjahr 2001

Sabine Abmann:

Reaktionen von Frauen auf die öffentliche Diskussion um gesundheitliche Nebenwirkungen hormoneller Kontrazeptiva – speziell der sogenannten Pillen der dritten Generation. Eine Studie in Dresden.

Simone Barthel:

Vergleich der Spermaparameter von sicher fertilen Männern mit denen von Kinderwunsch-Patienten und Untersuchung möglicher beeinflussender Faktoren

Friederike Behr:

Entwicklung eines tierexperimentellen Modells zur minimal-invasiven chirurgischen Behandlung der koronaren Zweiß-Gefäß-Erkrankung

Juliane Bochmann:

Zur Variabilität der Verteilung der elektromyographischen Aktivität des Musculus masseter bei eug-nathen Erwachsenen

Detlef Bracke:

Experimentelle Untersuchungen zur werkstoffkundlichen Charakterisierung des Epithesenkunststoffes EPICRYL

Christian Brandstätter:

Experimentelle Untersuchungen zur Passgenauigkeit von Epithesenrandbereichen

Christine Brödel:

Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Mammadiagnostik am Diakonissenkrankenhaus Dresden in den Jahren 1989 - 1995

Xiao Chen:

The in vitro induction of leukemia-specific cytotoxic T cell responses, using antigen-presenting cells differentiated in the presence of interferon- α and GM-CSF, and an analysis of expression and function of the TCR zeta chain in patients with chronic myeloid leukemia

Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

	60 Jahre				
02. 12.	Dr. med. Beuchel, Karin 01723 Wilsdruff	27. 12.	Dr.med. Geschke, Christine 09366 Stollberg	25. 12.	Dr. med. Brandl, Johanna 08056 Zwickau
02. 12.	Dr. med. Hofmann, Jochen 04736 Waldheim	27. 12.	Dipl.-Med. Radtke, Günter 09111 Chemnitz	26. 12.	Dr. med. Schubert, Margot 04299 Leipzig
04. 12.	Dr.med. Adamczyk, Ekkehard 08468 Reichenbach	28. 12.	Kumpf, Heide 01277 Dresden	28. 12.	Dr. med. Jülke, Klaus 04821 Waldsteinberg
04. 12.	Dr. med. Klein, Wolfgang 01326 Dresden	29. 12.	Dr. med. Klenner, Ulrike 01728 Bannewitz	29. 12.	Werner, Brigitte 02959 Schleife
06. 12.	MUDr./Univ.Olomouc Schneider, Bernd 09130 Chemnitz	31. 12.	Dr.med. Burckhardt, Matthias 04275 Leipzig	30. 12.	Dr. med. Wohlraabe, Ruth 09114 Chemnitz
07. 12.	Dr. med. Rösler, Wolfgang 01768 Reinhardtsgrimma	31. 12.	Dr.med. Schlenk, Ursula 01326 Dresden	31. 12.	Thomas, Marga-Sylvia 01768 Glashütte
08. 12.	Dr. med. Kaltschmidt, Ingeborg 01445 Radebeul		65 Jahre		70 Jahre
08. 12.	Zieran, Waltraut 02730 Ebersbach	03. 12.	Dr.med. Dornbusch, Eleonore 04416 Markkleeberg	04. 12.	Dr. med. Genau, Fred 09119 Chemnitz
10. 12.	Klein, Sabine 04651 Flößberg	03. 12.	Prof. Dr.med.habil. Göretzlehner, Gunther 18057 Rostock	05. 12.	Dr. med. Krämer, Karl-Heinz 04229 Leipzig
11. 12.	Dr. med. Michalk, Dieter 02708 Löbau	04. 12.	Dr.med. Kirsten, Dagmar 01744 Malter	06. 12.	Prof. Dr. med. habil. Braun, Wolfgang 04827 Machern
11. 12.	Dipl.-Med. Seidel, Christine 01326 Dresden	04. 12.	Dr. med. Matzen, Christa 04229 Leipzig	07. 12.	Dr. med. Wichan, Irene 01326 Dresden
13. 12.	Dr. med. Sprotowsky, Gerlinde 09127 Chemnitz	07. 12.	Dr. med. Paul, Maria 09405 Zschopau	08. 12.	Doz. Dr. med. habil. Döring, Dieter 04703 Leisnig
14. 12.	Dr. med. Hensel, Gerhard 01324 Dresden	07. 12.	Dr. med. Schüppel, Renate 09123 Chemnitz	08. 12.	Sachse, Liane 01129 Dresden
15. 12.	Dr. med. Mocker, Rudolf 01454 Radeberg	10. 12.	Richter, Margot 08523 Plauen	09. 12.	Prof. Dr. sc. med. Strangfeld, Dietrich 01328 Dresden
15. 12.	Dr. med. Protzmann, Thomas 01640 Coswig	12. 12.	Dr. med. Schirmer, Christine 08645 Bad Elster	12. 12.	Dr. med. Kötz, Manfred 09119 Chemnitz
15. 12.	Schmidt, Heidemarie 01309 Dresden	13. 12.	Dr. med. Hilger, Hans-Joachim 04229 Leipzig	16. 12.	Lehner, Manfred 09456 Annaberg-Buchholz
15. 12.	Dr. med. Singer, Jörg 09114 Chemnitz	13. 12.	Dr. med. Schmidt-Crecelius, Karin 01307 Dresden	19. 12.	Dr. med. Flämig, Christel 01309 Dresden
16. 12.	Dipl.-Med. Körner, Karin 09648 Mittweida	16. 12.	Dr. med. Bergmann, Gerhard 09306 Rochlitz	24. 12.	Dr. med. Lehnert, Rolf 02681 Crostau
17. 12.	Dr. med. Seifert, Marion 2827 Görlitz	18. 12.	Dr. med. Haupe, Dietmar 02692 Großpostwitz	27. 12.	Dr. med. Holfert, Hans-Peter 02827 Görlitz
18. 12.	Dipl.-Med. Güldenring, Heiner 01217 Dresden	19. 12.	Dr. med. Hentschel, Christa 01187 Dresden	30. 12.	Dr. med. Gautsch, Rudolf 01900 Bretznig-Hauswalde
18. 12.	Dr.med. Schramm, Karin 02977 Hoyerswerda	19. 12.	Dr. med. Kastl, Manfred 08236 Ellefeld		75 Jahre
19. 12.	Ullmann, Eva 09128 Kleinolbersdorf	19. 12.	Michaelis, Margit 01239 Dresden	05. 12.	Dr. med. Opitz, Wolfram 09114 Chemnitz
20. 12.	Dr.med. Thomas, Lothar 04178 Leipzig	21. 12.	Dr. med. habil. Adler, Klaus 09127 Chemnitz	06. 12.	Prof. Dr. med. habil. Linde, Klaus 04279 Leipzig
23. 12.	Dr.med. Horn, Günter 09249 Taura	21. 12.	Dr. med. Kunze, Dieter 08349 Johannegeorgenstadt	09. 12.	Prof. Dr. med. habil. Lohmann, Dieter 04299 Leipzig
24. 12.	Dr.med. Kubisch, Christine 01139 Dresden	21. 12.	Dr. med. Schenderlein, Peter 04279 Leipzig	09. 12.	Dr. med. Weichold, Ingeborg 08138 Thurm
24. 12.	Dr.med. Naake, Erika 01257 Dresden	22. 12.	Dr. med. Kollert, Heinz 09394 Hohndorf	13. 12.	Prof. Dr. med. habil. Geiler, Gottfried 04277 Leipzig
24. 12.	Dr.med. Pfüller, Ingeborg 09376 Oelsnitz	22. 12.	Dr. med. Pfeil, Isa 01259 Dresden	21. 12.	Dr. med. Simon, Joachim 08060 Zwickau
25. 12.	Dr. med. Rauh, Inge 09123 Chemnitz	22. 12.	Dr. med. Schubert, Rotraut 04155 Leipzig	25. 12.	Dr. med. Zimmermann, Helmut 08340 Schwarzenberg
25. 12.	Dr.med. Wirth, Christian 08355 Rittersgrün	22. 12.	Dr. med. Swaboda, Christine 01108 Dresden		80 Jahre
26. 12.	Dr.med. Hutschenreiter, Isolde 04299 Leipzig	24. 12.	Dr. med. Prager-Drechsel, Sigrid 04157 Leipzig	01. 12.	Dr. med. Ermisch, Herbert 02763 Zittau
26. 12.	Müller, Karin 01796 Pirna	24. 12.	Dr. med. Wappler, Roswitha 02625 Bautzen	29. 12.	Dr. med. Günther, Waltraute 04177 Leipzig

-
- | | | | | | |
|---------|--|---------|--|---------|---|
| 10. 12. | 81 Jahre
Dr. med. Peege, Oskar
04109 Leipzig | 21. 12. | 84 Jahre
Dr. med. Hellfritsch, Fritz
01587 Riesa | 10. 12. | 89 Jahre
Dr. med. Rudolph, Peter
01445 Radebeul |
| 15. 12. | 82 Jahre
Dr. med. Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen | 26. 12. | Dr. med. habil. Brandt, Heinz
04889 Gneisenaustadt Schildau | 18. 12. | Dr. med. Emmrich, Kurt
09127 Chemnitz |
| 17. 12. | Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans
01069 Dresden | 11. 12. | 85 Jahre
Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim
08412 Werdau | 23. 12. | Dr. med. Steuer, Margarethe
08373 Niederlungwitz |
| 29. 12. | Prof. em. Dr. med. habil.
Pickenhain, Lothar
04299 Leipzig | 22. 12. | 86 Jahre
Dr. med. Eckelt, Hans
04275 Leipzig | 13. 12. | 91 Jahre
Dr. med. Kasperek, Bernhard
08645 Bad Elster |
| 06. 12. | 83 Jahre
Dr. med. Steffan, Otto
08645 Bad Elster | 15. 12. | 87 Jahre
Dr. med. Weisbach, Hans-Georg
08056 Zwickau | 31. 12. | 92 Jahre
Dr. med. Dennhardt, Elfriede
04416 Markkleeberg |
| 17. 12. | Dr. med. Migale, Rudolf
01824 Kurort Gohrisch | 31. 12. | 88 Jahre
Dr. med. Born, Helmut
01326 Dresden | | |
| 26. 12. | Dr. med. Neumann, Edith
04299 Leipzig | | | | |

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum 60. Geburtstag



Der 60. Geburtstag ist nicht der Anlass um Bilanz zu ziehen, sondern eher die Gelegenheit, den Standpunkt zu bestimmen und die Richtung zu überprüfen. Der Präsident unserer Landesärztekammer begehrt am 20. November diesen Festtag. Geboren in Davos in der Schweiz, studierte Jan Schulze Medizin an der Humboldt-Universität Berlin und der Medizinischen Akademie in Dresden bis 1968. Beschäftigte sich seine Dissertation noch mit dem Thema des Auftretens von Asbestkörperchen im Routinesektionsmaterial, wandte er sich schon bald im Laufe seiner internistischen Weiterbildung dem Thema zu, für das in besonderer Weise sein Herz schlägt, den Fett- und Kohlehydratstoffwechselstörungen. So hatte die 1985 abgeschlossene Habilitationsschrift auch das Thema „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Fettstoffwechselstörungen“.

Mit der Berufung 1992 zunächst zum a. o. Professor und 1994 zum Universitätsprofessor mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie erfolgte endgültig die Hinwendung zur Bekämpfung der Volkskrankheit Diabetes. Mit hunderten Vorträgen und Publikationen im In- und Ausland und besonders durch die Erarbeitung Sächsischer Leitlinien Diabetes wurde Prof. Jan Schulze zu einem auch international anerkannten Wissenschaftler.

Dies sollte kurz und naturgemäß unvollständig die bisherige beruflich-wissenschaftliche Laufbahn skizzieren.

An dieser Stelle möchte ich aber besonders das berufspolitische Wirken von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze würdigen. Er hatte 1999 ein verpflichtendes Erbe in einem wohlgeordneten Haushalt zu übernehmen. Der jetzige Ehrenpräsident, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, hatte hohe Maßstäbe gesetzt und das berufspolitische Umfeld war (wie eigentlich immer nach der Wende) schwierig. Hier half die große Erfahrung in der Vorstandsarbeit, denn Prof. Schulze war seit 1990 Gründungs- und Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, nachdem er bereits gleich nach der politischen Wende an der Fakultät im „Unabhängigen Dozentenrat“ und zusammen mit Prof. Schröder/Dresden und Dr. Fritz bei der Organisation des „Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“ tätig war. Außerdem leitete Prof. Schulze 9 Jahre lang (1991 bis 2000) die Kreisärztekammer Dresden.

Mit sanftem Nachdruck vertritt Prof. Schulze seine berufspolitischen Hauptziele, die ich folgendermaßen charakterisieren möchte:

■ Zunächst das ständige Bemühen um ein möglichst hohes Maß an Geschlossenheit der Ärzteschaft, wie er selbst bei seiner Vorstellung im „Ärzteblatt Sachsen“ anlässlich der Wahl zum Kammerpräsidenten formulierte.

Sicherlich resultiert dieser oberste Leitsatz aus der Erkenntnis langjähriger berufspolitischer Tätigkeit auf Bundes- und Landesebene: eine ärztliche Körperschaft, die ein Sammelsurium aus Gruppeninteressen darstellt, kann nicht mit einer Stimme sprechen und wird deshalb auch (politisch) nicht gehört.

■ Kooperation mit allen „angrenzenden“ Körperschaften (beispielsweise sichtbar in der organisatorischen Führung und Fortführung des „Bündnis Gesundheit 2000“).

■ Ablehnung einer Kammerarbeit als staatliche Auftragsverwaltung und einer administrativen Gängelung.

■ Stärkung der Leistungsfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung auf allen Ebenen und in allen berufspolitischen Bereichen.

■ Dies geschieht auch mit dem Willen, politische Entscheidungen zu beeinflussen (falls ärztliche Kompetenz dies überhaupt vermag).

Solche anspruchsvollen Ziele verfolgt Prof. Schulze mit ruhiger Beharrlichkeit, kooperativ und integrativ in den Bundesgremien als Repräsentant der sächsischen Ärzte und im Land Sachsen in Interaktion und Zusammenarbeit mit Kammerverwaltung, Vorstand, Ausschüssen, Versorgungswerk und Kammerversammlung. Dabei ist die Autorität unseres Kammerpräsidenten ungezwungen, nicht erzwungen oder bezeichnend und die Leistungsfähigkeit erstaunlich, denn die Präidentschaft ist ein Ehrenamt neben seiner Universitätsprofessur.

Für beides, Amt und Beruf, wünsche ich namens des Vorstandes auch für die nächsten Jahre mehr Freude als Last, eine gute Gesundheit, eine weiterhin verständnisvolle und mittragende Familie und gute Weggefährten.

Günter Bartsch

Die Geschäftsleitung, die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und die Mitglieder des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ gratulieren Herrn Professor Dr. Jan Schulze ganz herzlich zu seinem 60. Geburtstag. Gleichzeitig bringen wir unsere besondere Wertschätzung seiner Persönlichkeit zum Ausdruck. Wir alle wünschen dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer weiterhin beste Gesundheit, Schaffenskraft und persönliches Wohlergehen.

Reinhard Ludewig unter Mitarbeit von Susanna Seufert

Beethoven und das Gift im Wein

Teil 6

Zum Nachweis der Vergiftung Beethovens reicht ein einzelnes Argument nicht aus (1-8).

Notwendig ist vielmehr die Übereinstimmung bio- und pathographischer Originalquellen mit zeitgenössischen und modernen Angaben zur Toxikologie endogener und exogener Gifte, mit der sachkundigen Interpretation des überlieferten Obduktionsbefundes, der medizinischen Beurteilung erhaltener Autographen sowie der chemischen Analyse von Haaren und Knochen.

*Wer will was Lebendigs erkennen
und beschreiben,
Sucht erst den Geist herauszutreiben,
Dann hat er die Teile in seiner Hand,
Fehlt leider! nur das geistige Band.
Encheiresin naturae nenn'ts die Chemie,
Spottet ihrer selbst, und weiß nicht wie.*

(Goethe: Mephistopheles in Faust,
der Tragödie erster Teil)

Der Obduktionsbefund

Protocollum de sectione corpus Domini Ludwig van Beethoven

Deutsche Übersetzung des lateinischen Originaltextes:

„Der Leichnam war, insbesondere an den Gliedmaßen sehr abgezehrt und mit schwarzen Petechien übersät, der Unterleib ungemein wassersüchtig aufgetrieben und gespannt. Der Ohrknorpel zeigte sich groß und unregelmäßig geformt, die kahnförmige Vertiefung, besonders aber die Muschel derselben war sehr geräumig und um die Hälfte tiefer als gewöhnlich; die verschiedenen Ecken und Windungen waren bedeutend erhaben. Der äußere Gehörgang erschien, besonders das verdeckte Trommelfell, mit glänzenden Hautschuppen belegt. Die Eustachische Ohrtrumpete war sehr verdickt, ihre Schleimhaut ausgewulstet und gegen den knöchernen Teil etwas verengert. – Die ansehnlichen Zellen des großen und mit keinem Einschnitte bezeichneten Warzenfortsatzes waren von einer blutreichen Schleimhaut ausgekleidet. Einen ähnlichen Blutreichtum zeigte auch die sämtlichen, von ansehnlichen Gefäßzweigen durchzogene Substanz des Felsenbeines, insbesondere in der Gegend der Schnecke, deren häutiges Spiral leicht gerötet erschien.

Die Antlitznerven waren von bedeutender Dicke; die Hörnerven dagegen zusammengeschrumpft und marklos; die längs denselben verlaufenden Gehörschlagadern waren über eine Raubfederspule ausgedehnt und knorplicht.

Der linke, viel dünnere Hörnerv entsprang mit drei sehr dünnen, graulichen, der rechte mit einem stärkeren, hellweißen Streifen aus der in diesem Umfange viel konsistenteren und blutreicheren Substanz der vierten Gehirnkammer. Die Windungen des sonst viel weichen und wasserhältigen Gehirns erschienen nochmal so tief und (geräumiger) zahlreicher als gewöhnlich. Das Schädelgewölbe zeigt durchgehend große Dichtigkeit und gegen einen halben Zoll betragende Dicke. Die Brusthöhle zeigte, so wie ihre Eingeweide, die normalgemäße Beschaffenheit. In der Bauchhöhle waren vier Maß graulich-brauner trüber Flüssigkeit verbreitet. Die Leber erschien auf die Hälfte ihres Volumens zusammengeschrumpft, lederartig fest, grünlichblau gefärbt und an ihrer höckerigen Oberfläche sowie an ihrer Substanz mit bohnen großen Knoten durchwebt; deren sämtliche Gefäße waren sehr eng, verdickt und blutleer. Die Gallenblase enthielt eine dunkelbraune Flüssigkeit nebst häufigem, griesähnlichem Bodensatz. Die Milz traf man mehr als nochmal so groß, schwarz gefärbt, derb; auf gleiche Weise erschien auch die Bauchspeicheldrüse größer und fester; deren Ausführungsgang war von einer Gansfederspule weit. Der Magen war samt den Gedärmen sehr stark von Luft aufgetrieben. Beide Nieren waren in eine zolldicke, von trüber brauner Flüssigkeit vollgesickerte Zellschicht eingehüllt, ihr Gewebe blaßrot und aufgelockert; jeder einzelne Nierenkelch war mit einem warzenförmigen, einer mitten durchgeschnittenen Erbse gleichen Kalkkonkrement besetzt.“

Das Obduktionsprotokoll endet mit dem Vermerk: „Sectio privata des 27. Martii MCCXXXVII“ sowie der Unterschrift des Obduzenten: „Doktor Joh. Wagner, Assistent bey dem pathologischen Musäum“. G. v. Breunig bringt einen ergänzenden Hinweis: „Zur genaueren Untersuchung der seit so lange schon verödeten Gehörorgane des Titanen im Reiche der Töne wurden beiderseits die Felsenteile der Schläfenknochen ausgesägt und mitgenommen. Wie Hofrat Hyrtl mir kürzlich erzählte, hatte er diese Gehörorgane damals, als er selbst noch Student war, in einem zugebundenen Glas geraume Zeit hindurch bei dem langjährigen Sektionsdiener Anton Dotter stehen gesehen; später seien sie verschollen.“

Anlässlich der beiden Exhumierungen Beethovens (am 31.10.1863 und am 21.6.1888) hatte man sich nicht für chemische, sondern nur für anatomische Fragen interessiert.

Zur Erläuterung des Obduktionsbefundes

Die bisher bekannten Interpretationen des von Dr. Johann Wagner (1800-1832) diktierten und unterschriebenen Obduktionsprotokolls sind relativ umfangreich. An dieser Stelle ist es jedoch sinnvoll, diese Erläuterungen auf das Wesentliche zu beschränken, stichwortartig zusammenzufassen und durch neue Erkenntnisse zu ergänzen:

- Wichtig ist, dass die Obduktion am 27. März 1827, also schon einen Tag nach Beethovens Tod, in seiner kühlen Wohnung stattfand (s. u.).
- Im Bereich des Innenohres ist neben einer abnormen Durchblutung die Schrumpfung von Hörnerven, wie sie auch bei Schwermetallvergiftungen beschrieben wird, zu erkennen.
- Die kurze Erwähnung der Gehirnwindungen entspricht einer diffusen Hirnatrophie (s. u.)
- Am aufschlussreichsten ist die Beschreibung der Leber, insbesondere der Zirrhose. Dabei fallen besonders die bohnen großen Knoten auf, die Prof. Wawruch sogar schon durch die dünne Bauchdecke Beethovens zu seinen Lebzeiten hatte tasten können. Da die Knoten einer ethanol(!)-bedingten Zirrhose erfahrungsgemäß nicht größer als 3 mm sind, kann Alkohol als entscheidende Todesursache auch durch diesen Befund ausgeschlossen werden. Die durch das pathologische Substrat verständliche Störung der Funktion und der Durchblutung (portale Stauung) der Leber erklärt die Abmagerung, die Flüssigkeitsansammlung im Bauch (Aszites, 5-6 l), um die Nieren und an den Beinen, die Vergrößerung von Milz und Bauchspeicheldrüse, die Blutgerinnungsstörungen (auch erkennbar an den Petechien) sowie die Rückwirkung von Stoffwechselschlacken auf das ohnehin schon durch Gifteinwirkung vorgeschädigte Gehirn (Encephalopathia hepatica)
- Organische Erkrankungen des (nur funktionell gestörten) Magendarmtrakts (z. B. Schleimhaut-Ulzera bei der Crohnschen Erkrankung) waren nicht nachzuweisen. Die für Pathologen wichtige Aussage über die Speiseröhren-Venen (blutende Oesophagusvarizen) wird vermisst. Hilfreich sind jedoch die Hinweise auf kontrahierte, verdickte Arterien und die eigentümliche „grünlichblaue Verfärbung“ der Leber, die mit einer postmortalen Veränderung hier nicht zu erklären ist (s. o.). Die Verfärbung der Gallenflüssigkeit ist bei Blei- und (Kupfer-) Arsenvergiftungen zwar schon früher beschrieben, bisher aber noch nicht zufriedenstellend erklärt worden. Auch der Obduzent selbst hat aus diesen Befunden seinerzeit noch keine Diagnose abgeleitet. Im Zusammenhang mit anderen Beo-

bachtungen und Überlegungen kann jedoch behauptet werden, dass als Krankheits- und Todesursache die Lues auszuschließen ist, dass Ethanol hierbei höchstens eine sekundäre Rolle gespielt hat und dass das „Gift im Wein“ im multifaktoriellen Geschehen ausschlaggebend war (s. hierzu auch Schema, S. 451)

Beethovens Locke (6)

Zur Vorgeschichte der „Guevera Lock“

Unmittelbar nachdem Beethoven am Abend des 26. März 1827 gestorben war, schnitt seine Schwägerin – damaligen Gepflogenheiten entsprechend – „eine Haarlocke vom Haupte des Dahingeschiedenen“ ab und übergab sie dem Grazer Komponisten Anselm Hüttenbrenner, der mit ihr allein die letzten drei Stunden am Sterbebett gewacht hatte. Nachdem der Tote einen Tag später in seiner Wohnung obduziert worden war, bemühten sich auch andere Verehrer um ein solches Andenken. So gelang es zumindest dem damals 15-jährigen Ferdinand (von) Hiller (1811-1885), der in Begleitung seines Klavier- und Kompositionslehrers Johann Nepomuk Hummel (1762-1837; Schüler Mozarts) zwischen dem 8. und 23.3.1827 viermal den todkranken Beethoven besucht hatte, zur Erinnerung an die vorangehenden Gespräche eine Haarlocke (582 graue, weiße und braune Haare der letzten 6-12 Monate, Länge 7-15cm) zu entnehmen. Diese bekam später sein Sohn, Paul Hiller, als Geburtstagsgeschenk in Köln am 1.5.1883. Nach 1943 wird die Locke in dem Städtchen Gilleleje dem dänischen Arzt Kay Alexander Fremming als Vergütung für die medizinische Behandlung von Juden, die auf der Flucht vor den Nazis waren, übergeben und später von seiner Tochter zur Versteigerung freigegeben. Im Dezember 1994 erwerben vier Mitglieder der American Beethoven Society nach einer

Versteigerung im Sotheby's Auktionshaus London die Locke zum Preis von 7300 Dollar (damals ca. 12600 DM): Dr. Alfredo Guevara (Urologe, Chemiker), Mr. Ira Brilliant (Gründer des Beethoven Centers an der Staatlichen Universität von San José, Kalifornien), Dr. Thomas Wendel (Präsident der American Beethoven Society) und Caroline Crummey. Sie spenden die Haare dem Beethoven Center. 422 Haare bleiben vorerst in San José. Aus dem Bestand von Dr. Guevara (160 Haare) werden (zunächst 20) Haare für gezielte Untersuchungen zur Verfügung gestellt.

Zu den Untersuchungen

- Chef des Teams: Dr. William Walsh, Naperville (Illinois); Nogales (Arizona), dzt. Chief Scientist of the Health Research Institute & Pfeiffer Treatment Center
- Institutionen, die im wesentlichen unabhängig voneinander arbeiten: Argonne National Laboratory in Argonne (Illinois), Untersuchungen an sechs Haaren (spezielle Aufnahmen unter dem Elektronenbeschleuniger) McCrone Research Institute in Chicago unter persönlicher Mitwirkung von Walter McCrone, führender Experte für Chemomikroskopie: Analyse an zwei Haaren (nach Veraschung) mittels Energiedispersionspektrometrie in einem Rasterelektronenmikroskop sowie anhand einer Massenspektrometrie in einem Rasterionenmikroskop

Kurzfassung übereinstimmender Laborergebnisse

- Radioimmunoassay (Dr. Werner Baumgartner u.M., Los Angeles) In 20 Haaren keine Opiate nachweisbar
- Metallspurenanalyse (Dr. Walsh u.M., Naperville) Mittlere Bleikonzentration über 40mal höher als normal, aber kaum Quecksilber nachweisbar (daher Behandlung einer bislang vermuteten Lues praktisch ausgeschlossen)
- DNA-Analyse von drei Haaren (aus dem Bestand von Dr. Guevara), die Bulbusreste enthalten, ist auch für weitere Studien vorgesehen. DNA-Übereinstimmung belegt, dass Beethovens Haare und Schädelknochen-Fragmente, in denen angeblich ebenfalls sehr hohe Bleikonzentrationen nachzuweisen sind, genetisch identisch sind.

Zusammenfassung

Bislang wurde angenommen, die Krankheiten und der Tod Beethovens seien auf die Lues oder übermäßigen Alkoholgenuß zurückzu-

führen. Die kritische Auswertung der umfangreichen Korrespondenz und der überlieferten Konversationshefte, insbesondere der Autographen ergab in Verbindung mit dem Obduktionsbefund und einer chemischen Haaranalyse, dass der Patient an einer chronischen Bleivergiftung litt. Diese führte schließlich zur tödlichen Leberzirrhose mit einer Encephalopathia hepatica. Als Ursache hierfür ist zu belegen, dass die von Beethoven über Jahrzehnte bevorzugten billigen und süßen Weine seinerzeit mit Bleiverbindungen künstlich gesüßt und geschönt wurden.

Zu den Quellen

Nahezu alle ausgewerteten Originaldokumente, bio- und pathographische Publikationen sowie die einschlägige Fachliteratur sind in den Literaturverzeichnissen der folgenden Monographien aufgeführt:

1. Bankl, H. u. H. Jesserer: Die Krankheiten Ludwig van Beethovens, Wien 1987
2. Kastner, E. (Hrsg): Ludwig van Beethovens sämtliche Briefe, Leipzig 1910, Neubearbeitung von J. Kapp, Leipzig 1923
3. Köhler, K. J. und G. Herre: Ludwig van Beethovens Konversationshefte, Bd. 1-10, Leipzig seit 1968
4. Ludewig, R.: Akute Vergiftungen, 9. Auflage, Stuttgart 1999
5. Ludewig, R. u. R. Klaiber: Handschriften, Krankheit und Tod Ludwig van Beethovens, in: Zeitschrift für Menschenkunde, Heft 1, Wien 1997
6. Ludewig, R. u. S. Seufert: Begleitedition zur Sonderausstellung des Sächsischen Apothekenmuseums Leipzig „Beethoven, Hahnemann und das Gift im Wein“, Leipzig 2001
7. Martin, R.: Beethovens Locke, München 2000
8. Neumayr, A.: Ludwig van Beethoven. In: Musik und Medizin am Beispiel der Wiener Klassik, Edition Wien, 2. Aufl. 1988

Danksagungen

Für wertvolle Hinweise bei den Recherchen danken die Autoren:
 Frau Prof. Dr. Dr. M. Geldmacher v. Mallinckrodt (Erlangen), Frau G. Herre (Berlin), Frau Prof. Dr. I. Kästner und Frau J. Ludewig (Leipzig), den Herren Prof. Dr. A. E. Rappoport († Vero Beach, USA), Prof. Dr. Dr. O. Prokop (Berlin), Prof. Dr. G. Geiler, Prof. Dr. D. Leopold, Prof. Dr. R. K. Müller (Leipzig) sowie den Herren S. Brandenburg (Bonn), Mag. H. Petrovitsch (Wien) und R. Hüls (Hamburg)

Nachtrag

„Hahnemann und das Gift im Wein“ folgt im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2002.



Haarlocke Beethovens
 Historisches Museum der Stadt Wien

Ein Segen, diese Beipackzettel!

Mein Schwager ist Arbeitsmediziner, der sich vor allem mit der Stellung von Bürostuhlrücklehnen befasst und mich völlig ungerechtfertigt für einen Hypochonder hält. Dabei lese ich Beipackzettel zu Medikamenten normalerweise nicht. Ohne jedes Zucken nehme ich Formulierungen wie *„Ganz allgemein kann die gewohnheitsmäßige Einnahme von XYZ zur dauerhaften Nierenschädigung mit dem Risiko eines Nierenversagens führen“* zur Kenntnis. Schließlich hoffe ich, dass gerade dieses Mittel die beginnende Handschwere – oder ist es Gicht oder gar Rheuma? – lindern möge. Als ich aber jetzt, drei Tage nach der Einnahme eines besonders wirksamen Präparates gegen Bandscheibenbeschwerden, ein dumpfes Gefühl im Magen spüre, rufe ich vorsorglich meinen Schwager an. Man will sich ja später keine Vorwürfe machen, unbemerkt an Magenblutungen gestorben zu sein. „Lies den Beipackzettel“, sagt mein Schwager kühl.

Unter der Überschrift *„Gegenanzeigen“* wird mir sofort untersagt, das Medikament zu nehmen, wenn bei mir *„ungeklärte Blutbildungsstörungen“* vorhanden seien. Natürlich habe ich keine Blutbildungsstörungen, schon gar keine ungeklärten. Wenn ich aber ernsthaft darüber nachdenke, sollte ich den Insektenstich von letzter Woche doch nicht auf die leichte Schulter nehmen. Volle vier Tage lang spürte ich schmerzhaft die Einstichstel-

le, was ja nun wirklich nicht normal ist, wenn man eine gute Blutbildung hat, oder? Generationen unschuldiger Afrikaner sind schon durch die Folgen von Insektenstichen hinweg gerafft worden. Am besten, ich lasse vorsorglich alle vierzehn Tage ein großes Blutbild machen.

Nun aber kommt ein alarmierender Hinweis: *„Patienten, die an Heuschnupfen leiden, sind bei Anwendung von XYZ eher gefährdet als andere Patienten“*. Wie jeder halbwegs gesunde Mensch habe ich ständig Heuschnupfen, auch ohne Heu. Kein Wunder, wenn mir jetzt im Magen so mulmig ist. Wahrscheinlich schwimmen die belgischen Pralinen von gestern Abend schon tief in Blut. Oder es besteht die Gefahr eines Darmdurchbruchs oder eines Geschwürs. Es kommt noch schlimmer: *„Während der Anwendung von XYZ sollte Alkoholenuss möglichst vermieden werden“*. Das hätte mir der Arzt natürlich sagen müssen! Dann hätte ich vorgestern bei der Geburtstagsparty von Onkel Fritz an dem lustigen Doppelkorn-Wettbewerb nicht teilgenommen. Immerhin: die Bandscheibenschmerzen waren für 20 Stunden weg.

Der Abschnitt *„Nebenwirkungen“* umfasst umgerechnet fünf Schreibmaschinenseiten. Ich lese unruhig: *„In Einzelfällen wurde über eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse berichtet“*. Einzelfälle – das kenne ich schon. Immer bin ich es, den es trifft. Oder ist es etwa Zufall, wenn

ich im Winter auf der Straße ausrutsche und mir fast sämtliche Wirbel breche? Während der Wetterbericht lapidar meldet: *„Im allgemeinen keine Frostgefahr“*. Ganz sicher habe ich eine starke Bauchspeicheldrüsenentzündung, zumal ich seit einigen Minuten zu dem dumpfen Gefühl im Magen auch noch kleine blitzartige Messerstiche spüre. Kein Zweifel, ich muss gleich morgen früh zur Kernspintomographie. Und was lese ich hier? *„Störungen der Geschmacksempfindung, Sehstörungen, vorübergehende Hörstörungen, Gedächtnisstörungen, Desorientierung ...“* Das muss ich sofort meiner Frau zeigen! Jetzt ist auch klar, warum ich die Qualität des Essens nicht richtig würdige, die Krümel am Küchenboden nicht sehe, schlecht höre und ständig vergesse, was im Haushalt zu erledigen ist. Doch dann ein Lichtblick: *„Bei der Anwendung von XYZ können zentralnervöse Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Schwindelgefühl auftreten. Bedienen Sie keine elektrischen Werkzeuge oder Maschinen!“* Ein geradezu elektrisierender Hinweis! All diese lästigen Hausarbeiten und Rasen mähen sind für mich ab sofort verboten! Ein Segen, diese Beipackzettel. Ich danke meinem Schwager. Stimmt also doch, der Spruch *„Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!“*

Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia

Insekt des Jahres 2002 – Der Zitronenfalter

Keine Seltenheiten, sondern allgemein bekannte Insekten sollen stellvertretend für die artenreichste Tiergruppe unserer Erde werben. Der Zitronenfalter ist als Insekt des Jahres 2002 gekürt worden und steht für über 3500 heimische Schmetterlingsarten. Diesen leuchtend gelben Falter nehmen wir nun einmal ganz anders wahr. Eine gute Mischung zwischen Freude und Selbstverständlichkeit war es doch, wenn er uns früher begegnete. In diesem Jahr ist er etwas besonderes, und wir entdecken sein ganz eigenes Leben ...

Mit den ersten Sonnenstrahlen erscheint uns der Zitronenfalter als ein echter Frühlingsbote. Zu diesem Zeitpunkt ist er schon ein „alter Hase“. Er ist schon im letzten Jahr umhergeflogen und hat eigentlich nur noch eine Aufgabe zu erledigen, nämlich für die Nachkommenschaft zu sorgen. Die Kraft dafür wird er im Nektar vieler Frühlingsblumen finden.

Die leuchtend gelben Zitronenfalter sind die Männchen. Die Weibchen hingegen sind grünlich weiß und sind schnell mit einem Kohlweißling zu verwechseln. Bei der Suche nach einem Weibchen kann es schon einmal passieren, dass der Zitronenfaltermann einen Kohlweißling irrtümlich jagt. Das befruchtete Weibchen sucht alsbald im Mai Faulbaumsträucher auf, um ihre Eier daran abzulegen. Eine unscheinbare grüne Raupe entwickelt sich binnen weniger Wochen zu einer Puppe,

die dann Anfang Juli den Falter entlässt. Jetzt beginnt eines der längsten Schmetterlingsleben. Über neun Monate wird der Zitronenfalter nun leben und uns auch erfreuen, ehe sich der Lebenskreis mit der Eiablage im folgenden Frühjahr schließt. Wir beobachten den Falter in Wäldern oder in unseren Gärten und müssen uns bewusst werden, dass irgendwo im Gebüsch ein leicht zu übersehender Faulbaum für die Entwicklung der Raupe bereit gestanden hat. Diesen unscheinbaren Strauch kennen wir als Lieferant der Faulbaumrinde, die als wirksames Abführmittel noch heute ihren Platz in der Heilkunde behauptet. Die Anthracene sind in der Pflanze als Glycosid gebunden und werden erst durch Lagerung der abgeschälten Rinde durch Hydrolyse freigesetzt. So können wir vermuten, dass unsere Zitronenfalterraupe die frischen Blätter fressen kann, ohne zu einem diarrhoischen Behandlungsfall zu werden. Angemerkt sei, dass die Beeren wirksame Anthrachinone enthalten und so zu Vergiftungen – besonders bei Kindern – führen können. Es wird vielleicht auffallen, dass im Hochsommer die Falter wenig fliegen. In dieser Zeit hält der Zitronenfalter eine Sommerruhe. Ab August ist er dann bis in den Herbst hinein ein steter Gast an den Blüten. Dann sucht sich der Falter bis zur ersten wärmenden Frühlingssonne eine Höhle in einem morschen Baum oder



Faulbaum (*Rhamnus frangula*) mit Früchten

auch einen Schlupfwinkel auf einem Dachboden, um den Winter zu überdauern. Übrigens falten die Zitronenfalter keine Zitronen, so wie die Schmetterlinge nicht schmetter. Das Wort Schmetterling ist abgeleitet von der Vorstellung, dass die Tiere „Schmand“, im Österreichischen „Schmetten“ saugen. Selbst ins Englische wurde dieser Irrtum übernommen: „Butterfly – Butterfliege“! Der wissenschaftliche Name Lepidoptera beschreibt hingegen treffend die „Schuppenflügler“.

Fotos, Text:
Dr. med. Hannes Rietzsch
Saarplatz 3, 01189 Dresden



Zitronenfaltermännchen auf einer Kohldistel



Zitronenfalterweibchen