

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 2 / 2006

Berufspolitik	Tag der Ärzte in Berlin	56
	Qualitätsbericht 2004: Viel Text, wenig Orientierungshilfe!	57
	Akademischer Festakt – Studienabschluss Medizin 2005	59
	Auswirkungen von Patientenzuzahlungen auf das Arzneimittelbudget	60
	Berufspolitisches Sorgentelefon	61
	Information über die Fortbildungsverpflichtungen angestellter Ärzte	62
	Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus	62
	Internet-Ecke: Zertifizierte Fortbildung www.eiv-fobi.de	64
	PC-Ausstattung sächsischer Arztpraxen	65
Buchbesprechung	Checkliste Orthopädie	65
	Diabetes mellitus Typ I und Typ II	70
Gesundheitspolitik	12. Interdisziplinärer Pflegekongress in Dresden	66
	Impressum	66
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Betriebsärztliche Betreuung für Arztpraxen	67
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	67
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“	68
	Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag 2006	69
	Konzerte und Ausstellungen	61
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Beitragswerte 2006 Sächsische Ärzteversorgung und gesetzliche Rentenversicherung	71
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	72
Originalie	Klinisches Management des familiären Mammakarzinoms	73
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Herbert Theile zum 75. Geburtstag	79
	Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller zum 65. Geburtstag	80
	Prof. Dr. med. habil. F.-B. Spencker zum 65. Geburtstag	81
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Reimann	82
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Martin Herbst	83
	Jubilare im März 2006	84
Medizingeschichte	50 Jahre stationäre Psychotherapie im Erzgebirgswald Zum Meinungsstreit über die Ursachen des Todes von Wolfgang Amadeus Mozart	76 85
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – April 2006	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Tag der Ärzte in Berlin

18. Januar 2006



20.000 Ärzte waren am 18. 1. 2006 in Berlin

Fünftausend wurden erwartet, zwanzigtausend Ärzte waren es am Ende. Mit so einer überwältigenden Beteiligung hatten selbst die Organisatoren des „Tags der Ärzte“ nicht gerechnet. Trotz der eisigen Temperaturen waren die Teilnehmer aus allen Teilen Deutschlands nach Berlin angereist, um ihren Unmut über die Gesundheitsreform zu demonstrieren. Und das ist den Ärzten auch gelungen. Bereits am Treffpunkt war die Stimmung gut, im Minutenabstand wurden die Teilnehmerzahlen nach oben korrigiert. Unterstützt wurden die Skandierungen der protestierenden Ärzte durch die Redner der Verbände und Körperschaften auf der Bühne. Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, gab den Kurs vor: „diagnostiziert haben wir lange genug, ab heute wird therapiert“. Ärzte müssten sich wieder um Patienten und nicht um die Regressmedizin kümmern können. Und es könne nicht so weitergehen, dass die Politik und die Krankenkassen unbegrenzt Leistungen versprechen, zugleich aber die Budgetierungsschraube weiter anzögen. Unterstützt wurde sein Statement durch Pfeifen, Rassen und Trillerpfeifen.

Frau Dr. med. Astrid Bühnen, Vorsitzende des deutschen Ärztinnenbundes, machte die Lage für Ärztinnen mit Kindern in diesem Gesundheitssystem besonders deutlich. Schlechte Auf- und Einstiegschancen kennzeichnen die Situation für

Frauen in diesem Berufszweig. Aufstiegsmöglichkeiten gibt es so gut wie keine, weil die Arbeitszeiten, die Bürokratie und die fehlende Kinderbetreuung eine Karriere mit Familie nicht zuließen.

Unterstützt wurde die Protestteilnehmer unter anderem durch die Krankenhausärzte und den Berufsverband der Arzthelferinnen. Dr.

med. Ulrich Montgomery, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, überbrachte eine Solidaritätsadresse und formulierte den Ruf „Alle Spritzen stehen still, wenn unser starker Arm es will“. Frau Sabine Rothe aus dem sächsischen Zittau, Präsidentin der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzt-helferinnen, machte die Folgen für ihre Berufsgruppe deutlich, wenn der Kurs der Bundesregierung beibehalten wird: Entlassungen von Angestellten in Arztpraxen.

Auf dem anschließenden Protestmarsch zum Bundesgesundheitsministerium, vorbei am Potsdamer Platz, gab es zahlreiche Begegnungen mit den Passanten, die größtenteils Verständnis für den „Tag der Ärzte“ äußerten. Ein Patientenvertreter war auf den Bühnen allerdings nicht zu finden. Dabei sind doch die Patienten die engsten Verbündeten der Ärzte und sollten für solche Veranstaltungen mobilisiert werden.

Die Bundesgesundheitsministerin, Frau Ulla Schmidt, Adressat des Protestes, hatte zeitgleich zur Pressekonferenz geladen, um ihre Sicht auf die Dinge darzustellen und die Presse von den Ärzten abzuziehen. Trotz ihrer Versuche, die Proteste auf die Formel „Die Ärzte wollen mehr Geld, Geld ist da, aber von der Selbstverwaltung schlecht verteilt“ haben die Medien in der ausführlichen Berichterstattung die tatsächlichen Anliegen der Ärzteschaft transportiert: Entbürokratisierung,

Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Abschaffung der Budgetierung und keine Rationierung. Bisherige direkte Erfolge des bisher größten Protesttages der Ärzte gerade zum fünfjährigen Amtsjubiläum von Ulla Schmidt war ein Gespräch zwischen ihr und den Spitzen der Selbstverwaltung. Nach diesem Gespräch hat die Bundesgesundheitsministerin zugesichert, das Honorarsystem der Ärzte zu reformieren und die Punktwerte gegen Pauschalen in Euro zu tauschen. Das ist aber nicht wirklich neu.

Aus gut unterrichteten Kreisen verlautete inzwischen große Skepsis in Bezug auf die Umsetzung der angekündigten Maßnahmen. Frau Ulla Schmidt gewinnt zwar jeder Situation ein Lächeln ab, aber trauen kann man ihren Worten nicht. Die Kölner Frohnatur scheint dagegen von den tatsächlichen Zuständigkeiten und der Situation der deutschen Ärzteschaft nur wenig Sachkenntnis zu haben. Wie anders lässt es sich erklären, dass sie die Selbstverwaltung immer wieder dann erwähnt, wenn sie eigentlich die Politik „meint“?

Die Erwartungshaltung der Ärzte ist gerade nach diesem Protesttag groß. Kurzfristige Kurskorrekturen der Bundespolitik sind aber nicht zu erwarten. Deshalb ist es nur folgerichtig, wenn jetzt in den einzelnen Bundesländern die Proteste weitergehen und dann auch Patienten mobilisiert werden. Denn um die Patienten geht es doch eigentlich, oder genau genommen, um Leistungen, die sie aus Kostengründen (nicht mehr) erhalten. Die Politik traut sich nicht Klartext zu reden, um keine Wähler zu verlieren. Dabei dürfte inzwischen jedem klar sein, mehr Geld im System wird es nicht geben. Was bleibt ist die Aufteilung der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in Basis- und Zusatzleistungen. Das hat bereits das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen Anfang 2005 in einem Positionspapier formuliert.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Qualitätsbericht 2004 Viel Text, wenig Orientierungshilfe!

Die deutschen Krankenhäuser haben sich der gesetzgeberischen Anforderung zur Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes 2004 erstmals gestellt.

Der Qualitätsbericht (QB) aus Sicht des Qualitätsmanagements (QM)

Das erste Halbjahr nach der Veröffentlichung des gesetzlich geforderten QB aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser ist vergangen, so dass es an der Zeit ist, die inhaltlichen Aussagen sowie den Aufwand und Nutzen und die Resonanz kritisch zu beleuchten. Die Mitglieder des Arbeitskreises Sächsischer Qualitätsbeauftragter im Freistaat Sachsen haben sich die Beantwortung der gestellten Fragen zur Aufgabe gemacht und wurden in diesem Anliegen vom Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ bei der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt. Von besonderem Interesse war auch, die Sicht der Patienten zu erfahren und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung des QB vorzulegen.

Zunächst stellt sich die Frage, ob die gesetzliche Zielstellung durch die formellen Vorgaben wie auch durch die gleichzeitig eingeräumten Freiräume in der Berichterstattung erreicht wurde oder nicht. Die Beurteilungsgrundlage hierfür liefert der Text der Vereinbarung selbst, wonach im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung in erster Linie Versicherte und Patienten eine Information und Entscheidungshilfe erhalten sollen, an zweiter Stelle stehen die Vertragsärzte und Krankenkassen gefolgt von den Krankenhäusern. Bereits an dieser Stelle scheint der Anspruch des Gesetzgebers hoch; so reicht ihm die Veröffentlichung von aussagekräftigen Informationen offenbar nicht aus, vielmehr will er mit dem QB Zahlen, Daten und Fakten liefern, die dem Patienten eine Qualitätsbeurteilung im Sinne einer Entscheidungshilfe für oder gegen ein Krankenhaus ermöglichen. Damit stellt sich die Frage, inwieweit eine „Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen“ ein möglicher und auch ein

hilfreicher Weg für Patienten darstellt. QM gibt durch seinen ureigensten Anspruch eine Antwort:

1. QM reflektiert kritisch eigene Prozesse durch Analysen von Daten.
2. QM ist durch Daten zu unterlegen nach dem Credo – was nicht schwarz auf weiß steht, wird nicht praktiziert.
3. Daten sind nur vergleichbar, wenn sie bei bekannten Bezugsgrößen valide und reliable sowie möglichst als Indikator fungieren (Qualitätsindikator).
4. QM schafft nur durch Vertrauen und Transparenz den Brückenschlag ins Marketing.

Deshalb sind aus Sicht des QM in Qualitätsberichten zwingend Fragen zum Vor-

handensein eines QM-Systems und vor allem zur Methode der Überwachung der Qualität zu beantworten. Allein die Frage nach dem WIE lässt blinden Aktionismus relativ leicht erkennen. Damit verlangen Informationen als Entscheidungshilfe weit mehr als Tabellen und Übersichten.

Die Form und die Inhalte der bisher veröffentlichten Qualitätsberichte

Schon beim Durchsehen der QB stößt der Leser auf kaum zu bewältigende Umfänge von wenigen bis über 100 Seiten (insgesamt 120.000 Seiten), die kopflastig durch Leistungslisten eine gezielte Information mangels verlorn gehender Orientierung nicht zulassen. Es fehlen zudem jegliche Voraussetzungen für eine schnelle Orien-

tierung über vergleichbare Qualitäten zwischen den einzelnen Einrichtungen. Diejenigen, die schließlich den QB erstellen, verweisen auf eine Vielzahl von Definitionsproblemen und dies bereits beim stark reglementierten Basisteil, der letztlich zunächst nur der Leistungsbeschreibung eines Krankenhauses dient. Der sich anschließende Systemteil sollte die Hoffnungen auf die Möglichkeit einer Entscheidungshilfe auf der Grundlage definierter und verbindlicher Qualitätsparameter erfüllen. Offensichtlich hat an dieser Stelle der Gesetzgeber das Ausmaß seines Ansinnens erkannt und die „Notbremse“ gezogen. So heißt es im Text der Vereinbarung „der Systemteil ist im Unterschied zum Basisteil weniger standardisiert“, und dies macht jegliche Möglichkeit zu einem Qualitätsvergleich von Krankenhäusern zunichte! Als Ergebnis sind definierte Qualitätsindikatoren kaum zu finden, sieht man von wahlweisen und sporadischen Wiedergaben aus der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V ab. Hin und wieder sind vereinzelt simplifizierte Globalindikatoren ohne erforderliche Hintergrundangaben dargestellt. Risikoadjustierungen finden überhaupt keine Erwähnung, obwohl immer wieder von Experten auf die Notwendigkeit derselben hingewiesen wird. Eine derartige statistisch unzureichende Darstellung lässt die übermittelten Daten fragwürdig und unprofessionell erscheinen und rückt die Berichte in den Verruf der Einzelstrategie und des aggressiven Marketings zu reinen Wettbewerbszwecken.

Versucht man den vorliegenden Qualitätsberichten eine positive Seite abzugewinnen, so liefern diese relativ viele Information über Leistungsangebote und teilweise auch über deren Umfang. Vergleichbare Hinweise auf die Prozess- und Ergebnisqualität im Allgemeinen und schon gar nicht im Besonderen, das heißt über bestimmte Krankheitsgruppen, fehlen. Die mühsam erarbeiteten Daten aus der

externen Qualitätssicherung werden leider einer willkürlichen Darstellung überlassen, mehr als Auswahl und weniger als Gesamtdarstellung. Benchmarking – „Lernen vom Besten“ und saubere Orientierungshilfen sind somit weder für den Patienten noch für die Einrichtungen nachvollziehbar.

Noch ist Zeit das Konzept des Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V zu verbessern, denn nur eine kleine Zahl von Patienten hat ihn offensichtlich ernsthaft wahrgenommen. Eine Umfrage in 12 Krankenhäusern des Freistaates Sachsen ergab, dass von 1305 befragten Patienten 73 (5,6 Prozent) den Qualitätsbericht kennen. Von diesen 73 Patienten haben den QB 30 (2,3 Prozent) entweder selbst oder ihre Angehörigen gelesen. Die Umfrage wurde im Rahmen der administrativen Aufnahme von Patienten (Ausschluss Notfall) durchgeführt.

Der Stellenwert der Qualitätsberichte 2004 für Patient und Arzt – quo vadis QB

Die Zielstellung der gesetzlich abverlangten QB 2004 von nahezu 2000 Krankenhäusern in Deutschland wird aus der Perspektive des praktizierenden QM definitiv nicht erreicht. Als Konsequenz bleibt deshalb nur die zügige und engagierte Weiterentwicklung des vorliegenden Konzeptes, denn:

1. Die Gesundheitseinrichtungen können sich der Veröffentlichung von Kennzahlen nicht verschließen. Sie sollten deshalb die Weiterentwicklung selbst aktiv mitgestalten.
2. Es braucht eine zügige und professionelle Weiterentwicklung der vorliegenden Konzepte mit klaren Empfehlungen im Sinne von Orientierungshilfen über medizinische Ergebnisse wie auch Methoden der Qualitätsmessung und deren Bewertung.
3. Grundlage einer Entscheidung bilden valide und vergleichbare, d.h. risikoadjustierte Kennzahlen. Hierzu braucht es einen einheitlichen Satz ausgewählter und repräsentativer Indikatoren und damit den Mut, diese verbindlich festzulegen.

4. Grundlage einer Entscheidung bilden außerdem entsprechend verständliche Kommentierungen (patientenverständliche Informationen), wie sich die Einrichtung um die Qualität ihrer Versorgung und um die Sicherheit ihrer Patienten bemüht.

5. Der Patient als primäre Zielgruppe hat offensichtlich von den veröffentlichten QBen kaum Notiz genommen. Bei der zukünftigen Weiterentwicklung gilt es deshalb auch, Aufwand und Nutzen in ein „ausbalanciertes“ Verhältnis zu bringen.

Die Sächsischen Qualitätsbeauftragten lehnen den Missbrauch und die Instrumentalisierung von Qualität und Qualitätsmanagement als billiges Instrument für Wettbewerbszwecke und Marketingstrategien rigoros ab. Qualitätsberichte dürfen demzufolge nicht in die „Knautschzone“ verschiedener Interessengruppen geraten. Die „sorglose“, das heißt ungefilterte Veröffentlichung von reinen Kennzahlen befriedigt zwar die Neugier vieler, führt aber in dieser Form zu keiner Sicherheit in der Patientenversorgung. Vielmehr steht das Vertrauen der Patienten und auch der Mitarbeiter in den Gesundheitseinrichtungen auf dem Spiel! Insbesondere die Ärzte sollten demzufolge diese besondere Verantwortung wahrnehmen und offensiv an der Weiterentwicklung vorliegender Konzepte mitwirken oder diese einfordern.

Verfasser: Dr. med. Maria Eberlein-Gonska,
Universitätsklinikum Dresden
Dr. med. Dirk Müller, Erzgebirgsklinik Annaberg
Kerstin Sommer, Klinikum Chemnitz
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Goerlitz

Für die Verfasser und die Mitglieder der
Sächsischen Qualitätsbeauftragten:
Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de

Akademischer Festakt Studienabschluss Medizin 2005 und Carl-Gustav-Carus-Preis 2005



Absolventen des Jahrganges 2005. Im Vordergrund sitzend: Prof. Dr. med. Manfred Meurer, Prof. Dr. med. Jan Schulze und Studiendekan Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter (v. l.)

Neben der Immatrikulation neuer StudentInnen ist die Exmatrikulation der AbsolventInnen ein bedeutendes Ereignis im Leben einer Fakultät. Nach längerer Pause konnte 2004 erstmals wieder eine offizielle Exmatrikulation an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden durchgeführt werden. Auch in diesem Jahr lud der Förderverein der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden e.V. gemeinsam mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Prof. Dr. med. Heinz Reichmann, die AbsolventInnen des Studienabschlusses Medizin 2005 für den 10. Dezember 2005 in den Hörsaal des Dekanatsgebäudes ein. Gleichzeitig erfolgte im Rahmen des Festaktes die Übergabe der diesjährigen Carl Gustav Carus Förderpreise an insgesamt neun PreisträgerInnen.

Der Einladung folgten 56 StudentInnen mit ihren Angehörigen, auch der erste Nachwuchs nahm bereits staunend am Geschehen teil.

Nach der Begrüßung durch den Vorsitzenden des Fördervereins, Prof. Dr. med. Manfred Meurer, spielte das Kammer-

orchester „Medicanti“ im erfrischenden Tempo den 1. Satz des Konzertes für Cembalo, Streicher und Bass continuo f-moll, BWV 1056 von Johann Sebastian Bach.

Der Studiendekan für Medizin, Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter fokussierte in seiner Ansprache vor allem die bisherigen Erfolge der Medizinischen Fakultät im Bereich der Lehre. Er berichtete über die erfolgte Umstrukturierung der Lehre und stellte den direkten Bezug zu den anwesenden AbsolventInnen her. Die Erfolge der ehemaligen StudentInnen wurden im Kontext der besseren Positionierung im Rahmen der bundesweiten Bewertung gewürdigt. Besondere Beachtung fanden diese Worte bei der anwesenden Elternschaft sowie den Partnerinnen und Partnern der diesjährigen AbsolventInnen.

Nachfolgend richtete der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Jan Schulze, das Wort an die aufrückende Ärzteschaft. Neben der klaren Darlegung der gegenwärtigen Probleme für die sächsischen Ärzte fand er herzliche und ermutigende Worte für die

AbsolventInnen und verband diese mit der Aufforderung, auch in wechselhaften Zeiten sich der Verantwortung, aber auch der Schönheit des Arztberufes bewusst zu sein.

Im fulminanten Tempo bot das Kammerorchester anschließend den 1. Satz aus dem Concerto f-moll „Der Winter“ von Antonio Vivaldi dar. Solist war dabei der erst 14-jährige Albrecht Menzel, der das schwierige Stück mit der Violine virtuos beherrschte.

Als Neuerung zum vergangenen Jahr wurde in diesem Jahr erstmals vom Fachschaftsrat Medizin der Medizinischen Fakultät eine Grußadresse an die AbsolventInnen gerichtet. Obwohl selbst erst im 3. Studienjahr stehend, verstand es Burkhard Beyer sehr wohl, einerseits eine direkte Ansprache, andererseits den entsprechenden Respekt vor der Leistung der AbsolventInnen in einen Konsens zu stellen. Gleichwohl wurde für eine rege Beteiligung im Absolventennetzwerk der TU Dresden geworben. Seit letztem Jahr unterhält die Fachschaft der hiesigen Fakultät hierzu auch einen eigenen Verein, der künftige Aktivitäten der AbsolventInnen in besonderer Weise koordinieren soll.

Bereits im letzten Jahr wurde von den AbsolventInnen das „Ärztliche Gelöbnis“ nach der Sächsischen Berufsordnung abgelegt, das in diesem Jahr wiederum von einem studentischen Vertreter, Herrn Andreas Lachnit, gesprochen wurde.

Höhepunkt für die AbsolventInnen war die Überreichung einer persönlichen Urkunde durch den Studiendekan für Medizin und den Vorsitzenden des Fördervereins.

Anschließend erfolgte die Übergabe der diesjährigen Carl-Gustav-Carus-Preise. Der Preis wird vom Förderverein ausgelobt und war in diesem Jahr mit insgesamt 5.000 Euro dotiert. Drei erste Preisträger in den Bereichen experimentelle For-

schung, klinische Forschung und Zahnmedizin erhielten neben einer ansprechend gestalteten Urkunde jeweils 1.000 Euro. Der 2. Preis war mit 500 Euro und der dritte Preis (experimenteller und klinischer Bereich) mit 250 Euro dotiert. Zusätzlich erfolgte die Übergabe des Publikationspreises, der, mit 1.000 Euro dotiert, vom Prodekan für Forschung der Medizinischen Fakultät gestiftet wird.

Zahnmedizinischer Bereich:

1. Platz Dr. med. dent. Ireen Lüttke
 2. Platz Dr. med. dent. Silke Benzinger
- Experimentell-klinischer Bereich:
1. Platz Dr. med. Regina Braun
 2. Platz Dr. med. Yvonne Wieland
 3. Platz Dr. med. Christian Höfling

Klinischer Bereich

1. Platz Dr. med. Margit Krause
 2. Platz Dr. med. Christina Andrea Dill
 3. Platz Dr. med. Lars Lützkendorf
- Publikationspreis
Andreas Hermann

Den musikalischen Ausklang besorgte das Kammerorchester „Medicanti“ mit einem modernen polnischen Stück, welches einen Flusslauf – ähnlich der Moldau von Anton Dvorak – nachzeichnete. Ein Gruppenfoto – nicht nur für das Archiv, sondern auch für zahlreiche mitgebrachte Kameras – rundete den Festakt ab.

Nachfolgend gab es bei einem Sektempfang im Foyer noch zahlreiche Gelegen-

heiten für regen Gedankenaustausch. Hier wurde einerseits der Förderverein darin bestärkt, diese Aktivitäten im Sinne der Fakultät fortzusetzen, andererseits der Zufriedenheit der AbsolventInnen Ausdruck verliehen, einen akademischen Abschluss nun auch wieder mit akademischen Ehren zu begehen. Es ist zu wünschen, diesen Tag künftig im Leben der Fakultät nachhaltiger zu verankern und auf ein noch breiteres Interesse, insbesondere auch beim Lehrkörper der Fakultät zu stoßen.

Dr. med. Michael Nitschke
Für den Förderverein der Medizinischen Fakultät
und des Universitätsklinikums Dresden e.V.

Auswirkungen von Patientenzuzahlungen auf das Arzneimittelbudget

Sächsische Staatsministerium
für Soziales
Staatsministerin, Frau Helma Orosz
Alberstraße 10
01097 Dresden

15. November 2005

Auswirkungen von Patientenzuzahlungen auf das Arzneimittelbudget

Sehr geehrte Frau Staatsministerin, die Sächsische Landesärztekammer hat am 12. November 2005 die 33. Tagung ihrer Kammerversammlung sehr erfolgreich durchgeführt. Ausführlich wurden die gesundheits-politischen Auswirkungen und berufspolitischen Aspekte diskutiert, die aus dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung zu erwarten sind. In diesem Kontext wurde durch die Kammerversammlung ein Antrag bestätigt, in welchem das Sächsische Staatsministe-

rium für Soziales gebeten wird, das Verfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung zur vorzeitigen Einziehung der jährlich zu leistenden Zuzahlungen durch danach befreite Patienten auf seine Budgetauswirkungen auf die vielfältigen Budgets (insbesondere Arzneimittelbudget) der niedergelassenen und angestellten Ärzte zu überprüfen.

Begründet wurde dieser Antrag auf Überprüfung mit dem angeblich hohen Anstieg von Leistungen, welcher den Ärzten von der Politik und von den Krankenkassen vorgeworfen wird.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen fordern bereits vor Ablauf des Kalenderjahres chronisch Erkrankte und von Zuzahlung für Heil- und Hilfsmittel befreite Patienten auf, die jeweils rechnerisch für eine Befreiung im Jahr 2006 notwendige Zuzahlung in voller Höhe vorab zu überweisen.

Dadurch ist aber die zu erwartende Entlastung der einzelnen Budgets, vor allem im ambulanten Bereich, im Einzelnen nicht mehr nachvollziehbar.

Die Ärzteschaft wird ständig mit Vorwürfen wegen ungerechtfertigter Leistungsausweitung konfrontiert und fordert deshalb mehr Transparenz bei der Verrechnung dieser Finanzmittel und eine Kontrolle der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde.

Ich bitte Sie, der dargelegten Problematik nachzugehen und mir eine Rückäußerung zukommen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte und Ausstellungen

Antwort:

Sächsisches Staatsministerium für
Soziales
Die Staatsministerin
Albertstraße 10
01097 Dresden

9. 1. 2006

Herrn
Prof. Dr. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01074 Dresden

33. Kammerversammlung Auswirkungen von Patientenzuzahlungen

Ihr Schreiben vom 15. 11. 2005

Sehr geehrter Herr Prof. Schulze,
ich danke Ihnen für Ihr Schreiben, in dem
Sie mich darum bitten, die Verrechnung
von Zuzahlungen zu kontrollieren und
ggf. transparenter zu machen.

Zu Ihrer Prüfbitte nehme ich wie folgt
Stellung:

Die verschiedenen Budgets beziehen sich
auf Leistungsausgaben in den verschie-
denen Sektoren. Zuzahlungen sind aber
technisch Einnahmen. Wie die ärztlichen
Standesorganisationen zu Recht ausfüh-
ren, fließt die Praxisgebühr nicht in die
zusätzliche Vergütung für die jeweilige
Arztpraxis, sondern wird mit der durch
die KV zu zahlenden Gesamtvergütung
verrechnet (§ 43 b SGB V). Auch die aus
Zuzahlungen finanzierten Leistungen sind
also in der Budgetierung enthalten, so
dass die Befreiung einzelner Versicherter
hier keine Budgetwirkung hat.

Für den Arzneimittelsektor fehlt eine ent-
sprechende Vorschrift. Die Gesamtaus-
gaben sind demnach als Ausgaben der
Krankenkasse, d. h. unter Abzug der
Zuzahlungen, zu berechnen. Soweit Ver-
sicherte die zu leistenden Zuzahlungen
bereits zu Jahresanfang erbringen, erfolgt
die Zurechnung auf die Leistungsbereiche
anteilig. Solange das Verfahren nicht
geändert wird, ist die Veränderungsrate
der Ausgaben mit und ohne Einbeziehung

der Zuzahlungen ohnehin nicht wesent-
lich verschieden. So sehr ich jeden Ansatz
für mehr Transparenz in der Gesetzlichen
Krankenversicherung unterstütze, dürften
hier Aufwand und Erfolg in einem deut-
lichen Missverhältnis stehen.

Auch ich bedauere, dass durch die pau-
schale Zuzahlungsbefreiung in vielen
Fällen die vom Gesetzgeber bezweckte
Lenkungswirkung verloren geht. Es gilt
aber auch, die Interessen der Krankenkas-
sen nach Reduzierung des Verwaltungsauf-
wandes zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Helma Orosz

Berufspolitisches Sorgentelefon

Der Hartmannbund-Landesverband Sach-
sen bietet seinen Mitgliedern und allen,
die es werden wollen, ein berufspoli-
tisches Sorgentelefon an.

Der Vorsitzende, Herr Dr. med. Thomas
Lipp, ist unter Praxis Tel.: 0341 3027933,
Praxis Fax: 0341 3027913, Privat Fax:
0341 8620455, E-Mail: th.lipp@-online.
de zu erreichen.

Konzerte

Sonntag, 5. März 2006, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Schumann für Liebhaber

Eine Reihe mit Studierenden der
Fachrichtung Klavier zum 150. Todestag
von Robert Schumann

Weitere Konzerte: 2. April, 7. Mai,
11. Juni und 2. Juli 2006

Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Gerd Küchler

Kraftfelder

Malerei und Arbeiten auf Papier

bis 12. März 2006

Inundauslandschaften

Almut Zielonka, Karen Graf, Dieter Beirich, Hans Kutschke,

Peter Graf

15. März bis 14. Mai 2006

Vernissage:

Donnerstag, 16. März 2006, 19.30 Uhr

Einführung:

Dr. phil. Ingrid Koch, Dresden

Dyrck Bondzin

Begegnungen in Dresden

Pastelle-Aquarelle-Öl

bis 31. März 2006

Information über die Fortbildungsverpflichtungen angestellter Ärzte

Nach § 95 d i.V.m. § 137 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ist eine Fortbildungsverpflichtung für Ärzte vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Die Details für niedergelassene Vertragsärzte standen schon seit längerer Zeit fest (Stichtag 1. Juli 2004).

Nach einiger Verzögerung ist nun das Vorgehen für angestellte Ärzte vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt worden. Die Regularien, wie sie im Bundesanzeiger vom 20. Dezember 2005 veröffentlicht wurden, gelten ab 1. Januar 2006 für Fachärzte. In Weiterbildung befindliche Kolleginnen und Kollegen können sich auch schon in ihrer Facharzt-ausbildung am System beteiligen. Es besteht aber keine Verpflichtung.

Ich erlaube mir bei dieser Gelegenheit, mich nochmals zum Gesamtkomplex die-

ser Fortbildungsverpflichtung zu äußern, zumal eine Fülle von Briefen eingehen, die teils empört die Bürokratie des Vorgehens, dass „Misstrauen der Standesorganisation“ gegenüber ihren Ärztinnen und Ärzten und vieles andere mehr artikulieren. Wer den gesamten Vorgang in den schriftlichen Veröffentlichungen unserer Ärztekammer in dieser Zeitschrift verfolgt hat, wird wissen,

- dass es sich um eine Maßnahme des Gesetzgebers handelt – nicht etwa um eine Selbstbeschäftigungsmaßnahme der Kammer,
- dass es sich um eine Entscheidung der vorigen Bundesregierung handelt, die von den Kammern und der Bundesärztekammer immer wieder als nicht erforderlich angesehen gegenüber der

Gesundheitspolitik problematisiert wurde,

- dass wir in Sachsen sogar versucht haben, mit einem freiwilligen Zertifikat der Politik den Wind aus den Segeln zu nehmen.

Die diese Formalien erledigenden Kolleginnen und Kollegen unserer Kammer bemühen sich, den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu gestalten, auch in der Hoffnung, durch on-line-Vorgehensweisen und zukünftige Erfassungsmöglichkeiten mit dem zu erwartenden Arztausweis eine entlastende und die Kollegen dann befriedigende Eleganz ins System zu bringen.

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

Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus

Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus vom 20. Dezember 2005 (In-Kraft-Treten am 1. Januar 2006)

§ 1 Zweck und Regelungsgegenstand

(1) Die fachärztliche Fortbildung dient dem Erhalt und der dauerhaften Aktualisierung der fachärztlichen Qualifikation für die qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten im Krankenhaus. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt zu diesem Zweck auf Grundlage von § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V die Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus.

(2) Die Vereinbarung gilt für alle in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätigen Fachärzte, aber nicht für Belegärzte im Sinne von § 121 Abs. 2 SGB V und für ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V. Ein Facharzt ist in diesem

Sinne für ein Krankenhaus tätig, wenn er aufgenommene Patienten innerhalb des nach dem Krankenhausplan geförderten Bereichs behandelt.

§ 2 Umfang und Zeitraum der Fortbildungsverpflichtung

(1) Im Krankenhaus tätige Fachärzte müssen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Von den 250 Fortbildungspunkten müssen mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben worden sein. Unter fachspezifischer Fortbildung sind Fortbildungsinhalte zu verstehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen.

(2) Für im Krankenhaus tätige Fachärzte beginnt der Fünfjahreszeitraum zum

1. Januar 2006. Bei späterer Aufnahme der Tätigkeit ist der im Vertrag zwischen Krankenhaus und Facharzt bestimmte erste Arbeitstag maßgeblich. Ist der Facharzt über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten nicht im Krankenhaus tätig, wird der Fristlauf dadurch gehemmt. Für die Fristberechnung gelten die §§ 187 ff. BGB entsprechend.

§ 3 Fortbildungsnachweis

Die in § 2 Abs. 1 Satz 1 geforderte Fortbildung gilt als nachgewiesen, wenn der Facharzt ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer vorlegt. Die Unterscheidung in fachspezifische und sonstige Fortbildung trifft der Facharzt selbst; er lässt sich diese Unterscheidung vom Ärztlichen Direktor schriftlich bestätigen.

§ 4 Nachweispflege

(1) Die Nachweise gemäß § 3 sind dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses

vorzulegen, in dem der verpflichtete Arzt nach Ablauf der Fünfjahresfrist tätig ist.
(2) Der Ärztliche Direktor hat die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung nach dieser Vereinbarung der in seinem Krankenhaus tätigen Fachärzte zu überwachen und zu dokumentieren.

§ 5 Nachholen der Fortbildung

Hat ein Facharzt zum Ende des für ihn maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann er die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen. Die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Er ist vom Ärztlichen Direktor darauf hinzuweisen.

§ 6 Pflichten der Krankenhausleitung

(1) Die Krankenhausleitung belegt die Fortbildung der in ihrem Krankenhaus tätigen Fachärzte durch einen vom Ärztlichen Direktor erstellten Bericht.
(2) In dem Bericht sind
– alle der Fortbildungspflicht unterliegenden Ärzte mit dem Zeitraum anzugeben,

zu dem sie der Fortbildungspflicht bis einschließlich dem vorhergehenden Jahr unterlegen haben, sowie

- Fortbildungsnachweise nach § 3 für die Ärzte aufzunehmen, die den Fünfjahreszeitraum im vorhergehenden Jahr erfüllt haben.

Auf Nachfrage sind Einzelnachweise zu erbringen.

(3) In dem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ist anzugeben, in welchem Umfang die Fortbildungspflichten erfüllt wurden. Die Fortbildungsnachweise sind im Krankenhaus in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen.

§ 7 Anrechnung von Fortbildungspunkten und Übergangsregelung

(1) Auch Fortbildungspunkte, die erworben wurden, bevor der Arzt den Verpflichtungen dieser Vereinbarung unterlag, sind anzurechnen, wenn die zugrunde liegende Fortbildung höchstens zwei Jahre vor dem Eintritt in die Fortbildungspflicht nach dieser Vereinbarung begonnen wurde und sie nach § 3 angerechnet werden können.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatz 1 können auch Fortbildungspunkte angerechnet werden, die bereits für den Nachweis von Fortbildungsverpflichtungen nach § 95d SGB V verwendet wurden oder über den erforderlichen Wert von 250 Fortbildungspunkten hinaus im vorangegangenen Fünfjahreszeitraum erworben wurden.

(3) Wechselt ein Facharzt in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Ärztlichen Direktors, ist ihm auf seinen schriftlichen Antrag hin die Anerkennung bereits abgeleisteter Fortbildungen zu bescheinigen.

§ 8 In-Kraft-Treten

Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Düsseldorf, den 20. Dezember 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Dr. jur. Hess
BANz. Nr. 8 (S. 107) vom 12.01.2006

Zertifizierte Fortbildung www.eiv-fobi.de Der Elektronische Informationsverteiler (EIV)

Der Elektronische Informationsverteiler (EIV) ist ein Verfahren, welches dafür sorgt, dass die Fortbildungspunkte, die ein Arzt bei einer anerkannten Fortbildungsveranstaltung in einem beliebigen Kammerbereich in Deutschland erwirbt, zeitnah am Ende der Veranstaltung auf elektronischem Wege der zuständigen Ärztekammer übermittelt werden. Für den Elektronischen Informationsverteiler (EIV)

erhält jeder Arzt von seiner zuständigen Ärztekammer eine so genannte **Einheitliche Fortbildungsnummer** (EFN) in Form eines Barcodes. Darüber hinaus erhält jede anerkannte Fortbildungsveranstaltung eine einheitliche **Veranstaltungsnummer** (VNR).

Zukünftig lesen die Fortbildungsveranstalter (oder die Sächsische Landesärztekammer) mit einem Barcode-Scanner die EFN der teilnehmenden Ärzte einer

Veranstaltung vor Ort oder später (von einer Liste) ein und übermitteln diese zusammen mit der VNR über www.eiv-fobi.de an einen zentralen Server. Dieser Server übernimmt die Verteilung der Meldungen auf die einzelnen Ärztekammern.

Weitere Informationen sowie die Möglichkeit zum Download finden sie im Internet: <http://www.eiv-fobi.de>

PC-Ausstattung sächsischer Arztpraxen

Die AG Multimedia in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer hat mit Unterstützung des Institutes für Medizinische Informatik der Medizinischen Fakultät der TU Dresden sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen im Mai 2005 alle niedergelassenen Vertragsärzte in Sachsen über die Ausstattung von Arztpraxen mit PC-Technik befragt, um den aktuellen Ausrüstungsstand festzustellen. Es wurden ca. 6.000 Fragebögen über die KVS-Mitteilungen verschickt, von denen 1.547 zurückkamen. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 25 Prozent. Die Befragung der Vertragsärzte durch die AG Multimedia hatte damit einen erfreulich hohen Rücklauf, wobei zu vermuten ist, dass diejenigen geantwortet haben, die routinemäßig Umgang mit PC-Technik haben und diesem Medium aufgeschlossen gegenüber stehen.

Ergebnisse

92 Prozent der befragten Vertragsärzte arbeiten mit einem Praxiscomputersystem. Und 71 Prozent der befragten Vertragsärzte arbeiten mit einer modernen Version des Betriebssystems (Windows, MacOS, Linux) In einer Praxis stehen durchschnittlich 3,4 Computer, das sind im Durchschnitt 1,7 Computer pro niedergelassenem Vertragsarzt.

Der durchschnittliche Praxiscomputer hat folgende Merkmale:

Alter	3,6 Jahre
Prozessor-Takt	1,5 – 2 GHz
Hauptspeicher	256 – 512 Mbyte
Festplattenspeicher	60 GB
Betriebssystem	Windows2000 oder später
Bildschirmauflösung	800 x 600 bis 1024 x 768
Kartenleser	1

(Stand 05/2005)

Aus den Merkmalen lässt sich ableiten, dass die niedergelassenen Ärzte in den vergangenen Jahren bereits hohe Investitionen in die PC-Ausstattung vorgenommen haben, um einen aktuellen Stand der Technik vorhalten und moderne Software einsetzen zu können. Bei einer differenzierten Betrachtungsweise wird jedoch deutlich, dass ein Wechsel auf eine nächste Betriebssystem-Version mit diesen Rechnern nicht ohne weiteres möglich sein wird. Dafür ist der Hauptspeicher zu klein und lässt sich auch nicht mehr erweitern.

Internet und E-Mail

Von den befragten Vertragsärzten nutzen ca. 80 Prozent das Internet, davon 58 Prozent zu Hause und/oder 32 Prozent in der Praxis. 63 Prozent der befragten Vertrags-

ärzte nutzen die E-Mail-Funktionalität. Unterschiede ergeben sich bei der Nutzung von Internet und E-Mail hinsichtlich der Altersgruppen. Vor allem die 35 bis 54-jährigen nutzen das Internet und die E-Mail-Funktion. Doch obwohl das Internet bereits intensiv genutzt wird, gibt es bei der Kommunikation via E-Mail durchaus noch Reserven. Denkbar ist aber, dass dies durch das Praxispersonal stärker wahrgenommen wird.

Fazit

Die überwiegende Anzahl der befragten Vertragsärzte in Sachsen besaßen im Jahr 2005 eine gute bis durchschnittliche PC-Ausstattung. Ein Rückschluss auf zukünftige Investitionen für die PC-Technik ist mit den vorliegenden Daten und wegen der nicht kalkulierbaren Aufwendungen für die geplante elektronische Gesundheitskarte (wahrscheinlich 2007) nicht möglich. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass spätestens in drei Jahren Neuanschaffungen oder Aufrüstungen bezüglich der PC-Technik und der Kartenleser für alle Vertragsärzte notwendig werden.

Dr. med. Lutz Pluta
Ausschuss Multimedia
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Buchbesprechung

Imhoff; Baumgartner; Linke
Checkliste Orthopädie 2005

600 S., 200 Abb., Kst

EUR [D] 44,95 | CHF 76,00

ISBN-10: 3131422815, ISBN-13: 9783131422811

13 Jahre nach der letzten Auflage präsentiert sich die Checkliste Orthopädie mit praxisnahen Informationen zu allen wichtigen orthopädischen und orthopädisch-traumatischen Fragestellungen. Übersichtlich und gut verständlich werden klinische Untersuchungen, Bildgebung, Maßnahmen der technischen Orthopädie, orthopädisch-unfallchirurgische Leitungs-

symptome und Differenzialdiagnose der orthopädischen Krankheitsbilder, diagnostisches Management und die konservative und operative Therapie von orthopädischen Krankheiten und Unfallverletzten dargestellt. Da die Orthopädie und die Unfallchirurgie sich zu einem Fachgebiet für den Bewegungsapparat vereinigen werden, sind traumatologische Inhalte, die im täglichen Leben eines orthopädischen Chirurgen häufig sind, sowie spezielle operative Therapieverfahren kompetent dargestellt. Die Checkliste Orthopädie ist der erste Leitfaden mit Integra-

tion der Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie. Gute Abbildungen und 200 Schemazeichnungen veranschaulichen die prägnanten Texte. Das wissenschaftlich fundierte, übersichtlich gestaltete und gut verständlich geschriebene Buch ist eine praxisnahe Hilfe für den Medizinstudenten im Praktischen Jahr, für den Arzt in Weiterbildung, für den klinisch oder ambulant tätigen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.

Prof. Dr. med. Winfried Klug, Dresden

12. Interdisziplinärer Pflegekongress in Dresden 15. bis 17. März 2006

Am 15. März 2006 findet im Rahmen des 12. Interdisziplinären Pflegekongresses im Hotel Hilton in Dresden ein „Tag für das Praxisteam“ statt. Dieser Fortbildungsteil wird gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer organisiert und richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Arzthelferinnen und interessierte Pflegekräfte. Ziel des 12. Interdisziplinären Pflegekongresses ist es, die Abstimmung zwischen den Gesundheitsberufen anhand ausgewählter „Patientenkarrieren“ zu intensivieren. Zum Kongress werden wieder mehr als 800 Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Arzthelferinnen und Arzthelfer in Dresden erwartet.

Fortbildung PLUS: Der Tag für das Praxisteam

Die Fortbildung widmet sich unter anderem Erfahrungen mit dem Elektronischen Arztweis in der Modellregion Löbau-Zittau. In das Thema einführen wird der Direktor des Instituts für Medizinische Informatik und Biometrie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath.

Im Anschluss findet ein Endoskopie-Refresher-Kurs für das Praxisteam statt, in dem über die Geschichte der Endoskopie, typische und ungewöhnliche Befunde sowie Möglichkeiten moderner Endotherapie berichtet wird. Referent ist Dr. Heinz-Wolfgang Schimming, leitender Chefarzt der Klinik für Innere Medizin an den Weißeritztal-Kliniken GmbH.

Ein weiterer Fortbildungsteil widmet sich dem Umgang mit Depression und Suizidalität-Phänomene, die nach Angaben von Experten zuletzt deutlich zugenommen haben und eine wachsende Rolle auch im niedergelassenen Bereich spielen. Wie Mitglieder im Praxisteam Depressionen und latente und akute Suizidalität besser erkennen und einschätzen können, darüber berichtet die Psychologin Dr. Corinna Linde vom Kriseninterventionsteam Leipzig (KIT) e.V.

Aktuelle Fragen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden im Rahmen der Fortbildung ebenfalls erörtert. Diese Formen der Vorsorge für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder eines schweren Unfalls haben angesichts der wieder aufflammenden Debatte um die aktive Sterbehilfe schwerkranker Patienten große Brisanz. Viele Menschen treten mit entsprechenden Fragen an Hausärzte, Arzthelferinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste heran – und erwarten Antworten.

Weitere Themen beim Kongress sind der „Mehrwert“ des Qualitätsmanagements für die ärztliche Praxis sowie Wissenswertes rund um das Thema „IGELn“.

Öffentliche Podiumsdiskussion zum Thema Darmkrebs

Zum Abschluss der Fortbildung findet eine öffentliche Podiumsdiskussion von Ärzten, Pflegekräften und Patienten zum Thema „Diagnose Kolonkarzinom – was nun?“ statt. „Um wirksamer gegen Erkrankungen wie das Kolonkarzinom vorgehen zu können, müssen sich die Akteure der stationären sowie ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung stärker abstimmen. Jeder einzelne Versorgungspart sollte wissen, was der andere zur Therapie und Genesung des Patienten beitragen kann“, erklärt Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied im Kongressbeirat. Ziel des Dresdener Kongresses ist es, niedergelassene Ärzte, Pfleger, aber auch interessierte Bürger, für das Thema Kolonkarzinom zu sensibilisieren und zu mehr Vorsorge aufzurufen.

Information & Anmeldung
Urban & Vogel GmbH
Tel.: 030 2045603
Fax: 030 20456042
E-Mail: tauchert@urban-vogel.de
www.heilberufe-kongresse.de

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
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
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.1.2006 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: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Betriebsärztliche Betreuung für Arztpraxen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung auch für Arztpraxen neu geregelt

Seit dem 1. Oktober 2005 ist die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung der Beschäftigten im Bereich der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege neu geregelt. Die neue Unfallverhütungsvorschrift BGV A6 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ ersetzt die bisher bestehende Unfallverhütungsvorschriften BGV An „Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ und die BGV A7 „Betriebsärzte“ und fasst diese zu einer Unfallverhütungsvorschrift zusammen.

Während sich mit dieser Neureglung für große Unternehmen grundsätzlich nichts geändert hat, schafft die Neuregelung insbesondere für kleine Betriebe – und somit auch für Arztpraxen – Wahlmöglichkeiten für verschiedene Formen der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Beschäftigten. Sahen die bisherigen Unfallverhütungsvorschriften und die danach praktizierte Betreuung fest vorgeschriebene Einsatzzeiten für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit vor, eröffnet die neue Unfallverhütungsvorschrift Wahlmöglichkeiten der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung insbesondere kleinerer Betriebe. Entscheidend für die Auswahl der Betreu-

ungsform ist die Betriebsgröße, das heißt die Anzahl der Beschäftigten in den Betrieben.

Für Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern, das ist auch die große Mehrzahl der Arztpraxen, besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen drei Betreuungsformen:

„Grundbetreuung/Anlassbezogene Betreuung“

Unternehmer, die sich für diese Betreuungsform entscheiden, müssen sich professioneller Unterstützung hinzuholen. Nach der neuen BGV A2 sind für die fachkundigen Berater keine festen Einsatzzeiten mehr vorgeschrieben. Stattdessen kann der Unternehmer den Betreuungsbedarf selbst bestimmen. Zu der Grundbetreuung gehört eine Gefährdungsbeurteilung, die mindestens aller fünf Jahre wiederholt werden muss. Dabei ist die Unterstützung vor Ort durch einen Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit zwingend vorgeschrieben. Der Unternehmer muss seine Mitarbeiter über die verpflichteten Dienstleister informieren.

„Regelbetreuung“

Wenn sich für die Regelbetreuung entschieden wird, verpflichtet der Unternehmer vertraglich einen Betriebsarzt und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. Inhalt und Umfang der Betreuung sind

abhängig vom Gefährdungspotenzial des Arbeitsplatzes. Die Einsatzzeiten sind fest vorgegeben und richten sich nach der Anzahl der Mitarbeiter. Für Unternehmer ab 51 Beschäftigte ist die Regelbetreuung Pflicht.

„Alternativbetreuung“

Die Alternativbetreuung – auch Leitlinienkonzept, alternative BuS-Betreuung oder in der Öffentlichkeit auch „Unternehmermodell“ genannt – ermöglicht dem Unternehmer in Kleinbetrieben, also auch in der Mehrzahl von Arztpraxen, wesentlich mehr Handlungsspielraum. Im Unterschied zu der Regelbetreuung brauchen sie selbst keinen Betriebsarzt und keine Fachkraft für Arbeitssicherheit mehr zu verpflichten, sondern schließen sich einer von den Dach- oder Landesorganisationen angebotenen Betreuung an. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat zu diesen drei Betreuungsmöglichkeiten detaillierte Anwendungshinweise erarbeitet. Diese sind wie auch die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ unter www.bgw-online.de auch im Internet veröffentlicht.

Dr. med. Norman Beeke
Ausschuss Arbeitsmedizin
Sächsische Landesärztekammer

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für **Mittwoch, den 1. März 2006, 15.00 Uhr**, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einladen.

Zu Gast ist Frau Rechtsanwältin Dr. Constanze Trilsch-Eckhard. Als Experte für alle Rechtsfragen zum Thema „Erben und Vererben“ wird sie in ihrem Vortrag Schwerpunkte zu dieser Thematik aus-

führen. Im Anschluss finden Sie im Foyer ein Kaffee- und Kuchenbuffet.

Gleichzeitig haben Sie zu diesem Termin wieder Gelegenheit, sich zum diesjährigen Tagesausflug anzumelden. Dieser führt Sie am 17. Mai 2006 nach Zittau und wird den im September 2005 erlebten Vortrag zu den Zittauer Fastentüchern mit den Originalen verbinden. Nach gemein-

samen Mittagessen in Zittau besuchen Sie das Kloster St. Marienthal. Eine Führung und gemeinsames Kaffeetrinken schließen sich an.

Sie sind zu beiden Veranstaltungen mit Ihrem Partner herzlich willkommen.

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Montag, den 22. Mai 2006,
8.00 – 14.15 Uhr**

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz
Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Die praktischen Prüfungen werden im Juni 2006 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 22. Mai 2006 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2006 endet.

2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Mona-

ten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. August 2006 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Bewerber/innen ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Ausbildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2006,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis,
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen gemäß § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht auf unserer Homepage unter www.slaek.de/Arzthelferinnen) – **bis spätestens zum 10. März 2006 zu erfolgen.**

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

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs-/Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs-/Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Tel. 0351 8267170-171 gern zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag 2006

Dr. med. Ute Zillmann
A.-Schweitzer-Str. 1, 08468 Reichenbach
16. 12. 2005

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

Artikel Senkung Kammerbeitrag in Heft 12/2005

Sehr geehrte Damen u. Herren,
bezugnehmend auf Ihren Artikel im
„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2005, zur
Senkung des Kammerbeitrages von 0,6
Prozent auf 0,58 Prozent des Gewinnes
(**Senkung um 3,3 Prozent**), möchte ich
folgendes anmerken:

Bis 2002 galt bei der Beitragsbemessung
0,24 Prozent auf Umsatz bei niedergelas-
senen Ärzten, das heißt bei 50 Prozent
Betriebsausgaben (BA) entsprach dies
0,48 Prozent auf Gewinn (bei 55 Prozent
BA => 0,53 Prozent und erst bei 60 Pro-
zent BA => 0,6 Prozent)

Ab 2003 erfolgte die Umstellung auf 0,6
Prozent vom Gewinn, dadurch ergab sich
für alle niedergelassenen Ärzte mit BA
unter 60 Prozent vom Umsatz, eine reale
Beitragserrhöhung (bei 55 Prozent BA ent-
sprach dies **13 Prozent Beitragserrhöhung**
und bei 50 Prozent BA sogar **25 Prozent**
Erhöhung).

Dies sollte nicht vergessen werden. Ihre
Aussagen zum niedrigsten Beitragssatz
gehen da an der Realität vorbei.

Immerhin haben die meisten Allgemein-
ärzte nach statistischem Bundesamt Pra-
xiskosten um die 55 Prozent des Umsat-
zes.

Auch eine Benachteiligung der nieder-
gelassenen Kollegen, durch die in der
Beitragsordnung nicht berücksichtigten
AG-Anteile der Sozialvers. bis zur Bei-
tragsbemessungsgrenze der angestellten
Kollegen (entspricht ~ 57,- EUR Beitrags-
vorteil p.a.), sollte nicht unerwähnt blei-
ben.

Zum Schluss noch ein Blick nach Bayern,
dort ist der Kammerbeitrag zum 1. 1. 2005
von 0,4 Prozent auf 0,33 Prozent des
Gewinnes (**entspricht 17,5 Prozent**) ge-
senkt worden.

Ich bitte um Veröffentlichung im „Ärzte-
blatt Sachsen“.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. med. Ute Zillmann
Praktische Ärztin
Reichenbach i.V.

Frau
Dr. med. Ute Zillmann
An der Lohe 1, 08499 Mylau

Senkung des Beitragssatzes zum Kam- merbeitrag 2006

Sehr geehrte Frau Dr. Zillmann,
wir haben Ihr Schreiben vom 16. Dezem-
ber 2005 erhalten und möchten die von
Ihnen aufgeworfenen Fragen gern beant-
worten.

Der seit 1998 unveränderte Beitragssatz
für niedergelassene Kammermitglieder in
Höhe von 0,24 Prozent der Berufsein-
nahmen aus ärztlicher Tätigkeit (Praxis-
umsatz) entsprach dem Beitragssatz für
angestellte und beamtete Ärzte in Höhe
von 0,6 Prozent der Berufseinnahmen aus
ärztlicher Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn
zuzüglich Einkünfte aus selbständiger
Arbeit). Damit ging man bei der Veranla-
gung der niedergelassenen Kammermit-
glieder zum Kammerbeitrag von einem
pauschalen Praxiskostenanteil in Höhe
von 60 Prozent aus.

Im Jahr 2003 erfolgte auf Forderung zahl-
reicher Kammermitglieder und aufgrund
des Auslaufens der umfangreichen Son-
derabschreibungsmöglichkeiten, die ja
sehr unterschiedlich genutzt werden konn-
ten, die Umstellung der Bemessungs-
grundlage einheitlich für alle Kammer-
mitglieder auf 0,6 Prozent der Einkünfte
aus ärztlicher Tätigkeit. Damit kam bei
den niedergelassenen Kammermitglie-
dern nicht mehr der pauschale Praxiskos-
tenanteil von 60 Prozent zur Anwendung,
sondern die tatsächlichen individuellen
Praxiskosten wurden berücksichtigt. Eine
Erhöhung des Kammerbeitrages konnte
also dadurch verursacht sein, dass der
individuelle tatsächliche Praxiskostenan-

teil unter der in Vorjahren berücksichtig-
ten Pauschale von 60 Prozent lag.

Die Ermittlung der 60%-igen Praxiskos-
tenpauschale für die niedergelassenen
Kammermitglieder ging von Statistiken
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
aus. Diese berücksichtigen allerdings nur
die vertragsärztlichen Umsätze, so dass
bei einem hohen Anteil der sonstigen Pra-
xisumsätze (zum Beispiel Privatpatienten,
Berufsunfallversicherte, Honorare) ein
deutlich niedrigerer Praxiskostenanteil
entstehen kann.

Bezüglich der Benachteiligung der nieder-
gelassenen Kammermitglieder gegenüber
den angestellten aufgrund der Zahlung
von Arbeitgeberanteilen der Sozialversi-
cherung ist anzumerken, dass niedergelas-
sene Kammermitglieder von der Arbeits-
losenversicherung befreit sind. Weiterhin
haben niedergelassene Kammermitglieder
die Möglichkeit, steuerliche Gestaltungs-
möglichkeiten in Anspruch zu nehmen,
die so bei angestellten Ärzten nicht reali-
sierbar sind.

Zu Ihrem Vergleich mit der Landesärzte-
kammer Bayern gestatten Sie uns bitte
folgende Ausführungen:

Eine direkte Vergleichbarkeit der Bei-
tragsordnungen der Landesärztekammern
ist nicht ohne Weiteres möglich, da die
unterschiedlichen Strukturen der Landes-
ärztekammern, die durch sie übernom-
menen Aufgaben (zum Beispiel Fortbil-
dung, Ärztliche Stelle Röntgen, Quali-
tätssicherung, Gutachterstelle für Arzt-
haftungsfragen) und daraus resultierende
Gebühren sowie die Größe der Kammer
und deren Mitgliederzahl berücksichtigt
werden müssen.

Weiterhin ist die Höhe der Bemessungs-
grundlage, also der Einkünfte aus ärzt-
licher Tätigkeit der Kammermitglieder in
diese Überlegungen einzubeziehen.

Der Abschlag Ost bei der GOÄ, die nied-
rigere Zahl von Privatpatienten und wei-
tere Faktoren führen dazu, dass die Ein-
künfte eines niedergelassenen Arztes im
Westen bei durchschnittlich 85.000 EUR
und im Osten bei 78.000 EUR liegen.

Weiterhin geben wir zu bedenken, dass die Kreisverbände der Landesärztekammer Bayern separate Kammerbeiträge in Höhe von durchschnittlich 0,07 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erheben, während die Sächsische Landesärztekammer ihren Kreisärztekammern Finanzmittel in Höhe von 1 EUR/Arzt/

Monat aus ihrem Haushalt zur Verfügung stellt. Der durchschnittliche absolute Kammerbeitrag je Kammermitglied der Sächsischen Landesärztekammer ist deutschlandweit im Mittelfeld anzusiedeln. Wir hoffen, Ihre Fragen hiermit beantwortet zu haben. Wunschgemäß werden wir Ihr Schreiben und unsere Antwort im

Ärzteblatt Sachsen veröffentlichen. Für ein persönliches Gespräch steht Ihnen nach telefonischer Terminvereinbarung unter der Rufnummer 0351 8267431 Frau Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin, gern zur Verfügung.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Buchbesprechung

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2,
Hausarzt Handbuch

Herausgeber:

Deutscher Hausärzterverband e.V.
AOK-Bundesverband, 2. überarbeitete
Auflage, MED.KOMM., ein Verlag der
Urban und Vogel GmbH, München,
ISBN: 3-9809457-0-7

Dieses Buch ist das Handbuch zum Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes vom Deutschen Hausärzterverband und der AOK in Zusammenarbeit mit der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.

Ziel der DMP sind in erster Linie eine erleichterte strukturierte Behandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin bei Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie eine verbesserte Qualität der Versorgung. Die Autoren selbst nennen ihr Handbuch eine „klare Segelanleitung“.

Die ersten beiden Kapitel über „Evidenzbasierte Medizin“ und über die „Wissenschaftliche Risikoeinschätzung“ sind klar strukturiert und verständlich formuliert.

Kritiker am DMP führen ins Feld, dass dieser „gigantische deutschlandweite Feldversuch“ ohne Kontrollgruppe sowie ohne Pilotphase durchgesetzt wurde. Neben dem enormen administrativen Aufwand und dem großen Dokumentations-

aufwand sind einzelne Inhalte durchaus kritisch zu bewerten:

Therapieziele (zum Beispiel ein HbA1c < 7,5 Prozent bei Patienten über 60 Jahre) sind inakzeptabel und entsprechen nicht den nationalen oder internationalen Leitlinien. Dass die selbständige Urinzuckermessung noch vor einer Blutzuckermessung durch den Patienten empfohlen und propagiert wird, erscheint angesichts der überwältigenden Datenlage überholt, ja geradezu gefährlich. Ein Zielblutdruck von 140/90 mmHg entspricht ebenfalls nicht den geforderten Höchstwerten. Die Therapie der ersten Wahl bei hypertensiven Diabetikern ist ein ACE-Hemmer oder ein AT1-Rezeptorantagonist, nicht ein Diuretikum oder Betablocker. Das haben viele große randomisierte, doppelblinde Studien deutlich unter Beweis gestellt. Eine Begrenzung der Antidiabetika auf Glibenclamid, Metformin und Insulin ist (sicherlich den Kosten geschuldet) eine unnötig einschränkende Therapiefreiheit des Arztes. Das Hausarzt-Handbuch hierzu spiegelt dies nur allzu gut wider.

Bedauerlich ist auch, dass eine echte duale Betreuung mit diabetischen Schwerpunktpraxen nicht vorgesehen ist. Lediglich die Zusammenarbeit mit einer (nicht existierenden) Fußambulanz wird propagiert.

Nationale und internationale Diabetesleitlinien als flexible Handlungskorridore sind ersetzt durch Richtlinien, die die Therapiefreiheit stark einschränken. Andererseits prädestinieren unbegrenzte Möglichkeiten einer individuellen Zielfestsetzung zu unterschiedlichen Ergebnissen. Damit sind die Möglichkeiten, ein Qualitätsmanagement durchzuführen, limitiert. Hierfür ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen wird. Nur dann kann geprüft werden, ob das Instrument geeignet war, den Prozess zu optimieren und bessere Ergebnisse zu erreichen. Die Bundesärztekammer schreibt in ihrem Glossar über Qualität: „Qualität ist das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten.“

(<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Qualitaetssicherung/78Glossar.html>).

Fazit: Eine entbürokratisierte und leitliniengerechte Überarbeitung des DMP-Programmes Diabetes, ein Einbringen gut evaluierter und bereits funktionierender Diabetesversorgungsprogramme (zum Beispiel in Sachsen) könnte die Qualität der Diabetikerbetreuung bundesweit verbessern.

Dr. med. Antje Bergmann, Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2006 und gesetzliche Rentenversicherung

Der Bundesrat hat am 21.12.2005 der Festlegung der neuen Rechengrößen in der Sozialversicherung für das Jahr 2006 zugestimmt.

Somit ergeben sich ab 1. Januar 2006 folgende Werte:

I. Rentenversicherung

1. **Beitragssatz für alle Bundesländer: 19,50 %**
Arbeitgeberanteil: 9,75 %
Arbeitnehmeranteil: 9,75 %
2. **Beitragsbemessungsgrenze:**

neue Bundesländer	alte Bundesländer
4.400,00 EUR/Monat	5.250,00 EUR/Monat
52.800,00 EUR/Jahr	63.000,00 EUR/Jahr

gültig ab 01.01.2006

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| 1) Höchstbeitrag | 858,00 EUR/Monat | 1.023,75 EUR/Monat |
| 2) Mindestbeitrag
(1/10 vom Höchstbeitrag) | 85,80 EUR/Monat | 102,38 EUR/Monat |
| 3) halber Mindestbeitrag | 42,90 EUR/Monat | 51,19 EUR/Monat |
| 4) Einzahlungsgrenze für
Pflichtbeiträge und freiwillige
Mehrzahlungen
(gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV) | 2.145,00 EUR/Monat | 2.559,38 EUR/Monat |

Der Nachweis über die im Jahr 2005 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2006 zugeschickt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

- 1) **Beitragssatz** spezifisch für jede Krankenkasse
- 2) **Beitragsbemessungsgrenze** 3.562,50 EUR/Monat 3.562,50 EUR/Monat

III. Pflegeversicherung

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|
| 1) Beitragssatz | 1,70 % | 1,70 % |
| 2) Beitragssatz für Kinderlose | 1,95 % | 1,95 % |
| 3) Beitragsbemessungsgrenze | 3.562,50 EUR/Monat | 3.562,50 EUR/Monat |

Lastschriftverfahren 2006 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2006 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2006
Februar	28.02.2006
März	31.03.2006
April	28.04.2006
Mai	31.05.2006
Juni	30.06.2006
Juli	31.07.2006
August	31.08.2006
September	29.09.2006
Oktober	30.10.2006
November	30.11.2006
Dezember	27.12.2006

Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	31.03.2006
II. Quartal	30.06.2006
III. Quartal	29.09.2006
IV. Quartal	27.12.2006

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer beim jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.



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. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C01
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/C05
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 06/C06

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C02

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C03

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C04

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/C07
Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/C08
Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/C09

Zwickauer-Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Riesa-Großhain

Facharzt für HNO-Heilkunde
Reg.-Nr. 06/D008
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.02.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/D009
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/D010
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 06/D011
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 06/D015

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 06/D012

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 06/D013

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/D014

Riesa-Großhain

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/D016
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie
(fachärztlicher Versorgungsbereich)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 06/L007

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/L008

Delitzsch

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 06/L009
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 17.03.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 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.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 30.06.2006

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
geplante Praxisabgabe: 31.12.2006
Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
geplante Praxisabgabe: baldmöglichst
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis in DD-Klotzsche)
geplante Praxisabgabe: baldmöglichst
Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis in DD-Klotzsche)
geplante Praxisabgabe: baldmöglichst
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 01.05.2008 bzw. nach Absprache

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
geplante Praxisabgabe: 06/2006

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Praxis in Freital im Weißeritzpark (Buga-Center))
geplante Praxisabgabe: sofort
Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
geplante Praxisabgabe: II/2006
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
geplante Praxisabgabe: Ende 2006
Leipziger-Land
Facharzt für Allgemeinmedizin
geplante Praxisabgabe: 2006
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

K. Kast¹, S. Tinschert², P.³, W. Distler¹, E. Schröck², M. Laniado³

Klinisches Management des familiären Mammakarzinoms

Eine Versorgungsstudie der Krankenkassen

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Zusammenfassung

Mit Beendigung der Förderung des Verbundprojektes „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ durch die Deutsche Krebshilfe im Dezember 2004 drohte für Frauen aus Familien mit gehäuftem Auftreten von Mamma- und Ovarialkarzinom die Rückkehr in die Routinevorsorge. Eine Versorgungsstudie der gesetzlichen Krankenkassen übernimmt nun jedoch für vorläufig drei Jahre das bestehende Konzept des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Risikopersonen anhand dessen im Folgenden das klinische Management des familiären Mammakarzinoms dargestellt wird.

Schlüsselwörter: Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom, *BRCA1*- und *BRCA2*-Gen, Versorgungsstudie, Prävention

- 1) Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2) Institut für Klinische Genetik
- 3) Institut für Radiologische Diagnostik

Deutsche Konsortium für familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom

Seit Bestehen des Deutschen Konsortiums für familiärer Brust- und Eierstockkrebs wurden in 12 Zentren (Abbildung 1) mehr als 7000 Frauen interdisziplinär beraten und 3000 Familien in den beiden Brustkrebsgenen *BRCA1* und *BRCA2* untersucht. Dabei wurden mehr als 1000 Familien mit Mutationsträger/Innen identifiziert und etwa 700 nicht erkrankte Familienmitglieder konnten entlastet werden. Im Rahmen eines intensivierten Vorsorgeprogramms (Abbildung 2), in dem bei Hochrisikopatientinnen halbjährlich eine Mammasonografie und jährlich eine MRT der Mamma sowie eine Mammographie durchgeführt wird, konnten die Untersuchungsverfahren in ihrer Sensitivität und Spezifität bei dem besonderen Kollektiv von jungen Frauen evaluiert werden und so eine Ausgangsbasis für

Intensiviertes Vorsorgeprogramm
<ul style="list-style-type: none"> • monatliche Selbstuntersuchung der Brust ab 25. LJ • halbjährlich Brustpalpation durch den Frauenarzt und Mammasonographie (mind. 7,5 Hz) ab 25. LJ • jährlich Magnetresonanztomographie (MRT) der Brust ab 25.-55.LJ • jährlich Mammographie ab 30.LJ
Bei <i>BRCA1/2</i> -Mutation oder Ovarialkarzinom in Familienanamnese:
<ul style="list-style-type: none"> • halbjährlich gynäkologische Palpation und transvaginale Sonographie der Ovarien ab 25. LJ • halbjährlich Bestimmung des Tumormarkers CA 125 ab 30. LJ

Abbildung 2

Verhandlungen mit den Krankenkassen geschaffen werden. Die Kostenübernahme für die interdisziplinäre Beratung, molekulargenetische Untersuchung und das Vorsorgeprogramm werden nunmehr von den meisten Krankenkassen für die Zentren des Konsortiums zum Teil rückwirkend ab Januar 2005 für drei Jahre übernommen. Die bisher über Drittmittel finanzierten Leistungen konnten damit erfolgreich in die Vergütung nach §116 b SGB V im Rahmen der Hochschulambulanz überführt werden. Die Zusage der Kostenübernahme ist vertraglich an die Weiterführung des Projektes als Versorgungsstudie geknüpft und vorerst auf 3 Jahre begrenzt. Unter wenig veränderten Teilnahmekriterien für die molekulargenetische Untersuchung und Teilnahme am intensivierten Vorsorgeprogramm (Abbildung 3) werden deutschlandweit qualitätskontrolliert Daten gesammelt, welche am Institut für Biomathematik der Universität Leipzig zentral ausgewertet werden.

Diese Maßnahmen betreffen etwa 5 Prozent aller an einem Mammakarzinom erkrankten Frauen und rund 0,2 Prozent der gesunden Frauen. Bei Nachweis einer

Mutation in einem der beiden Brustkrebsgene haben diese Frauen ein lebenslanges Risiko von etwa 80 bis 90 Prozent an einem Mammakarzinom zu erkranken. Zusätzlich besteht bei *BRCA1*-Mutationen ein Risiko von 40 bis 60 Prozent und bei *BRCA2* von etwa 20 Prozent an einem Ovarialkarzinom zu erkranken (Easton et al. 1993, Ford et al. 1998). Das Risiko für Zweiterkrankungen der Brust oder des Ovars ist damit hoch. Es ist das Ziel, die umfassende Versorgung für diese zahlenmäßig kleine Gruppe langfristig zu sichern und durch weiterführende Forschungsprojekte die Datenbasis für die Erweiterung des Verständnisses um die genetischen Zusammenhänge und darauf aufbauend neue Therapie- und Präventionsstrategien zu nutzen.

Risikokalkulation als Voraussetzung für Teilnahme an intensivierter Vorsorge und für prophylaktische Operationen
Trägerinnen einer Mutation in *BRCA1* oder *BRCA2* können die verschiedenen Möglichkeiten der Prävention in Anspruch nehmen. Entsprechend dem nun bestehenden Vereinbarungen mit den Krankenkassen können aber auch Frauen, in deren



Abbildung 1

Voraussetzung für die molekulargenetische Analyse der Brustkrebsgene <i>BRCA1</i> und <i>BRCA2</i> :
<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Beratungsgespräche (Humangenetik, Klinik, ggf. Psychoonkologie)
Und eines der folgenden Kriterien:
<ul style="list-style-type: none"> • Familien mit drei oder mehr Frauen mit Mamma- oder Ovarialkarzinom • Familien mit zwei Frauen mit einem Mammakarzinom, davon eine < 51. Lebensjahr • Familien mit Mamma- und Ovarialkarzinom (eine oder mehrere Erkrankte) • Familien mit einem männlichen Mammakarzinom • Familien mit einer Frau mit Mammakarzinom <31.LJ

Abbildung 3

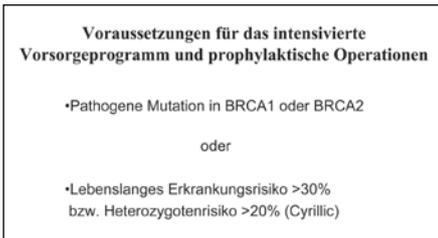


Abbildung 4

Familie die molekulargenetische Analyse der Gene *BRCA1* und *BRCA2* nicht informativ war am intensivierten Vorsorgeprogramm teilnehmen, sofern ihr individuelles Risiko an einem Mammakarzinom zu erkranken größer als 30 Prozent oder das Heterozygotenrisiko größer als 20 Prozent ist (Abbildung 4). Die Risikoberechnung erfolgt nach dem Computerprogramm Cyrillic, welches die Trägerwahrscheinlichkeit für eine Mutation in den *BRCA*-Genen durch einen Algorithmus, basierend auf dem Bayesschen-Theorem und dem Mendelschen Erbgang kalkuliert (Parmigiani et al. 1998).

Die prophylaktische Entfernung der Brustdrüse und der Ovarien ist dem gleichen Hochrisikokollektiv vorbehalten. Zahlreiche Studien belegen den Nutzen prophylaktischer Operationen. In Deutschland werden diese Maßnahmen, insbesondere die prophylaktische Mastektomie mit Zurückhaltung eingesetzt, während sie zum Beispiel in den Niederlanden oder den USA, eine breitere Akzeptanz finden (Meijers-Heijboer et al. 2000, Hartmann et al. 1999). Die prophylaktische Entfernung der Brust senkt das Erkrankungsrisiko um 90 bis 95 Prozent (Hartmann et al. 1999, Eisen et al. 2000, Rebbeck et al. 2004). Die Durchführung einer subcutanen Mastektomie sollte vermieden werden, da dabei unweigerlich Drüsengewebe retromamillär belassen wird. Empfohlen wird die totale und ggf. die hautsparende Mastektomie mit simultaner Rekonstruktion. Die prophylaktische Ovarektomie hat neben der Senkung des Risikos an einem Ovarialkarzinom zu erkranken um etwa 97 Prozent, den

Effekt, das Risiko für ein Mammakarzinom um 50 bis 60 Prozent zu vermindern (Rebbeck et al. 2002). Die prophylaktische Ovarektomie sollte die Entfernung der Tuben mit einschließen und erfolgt nach Abschluss der Familienplanung ab dem 35. Lebensjahr. Die Durchführung einer Hormonersatztherapie nach erfolgter prophylaktischer Ovarektomie bis zum 50. Lebensjahr erhöht das Brustkrebsrisiko nicht (Armstrong et al. 2004). Eine noch unveröffentlichte neuere Untersuchung zeigt bei 408 Mutationsträgerinnen eine Risikoreduktion für das Mammakarzinom ohne nachfolgende Hormonersatztherapie von 68% und mit HRT von 64 Prozent (Rebbeck et al., in press).

Medikamentöse Prävention

Als Möglichkeit der medikamentösen Prävention können sich postmenopausale Frauen mit einem erhöhten Mammakarzinomrisiko seit Anfang des Jahres 2005 für die Teilnahme an der IBIS-II Studie entscheiden. In dieser doppelblind randomisierten Studie nehmen die Teilnehmerinnen für 5 Jahre entweder den Aromatasehemmer Arimidex oder ein Placebo ein. In Studien über das Auftreten von kontralateralen Mammakarzinomen bei *BRCA1*- und *BRCA2*-Mutationsträgerinnen konnte bereits die Reduktion des Risikos für die

Erkrankung auf der Gegenseite um 43 bis 75 Prozent gezeigt werden (Metcalf 2004, Narod 2000).

BRCA1-assoziierte Mammakarzinome sind unabhängig vom Erkrankungsalter der Patientin und vom Grading des Tumors signifikant häufiger Hormonrezeptoren-negativ (Foulkes et al. 2004). Trotzdem gibt es zahlreiche Hinweise auf die Hormonabhängigkeit *BRCA1*-assoziiierter Karzinome. Eine Schwangerschaft und die Stillzeit führen zur Differenzierung der Brustdrüse und senken normalerweise längerfristig das Karzinomrisiko nach vorübergehendem Anstieg (Jernström et al. 2004). *BRCA1*-Mutationsträgerinnen scheinen jedoch nicht von einer Schwangerschaft zu profitieren (Friedman et al. 2005). Zudem wird die Steigerung des Erkrankungsrisikos durch die Einnahme oraler hormonaler Kontrazeptiva über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahre um den Faktor 1,33 beschrieben (Narod et al. 2002).

Therapie der *BRCA*-assoziierten Tumore

Ob die Durchführung einer brusterhaltenden Operation angesichts des hohen Risikos für ein Zweitkarzinom der Brust und damit auch eines ipsilateralen Karzinoms bei Mutationsträgerinnen ausrei-

Zweitkarzinom/Rezidiv nach Mammakarzinom bei <i>BRCA1</i> und <i>BRCA2</i> Mutationsträgerinnen
Metcalf et al., <i>J Clin Oncol</i> , 2004
<u>491 Mutationsträgerinnen mit Mammakarzinom Stadium I oder II, medianes Follow up 9,2 Jahre</u>
- 191 Frauen mit BET
- 254 Frauen mit Ablatio mammae
- 106 Frauen mit proph. MX kontralateral
- 209 Frauen mit proph. OvX insgesamt
- 107 Frauen mit proph. OvX bei intakter kontralateraler Mamma
- 144 Frauen mit Hormontherapie (Tamoxifen)
- 221 Frauen mit postoperativer Radiatio
<u>Ergebnisse:</u>
-106 Frauen mit kontralateraler MX : 1 Karzinom der Thoraxwand
-336 Frauen mit intakter kontralateraler Mamma: 97 kontralaterale Karzinome (29,5%), Median 5,5 Jahre
-188 Frauen mit BET: 21 ipsilaterale Rezidive/Zweitkarzinome (11,5%)
<u>Kontralaterales Mammakarzinom (10-Jahresrisiko):</u>
Ohne präventive Maßnahmen: <i>BRCA1</i> 43,6% und <i>BRCA2</i> 34,6%.
Nach prophylaktischer OvX oder Tamoxifen: <i>BRCA1</i> 18,8% und <i>BRCA2</i> 13,1%.
Risikoreduktion bei <i>BRCA1/2</i> durch Ovarektomie 59%, durch Tamoxifen 38%.

Abbildung 5

chend ist, war lange Zeit auf Grund kleiner Fallzahlen ungeklärt. Die oben bereits erwähnte große multizentrische kanadisch/amerikanische Studie von Metcalfe et al. wertete das klinische Follow up von 491 *BRCA1* oder *BRCA2*-Mutationsträgerinnen, die an einem Mammakarzinom im Stadium I oder II erkrankt waren aus (Abbildung 5). Nach erfolgter postoperativer Radiatio wurde nach einer Beobachtungszeit von 10 Jahren das Auftreten eines ipsilateralen Karzinoms bzw. eines Rezidivs bei 21 von 188 Frauen nach einer brusterhaltenden Operation beobachtet (*BRCA1*: 9,1 Prozent, *BRCA2*: 14,6 Prozent). Auch neuere noch unveröffentlichte Daten von Pierce et al. unterstützen die Möglichkeit der BET bei Mutationsträgerinnen. Bei einem Vergleich von 180 Mutationsträgerinnen mit 496 Frauen mit sporadischen Mammakarzinomen waren die In-Brust-Rezidive/Zweitkarzinome beim sporadischen Mammakarzinom sogar etwas häufiger. Die prophylaktische Ovarektomie senkt zudem sowohl das ipsilaterale als auch das kontralaterale Zweitkarzinomrisiko signifikant ($p=0,00001$ und $p<0,0001$). In der Studie von Metcalfe et al. erkrankten 97 von 336 Frauen mit intakter kontralateraler Brust innerhalb von 10 Jahren an einem kontralateralen Zweitkarzinom (29,5 Prozent). Die Risikoreduktion durch eine prophylaktische Ovarektomie betrug 59 Prozent und war noch deutlicher, sofern die Operation vor dem 50. Lebensjahr erfolgte. Die Reduktion des Risikos durch eine Hormontherapie mit Tamoxifen war mit 38 Prozent geringer, und nur grenzwertig signifikant ($p=0,05$). Dagegen beschreibt Narod et al. 2000 anhand einer Fall-Kontrollstudie mit 384 einseitig erkrankten versus 209 bilateral erkrankten *BRCA1/BRCA2*-Mutationsträgerinnen die Reduktion des Risikos für ein kontralaterales Karzinom um 75 Prozent bereits nach 2 bis 4 Jahren Tamoxifeneinnahme. Vor diesem Hintergrund erscheint die sekundäre prophylaktische Mastektomie nur im Rahmen der Risikoreduktion für das Zweitkarzinom der kontralateralen

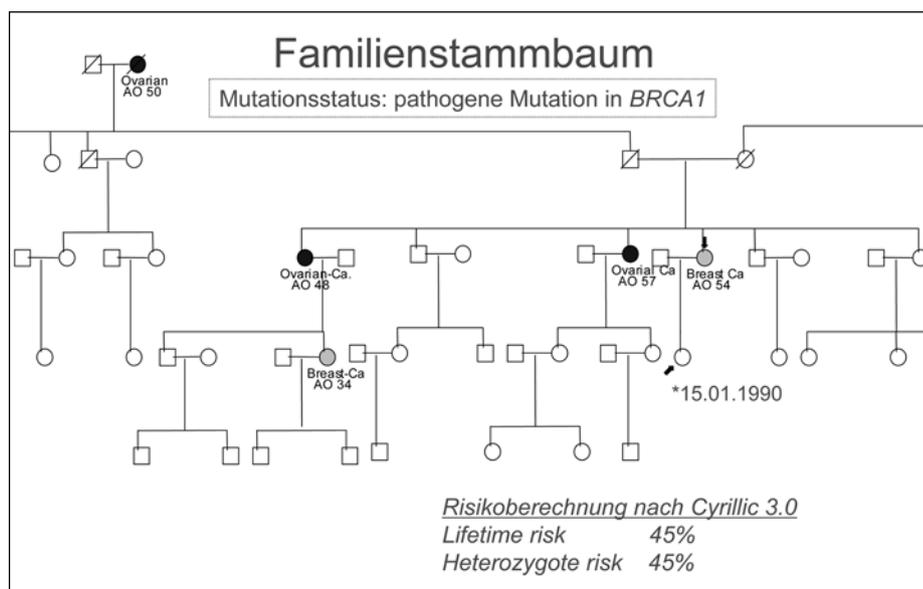


Abbildung 6

Brust unter kosmetischen Aspekten eventuell indiziert.

Fallbeispiel

Eine 54-jährige Frau stellte sich in unserer Tumorrisikosprechstunde vor. Im Rahmen der humangenetischen Beratung wurde der Stammbaum (Abbildung 6) erstellt und nach dem Computerprogramm Cyrillic ihr individuelles Risiko berechnet. Sie selbst war gesund. Zwei ihrer Schwestern sind 57- und 48-jährig an einem Ovarialkarzinom erkrankt. Eine Nichte ist 34-jährig an einem Mammakarzinom erkrankt und die Großmutter väterlicherseits ebenfalls 50-jährig an einem Ovarialkarzinom. Ihr individuelles Risiko selbst an einem Mammakarzinom zu erkranken betrug 18 Prozent. Das Heterozygotenrisiko, das heißt die Wahrscheinlichkeit Trägerin einer pathogenen Genvariante zu sein, entsprach 32 Prozent. Die molekulargenetische Untersuchung einer der an Ovarialkarzinom erkrankten Schwestern ergab das Vorliegen einer Mutation im *BRCA1*-Gen, welche auch bei unserer Patientin nachweisbar war. Zu ihrem ersten Termin des intensivierten Vorsorgeprogramms wurde bereits zunächst mittels MRT und dann auch sonografisch

nachvollziehbar eine abklärungsbedürftige Struktur im unteren äußeren Quadranten der rechten Mamma identifiziert und in Folge operativ abgeklärt. Es handelte sich um ein 9 mm großes, nodal negatives, ductales Karzinom, welches Östrogenrezeptor-negativ jedoch Progesteronrezeptor-positiv und Her2-neu-negativ war. Auf Wunsch der Patientin erfolgte die brusterhaltende Operation. Daran schließt sich derzeit die adjuvante Chemo- und Hormontherapie mit Tamoxifen sowie Radiatio der Restbrust an. Die prophylaktische Entfernung der Ovarien wurde von der Patientin selbst bereits vor ihrer Erkrankung angestrebt und ist nach Abschluss der Chemotherapie geplant. Unsere Patientin wird zur frühzeitigen Erkennung eines ipsi- oder kontralateralen Karzinoms weiterhin am intensivierten Vorsorgeprogramm teilnehmen. Die derzeit 15-jährige Tochter der Patientin ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent Trägerin der Mutation im *BRCA1*-Gen. Die eigene prädiktive Testung ist ab dem 18. Lebensjahr möglich. Sollte sie nicht Trägerin der Mutation sein, entspricht ihr lebenslanges Risiko lediglich dem der Normalbevölkerung von 10 Prozent. In Abhängigkeit von

einem positiven Mutationsstatus wird ihr zu frühzeitiger Familienplanung und einem Verzicht auf orale hormonale Kontrazeptiva geraten. Die intensivierte Vorsorge mit jährlicher MRT der Mamma und halbjährlicher Sonographie beginnt im 25. Lebensjahr. Nach abgeschlossener Familienplanung bzw. nach dem 35. Lebensjahr wird die prophylaktische Salpingoovarektomie mit Durchführung einer Hormonersatztherapie bis zum 50. Lebensjahr empfohlen. Daran wird sich voraussichtlich die hormonelle Prävention mit Tamoxifen oder einem Aromatasehemmer für 5 Jahre anschließen.

Neue Therapieansätze

Die zielgerichtete Therapie der HER2neu-überexprimierenden Karzinome mit dem Antikörper Herzeptin macht die Bedeutung der Definition von genetisch determinierten Subgruppen deutlich. Gen-Expressionsstudien mittels DNA-Microarray sind sowohl dafür als auch für die

Identifizierung neuer Zielstrukturen der „targeted therapy“ die Voraussetzung. Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei *BRCA1*-assoziierten Karzinomen um einen eigenen Subtyp der Mammakarzinome handelt. Ihr Merkmal sind überwiegende Hormonrezeptornegativität und fehlende Überexpression von HER2neu, dagegen erhöhte EGFR-Expression, c-MYC-Amplifikation und vermehrtes Auftreten von TP53-Mutationen. Durch weiterführende Untersuchungen an Tumormaterial (mit Bezug zum klinischen Verlauf) und durch Screening auf präneoplastische Läsionen an prophylaktisch entnommenen Organen können zukünftig Methoden entwickelt werden, wodurch die beschriebenen operativen und hormonellen Maßnahmen der Prävention auf lange Sicht an Relevanz verlieren.

Kontakt

Ob die Kriterien zur Studienteilnahme erfüllt sind wird in allen Zentren des

Konsortiums zunächst im Rahmen eines Telefoninterviews festgestellt. Die Adressen sind im Internet unter www.krebshilfe.de veröffentlicht. Im Zentrum Dresden erfolgt das Interview unter der Telefonnummer 0351 458-2864 durch das Studiensekretariat des Brustzentrums der Universitätsfrauenklinik. Die Voraussetzung zur molekularen Analyse der Brustkrebsgene *BRCA1* und *BRCA2* sowie weitere Informationen können auf der Internetseite der Universitätsfrauenklinik Dresden, <http://frauen.uniklinikum-dresden.de>, unter den Sprechstunden des Brustzentrums eingesehen werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:
Dr. med. Karin Kast
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Karin.Kast@uniklinikum-dresden.de
Tel.: 0351 4584737

50 Jahre stationäre Psychotherapie im Erzgebirgswald

Zur Geschichte der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Erlabrunn/Erzgebirge

Stationäre Psychotherapie existiert zwar nicht nur in Deutschland, sie hat aber in Deutschland eine besondere Ausprägung erfahren. Stationäre Psychotherapie wird angeboten in Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Bei allen berufspolitischen Querelen der letzten Jahre, bei allen finanziellen Schwierigkeiten im Gesundheitswesen hat sich doch die stationäre Psychotherapie in Deutschland als beispielhaft und lebensfähig erwiesen. Aber erst in den letzten 3 bis 4 Jahr-

zehnten hat sich stationäre Psychotherapie auch sehr expansiv entwickelt sowohl in der alten Bundesrepublik als auch in der damaligen DDR. Einmal dadurch, dass sich die Psychiatrie, die über viele Jahre ein recht problematisches Verhältnis zur Psychotherapie hatte, diesen wesentlichen Bestandteil ihrer therapeutischen Strategien intensiv ausbaut, zum anderen durch die gewaltige Entwicklung des Sektors der psychosomatischen Rehabilitation, in dem heute fast 13000 Betten angeboten werden. Hinzu kommt ein sich langsam starker Anteil von Betten im Krankenhausbereich des Fachgebietes Psychosomatische Medizin. Im Jahre 2001 gab es in diesem Sektor 3205 Betten (Zaudig 2004). Damit allerdings ist der Bedarf an psychosomatischer Kranken-

hausbehandlung nicht zu befriedigen. Auf längere Sicht ist daher ein Zuwachs an Krankenhausbetten und tagesklinischen Therapieplätzen im Fachgebiet zu erwarten.

Dabei ist es nun interessant, einmal auf die Wurzeln stationärer Psychotherapie zu schauen. Die heutige Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Kliniken Erlabrunn gGmbH im sächsischen Erzgebirge ist dafür ein Beispiel. Die Anfänge der stationären Psychotherapie in Erlabrunn gehen in das Jahr 1955 zurück. Damit gehört Erlabrunn zu den ältesten Psychotherapie-Kliniken in Deutschland überhaupt. Als älteste universitäre Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, gegründet 1950, gilt wohl Heidelberg (Zaudig 2004).



Abb. 1: Luftbild der Kliniken Erlabrunn gGmbH. Im Vordergrund Haus I (Haupthaus), im Hintergrund Haus II mit der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik.

Die Klinik für psychogene Störungen in Berlin 1948, das Krankenhaus für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Landes Niedersachsen in Tiefenbrunn bei Göttingen 1949 und die Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg als Krankenhaus für psychosomatische/psychoanalytische und sozialpsychiatrische Medizin 1950 sind die ältesten stationären Einrichtungen im außeruniversitären Bereich (Zaudig 2004).

In Sachsen selbst war die Psychotherapie-Abteilung der Universitätsnervenklinik Leipzig unter Müller-Hegemann 1953 die erste stationäre Einrichtung, dann folgte schon Erlabrunn und erst Anfang der 60er Jahre die Psychotherapieabteilung im Stadt Krankenhaus Dresden-Neustadt unter Born.

Durch den Uranbergbau, der seine Entstehung dem kalten Krieg und dem Atomrüstungswettlauf zwischen den USA und der Sowjetunion verdankt, kam es zu einem letzten großen „Berggeschrey“ im sächsischen Erzgebirge – zunächst im Raum Johanngeorgenstadt/Aue. Unmittelbar nach dem Krieg wurden Tausende von Bergar-

beitern zwangsverpflichtet und anfangs nur notdürftig untergebracht. Dies in einem Gebiet, das vorher dünn besiedelt war und keine ausreichende stationäre medizinische Versorgung hatte. Somit bestand die Notwendigkeit, schnellstens stationäre Kapazitäten zu schaffen. Diesem Druck verdankt das damalige Bergarbeiterkrankenhaus in Erlabrunn seine Entstehung. Es war der erste Krankenhausneubau nach dem Kriege in der DDR – 1951 eingeweiht. Es existierte aber bereits seit 1949 ein Vorläufer-Krankenhausneubau, in dem unterschiedliche Fächer untergebracht waren. Mitte der 50-er Jahre war vor allen Dingen eine große Medizinische Klinik unter der Leitung von Dr. Mährlein strukturbestimmend. Es ist nun der Weitsicht von Dr. Mährlein zu danken, dass er bereits im Jahr 1955 eine sogenannte Pawlow-Station einrichten ließ. Dieser Name war selbstverständlich auch der politischen und wissenschaftspolitischen Situation geschuldet, in der die Lehren Pawlows, in Verbindung mit rationaler Psychotherapie, einen rational und physiologisch gedachten Zugang zu

funktionellen Erkrankungen schaffen sollten. Das war als Alternative für die als bürgerliche Pseudowissenschaft verunglimpft Psychoanalyse und Psychosomatik gedacht. Diese sogenannte Pawlow'sche Schlaftherapie wurde auch andernorts Gründungsmythos von Kliniken, so zum Beispiel in den fünfziger Jahren der sogenannten Pawlowklinik Augustusburg bei Chemnitz, damals Karl-Marx-Stadt.

Dass aber in einem Bergarbeiterkrankenhaus mitten im Erzgebirgswald mit den drängenden aktuellen Problemen in der Versorgung der Bergarbeiter mit den vielen Berufskrankheiten, chronischen Lungenkrankheiten, Arbeitsunfällen und anderem, an die Notwendigkeit eines auch psychotherapeutischen Herangehens in der Inneren Medizin gedacht wurde, ist schon bemerkenswert und verdienstvoll. Diese sogenannte Pawlow-Station gehörte zur Medizinischen Klinik und nahm seit ca. September 1955 Patienten auf.

Am 1.1.1956 war dann der Dienstbeginn des ersten psychologischen Leiters und Psychotherapeuten. Wir betrachten daher das Datum 1.1.1956 als Beginn der stationären Psychotherapie in Erlabrunn.

Der erste Leiter war Herr Diplom-Psychologe Dr. phil. Siegfried Schnabl. In diesen ersten Jahren arbeitete die Psychotherapie in aller Stille im Schutze der Medizinischen Klinik. Eine Vergrößerung und Erweiterung des therapeutischen Herangehens geschah schrittweise. Es war aber ein nicht zu überschätzender Vorteil für die jungen Ärzte in der Medizinischen Klinik, dass durch den ständigen Kontakt mit der konkreten psychodiagnostischen Arbeit der mittlerweile zwei Psychologischen Psychotherapeuten psychosomatische Denkweisen in der Alltagsarbeit vermittelt wurden. Folgerichtig gingen aus den Reihen der Assistenzärzte der Medizinischen Kliniken des Krankenhauses Erlabrunn mehrere spätere Psychotherapeuten hervor.

In den 70-er und 80-er Jahren erfolgte dann eine doch stürmische Entwicklung der Psychotherapie in Erlabrunn. Die bis-

herige Psychotherapieabteilung der Medizinischen Klinik wurde als Klinik für „Funktionelle Erkrankungen“ selbständig. Die Mitarbeiter unterzogen sich den in der DDR möglichen und üblichen Ausbildungen in den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden durch die Methodensektionen der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR. Sie wurden vor allen Dingen geprägt durch die über 300-stündige Selbsterfahrung in „Intendierter Dynamischer Gruppenpsychotherapie“ bei Höck sowie durch die Ausbildung in „Regulativer Musiktherapie“ bei Christoph Schwabe. Das ermöglichte es bis Mitte der 80-er Jahre ein therapeutisches Klinikregime aufzubauen, in dem sowohl geschlossene Psychotherapiegruppen für neurotische Patienten mit Psychogeneseinsicht und hervortretender interpersoneller Beziehungsproblematik in der „Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie“ und ebenso in geschlossenen Gruppen Patienten mit organbezogenem Krankheitserleben ohne jede Psychogeneseinsicht in einem in Erlabrunn entwickelten, von uns symptomzentriert genannten Gruppenpsychotherapiekonzept behandelt werden konnten. Hinzu kamen alle Verfahren der Einzelpsychotherapie, einschließlich Hypnosen, katathymem Bilderleben und tiefenpsychologisch angelegter Gesprächspsychotherapie. Der Erfolg der Klinikarbeit konnte in einer umfangreichen katamnestischen Nachbefragung von zwei Jahrgängen belegt werden (Schwabe und Röhrborn 1996). So befand sich die Klinik in der Wendezeit in einer konsolidierten Situation. Es existierten sehr lange Wartelisten, zum Teil mussten Patienten 1 bis 2 Jahre auf eine Behandlung warten. Die Wende brachte viele Verunsicherungen und Änderungen im Krankengut, so blieb zum Beispiel die große Gruppe der Lehrer weitgehend aus. Es kamen überwiegend depressive Patienten mit Ängsten – in aller Regel durch die Verunsicherung der Wendesituation wie Arbeitslosigkeit, zer-

brochene Familien als Auslösesituation – zur Aufnahme. Zwar schmolz die Warteliste etwas ab, aber trotz Verdoppelung der Bettenzahl – zunächst auf 60 Mitte der 90-er Jahre, jetzt auf 63 – besteht immer noch eine gewisse Wartezeit zur Aufnahme. Das Klinikskonzept musste nicht grundlegend geändert werden. Wir stellen nach wie vor zwei tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapiekonzepte (siehe oben) in geschlossenen Gruppen zur Verfügung, haben auch durch Gespräche mit den Krankenkassen erreichen können, dass zweimalige stationäre Nachbehandlungen von jeweils drei Tagen mit der gesamten Gruppe möglich blieben. Die Einzelpsychotherapie bezieht sich vor allem auf tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie mit Begleittherapien, auch auf Verhaltenstherapien, nach 14-tägiger Diagnostik und Probetherapie vereinbart. Mitte bis Ende der 90-er Jahre war auch eine Rekonstruktion der Klinik abgeschlossen. Es stehen jetzt drei Stationen zur Verfügung, die in sich eine Binnenspezialisierung aufweisen, insbesondere ist zu erwähnen eine sogenannte Jugendstation für Patienten mit Essstörungen, Selbstverletzungen, oft auf der Grundlage von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die materiellen Bedingungen sind gut geworden. Ein Spezialtherapietrakt für Ergo-, Musik- und Physiotherapie gibt beste Voraussetzungen für die Begleittherapien. Nach wie vor vertreten wir ein integratives Therapiekonzept, in dem nach Differenzialdiagnostik störungsspezifisch und individuell Therapiepläne erstellt und mit dem Patienten vereinbart werden. Die Mitarbeiterzahl hat sich vergrößert, obwohl, derzeit deutet sich ein Generationenwechsel an. Vor nunmehr zwei Jahren wurde der Leitende Psychologe der Klinik nach 40-jähriger Dienstzeit in den Ruhestand verabschiedet. Weitere ärztliche Psychotherapeuten stehen vor dem Übergang in den Ruhestand. Motivierte, fähige, junge Mitarbeiter prägen zunehmend das Bild und den Ruf der Klinik.

Wir sind der Auffassung, dass stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhaus unverzichtbar ist, dass auch der Typ der großen Klinik nicht aussterben sollte. Denn in diesen Kliniken mit den Möglichkeiten der Spezialisierung und der Arbeit in methodischer Vielfalt sind gute Bedingungen nicht nur für die Betreuung der Patienten, sondern auch für eine gute Ausbildung des therapeutischen Nachwuchses und auch der Schwesternschaft gegeben, eine wissenschaftliche Begleitung der Arbeit ist möglich und essenziell. Wir hoffen daher, dass auch in den nächsten 50 Jahren die positive Entwicklung bei allen Schwierigkeiten der Finanzierung des Gesundheitswesens fortgesetzt werden kann. Sowohl epidemiologische Untersuchungen als auch die tägliche klinische Erfahrung zeigen, dass Psychotherapie zwar nicht billig, fehlende Psychotherapie – vor allen Dingen bei den vielen Patienten mit körperlicher Symptomatik ohne Psychogeneseinsicht, deren Leid durch rein medikamentöse Maßnahmen keine ausreichende Linderung erfährt – dagegen sehr teuer ist.

Literatur:

Festschrift
„1951 – 2001
50 Jahre Krankenhaus Erlabrunn“
Eigenverlag, 2001

Schwabe, Chr. und Röhrborn, H. (Hrsg.)
„Regulative Musiktherapie. Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin“
Gustav Fischer Verlag Jena, 1996

Zaudig, M. (2004)
„Fünfzig Jahre psychosomatische
Krankenhausbehandlung“
Z Psychosom Med Psychother 50,
S. 355 – 375

Dr. med. Helmut Röhrborn
Kliniken Erlabrunn gGmbH
Am Märzenberg 1 A
08359 Breitenbrunn

Prof. Dr. med. habil. Herbert Theile zum 75. Geburtstag



Am 26. August 2005 wurde Professor Dr. Herbert Theile mit einem Symposium „Phenylketonurie – Gestern – Heute – Morgen“ anlässlich seines 75. Geburtstages geehrt. Er hat das Fachgebiet Humangenetik wesentlich geprägt und erhielt 1977 die erste Professur für Humangenetik in der DDR, ein Meilenstein in der Entwicklung dieses bis dahin als Lehr- und Ausbildungsfach nicht existierenden Gebietes und Anlass, den beruflichen Weg und die Leistungen von Herbert Theile zu würdigen.

Er wurde am 2. Juli 1930 in Chemnitz geboren, besuchte dort Grund- und Oberschule, legte 1949 das Abitur ab, begann im gleichen Jahr in Leipzig ein Medizinstudium und bestand 1954 das Staatsexamen. Nach der Pflichtassistentenzeit nahm er 1955 eine Ausbildung in Physiologischer Chemie auf und wechselte nach deren Abschluss 1959 an die Univ.-Kinderklinik. Hier übertrug ihm Prof. S. Liebe bald die Leitung des Labors. Zahlreiche neu aufkommende Methoden wurden von ihm eingearbeitet. H. Theiles Arbeitsstil war gekennzeichnet vom Streben nach Effizienz, Exaktheit, Pünktlichkeit und der Fähigkeit zu raschen präzisen Entscheidungen, womit er sich höchste Anerken-

nung bei den Mitarbeiterinnen im Labor und darüber hinaus an der Klinik erwarb. Er wurde von S. Liebe daraufhin beauftragt, eine Abteilung „Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten“ aufzubauen. Publikationen zu angeborenen Stoffwechselstörungen speziell zur Phenylketonurie zeigen, wie sich H. Theile zunehmend diesen Erkrankungen zuwandte. So ging 1974 aus der Abteilung „Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten“ die Abteilung „Stoffwechsel und Genetik“ hervor. In einem kurz gefassten Buch, das 1971 beim Thieme-Verlag in Leipzig erschien, stellte er den damaligen Wissensstand über Ernährungsstörungen dar. Zusammen mit Udo Steiniger hat er die ‚Funktionsdiagnostik im Kindesalter‘ herausgegeben, die 1979 in einer ersten und 1980 in einer zweiten Auflage beim Thieme-Verlag, Leipzig, erschienen ist und jahrelang im deutschsprachigen Raum das Standardwerk auf diesem Gebiete darstellte.

Theile war von den neuen Erkenntnissen über angeborene Stoffwechselkrankheiten fasziniert. Hier konnte er seine biochemischen Kenntnisse, aber auch seine Tatkraft und organisatorischen Fähigkeiten umsetzen. Mit Prof. Alwin Knapp gewann er einen Mitstreiter, dem es gelang, ein phenylalaninarmes Eiweißhydrolysat zu entwickeln. Gleichzeitig bemühte er sich erfolgreich um die Einführung des „Windeltests“ zur Frühdiagnostik der PKU. Die Arbeit von Herrn H. Theile in der von A. Knapp geleiteten Forschungsgruppe wurde 1974 mit der Verleihung des Nationalpreises der DDR anerkannt.

Er gewann interessierte Mitarbeiter, und es gelang, Zellzüchtung, Zytogenetik und Molekulargenetik zu etablieren. Herbert Theile wurde auch für die Besetzung von pädiatrischen Lehrstühlen berücksichtigt, was für einen parteilosen Wissenschaftler nicht selbstverständlich war. Als er sich 1977 um den 2. Lehrstuhl an der Medizi-

nischen Akademie Erfurt bewarb, wurde ihm vom Rektor in Leipzig eröffnet, dass er keine Freistellung erhalten werde, da er in Leipzig das Gebiet der Humangenetik aufbauen sollte.

Er besaß die Venia legendi für Kinderheilkunde und erhielt von der Leipziger Fakultät die Lehrbefähigung für Humangenetik. 1977 wurde ihm die erste Professur für Humangenetik in der DDR verliehen, und er entschied sich, eine ‚Abteilung Humangenetik‘ an der Kinderklinik aufzubauen, wo er über qualifizierte Mitarbeiter und Labors verfügte.

Die Räume in Leipzig-Dösen wurden allmählich zu eng. Herr Theile fand neue Arbeitsmöglichkeiten in der Universitätsfrauenklinik, wo 1994 die Arbeit aufgenommen wurde.

Die Abteilung wurde danach aus der Kinderklinik herausgelöst und in ein selbständiges Institut für Humangenetik umgewandelt, zu dessen Direktor H. Theile rückwirkend zum Beginn des Studienjahres 1993/1994 bestellt wurde. Die Berufung eines Nachfolgers verzögerte sich, und Herr Theile blieb für weitere zwei Semester im Amt, ehe er 1996 in den verdienten Ruhestand getreten ist.

Auf dem eingangs erwähnten Symposium hat er mit einem Vortrag, in dem er einen Rückblick auf seine jahrzehntelange Beschäftigung mit der PKU gegeben hat, und dabei vor Engagement, Spritzigkeit und Humor sprühte wie in früherer Zeit, seine ehemaligen Mitarbeiter, Kollegen und Freunde tief beeindruckt und erfreut. Wir wünschen Herbert Theile, dass ihm diese Eigenschaften noch viele Jahre erhalten bleiben, und er und seine Frau Inge bei bester Gesundheit Erfüllung im gemeinsamen Ruhestand finden mögen.

Prof. Dr. med. habil. Helmut Willgerodt
Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller zum 65. Geburtstag



Am 20. Januar 2006 beging Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, mit Leib und Seele Kinderarzt und Hochschullehrer, Inhaber der Stiftungsprofessur für Wachstum und Entwicklung an der Universität Leipzig und engagierter Verfechter der ärztlichen Selbstverwaltung, seinen 65. Geburtstag.

Er wurde 1941 in Eisenberg/Thüringen geboren und studierte nach dem Abitur in Altenburg in Leipzig Medizin und promovierte hier 1967 zum Dr. med. Schon während der Facharztweiterbildung von 1968 bis 1972 an der von Prof. S. Liebe geleiteten Leipziger Universitätskinderklinik beteiligte er sich an den Sprechstunden für Kinder mit endokrinen Erkrankungen und Wachstumsstörungen, aus denen später die Abteilung Endokrinologie entstand, an der er 1982 Oberarzt wurde. Als begeisterter Kinderarzt vertrat er in seiner praktischen Arbeit eine ganzheitliche Betreuung der Patienten mit der ihm eigenen Beharrlichkeit und Geradlinigkeit. Und auch das zeichnet seine Arbeitsauffassung aus: Kollegialität, Offenheit, Ehrlichkeit und Warmherzigkeit.

1980 habilitierte er sich gemeinsam mit Peter Bührdel mit einer experimentellen Arbeit zur Plazentainsuffizienz. Er wandte sich zunehmend der pädiatrischen Endokrinologie zu und gehörte 1974 zu den Gründungsmitgliedern der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Endokrinologie

der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Daneben galten seine Interessen auch gastroenterologischen und Stoffwechselproblemen, insbesondere angeborenen Störungen des Fettstoffwechsels. Der Diagnostik und Therapie des Kleinwuchses nahm er sich mit beispielhaftem Einsatz an. In dem Bestreben, anstehende Probleme umfassend zu lösen, entwickelte er zusammen mit der Industrie patentierte Präzisionsinstrumente zur Messung der Körpergröße. Von 1983 bis 1984 sammelte er als Gastprofessor am Gondar-College of Medical Science der Universität Addis-Abeba wichtige Erfahrungen in Lehre und Praxis. Nach Studienaufenthalten bei J. Tanner, J. Buckler und M. Preece in England und bei A. Prader in Zürich wurde er 1986 zum Hochschuldozenten berufen. Ebenfalls 1986 wurde er Studienleiter für die Erprobung von gentechnischem Wachstumshormon und fungierte später als Principal investigator bei vielen nationalen und internationalen klinischen Studien und Anwendungsbeobachtungen. Sie sind dank seiner ausgezeichneten organisatorischen Fähigkeiten in ihrer Exaktheit und Qualität beispielhaft gewesen und verschafften ihm hohe Anerkennung in Fachkreisen. 1992 war er der Mitbegründer der Mitteldeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Endokrinologie. 1994 erfolgte die Berufung auf eine C3-Stiftungsprofessur für Wachstum und Entwicklung. Mit seiner umfangreichen klinischen Erfahrung erkannte er frühzeitig den genetischen Hintergrund verschiedener Wachstumsstörungen, der dann in jüngster Zeit bestätigt werden konnte. Die endokrinologische Diagnostik erfolgte weiterhin auf der durch seine Initiative hin geschaffenen Tagesstation. Er ist Autor und Seniorautor zahlreicher Publikationen zu aktuellen auxologischen Fragen in renommierten internationalen Zeitschriften und hat auf nationalen und internationalen Kongressen wichtige Beiträge zu auxologischen Themen geleistet. So wurde er 2004 auch Mitinhaber des International Award for Excellence in Published Clinical Research der Endocrine Society.

In der Ausbildung der Studenten und in etlichen, teilweise schon zur Tradition gewordenen Fortbildungsveranstaltungen beweist er sich als begeisterter akademischer Lehrer und hat dabei auch den Grund gelegt für die spätere vertrauensvolle Zusammenarbeit in dem von ihm seit 1997 aufgebauten „CrescNet“. Desse Gründung basiert auf seiner Initiative in der Landesärztekammer Sachsen von 1992 zur Sicherstellung der optimalen Betreuung von chronisch kranken Kindern. In diesem international einmaligen Netzwerk sind derzeit 297 niedergelassene Kinderärzte und 14 pädiatrische Endokrinologen aus ganz Deutschland mit der Datenbank an der Universitätskinderklinik Leipzig mit dem Ziel der frühestmöglichen Erkennung von Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung verbunden. Es ermöglichte auch die Etablierung eines Präventionsprogrammes für Adipositas. Trotz dieser umfangreichen Aktivitäten hat er nach der Wiedervereinigung Deutschlands die Verantwortung für die ärztliche Selbstverwaltung erkannt. Er wurde Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Leipzig und ist seit 1999 deren Vorsitzender. Eberhard Keller ist seit 1990 Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer. Auf mehreren Deutschen Ärztetagen hat er die Interessen der sächsischen Ärzteschaft vertreten. Er erhielt im Jahre 2004 die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Seit 1967 ist er verheiratet und hat zwei Töchter und drei Enkelkinder. Seine Frau hat als Kollegin viel Verständnis für sein berufliches und gesellschaftliches Engagement aufgebracht und freut sich nun auf den gemeinsamen Ruhestand, in dem seine kenntnisreiche Liebe zur Malerei und zur Musik und das Interesse an weiten Reisen eine größere Rolle spielen sollen. Wir wünschen unserem Freund und Kollegen Eberhard Keller dafür beste Gesundheit und ebenso viel Kraft und Initiative, wie sie er bisher in seinem Beruf aufgebracht hat.

Prof. Dr. med. habil. Helmut Willgerodt,
Dr. med. Wolfgang Hoepffner

Prof. Dr. med. habil. Friedrich-Bernhard Spencker zum 65. Geburtstag



Friedrich-Bernhard Spencker wurde am 30. Januar 1941 in Quedlinburg geboren. Nach dem Abitur an der dortigen Oberschule im Jahre 1959 studierte er Humanmedizin an der Universität Leipzig. Das Studium beendete er 1965 mit dem Staatsexamen und der Promotion zum Dr. med. Nach der Pflichtassistenz begann er 1966 die Facharztausbildung am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Epidemiologie der Universität Leipzig (Professor Dr. Dr. Georg Wildführ). Als Facharzt für Mikrobiologie folgte er Georg Wildführ 1970 an das Bezirks-Hygiene-Institut Leipzig und wurde dort Abteilungsleiter. 1979 wechselte er an die Universitätskinderklinik Leipzig (Prof. Dr. W. Braun) und wurde Leiter des Bakteriologischen Labors. In dieser Zeit begann eine intensive und langjährige Zusammenarbeit mit Werner Handrick. Die enge Verknüpfung von bakteriologischer Diagnostik und infektiologischer klinischer Arbeit war in dieser Zeit ein enormer Gewinn für die pädiatrischen Patienten. Sein Bemühen um eine patientenorientierte klinische Mikrobiologie diente als Vorbild für in anderen Kliniken entstandene patientennahe bakteriologisch-infektiologische Labore. Seine zahlreichen Aktivitäten auf dem Gebiet der klinischen Mikrobiologie unter besonderer Berücksichtigung der infektiologischen Probleme der Pädiatrie und

Kinderchirurgie fanden ihren Niederschlag in seiner Promotion B, die er 1988 verteidigte. Es folgten die *Facultas docendi* und die Ernennung zum Oberarzt der Klinik. Nach Umwandlung des Dr. sc. med. zum Dr. med. habil. 1991 folgten 1994 die Verleihung der Lehrbefugnis nach §71 des Sächsischen Hochschulgesetzes und die Ernennung zum Privatdozenten.

1995 wurde F.-B. Spencker zum Professor für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (C3) und stellvertretendem Direktor des Institutes für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie der Universität Leipzig berufen. Dort prägte er die Ausbildung von Weiterbildungsassistenten für das Fach Mikrobiologie nicht nur auf Grund seines umfangreichen Wissens. Allen Fragen stellte er sich stets gern, und es gelang wohl kaum, ihn zu verlassen, ohne eine Antwort bekommen zu haben. Seiner steten, nicht nachlassenden Aufforderung und Motivation an junge Kollegen, sich dem gewählten Fach mit voller Kraft zu widmen, hat mancher die Fertigstellung eines Projektes oder einer Publikation zu verdanken. Professor Spencker ist sicher zudem durch seine umfangreiche Allgemeinbildung und die Vermittlung interessanter medizinischer, historischer und kultureller Inhalte jedem seiner Mitarbeiter in Erinnerung geblieben.

Aus der Feder von Friedrich-Bernhard Spencker stammen über 200 Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften und Fachbüchern. Seine großen Erfahrungen gab er in Vorlesungen und Seminaren an die Studenten weiter. Er führte zahlreiche Studenten (zum Teil gemeinsam mit W. Handrick) zur Promotion.

In der Gesellschaft für Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR war Friedrich-Bernhard Spencker in der Sektion „Infektionskrankheiten, Klinische Mikrobiologie und Medizinische Parasitologie“ tätig und gründete und leitete die AG Klinische Mikrobiologie in der genannten Gesellschaft. Das führte dazu, dass er einerseits bei den Fusionsverhandlungen der oben

genannten Sektion mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie mitwirkte und an der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrischen Infektiologie beteiligt war (Gründungsmitglied). Im Herbst 1990 in Osnabrück bei der Tagung des Berufsverbands der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (BÄMI) setzte Professor Spencker sich für die Belange der Mikrobiologen aus den neuen Ländern ein und konnte dazu beitragen, dass der Einzelbeitritt der überwiegenden Mehrzahl der Kollegen aus den neuen Ländern zügig und unkompliziert erfolgen konnte.

Seit dem Herbst 1990 ist Friedrich-Bernhard Spencker im Vorstand des BÄMI in verschiedenen Funktionen tätig und seit 1998 als Schriftleiter für das Mitteilungsblatt des BÄMI den „Mikrobiologen“ verantwortlich. Seiner beharrlichen Suche nach geeigneten Autoren und dem folgenden hartnäckigen Einfordern von Manuskripten verdankt diese Zeitschrift ein seit Jahren anhaltendes hohes Niveau. Seit Mitte der 90-iger Jahre fungiert er zudem als Landesobmann Sachsen für den BÄMI. Er ist Mitglied zahlreicher deutscher und internationaler Fachgesellschaften.

Privat sind vor allem sein musikalisches Interesse und Engagement, welches in früher Kindheit begann – in seinem Elternhaus wurde rege musiziert – hervorzuheben. Er begann im Alter von fünf Jahren mit dem Klavierspiel und mit 11 Jahren schließlich Cello zu spielen, um das Familienquartett zu komplettieren. Als Mitglied des akademischen Orchesters der Universität Leipzig brachte er es bis zum 1. Cellisten und musiziert seit inzwischen 40 Jahren mit Freude in einer Kammermusikgruppe.

Mitarbeiter, Schüler und Freunde danken Friedrich-Bernhard Spencker für die langjährige produktive Zusammenarbeit, wünschen ihm Gesundheit und noch viele glückliche Jahre mit seiner Frau sowie Freude an seiner Musik, seinen Büchern und viele schöne Reisen.

Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick
PD Dr. med. habil. Grit Ackermann

Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Reimann

* 25. 5. 1920
† 20. 12. 2005



Am 20. 12. 2005 verstarb Professor Dr. Wolfgang Reimann, emeritierter Ordinarius für Gerichtliche Medizin an der Medizinischen Akademie Dresden.

Wolfgang Reimann wurde am 25. Mai 1920 in Atzenbrugg/Österreich geboren. Er legte 1940 in Wien das Abitur ab und nahm anschließend das Medizinstudium an der Martin-Luther-Universität Halle/S. auf, das er 1948 mit dem ärztlichen Staatsexamen erfolgreich beendete. Im gleichen Jahr wurde ihm in Halle die Approbation erteilt.

1949 begann er seine berufliche Tätigkeit als Assistenzarzt am Institut für Gerichtsmedizin der Universität Halle und wurde im gleichen Jahr mit der Dissertation „Kasuistischer Beitrag zur Zwerchfellektomie und andere gerichtsmedizinisch wichtige Missbildungen in Hinblick auf den § 217 StGB“ an der Hallenser Universität promoviert. 1953 wechselte Wolfgang Reimann an die Universität Greifswald, wo er als Oberarzt, später als komm. Leiter des Institutes für Gerichtsmedizin

und Kriminalistik tätig war. Seit 1958 wurde Wolfgang Reimann zum Oberarzt am Institut für Gerichtsmedizin der Humboldt-Universität Berlin unter Professor Otto Prokop ernannt. 1961 erwarb er die Anerkennung als Facharzt für Gerichtliche Medizin und habilitierte sich bereits 1962 zum Thema „Untersuchungen über die agglutinatorischen Prinzipien, deren Gruppen- und Artspezifität an bisher nicht untersuchtem pflanzlichen Material“ an der Humboldt-Universität Berlin. Ein Jahr später wurde er zum Hochschuldozenten für Gerichtliche Medizin berufen.

Zum 1. Januar 1964 folgte Wolfgang Reimann einem Ruf als Professor mit Lehrauftrag für Gerichtliche Medizin und Direktor des Institutes für Gerichtliche Medizin an die Medizinische Akademie Dresden. Er nahm im freistehenden Gebäude (ehemalige Kapelle des Krankenhauses Johannstadt) des Pathologischen Institutes zunächst mit zwei Berliner Oberärztinnen Christiane Kerde und Hildegard Falk die Arbeit auf. Innerhalb eines Jahres zog unter Leitung von Günter Willner die toxikologisch-chemische Abteilung mit acht Mitarbeitern in die fertiggestellten Laborräume ein. Am 1. September 1969 wurde Wolfgang Reimann zum ordentlichen Professor für Gerichtliche Medizin an der Dresdener Akademie berufen.

Das wissenschaftliche Werk lässt sich schwerpunktmäßig den Themen Serologie und Abstammungsbegutachtung, Alkoholforschung und Thanatologie zuordnen. Gemeinsam mit seinem akademischen Lehrer Otto Prokop verfasste er ein unter Studenten und Ärzten der DDR vielbeachtetes Lehrbuch „Vademekum Gerichtsmedizin“, das bereits in der 5. Auflage vorliegt. Sein Interesse galt auch der

forensischen Stomatologie, mit Wolfgang Pilz, Professor für Konservierende Stomatologie, und seinem damaligen Oberarzt, Dieter Krause, schrieb er das Fachbuch „Gerichtliche Medizin für Stomatologen“. Bis 1985 führte Professor Reimann sechs seiner wissenschaftlichen Mitarbeiter zur Habilitation (Christiane Kerde, 1967; Dieter Krause, 1973; Karl-Heinz Frank, 1976; Annelies Klein, 1978; Klaus Lehmann, 1984; Jürgen Eulitz, 1985).

Wolfgang Reimann war in der Dresdener Studentenschaft, zu der auch ich seinerzeit gehörte, für seine lebendigen, anschaulichen Vorlesungen im österreichischen Deutsch berühmt, zumal er sich zu diesen Veranstaltungen immer mit dem Dienstfahrzeug des Institutes fahren lies. Noch bis 1993, also acht Jahre über seine Emeritierung hinaus, war er Vorsitzender der Promotionskommission bis zur Gründung der neu strukturierten Medizinischen Fakultät der TU Dresden. Hunderte Promovenden haben unter seinem Vorsitz den „doctor medicinae“ verliehen bekommen. Seine großen Verdienste um die Gerichtliche Medizin wurden unter anderem durch die Verleihung der Richard-Kockel-Medaille der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin der DDR 1979 gewürdigt.

Zur akademischen Festveranstaltung aus Anlass des 40-jährigen Bestehens des Dresdener Institutes für Rechtsmedizin am 13. Mai 2004 weilte Professor Reimann unter den Ehrengästen. Seine Schüler und die heutigen Mitarbeiter werden den Gründer unserer Einrichtung in dankbarer Erinnerung behalten.

Prof. Dr. med. habil. Jan Dreßler

Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Martin Herbst

* 19.9.1917
† 21.12.2005



Am 21. Dezember 2005 verstarb im Alter von 88 Jahren der Leipziger Herzchirurg und Ehrensensator der Universität Leipzig, Prof. Dr. Martin Herbst, der als einer der Pioniere der Herzchirurgie im Osten Deutschlands gilt und maßgeblich zur Entwicklung der Herz- und Gefäßchirurgie an der Universität Leipzig beigetragen hat.

Der 1917 im sächsischen Seifersdorf geborene Martin Herbst studierte Medizin in Berlin und Würzburg, promovierte

1943 in Würzburg und wurde gleich danach im März 1943 nach Nordafrika eingezogen. Schon im Mai geriet er in britische Gefangenschaft, aus der er 1947 zurückkehrte. Nachdem er drei Jahre in Limbach/Sachsen am dortigen Stadtkrankenhaus tätig war, ging er 1950 an die Universität Leipzig und absolvierte dort seine Facharztausbildung zum Chirurgen. Nach seiner Habilitation 1957 wurde er zunächst zum Dozenten ernannt, 1961 zum Professor mit Lehrauftrag und 1966 zum Professor mit vollem Lehrauftrag. Er musste noch weitere drei Jahre warten, bevor man ihn zum ordentlichen Professor ernannte, obwohl er bereits 1961 Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Universität Leipzig wurde, die er als erste ihrer Art in Europa maßgeblich initiierte. Martin Herbst hatte sich von Anfang an mit seiner wissenschaftlichen Arbeit einen Namen gemacht. So begründete der damalige Leipziger Chefchirurg, Prof. Dr. Herbert Übermuth, 1956 den Antrag auf Beförderung seines Mitarbeiters damit, dass „Dr. Herbst in überdurchschnittlicher und überragender Weise die

Herzchirurgie aufgebaut und entwickelt hat, so dass wir heute sehr erfolgreich alle herzchirurgischen Operationen durchfüh-

ren, welche bisher an Kliniken westdeutscher Spezialisten unter Aufwendung hoher Devisen verwiesen werden mussten.“

Auch international hatte sich Prof. Martin Herbst einen Namen gemacht. „Bis zuletzt besuchten ihn zum Beispiel amerikanische Experten, wenn sie zu Kongressen in Leipzig waren.“, weiß Prof. Dr. Friedrich W. Mohr, renommierter Herzchirurg und Ärztlicher Direktor des Leipziger Herzzentrums.

Seiner Universität blieb Prof. Martin Herbst immer verbunden. Als Ehrensensator besuchte er noch in den letzten Jahren Veranstaltungen der Universität und interessierte sich für ihre weitere Entwicklung. „Als international anerkannter Herzchirurg und Hochschullehrer genoss er hohes Ansehen bei Mitarbeitern, Doktoranden und Studenten.“, würdigt der Rektor der Universität Leipzig, Prof. Dr. Franz Häuser, die Lebensleistung des Arztes, Wissenschaftlers und Hochschullehrers. „Aus seiner Klinik sind Schüler hervorgegangen, die seine Tradition im Lande fortsetzten und das von ihm geschaffene neue Fachgebiet weiter entwickelten. Die Universität Leipzig wird das Andenken an Prof. Herbst stets bewahren“.

Dr. phil. Bärbel Adams

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

01.03.	60 Jahre Dr. med. Heilmann, Johannes 08523 Plauen	21.03.	Dr. med. Müller, Heidemarie 08491 Limbach	30.03.	Dr. med. Krügel, Elisabeth 04178 Leipzig
06.03.	Dr. med. Benedix, Peter 01589 Riesa	22.03.	Müller, Wolf-Rüdiger 01109 Dresden	28.03.	80 Jahre Dr. med. Albert, Karl 08228 Rodewisch
06.03.	Dr. med. Franke, Ullrich 09112 Chemnitz	24.03.	Dr. med. Hentschel, Marlies 01445 Radebeul	28.03.	81 Jahre Dr. med. Dörfelt, Ilse 09394 Hohndorf
10.03.	Dr. med. Gerber, Heinrich 08491 Netzschkau	25.03.	Harrendorf-Weinert, Regina 04442 Zwenkau	29.03.	Dr. med. Heimann, Margot 08058 Zwickau
12.03.	Dipl.-Med. Grahle, Jürgen 02625 Bautzen	27.03.	Dr. med. Frank, Ursula 09599 Freiberg	30.03.	Dr. med. Bergner, Hilda 01099 Dresden
13.03.	Kunath, Regina 08112 Wilkau-Haßlau	27.03.	Dr. med. Kneehans, Steffen 08349 Erlabrunn		
13.03.	Dr. med. Küppers, Peter 01462 Pennrich	28.03.	Prof. Dr. med. habil. Nentwich, Hans-Jürgen 08060 Zwickau		
14.03.	Bothe, Monika 08645 Bad Elster	29.03.	Dr. med. Beeke, Norman 09113 Chemnitz		
15.03.	Dr. med. Hahn, Ingrid 02827 Görlitz	29.03.	Brendler, Ute 02625 Bautzen	05.03.	82 Jahre Dr. med. Trepte, Herbert 01689 Weinböhla
16.03.	Meitsch, Renate 04299 Leipzig	30.03.	Dr. med. Holstein, Siegfried 01936 Königsbrück	09.03.	Dr. med. Liebert, Helga 04451 Panitzsch
17.03.	Dipl.-Med. Schmidt, Ralf-Rainer 04347 Leipzig	31.03.	Dr. med. Busch, Siegwald 08523 Plauen	17.03.	Dr. med. Dieke, Marianne 04107 Leipzig
19.03.	Dr. med. Kupfer, Bernd 08606 Oelsnitz	31.03.	Dr. med. Naumann, Christa 01257 Dresden	18.03.	Dr. med. Nawka, Maria 02627 Radibor
19.03.	Dr. med. Schwenke, Irmhild 01623 Lommatzsch			19.03.	Dr. med. Staudner, Gerd 01217 Dresden
20.03.	Herfurth, Heidrun 04279 Leipzig	02.03.	70 Jahre Dr. med. Stoschek, Hanna 01326 Dresden	23.03.	Dr. med. Mucke, Günther 01099 Dresden
23.03.	Dipl.-Med. Leonhardt, Christine 04155 Leipzig	03.03.	Dr. med. Geissler, Waldemar 01594 Heyda	24.03.	Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Joachim 04155 Leipzig
30.03.	Dr. med. Oestreich, Sonja 09376 Oelsnitz/Erzgeb.	03.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kotte, Wolfgang 01471 Berzdorf	27.03.	Eisner, Ingeborg 04103 Leipzig
		08.03.	Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut 01796 Pirma		
01.03.	Dr. med. Buschbeck, Joachim 08228 Rodewisch	09.03.	Dr. med. Aleksic, Leonore 09122 Chemnitz	08.03.	83 Jahre Dr. med. Viertel, Johanna 09484 Oberwiesenthal
01.03.	Dr. med. Mauersberger, Monika 09600 Weißenborn	09.03.	Dr. med. Dörfel, Gunter 02627 Hochkirch	09.03.	Dr. med. Müller-Stephann, Herbert 08349 Erlabrunn
04.03.	Dr. med. Schädlich, Heide 01187 Dresden	11.03.	Dr. med. Bach, Herta 08371 Glauchau	25.03.	Dr. med. Michaelis, Wolfgang 09366 Stollberg
05.03.	Dr. med. Brunner, Regina 04177 Leipzig	11.03.	Dr. med. Theis, Käte 01277 Dresden		
05.03.	Dr. med. Reinicke, Annerose 07985 Elsterberg	11.03.	Dr. med. Werner, Ilse 09306 Erlau	03.03.	84 Jahre Dr. med. Eichfeld, Werner 04277 Leipzig
06.03.	Dr. med. Mittag, Barbara 04683 Belgershain	11.03.	Prof. Dr. med. habil. Willgerodt, Helmut 04416 Markkleeberg	10.03.	Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus 08058 Zwickau
06.03.	Weidner, Frank 08451 Crimmitschau	12.03.	Dr. med. Jendreschek, Christa 01217 Dresden	18.03.	Dr. med. Kluppach, Harry 04229 Leipzig
07.03.	Fickert, Hans-Erich 08209 Auerbach	13.03.	Dr. med. Joachim, Hans-Edleff 02826 Görlitz	24.03.	Dr. med. Stephan, Marianne 04703 Leisnig
07.03.	Dr. med. Ihle, Marianne 04683 Fuchshain	13.03.	Dr. med. Kademann, Heinz 04509 Delitzsch		
07.03.	Dr. med. Meier, Helmut 04289 Leipzig	15.03.	Dr. med. Müller, Harry 04703 Leisnig	02.03.	85 Jahre Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke 04299 Leipzig
07.03.	Dr. med. Michler, Elke 01237 Dresden	16.03.	Plüter, Hinrich 04129 Leipzig	06.03.	Dr. med. Janke, Günther 08056 Zwickau
08.03.	Dr. med. Pahl, Ingrid 08525 Plauen	19.03.	Schmolling, Dietlind 08499 Mylau	11.03.	Dr. med. Hansch, Ursula 04275 Leipzig
08.03.	Dr. med. Renz, Jürgen 08056 Zwickau	21.03.	Dr. med. Büttig, Manfred 01796 Pirma	11.03.	Dr. med. Nartschik, Clemens 04157 Leipzig
09.03.	Dr. med. Birkenhagen, Reinhard 01445 Radebeul	21.03.	Dr. med. Wagner, Leonore 02694 Großdubrau	18.03.	Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz 02742 Neusalza-Spremberg
09.03.	Dr. med. Wendler, Klaus 08304 Schönheide	22.03.	Wintzer, Ulrike 09131 Chemnitz	20.03.	Prof. Dr. med. habil. Ries, Werner 04279 Leipzig
10.03.	Dr. med. Göhler, Klaus 01099 Dresden	26.03.	Dr. med. Höpner, Siegfried 09117 Chemnitz		
11.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wiedemann, Bernd 04347 Leipzig	28.03.	Dr. med. Rentsch, Claus 01683 Nossen	15.03.	86 Jahre Dr. med. Heil, Gerhard 08056 Zwickau
12.03.	Dr. med. Schöche, Ulrike 09113 Chemnitz	31.03.	Dr. med. Allnoch, Werner 08412 Werdau		
13.03.	Dr. med. Görig, Brigitte 01307 Dresden			10.03.	88 Jahre Dr. med. Peißker, Elisabeth 04277 Leipzig
14.03.	Hoffmann, Margarete 02692 Großpostwitz	03.03.	75 Jahre Dr. med. Graefe, Adolf 09131 Chemnitz	15.03.	Prof. em. Dr. med. habil. Holtorff, Joachim 01326 Dresden
14.03.	Dipl.-Med. Joppien, Hans-Georg 04279 Leipzig	12.03.	Dr. med. Kühne, Sighilt 09526 Pfaffroda	31.03.	Dr. sc. med. Cordes, Christoph 04651 Bad Lausick
14.03.	Dr. med. Schulz, Ilse 04107 Leipzig	14.03.	Dr. med. Dominick, Manfred 01917 Kamenz		
14.03.	Dr. med. Wunder, Horst 04758 Oschatz	17.03.	Meyer, Ursula 02763 Zittau	24.03.	89 Jahre Dr. med. Nenoff, Jontscho 04277 Leipzig
16.03.	Dr. med. Sandel, Richard 04509 Krostitz	18.03.	Dr. med. Günther, Lothar 09353 Oberlungwitz		
17.03.	Dr. med. Lorenz, Almut 04299 Leipzig	21.03.	Dr. med. Richter, Christa 01217 Dresden	27.03.	90 Jahre Dr. med. Topalow, Stefan 04105 Leipzig
17.03.	Prof. Dr. med. Olthoff, Derk 04289 Leipzig	25.03.	Dr. med. Hoffmann, Winfried 01069 Dresden		
18.03.	Körner, Klaus 02625 Bautzen	26.03.	Dr. med. Nitzsche, Peter 01328 Dresden	23.03.	93 Jahre Dr. med. Fischer, Erwin 08280 Aue
18.03.	Richter, Karl-Heinz 04736 Waldheim	27.03.	Dr. med. Otto, Lieselotte 09385 Lugau		
19.03.	Dr. med. Siegel, Angelika 01219 Dresden	28.03.	Dr. med. Bullrsch, Margot 04579 Espenhein	15.03.	95 Jahre Dr. med. Ranft, Wolfgang 08209 Auerbach
20.03.	Jahn, Gisela 04668 Grimma	29.03.	Dr. med. Ludwig, Otto 04105 Leipzig		
				20.03.	96 Jahre Dr. med. Geuder, Hans 01259 Dresden

Zum Meinungsstreit über die Ursachen des Todes von Wolfgang Amadeus Mozart

Im Rahmen der Würdigungen des 250. Geburtstages von Wolfgang Amadeus Mozart wird 2006 voraussichtlich erneut ernsthaft darüber diskutiert oder laienhaft spekuliert, wie das allzu frühe Ende des Genius zu erklären ist. Hierzu werden seit zwei Jahrhunderten weltweit die widersprüchlichsten Meinungen vertreten. Während einerseits apodiktisch behauptet wird, Mozart sei absichtlich oder versehentlich vergiftet worden, wird andererseits die Überzeugung vertreten, eine Erkrankung oder deren fehlerhafte Behandlung sei auch retrospektiv noch nachzuweisen (1, 3, 6). Keine der Theorien ist unwidersprochen geblieben.

In den Massenmedien, im mehr oder weniger seriösen Schrifttum, aber auch in der Kunst wird eindrucksvoll glaubhaft gemacht, es habe sich um einen Giftmord gehandelt (zum Beispiel in der Oper von Nikolai-Rimsky-Korsakow/Alexander Puschkin). Als Täter wurde zunächst der berühmte Wiener Hofkapellmeister Antonio Salieri (1750 bis 1825) verdächtigt, der angeblich aus Eifersucht dem aufsteigenden Musikgenie auf heimtückische Weise Quecksilber (Sublimat) und/ oder Arsenik (zum Beispiel im berühmten Aqua Tofana) beigebracht haben soll. Erst als Salieri sich mit Hilfe befreundeter Anwälte von diesem Verdacht befreien konnte, wurden andere angeschuldigt, zu denen sogar Mozarts Frau Constanze. Juden und Freimaurer gehörten (1, 3).

Da die Mordspekulationen weder ganz von der Hand zu weisen noch zu sichern waren, haben sich Fachärzte in aller Welt eingehend mit diesem Thema beschäftigt. So beschrieben und beurteilten namhafte Internisten fast aller Disziplinen, Rechtsmediziner, Pathologen und Medizinhistoriker die Krankengeschichte Mozarts von der frühen Kindheit bis zum Beginn zunehmender Beschwerden, die den Patienten etwa zwei Wochen vor seinem Ende ans Bett fesselten (1, 3).

Zu den Symptomen, über die Zeitgenossen nur laien- und lückenhaft sowie widersprüchlich berichten, gehören Ödeme (lokal oder generalisiert, lageabhängig?),



Die Silberstiftzeichnung von Doris Stock gilt als eines der naturgetreuesten und bekanntesten Porträts von W. A. Mozart. Internisten und Anthropologen zitieren sie immer wieder zur Stützung der unterschiedlichsten Hypothesen über die letzte Krankheit (z. B. Niereninsuffizienz, Mb. Basedow, Rachitis, Erschöpfung) und die Identifikation des umstrittenen Mozart-Schädels (1, 3, 7)

Fieber (Höhe? Dauer? Verlauf? Erythem?), Erbrechen (nur einmal?) und Bewusstlosigkeit (sogar am Todestag hatte der Maestro mit Freunden noch gesungen und bis kurz vor dem Exitus noch komponiert und an seinem Requiem geschrieben!). Später nachgetragene Erinnerungen an weitere Symptome wie Kopfschmerzen, Delirien und Durchfälle sind noch unzuverlässiger. Sicher dagegen scheint

zu sein, dass „der berühmteste Arzt der Stadt“ (Dr. Closset) am Sterbetag einen Aderlass vornahm, der nach humoralpathologischer Lehrmeinung des 18. Jahrhunderts vor allem die „krank machende Materie“ aus dem Körper entfernen und Gleichgewichte im Blut wiederherstellen sollte (1, 3).

Aus all diesen Überlieferungen wurde eine heute kaum noch übersehbare Fülle

von Theorien und Spekulationen über die Ursachen der letzten Krankheit und des Todes abgeleitet (1, 3): Am häufigsten behauptet wird ein Versagen der Nierenfunktion als Folge einer (Quecksilber?-) Vergiftung oder einer angeborenen Zyste in Verbindung mit einem Aneurysma am Circulus Willisii. Angeblich beweisbar sind beispielsweise auch Infektionskrankheiten (Influenza? Typhus? Tuberkulose? Lues?), Schoenlein-Henoch-Syndrom, Hyperthyreose(-Krise), Spätfolgen eines Schädel-Hirntraumas, Missbrauch von Arzneien, oder man stützt sich auf zeitgenössische Aufzeichnungen wie „Rheumatisches Entzündungsfieber“, „Hitziges Frieselfieber“, „Absetzung im Kopfe“.

Es ist erstaunlich, dass zahlreiche international angesehene Apologeten und ihre Arbeitskreise zu ganz unterschiedlichen Auffassungen kommen, obwohl sie sich alle nur auf die gleichen (größtenteils umstrittenen) Quellen stützen können (1, 2, 3, 6)! Hierfür gibt es vor allem drei Gründe: 1. Bei der Auswertung des umfangreichen Schrifttums zeigt sich, dass allzuoft nur die Sekundärliteratur herangezogen wurde, dass mancher zeitgenössische Bericht tendenziös gefärbt, gefälscht oder aus unterschiedlichen Gründen partiell unkenntlich gemacht wurde, mitunter nur auf seniler Konfabulation beruht, dass die zitierten Zeitzeugen teilweise unglaublich sind und dass die Autoren vielfach voneinander mehr oder weniger gekonnt abgeschrieben haben (1, 3).

2. Die unzureichend, vorwiegend von Laien beschriebenen Symptome sind isoliert nicht eindeutig pathognomonisch, sie lassen sich medizinhistorisch durch subjektives Unter- oder Überbewerten, beliebiges Weglassen, Hinzufügen und Kombinieren überlieferter Aussagen je nach medizinischer Fachrichtung, Qualifikation und Motivation glaubhaft machen (1, 3).

3. Im 18. Jahrhundert hatten zahlreiche Termini eine ganz andere Bedeutung als heute (zum Beispiel verstand man unter „Typhus“ auch Folgen von Erkältungen, Blutverlusten oder Missbrauch von Arzneien). Deshalb ist bei einer unkritischen



Doris Stock (1760 – 1832): Angesehene Malerin und Radiererin, Mitglied der Dresdner Akademie, Schwägerin des Vaters von Theodor Körner. Sie hatte 1789 von Mozart während eines kurzen Aufenthaltes im Körner'schen Haus (Dresden-Loschwitz) die berühmte Silberstift-Zeichnung angefertigt, die bis 1945 in Leipzig gehütet wurde, von dort nach London in Privatbesitz übergang und erst 2005 in Salzburg landete (3, 7)

Übernahme zeitgenössischer Aufzeichnungen die Fehlinterpretation schon vorgeplant. Hinzu kommen noch Missverständnisse durch Übersetzungen fremdsprachiger Publikationen (1, 3).

Alles in allem ergibt sich daraus, dass Mozarts Todesursache mit Sicherheit weder zu beweisen noch zu widerlegen ist. Bisher wohl un widersprochen ist, dass Mozart in den letzten Monaten „unaufhörlich medizinierte“ und dass man in seiner Familie routinemäßig Medikamente aus der reichhaltigen Haus- und Reiseapotheke von Vater Leopold (2) einnahm, besonders auch „ehe der Medicus kam“. Dabei hat es sich nachweislich um Emetika, vor allem um Brechweinstein (Kaliumantimonyltartrat) gehandelt, mit dem man sich selbst medizinierte, um die „Krankheit auszutreiben“. Gesichert ist zudem, dass der Patient wenige Stunden nach jenem Aderlass verstorben ist, obwohl Dr. Closset mit Indikationen, Kontraindikationen und der Technik des Eingriffs die größten Erfahrungen hatte

(1, 3). Unbekannt aber war damals, dass sonst verträgliche Dosierungen von Antimonialen in Verbindung mit einem Aderlass möglicherweise tödlich wirken können, da mit dem Blut antimonbindende Erythrozyten und Plasmaproteine verloren gehen (3, 4).

Gegen alle bisher diskutierte Theorien und Spekulationen über die Todesursache sprechen zudem die überlieferten Autographen als zuverlässigste Quellen aus folgendem Grund:

1. Bekanntlich ist der Verlauf von Krankheiten, Intoxikationen und Medikationen, die deutliche Störungen der Feinmotorik bzw. des vegetativen Nervensystems hervorrufen, im intraindividuellen Vergleich von Handschriftproben gut zu erkennen und zu objektivieren (5, 8). Da die Noten und Texte, die Mozart wenige Stunden vor seinem Tod noch geschrieben hat (siehe oben) graphomotorische Störungen nicht erkennen lassen (8), kann er vor der Selbstmedikation und dem Aderlass kaum schon im Sterben gelegen haben.

Anschrift des Verfassers:
Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig,
Bochumerstr. 47, 04357 Leipzig

Literatur

- Ludewig, R.: Zum derzeitigen Stand der Forschung über die Ursachen des Todes von Mozart. Mozart-Jahrbuch, Salzburg 1991/1: 132-144; Erweiterung in Z. gesamte Innere Medizin 1991; 46/13 : 491-500
- Ludewig, R.: Die Haus- und Reiseapotheke der Familie Mozart. Z. Phytotherapie 1991; 12: 183-191
- Ludewig, R.: Meinungsstreit über die Ursachen des Todes von W.A. Mozart. Ann.Univ.Sarav.Med. - Suppl. 8/1992: 1-92 (36 Abb., 376 Quellenangaben und nachfolgenden Publikationen)
- Ludewig, R.: Akute Vergiftungen, 9. Aufl., Stuttgart, 1999
- Ludewig, R.: Zur Interpretation ausgewählter Schriftveränderungen Z. Menschenkunde 1999; 63/1: 1-16
- Ludewig, R.: Krankheiten, Tod in H. Gruber u. J. Brüggel DAS MOZART-LEXIKON S.368-370, Laaber, 2005 (ISBN 3-89007-466-9)
- Ludewig, J., Ludewig, R.: Zur medizinischen Bedeutung des letzten Mozart-Porträts Z. ärztl. Fortbild. 1992; 85: 297-300
- Ludewig, R., Rudolph, I.: Zu den Diskussionen über die letzten Autographen von W.A. Mozart. Z. Menschenkunde 1992; 56/4 : 229-243