

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 2|2001

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung	40
Berufspolitik	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	41
	Der Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin	46
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig	47
Gesundheitspolitik	Erklärung zum „Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung“	49
Amtliche Bekanntmachungen	Infektionsschutzgesetz – Mitteilung 2	49
	Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)	51
	Durchführung des ZuSEG	
	Erstattung von Schreibauslagen	53
	Mitteilung der Landesapothekerkammer	54
	Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen ab 1. Januar 2001	55
	Satzungen der Sächsischen Landesärztekammer	57 - 60
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Wahlen für die Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer	56
	Konzerte und Ausstellungen	56
	Impressum	56
Mitteilungen der KVS	Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen	61
Originalien	Seltene Ursache des Pleuraempyems – das Boerhaave-Syndrom Dagmar Decker, U. Herrmann	62
	Künstlerische Therapie in Dresden P. Petersen	65
Leserbriefe	Leserbrief von PD Dr. med. Burger	66
	Antwort von Prof. Dr. med. Julius	67
	Leserbrief von Dr. med. Gieseler	67
Personalia	Geburtstage im März 2001	69
	Dr. med. Waldemar Geissler zum 65. Geburtstag	70
	Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch zum 65. Geburtstag	72
Hochschulnachrichten	Prof. Dr. med. habil. Volker Bigl Neuer Rektor der Universität Leipzig	73
Verschiedenes	Hilfstransport nach Wladimir Wolinski und Odessa	74
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – April 2001	

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

Aus der Vorstandssitzung

10. Januar 2001

Der Vorstand begann seine Sitzung zunächst mit einer Arbeitseinschätzung des Präsidenten gleichsam als Einleitung des neuen Arbeitsjahres, wobei er den Mitarbeitern der Kammer und den Ehrenamtlichen gute Arbeit und ein kooperatives Zusammenwirken bei vielfältigen Aufgaben, die die Kammer als Organ der verfassten Ärzteschaft zu tragen habe, bescheinigte. Kommentiert und diskutiert wurden hierauf Fragen der Gesundheitspolitik insbesondere unter dem gerade eingetretenen Amtsinhaberwechsel im Gesundheitsministerium.

Erörtert wurden in diesem Zusammenhang auch berufspolitische Fragen, die sich mit der Einführung der DRG im stationären Bereich und dem Abrechnungssystem „EBM+“ ergeben.

Die von vielen Verbänden und berufspolitischen Organisationen insbesondere natürlich der Ärztekammer und der Kassenärztliche Vereinigung getragenen sächsischen Initiativen „Bündnis Gesundheit 2000“ wurden im Hinblick auf die Fortsetzung derselben 2001 besprochen. Der Präsident informierte über Aktivitäten und Beratungen im Zusammenhang mit dem Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin und über die Anhörung im Sächsischen Landtag zum Thema Gesundheitsschutz und Vertretung von Patienteninteressen in ihren Beziehungen zum Gesundheitswesen. In diesem Sinne waren

Informationen des Vizepräsidenten der Kammer, Herrn Dr. med. Günter Bartsch wichtig, die zeigten, dass die Internetangebote über Gesundheitseinrichtungen in Sachsen und ein speziell entwickelter „Gesundheitslotse“, der im Internet eingestellt werden soll und Patienten helfen kann, für ihre Beschwerden regional und überregional die angemessene Hilfe zu finden, eine Verbesserung der Patientenorientierung bringen können.

Einen wesentlichen Teil der Vorstandssitzung nahmen – nach entsprechender Einführung in das Thema durch den Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses der Kammer, Prof. Dr. med. Gunter Gruber, – Vorbereitungen für die Änderung der Musterweiterbildungsordnung ein.

Die neue Weiterbildungsordnung soll die bestehenden Regelungen straffen, deregulieren und in sich logischer gestalten. Der Weiterbildungsausschuss unserer Kammer hat dazu umfangreiche Arbeiten geleistet, die im Vorstand bestätigt wurden. Sie werden den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer zugeleitet.

Schwerpunkt zukünftiger Arbeit wird es dann sein, die einzelnen Weiterbildungsbeziehungen (Facharzt, Schwerpunkt, Bereich, Befähigungsnachweis) als Grundstrukturen zu künftigen Kompetenzabgrenzungen, mit den fachlichen Inhalten zu füllen. Es steht zu erwarten, dass die-

ser Prozess noch zwei bis drei Jahre wird in Anspruch nehmen müssen.

Neben berufsrechtlichen Fragen, die immer eine geraume Zeit der Diskussion in Anspruch nehmen und über die in einem der nächsten Hefte unseres Ärzteblattes Sachsen etwas genauer berichtet werden soll, wurden Beschlüsse unter anderem zu einer Unterstützung eines Deutsch-Polnischen medizinhistorischen Symposiums in Kreisau vom 14. bis 16. September 2001, zum Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer, zur Vorbereitung der nächsten Kammerversammlung am 15. und 16. Juni 2001, zur Tagesordnung der Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 31. März 2001 und zur Haushaltinanspruchnahme der Kammer gefasst.

Wie bei dieser Gelegenheit zu erfahren war, ist die Kammerverwaltung auf die Euroumstellung im Jahre 2002 eingestellt. Dieser Tagesordnungspunkt veranlasste den Präsidenten, Prof. Dr. med. Jan Schulze, der Kaufmännischen Leiterin, Frau Kornelia Keller, einen besonderen Dank für ihr engagiertes, die Verwaltungsprozesse optimierendes Wirken zum Ausdruck zu bringen.

Prof. Dr. med. Otto Bach
Vorstandsmitglied

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Analyse des Ist-Standes

Seit dem 1. Januar 1999 gilt im Freistaat Sachsen die 5-jährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Ab diesem Zeitpunkt wird sie auch von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gefördert. Ein absolutes Novum in der Weiterbildung: Erstmals wird in der Bundesrepublik Deutschland eine Fachrichtung durch eine gesetzliche Grundlage in ihrer Weiterbildung finanziell unterstützt, abgesehen von bisherigen freiwilligen Zuwendungen durch die Kassenärztliche Vereinigungen.

Es ist zu fragen:

- Warum gerade die Allgemeinmedizin und
- hat diese Förderung den erhofften Erfolg, den beabsichtigten Aufschwung in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gebracht?

Zunächst ist zu bemerken, dass die Finanzierung der Weiterbildung in allen Spezialdisziplinen traditionell über die Stellenpläne der Krankenhäuser erfolgt, aber eben nicht für die Allgemeinmedizin. Dann ist anzumerken, dass die ärztlichen Standsvertretungen schon vor Jahren darauf hingewiesen haben, dass in absehbarer Zeit der Altersgipfel, insbesondere bei den niedergelassenen Allgemeinärzten, wirksam werden wird und erhebliche Lücken in die allgemeinärztliche Versorgung der Bevölkerung reißen wird. Vor allem in den neuen Bundesländern hat dies gravierende Folgen, da bei der Niederlassungswelle Anfang der 90er Jahre im Rahmen der Auflösung der Polikliniken und verschiedener Sonderdienste viele Ärztinnen und Ärzte um die 50 Jahre alt waren, und jetzt sind sie inzwischen 10 Jahre älter geworden. Auf die warnenden Stimmen aus den Standsorganisationen, rechtzeitig für genügend Nachwuchs zu sorgen, wurde von der Politik zunächst nicht reagiert. Letztlich waren es die hohen Kosten im Gesundheitswesen, die die

Politik bewogen haben, die Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin in Angriff zu nehmen, um den Hausarzt der Zukunft zu stärken. Allerdings wurden bei der Erarbeitung und Umsetzung dieses Förderprogramms entscheidende Fehler gemacht, die es mit verschuldet haben, dass der erhoffte Erfolg ausblieb. In den meisten Bundesländern werden die verfügbaren Förderstellen nicht ausgeschöpft (Tabelle 1 für den stationären Bereich, Stand v. 30.9.2000, siehe Seite 42).

Im ambulanten Bereich wurden in Sachsen in den Jahren 1999 und bis September 2000 die in Tabelle 2 erkennbaren Weiterbildungsstellen gefördert. Diese Zahlen sind bezogen auf den Be-

Tabelle 2: Weiterbildungsstellen in Sachsen

	1999	2000 (vorläufig)
Regierungsbezirk Chemnitz	11,23	13,54
Regierungsbezirk Dresden	9,88	15,11
Regierungsbezirk Leipzig	17,52	17,37
Sachsen	38,63	46,02

darf an nachrückenden Allgemeinmedizinern für Sachsen viel zu gering.

Eine große Zahl von Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten gehört zu den Altersgruppen von 55 bis 62 Jahren, insge-

Tabelle 1: Weiterbildung in der Allgemeinmedizin 1999/2000

Jahr	1999	1999	1999	2000	2000	2000
Bundesland	Stellen-Kontingent	registrierte Stellen	registrierte Maßnahmen	Stellen-Kontingent	registrierte Stellen	registrierte Maßnahmen
Baden-Württemberg	203	129	141	406	155	182
Bayern	263	158	167	526	182	220
Berlin	92	29	29	184	35	45
Brandenburg	30	30	32	60	45	50
Bremen	15	12	12	30	12	15
Hamburg	46	15	15	92	28	29
Hessen	111	44	45	222	53	64
Mecklenburg-Vorpommern	20	19	21	40	37	42
Niedersachsen	122	95	98	244	128	158
Nordrhein-Westfalen	324	173	182	648	241	289
Rheinland-Pfalz	81	53	59	162	63	69
Saarland	15	6	7	30	14	17
Sachsen	41	39	41	82	61	68
Sachsen-Anhalt	20	20	21	40	40	47
Schleswig-Holstein	71	33	36	142	43	54
Thüringen	46	45	48	92	48	52
Gesamt	1500	900	954	3000	1185	1401

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 3. Quartalsbericht 2000, Stand: 30. 9. 2000

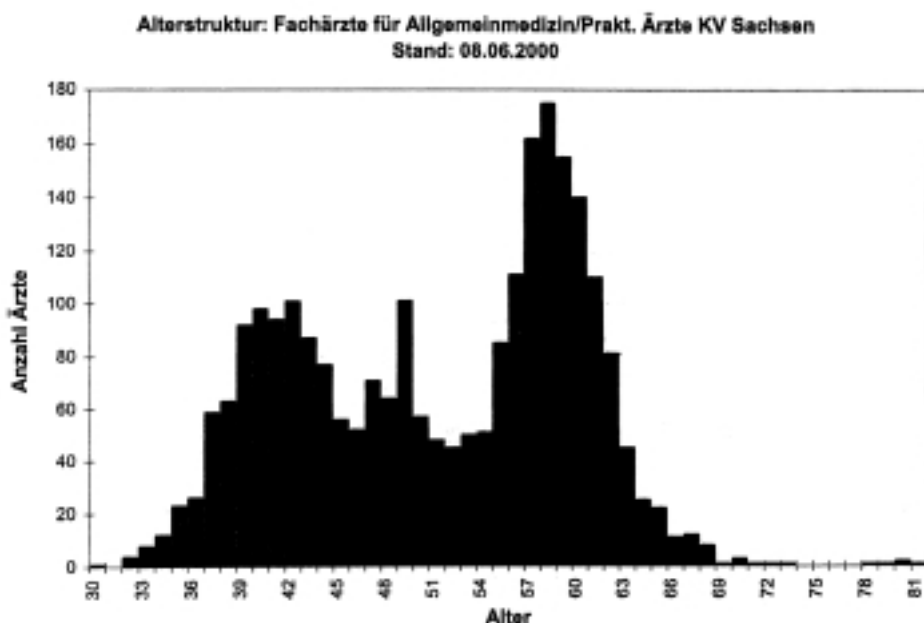


Abbildung 1 demonstriert die Probleme anhand der Altersstruktur der Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktischen Ärzten in Sachsen

samt sind es 1019 von 2494 Ärzten in Sachsen. Das entspricht etwa 41 %. Der Bedarf an facharztspezifischen Allgemeinmedizinern ist damit um ein vielfaches höher als die in der Ausbildung befindlichen Weiterbildungsassistenten (siehe Tabelle 3 Seite 44). Damit sind die Probleme für die nächsten Jahre vorprogrammiert. Erschwerend ist, dass seit einiger Zeit eine Zulassung als Praktischer Arzt zulassungsrechtlich grundsätzlich ausgeschlossen ist.

Worin liegen nun die Ursachen für die zu geringe Zahl an Weiterbildungsinteressierten für das Fachgebiet Allgemeinmedizin?

■ In der mangelnden Bereitschaft der stationären und niedergelassenen Weiterbilder, allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten aufzunehmen?

■ In der mangelnden Akzeptanz bei den Weiterbildungsassistenten, eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu beginnen?

Ein Problem ist in dem komplizierten Verteilungsmodus der Fördergelder zu sehen. Zum einen zahlen die Krankenkassen, die über die KBV abrechnen, ihren Anteil meist mit zeitlicher Verzögerung und damit für die Praxisinhaber sehr spät. Da die Vertreterversammlung der KV Sachsen die Möglichkeit aufrechterhalten wollte, **über 82 Weiterbildungsstellen hinaus** zu fördern, beschloss sie für diesen Fall bei Obergrenze des zur Verfügung stehenden Geldes die einzelnen Fördersummen zu quotieren. Die Fördermittel wurden deshalb zunächst in Abschlägen ausgereicht.

Erst am Jahresende, je nach Inanspruchnahme der Förderstellen, wird der Rest nachgezahlt oder es muss auch zurückgezahlt werden. Dieser unwägbar Faktor hat möglicherweise niedergelassene Weiterbilder zurückgehalten, einen Weiterbildungsassistenten aufzunehmen. Der Vorstand der KV Sachsen hat deshalb im Sommer 2000 Beschlüsse gefasst, die die Förderung praktikabler und planbarer machen sollen. (Fortsetzung Seite 44)

Tab. 3 Erteilte Anerkennungen zum Führen der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin und Abgang von Allgemeinmedizinern (Rentenalter)

Gebiete	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Allgemeinmedizin											
Abgänge durch Rentenalter	25	56	75	104	117	138	164	141	144	123	86
Zugänge durch Facharztanerkennung	29	32	61	60	82						

Aus der Erkenntnis, dass viele Praxisinhaber in Folge der intransparenten Zahlweise Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin haben, beschloss der Vorstand der KV Sachsen, bei den ausstehenden verzögerten Zahlungen der Krankenkassen in Vorleistung zu gehen. Das heißt, der **Kassenanteil** wird durch die KV Sachsen trotz schleppender Zahlungsweise der Krankenkassen **sofort** in voller Höhe von 2000 DM ausgezahlt. Weiterhin beschloss der Vorstand der KV Sachsen für die Zahlung des **KV-Anteiles** ebenfalls sofort die maximal mögliche Förderung in Höhe von 2000 DM monatlich auszus zahlen.

Im stationären Bereich ist es die verlangte „Umwidmung“ (das heißt Ersatz einer Spezialisten-Weiterbildungs-Planstelle durch eine Allgemeinarzt-Weiterbildungs-Planstelle), die viele Krankenhäuser davon abhält, einen Allgemeinmediziner als Weiterbildungsassistenten aufzunehmen. Dazu kommt der mangelnde Anschluss nach einem absolvierten Gebiet, da es weder Rotationspläne noch Weiterbildungsverträge gibt. Außerdem stößt die ungleiche Finanzierung (im ambulanten Bereich das Doppelte, da sich hier Kassen und Kassenärztliche Vereinigung zu gleichen Beträgen beteiligen, während im stationären Bereich nur die Kassen die Finanzierung bestreiten) auf Vorbehalte. Diese verständliche Unwilligkeit im stationären Bereich bildet den entscheidenden Hiatus allgemeinärztlicher Weiterbildung.

Es wäre noch die Frage zu untersuchen, wie die Akzeptanz bei den Weiterbildungsassistenten ist, die eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin erwägen. In vielen Gesprächen mit Ärzten im Praktikum und Weiterbildungsassistenten wurden folgende Hinderungsgründe genannt:

Das Risiko der Niederlassung (besser sei ein „geregeltes Gehalt“), die ständige Präsenzpfl icht sowie viele Hausbesuche und Nachtdienste, das unsichere Weiterbildungscurriculum, schlechte Bezahlung gegenüber vielen Spezialdisziplinen und zum Teil auch unklare Vorstellungen vom Wesen der Allgemeinmedizin. Diese Argumente sind zwar teilweise normale Anforderungen an den Arztberuf, doch in der Summe halten sie manchen jungen Arzt davon ab, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die Entscheidung für eine Fachrichtung meist schon in den letzten Studienjahren fällt. Deshalb sind hier die Lehrstühle für Allgemeinmedizin gefordert, und wo es noch keine gibt, sind solche dringlich zu etablieren.

Ausblick

Auch für die Jahre 2001 bis 2003 legt Artikel 10 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes eine Förderung von Weiterbildungsassistenten fest. Eine entsprechende Vereinbarung auf Bundesebene ist bereits abgeschlossen und gibt damit die Sicherheit der Förderung auf längere Sicht.

Demnach entfallen auf die KV Sachen auch für die Jahre 2001 bis 2003 82 Weiterbildungsstellen. Die Förderung soll KV-seitig wiederum mit einem Betrag von bis zu 2000 DM erfolgen.

Zusammenfassend ist die finanzielle Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ein erster Schritt, wieder mehr Nachwuchs ausbilden zu können. Allerdings müssen zum Problem der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin über das bisherige Maß hinaus die **Medizinischen Universitäten** (zum Beispiel durch Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin), die **Krankenhäuser** (zurzeit durch vermehrten Ersatz einer Spezialisten-Weiterbildungsstelle durch eine Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin), die Krankenkassen (durch zügigere Bereitstellung der Gelder des Krankenkassenanteils) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (durch schnellere Bereitstellung von für den Praxisinhaber planbaren Geldern) besser als bisher ein **gemeinsames Lösungskonzept** finden, damit die Bereitschaft junger Mediziner, später in der allgemeinmedizinischen Versorgung tätig zu sein, erhöht wird. Wenn es in den nächsten Jahren nicht gelingt, wesentlich mehr Weiterbildungsassistenten für das Fachgebiet Allgemeinmedizin zu begeistern, werden in verschiedenen Regionen empfindliche Betreuungslücken in der hausärztlichen Betreuung der Bevölkerung auftreten. Besonders in ländlichen Regionen ist das bereits heute der Fall. Dies muss Grund genug für alle an der Ausbildungskette Beteiligten sein, gemeinsam schnell Lösungen zu suchen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass in der Allgemeinmedizin besonders günstige und gesicherte Voraussetzungen für eine Niederlassung bestehen.

Dr. med. Siegfried Herzig
 Ärztlicher Geschäftsführer
 der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Johannes Baumann
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
 Vorsitzender der Bezirksstelle Dresden

Der Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Medizinstudenten oder AiP, die vor der Frage stehen, in welchem Gebiet soll ich mich weiterbilden und mit welchem Facharzt habe ich die größte Chance, später einmal eine Niederlassung zu bekommen, sollten den Facharzt für Allgemeinmedizin in die engere Wahl ziehen. Denn zum einen werden in Zukunft aufgrund der Altersstruktur der derzeit niedergelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin viele Praxen neu zu besetzen sein und zum anderen soll, politisch gewollt, der Facharzt für Allgemeinmedizin der Hausarzt der Zukunft sein. Nicht zuletzt ist auch die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die einzige Weiterbildung, die finanziell gefördert wird. All dies sind Fakten, die für die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin sprechen.

Hat man sich entschlossen, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu beginnen, so sollte dies schon vor der Phase des AiP feststehen. Denn nach § 4 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung können Zeiten aus der AiP-Tätigkeit für die Weiterbildung angerechnet werden.

Der § 4 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung lautet:

„Hat ein Arzt im Praktikum Tätigkeiten nachgewiesen, die den Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung genügen, so sind diese Tätigkeiten im Sinne einer Verkürzung der Mindestweiterbildungszeit auf die Weiterbildung anzurechnen.“

Es ist ratsam, die Weiterbildungsordnung zur Hand zu nehmen und sich im Paragraphenteil über die Modalitäten der Weiterbildung und in der Anlage 1 über das Gebiet Allgemeinmedizin zu informieren. Hier ist anzumerken, dass die Zeiten und die Inhalte für das Gebiet Allgemeinmedizin als Nachtrag zur Anlage 1 der Weiterbildungsordnung im Heft 12/1998 des Ärzteblattes Sachsen veröffentlicht wurden.

Die 5-jährige Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin ist gültig seit dem 1. Januar 1999 und gliedert sich in folgende Zeiten:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 8 Abs. 1

1 1/2 Jahr Allgemeinmedizin

1 1/2 Jahr im Stationsdienst, davon mindestens 1 Jahr Innere Medizin und ein weiteres 1/2 Jahr im Stationsdienst in der Inneren Medizin oder in den anderen aufgeführten Fachgebieten

1/2 Jahr Chirurgie

1/2 Jahr Kinderheilkunde

1 1/2 Jahr Weiterbildung,

wobei auch Weiterbildungsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

Anrechnungsfähig auf diese 1 1/2-jährige Weiterbildungszeit sind jeweils bis

- 1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- 1 Jahr Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Kinderheilkunde oder Orthopädie
- 1/2 Jahr Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Augenheilkunde oder Chirurgie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin oder Urologie.

Die Teilnahme an Weiterbildungskursen Allgemeinmedizin von insgesamt 80 Stunden ist erforderlich.

3 Jahre Weiterbildung können bei niedergelassenen Ärzten abgeleistet werden.

Wenn Zeiten, die hier aufgeführt sind, schon während der AiP-Zeit abgeleistet werden, können diese auf die Weiterbildung angerechnet werden. Dabei ist zu beachten, dass der Beginn der regulären Weiterbildung ab dem Tag der Approbation gerechnet wird. Die Anerkennung von AiP-Zeiten, also vor der Approbation, bedeutet nicht, dass der Beginn der Weiterbildung damit vorverlegt wird. Es bedeutet nur, dass sich die Mindestweiterbildungszeit um die anerkannte AiP-Zeit verkürzt. Im Zweifelsfall ist es ratsam, bei der Sächsischen Landesärztekammer anzufragen.

Die stationär abzuleistenden Abschnitte sollten an den Anfang der Weiterbildung

gelegt werden, denn es ist leichter, als AiP eine Stelle in einem Krankenhaus zu bekommen, als später als Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin. Dabei sollte allerdings darauf geachtet werden, dass diese Abschnitte auch für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin anrechenbar sind.

Den niedergelassenen weiterbildenden Allgemeinmedizinern ist ein erfahrener Kollege, der die klinischen Fächer schon hinter sich hat, auch willkommener.

Gemäß Artikel 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin finanziell gefördert. Im stationären Bereich wird von den Krankenkassen ein Betrag von 2000,00 DM dem weiterbildenden Krankenhaus überwiesen. Dazu muss das Krankenhaus einen Antrag bei der Sächsischen Krankenhausgesellschaft in Leipzig stellen. Vorher sollte sich das Krankenhaus von der Sächsischen Landesärztekammer bescheinigen lassen, dass die vom Weiterbildungsassistenten abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin anrechenbar sind.

Im niedergelassenen Bereich wird die Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Kassen getragen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt die Höhe des Förderbetrages (in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich), in der Regel ebenfalls 2000,- DM und die Kassen geben noch einmal den gleichen Betrag dazu. Um diese Fördergelder zu erhalten, muss der Weiterbilder einen Antrag bei seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung stellen. Dort erfährt er auch Einzelheiten über den Auszahlungsmodus.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesen wenigen Hinweisen die Entscheidung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin leichter gemacht haben. Sollten im Einzelfall noch spezielle Fragen offen sein, können Sie sich gern an uns wenden.

Tel.-Nr.: Frau Dipl.-Med. Gäbler
(03 51) 82 67-3 13

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

18. November 2000

Am 18. 11. 2000 fand die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig statt. Die Veranstaltung wurde im neuen Domizil der Bezirksstelle im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung in der Braunstraße durchgeführt.

Die gut besuchte Veranstaltung wurde vom Vorsitzenden der Kreisärztekammer Stadt Leipzig, Herrn Prof. Dr. Eberhard Keller, eröffnet. In den Grußworten der Gäste, Herr Prof. Dr. Jan Schulze (Präsident der Sächsischen Landesärztekammer) und Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt (Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Leipzig) wurden die kürzlich bezogenen Räumlichkeiten der Bezirksstelle Leipzig der Kreisärztekammer gewürdigt. Durch die neu geschaffene räumliche Nähe der beiden Körperschaften wird es zukünftig möglich sein, die Interessen der Ärzteschaft in der aktuellen schwierigen gesundheitspolitischen Situation noch besser zu vertreten.

Herr Prof. Dr. Jan Schulze umriss wichtige Problemfelder der aktuellen Gesundheitspolitik und rief die Ärzteschaft auf, sich aktiv an der Neustrukturierung des Gesundheitswesens zu beteiligen und durch konstruktive Mitwirkung aller Heilberufler gangbare Wege zur Reformierung des Gesundheitssystems zu finden. Weiterhin ging Herr Prof. Dr. Jan Schulze auf Probleme der Weiter- und Fortbildung ein. Auch hier gilt es, praxisorientierte Ausbildungswege zu schaffen und durch freiwillige Zertifizierung eine qualitätsvolle Fortbildung sicherzustellen.

Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt wies in seinem Grußwort darauf hin, dass die Ärzteschaft intensiver an Problemlösungen innerhalb ihrer Selbstverwaltungen mitwirken muss. Als wichtiges gemeinsames Anliegen beider Körperschaften nannte er eine notwendige Veränderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, um auch zukünftig den Nachwuchs in diesem Fachgebiet zu gewährleisten.



Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Stefan Windau, Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt, Dr. Siegfried Herzig (v.l.n.r.)

Im anschließenden Rechenschaftsbericht ging Herr Prof. Dr. Eberhard Keller auf die Arbeit des Kreisärztekammervorstandes im letzten Jahr ein, wobei Schwerpunkte der Arbeit Vermittlungsangelegenheiten und Fortbildungsveranstaltungen darstellten. Nach Vorlage des Finanzberichtes erfolgte eine einstimmige Entlastung des Vorstandes und des Schatzmeisters. Der Vorstand der Kreisärztekammer will sich zukünftig mit Veranstaltungen an die Studentenschaft wenden, um gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung

den angehenden Ärzten eine umfassende Information über Aufgaben und Möglichkeiten der beiden Körperschaften nahe zu bringen und insbesondere auch jüngere Kollegen für die Arbeit in der Ärztekammer zu interessieren.

Im Anschluss daran wurden von Herrn Dr. Stefan Windau die Grundzüge des neuen EBM dargestellt. Herr Dr. Stefan Windau ging auf die komplexe Neustrukturierung des EBM ein. Die jetzt bestehenden Praxisbudgets werden abge-



löst, neue Elemente der Leistungssteuerung wie veranlasserbezogene Vergütungsregelung für Großgeräte und technische Leistungen sollen eingeführt werden. Herr Prof. Dr. Karsten Güldner referierte danach über die Grundzüge des neuen pauschalen Entgeltsystems am Kranken-

haus (DRG), welches voraussichtlich ab 1. 1. 2003 budgetneutral in allen Krankenhäusern eingeführt wird. Hierdurch wird es zu tiefgreifenden Änderungen im stationären Bereich kommen, die zu neuen Strukturen an den Krankenhäusern führen. In der anschließenden regen Diskussion

kam die Sorge vieler Kollegen zum Ausdruck, dass durch neu geschaffene strukturelle Regelungen der Vergütung sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor die Qualität der ärztlichen Versorgung leiden könne und es eine wichtige Aufgabe der Ärzteschaft ist, sich aktiv an diesen Umstrukturierungsprozessen zu beteiligen.

In einem weiteren Referat ging Herr Matthias Berndt (Inter Ärzte-Service) auf die Beitragssituation im Alter für gesetzlich Versicherte und privat Krankenversicherte ein.

Zum Abschluss der Veranstaltung lud Herr Prof. Dr. Eberhard Keller die Anwesenden zu einem Empfang in die neuen Räumlichkeiten der Kreisärztekammer der Stadt Leipzig ein.

Dr. med. Susanne Schenk
Vorstandsmitglied Kreisärztekammer
Stadt Leipzig

Dresdener Qualitätszirkel Diagnostische Radiologie gegründet

Den Zeichen der Zeit folgend wurde am 28. 11. 2000 der Dresdener Qualitätszirkel der niedergelassenen diagnostischen Radiologen aus der Taufe gehoben.

Die niedergelassenen Dresdener Radiologen (und die Radiologen der angrenzenden Kreise) wollen damit erreichen, dass unter den gegebenen politischen und kassenärztlichen Zwängen ein qualitätsoptimiertes Handeln zum Wohle der Patienten weiterhin gewährleistet bleibt. Die regelmäßigen Zusammenkünfte sollen vor allem dazu dienen

- die fachliche Fortbildung, angepasst an die Probleme der Praxis (zum Beispiel Qualitätssicherung, Kosten-Nutzen-Relation, Strahlenbelastung) zu optimieren,
- die interdisziplinäre Stellung des Faches

zu vertiefen und zu fördern,

- die fachkollegiale Zusammenarbeit zu verbessern,

■ den fachpolitischen (Zwangs-)Konstellationen sowie -situationen auf regionaler Ebene aktuell geschlossener und konzentrierter zu begegnen sowie

- die regionale ambulante, radiologische Diagnostik nach außen hin fach- und sachgerecht zu vertreten (auch zum Beispiel Falschdarstellungen in der Presse und durch Politiker - siehe Angaben zu Einkünften der Radiologen - massiver zu entgegenen).

In der ersten Zusammenkunft referierte Herr Dr. rer. nat. G. Rosenkranz, Sachverständiger nach RöV und StrlSchV, zu den neuesten und zu erwartenden Ände-

rungen im Strahlenschutz und den Parametern nach aktuellen Euratom-Beschlüssen.

Der Dresdener Qualitätszirkel „Diagnostische Radiologie“ betrachtet sich nicht als „geschlossene“ Veranstaltung, sondern steht auch den niedergelassenen Fachkollegen aus dem Regierungsbezirk Dresden offen.

Doz. Dr. med. habil. Harald Tellkamp
Dr. med. Norbert Grosche

Kontaktadresse:
Dr. med. Norbert Grosche
Radiologische Gemeinschaftspraxis
Amalie-Dietrich-Platz 3
01169 Dresden
Tel. (03 51) 4 14 21 - 0



Erklärung zum „Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung“

Im Vorblatt zum „Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ steht vollmundig: „Ab dem 1. Januar 2001 werden die für die neuen Länder geltenden besonderen Vorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben und die noch vorhandenen unterschiedlichen Rahmenbedingungen für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen abgebaut“.

Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze spüren nicht nur unsere Patienten in Sachsen diese Maßnahmen sehr deutlich, auch die Kassen verzeichnen deutliche Mehreinnahmen. Zudem gibt es keine unterschiedliche Haushaltsführung für Ost- und Westversicherte einer

Kasse mehr. Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen ist in Deutschland einheitlich an die gemeinsame Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt. Deshalb ist die Gleichbehandlung nicht nur der Versicherten und Krankenkassen, sondern auch der Heilberufe in Ost und West dringend gefordert.

In Wirklichkeit gibt es aber im Jahr 2001 weiterhin einen für die Leistungserbringer im Bündnis Gesundheit des Freistaates Sachsen diskriminierenden Honorarabschlag.

Die Bündnispartner fordern daher den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Regelungen im SGB V so zu verändern, dass eine Anhebung der Vergütung auf Westniveau vorgenommen werden muss.

Der Vergütungsabschlag Ost aller privaten Gebührenordnungen muss ebenfalls sofort entfallen, da hier schon seit Jahren gleiche Versicherungsbedingungen für neue und alte Bundesländer gelten.

Die Partner des sächsischen Bündnisses Gesundheit werden bei allen zukünftigen Vertragsabschlüssen die Ost-Westangleichung mit terminlichen Zielsetzungen einfordern.

Dresden, 15. Januar 2001

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sprecher des Bündnisses Gesundheit 2000
im Freistaat Sachsen

Infektionsschutzgesetz – Mitteilung 2

LUA

Modalitäten der Meldung von „Meldepflichtigen Krankheiten“ und „Meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern“ nach § 6 - 10 IfSG im Freistaat Sachsen

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die zur Meldung verpflichteten Personen nach § 8 IfSG - dies sind in der Regel der feststellende oder behandelnde Arzt oder der leitende Arzt eines Krankenhauses oder des diagnostischen Laboratoriums - hat alle erforderlichen Daten der namentlichen Meldung (§ 9) binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt (GA) mitzuteilen (§ 9 (3)).

Um dies in praxi zu gewährleisten, werden Ihnen in der nachstehenden Liste die

Fax- und Telefonnummern aller Gesundheitsämter des Freistaates mitgeteilt, über die diese Meldungen erfolgen sollen. Beachten Sie daher bitte, dass außerhalb der normalen Dienstzeit (das ist in der Regel montags, mittwochs, donnerstags nach 16.00 Uhr, dienstags nach 18.00 Uhr und freitags nach 12.30 Uhr) und an allen Samstagen, Sonn- und Feiertagen die Meldung direkt an die Rettungsleitstellen erfolgen muss.

Behandelnde Ärzte oder leitende Ärzte von Krankenhäusern unter anderem Institutionen haben die Meldung auf dem **Formblatt „Arzt-Meldeformular - Meldepflichtige Krankheiten“**, Laborärzte oder Leiter von Laboratorien auf dem **Formblatt „Labor-Meldeformular Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern“** vorzunehmen. **Die Formblätter können von der Homepage der Sächsi-**

schen Landesärztekammer, der Landesuntersuchungsanstalt Chemnitz (LUA) oder über die Mailbox der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e.V. (GHUSS) (0371 / 6009 203 „epid“) heruntergeladen werden. Sie werden später über die Gesundheitsämter zur Verfügung gestellt werden.

Die Formblätter werden im Anhang der noch zu beschließenden „Sächsischen IfSG-Meldeverordnung“ für verbindlich erklärt werden, geringfügige Änderungen in der endgültigen Fassung sind daher nicht auszuschließen. Bis zur Realisierung einer Übertragung per E-mail ist die Übermittlung per Fax favorisiert, da sie Zeit und Geld spart; außerhalb der Dienstzeit ist sie in der Regel deshalb erforderlich, da nicht immer ein qualifizierter Gesprächspartner unmittelbar zur Verfügung steht.

Die Formblätter (Vorderseiten) berücksichtigen darüber hinaus alle im § 9 des IfSG geforderten Daten. Stehen einzelne Daten den diagnostischen Laboratorien nicht zur Verfügung, weil sie auf dem Untersuchungsantrag nicht vermerkt worden waren, ist dies durch ein Fehlzeichen (/) deutlich zu kennzeichnen. Es wird gebeten, keine Datenfelder einfach frei zu lassen.

Die Vorderseite des „Arzt-Meldeformulars“ ist so gestaltet, dass die notwendigen Angaben zur Person (Name, Vorname, Geburtstag, Wohnung) auf jedem Praxiscomputer ausgedruckt werden können, etwa an Stelle eines Überweisungsscheines. Diese Angaben zur Person sind auf den „Labor-Meldeformularen“ an gleicher Stelle angeordnet worden, um die automatische Übernahme dieser Daten durch das Labor vom Begleitschein zu einem mikrobiologischen Untersuchungsmaterial zu erleichtern, vorausgesetzt, im Begleitschein ist dieses Datenfeld gleich angeordnet.

Auf der Rückseite des „Arzt-Meldeformulars“ ist eine Synopsis der im Freistaat Sachsen gültigen gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich meldepflichtiger Erkrankungen nach Verdacht, Erkrankung, Tod und Ausscheider- oder Trägerstatus versucht worden. Diese soll das rasche Nachschlagen von Ärzten (und allen anderen zur Meldung verpflichteten Personen) erleichtern, die nicht täglich damit konfrontiert werden. Beibehalten wurde auf der Vorderseite die Kennzeichnung der Sofortmaßnahmen (a-d), die der behandelnde Arzt im Interesse der Verhütung einer Weiterverbreitung der betreffenden Infektionskrankheit so früh wie möglich anordnet. Sie werden später durch das GA bestätigt, verschärft oder aufgehoben. Es soll mit allem Nachdruck an dieser Stelle betont werden, dass die behandelnden Ärzte die ersten und wichtigsten „Hygieniker vor Ort“ sind und bleiben, auch wenn offizielle Kommentare zum IfSG dies aufweichen. Im Freistaat Sachsen sind und bleiben die niedergelassenen und

angestellten Ärzte die wichtigsten Partner des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Auf der Rückseite des „Labor-Meldeformulars“ ist die Übersicht der „Meldepflichtigen Nachweise von Krankheitserregern“ nach Nachweismethoden abgedruckt. Der Nachweis eines Krankheitserregers an das GA ist nur dann meldepflichtig, wenn mindestens eine der aufgeführten Nachweismethoden ein positives Ergebnis brachte.

Im einzelnen wird es sowohl bei der Arzt- als auch bei der Labormeldung Konstellationen geben, die nach pflichtgemäßem Ermessen des jeweilig Meldenden entschieden werden müssen. Entscheidungshilfen in solchen Situationen bieten dann die Falldefinitionen oder eine Rückfrage beim zuständigen GA oder der Landesuntersuchungsanstalt.

Nicht unerwähnt bleiben darf am Schluss der § 73 IfSG. Dort heißt es: „Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 6 Absatz 1 oder § 7 ... eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht“. Eine mögliche Ahndung besteht in einer Geldbuße bis 25000 Euro (§ 73 (2)).

Im Interesse eines erweiterten Schutzes aller Bürger des Freistaates Sachsen vor Infektionskrankheiten wünschen sich die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine reibungslose Umsetzung der neuen Meldevorschriften. Eine wöchentliche Rückinformation über die gemeldeten Infektionskrankheiten nach Kreisen soll die gute Zusammenarbeit befördern. Diese können Sie ebenfalls aktuell und wöchentlich neu über die Mailbox der GHUSS und über die Homepage der LUA abrufen.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
 Vizepräsident und Abteilungsdirektor
 Humanmedizin
 Landesuntersuchungsanstalt für das
 Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
 Zschopauer Str. 87
 09111 Chemnitz
 Tel.: 0371 6009 100
 Fax: 0371 6009 109
 eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

Infektionsmeldungen nach IfSG

Gesundheitsamt/ Kreis	Tel.-Nr. Fax-Nr. Gesundheitsamt (innerhalb der Dienstzeit)	Tel.-Nr. Fax-Nr. Rettingsleitstelle (außerhalb der Dienstzeit)
Chemnitz/Stadt**	0371 / 488 5301 0371 / 488 5396	0371 / 300 641 0371 / 488 5396
Dresden/Stadt**	0351 / 488 1401 0351 / 488 1403	0351 / 81 550 0351 / 488 1403
Stadt Görlitz	03581 / 672 324 03581 / 672 323	03581 / 406 776 03581 / 672 373
Stadt Hoyerswerda*	03571 / 457 471 03571 / 457 475	03571 / 19 222 03571 / 423 535
Stadt Leipzig	0341 / 123 6800 0341 / 123 6905	0341 / 987 2244 0341 / 123 6905
Stadt Plauen	03741 / 291 2571 03741 / 291 2579	03741 / 19 222 03741 / 457 1112
Stadt Zwickau	0375 / 835 300 0375 / 835 353	0375 / 833 781-84 0375 / 215 764
Annaberg	03733 / 833 120 03733 / 833 101	03733 / 23 163 03733 / 834 210
Aue- Schwarzenberg**	03771 / 277 665 03771 / 277 639	03771 / 26 044 03771 / 22 246
Bautzen*	03591 / 324 800 03591 / 324 535	03591 / 304 500 03591 / 304 502
Chemnitzer Land	03763 / 45 620 03763 / 45 661	0171 / 55 65 419 03763 / 45 496
Delitzsch	034202 / 69 480 034202 / 69 488	034202 / 19 222 034202 / 65 100
Döbeln	03431 / 742 105 03431 / 742 103	03437 / 19 222 03431 / 742 103
Freiberg**	03731 / 799 840 03731 / 799 591	03731 / 23 107 03731 / 32 225
Kamenz*	03578 / 325 301 03578 / 325 399	03571 / 19 222 03571 / 423 535
Leipziger Land	03433 / 241 511 03433 / 241 588	0171 / 565 8984 03433 / 241 588
Löbau-Zittau	03583 / 722 108 03583 / 722 114	03585 / 862 404 03585 / 441 444
Meißen	03521 / 725 660 03521 / 725 619	03521 / 725 200 03521 / 738 280
Mittl. Erzgebirgskreis	03735 / 663 525 03735 / 23 309	03735 / 24 204 03735 / 61 594
Mittweida*	03727 / 950 250 03727 / 950 499	03727 / 19 222 03727 / 611 108
Muldentalkreis	03437 / 984 520 03437 / 984 513	0173 / 394 2165 03437 / 933 238
Ndschl. Oberlausitzkr.*	03588 / 285 181 03588 / 285 109	03576 / 241 103 03576 / 241 147
Riesa- Großenhain	03522 / 303 521 03522 / 303 522	03525 / 721 110 03525 / 721 122
Sächsische Schweiz	03501 / 515 810 03501 / 515 896	03501 / 447 944 03501 / 569 510
Stollberg*	037296 / 592 280 037296 / 592 293	0171 / 55 10 184 0371 / 488 3795
Torgau-Oschatz*	03421 / 758 901 03421 / 758 905	034202 / 19 222 034202 / 65 222
Vogtlandkreis*	03744 / 264 125 03744 / 212 549	03741 / 19 222 03741 / 457 112
Weißeritzkreis*	0351 / 648 3114 0351 / 648 3140	03504 / 19 222 03504 / 613 329
Zwickauer Land	03761 / 561 484 03761 / 3153	0375 / 44 780 -

Außerhalb der Dienstzeit, das ist in der Regel montags, mittwochs und donnerstags ab 16.00 Uhr, dienstags ab 18.00 Uhr, freitags ab 12.30 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen.
 Die mit * gekennzeichneten GÄ sind statt dienstags donnerstags bis 18.00 Uhr besetzt.
 Die mit ** gekennzeichneten GÄ sind dienstags und donnerstags bis 18.00 Uhr besetzt.

Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)

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

Im § 15 des TFG wird ausgeführt:

(1) Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte verwenden, haben ein System der Qualitätssicherung für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. Sie haben eine approbierte ärztliche Person zu bestellen, die für die transfusionsmedizinischen Aufgaben verantwortlich und mit den dafür erforderlichen Kompetenzen ausgestattet ist (transfusionsverantwortliche Person). Sie haben zusätzlich für jede Behandlungseinheit, in der Blutprodukte angewendet werden, eine approbierte ärztliche Person zu bestellen, die in der Krankenversorgung tätig ist und über transfusionsmedizinische Grundkenntnisse und Erfahrungen verfügt (transfusionsbeauftragte Person). Hat die Einrichtung der Krankenversorgung eine Spendeinrichtung oder ein Institut für Transfusionsmedizin oder handelt es sich um eine Einrichtung der Krankenversorgung mit Akutversorgung, so ist zusätzlich eine Kommission für transfusionsmedizinische Angelegenheiten (Transfusionskommission) zu bilden.

(2) Im Rahmen des Qualitätssicherungssystem sind die Qualifikation und die Aufgaben der Personen, die im engen Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten tätig sind, festzulegen. Zusätzlich sind die Grundsätze für die patientenbezogene Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten, insbesondere der Dokumentation und des fachübergreifenden Informationsaustausches, die Überwachung der Anwendung, die anwendungsbezogenen Wirkungen und Nebenwirkungen und zusätzlich erforderliche therapeutische Maßnahmen festzulegen. Das Qualitätssicherungssystem sollte nach folgendem System eingerichtet werden (siehe Abb. 1):

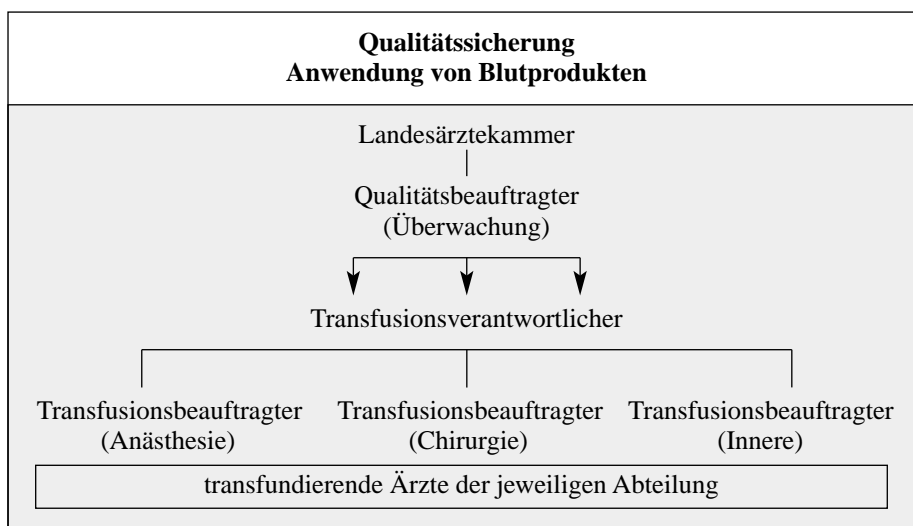


Abbildung 1

In den Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) - erarbeitet vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und vom Paul-Ehrlich-Institut, veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 7:2000, Springer-Verlag 2000 - werden im Wesentlichen drei ärztliche Funktionen bei der Anwendung von Blutprodukten beschrieben: Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragter und Qualitätsbeauftragter:

Die Funktion des **Transfusionsverantwortlichen** ist in § 15 TFG festgelegt. Alle Einrichtungen, welche Blutprodukte anwenden, das heißt Krankenhäuser und andere ärztliche Einrichtungen, die Personen behandeln (§ 14 (2) TFG), müssen einen Transfusionsverantwortlichen bestellen. Die detaillierten Qualifikationsvoraussetzungen sind in Abschnitt 1.4.1.3 1 der Richtlinien festgelegt. Werden in den Einrichtungen nur Plasmaderivate angewendet, genügen 8 Stunden theoretische Fortbildung als Qualifikationsvoraussetzung für den Transfusionsverantwortlichen (vergleiche Satz 1.4.1.3.1.e). Nach Satz 1.4.1.3.1 f) der Richtlinien besteht jederzeit die Möglichkeit, durch Heranziehung von externem Sachverstand (Facharzt für

Transfusionsmedizin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Bluttransfusionswesen“) nicht gegebene Qualifikationsvoraussetzungen ergänzend zu gewährleisten. Diese Bestimmung ermöglicht es, Einrichtungen, welche keinen den Richtlinien entsprechend qualifizierten Transfusionsverantwortlichen bestellen können, trotzdem den Vorgaben des TFG und der Richtlinien gerecht zu werden.

Die Funktion des **Transfusionsbeauftragten** ist ebenfalls in § 15 TFG festgelegt. Der Transfusionsbeauftragte ist eine dem Transfusionsverantwortlichen nachgeordnete Funktion und soll die qualitätsgesicherte Anwendung von Blutprodukten in den einzelnen Behandlungseinheiten (klinische Abteilung) eines Krankenhauses sicherstellen. Die Gesamtverantwortung liegt beim Transfusionsverantwortlichen. In Einrichtungen, welche sinngemäß nur aus einer Behandlungseinheit bestehen (wie es in ambulanten Einrichtungen die Regel ist) kann der Transfusionsbeauftragte personenidentisch mit dem Transfusionsverantwortlichen sein.

Eine Ergänzung durch externen Sachverstand ist für den Transfusionsbeauftragten nicht möglich, da davon ausgegangen werden muss, dass der Transfusionsbeauftragte vor Ort erreichbar ist.

Die Funktion des **Qualitätsbeauftragten**

(neu eingeführt in den Richtlinien unter Punkt 1.6) geht zurück auf § 18 (1) Nr. 2 TFG. Hier ist vorgeschrieben, dass die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten in den Einrichtungen der Krankenversorgung durch die Ärzteschaft überwacht wird. In den Richtlinien wird diese gesetzliche Vorgabe dadurch umgesetzt, dass die Überwachung auf der Ebene der Einrichtung durch eine ärztliche Person erfolgt. Definierte Qualifikationsvoraussetzungen werden mit Ausnahme der Approbation an den Qualitätsbeauftragten in den Richtlinien nicht weiter gestellt. Ein Qualitätsbeauftragter ist nur einzusetzen, wenn in der Einrichtung der Krankenversorgung Blutkomponenten angewendet werden (dies gilt auch für Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung).

Der Qualitätsbeauftragte hat bis spätestens 31.12.2001 in einjährigem Abstand der Sächsischen Landesärztekammer nachzuweisen, dass das Qualitätssicherungssystem der Anwendung von Blutprodukten den Vorgaben der Richtlinien entspricht.

Zur Durchführung der geforderten Selbstinspektion hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer den von der Bundesärztekammer entwickelten beispielhaften Fragebogen „Selbstverpflichtungserklärung“ beschlossen, der von den Einrichtungen auszufüllen und an die Sächsische Landesärztekammer zu senden ist (siehe Abb. 2). Für das Management der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blut und Blutprodukten kann das Qualitätsmanagement-Handbuch des Berufsverbandes Deutscher Transfusionsmediziner e. V. angewendet werden. (Adresse: Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner e. V. Sperlichstr. 15, 48151 Münster, Tel.-Nr. (02 51) 70 92 08, Fax-Nr. (02 51) 70 91 19

Werden in einer Einrichtung lediglich Plasmaderivate angewendet, entfällt die jährliche Nachweispflicht. Da die Funktion des Qualitätsbeauftragten mit hohen haftungsrechtlichen Konsequenzen ver-

bunden sein kann, ist dringend zu empfehlen, dass der Qualitätsbeauftragte mit einer entsprechenden Kompetenz innerhalb der Krankenhaushierarchie ausgestattet ist, um organisatorischen Missständen innerhalb der Einrichtung wirkungsvoll begegnen zu können.

Die fachliche Umsetzung der Richtlinien sollte jedoch durch den Transfusionsverantwortlichen erfolgen. Da der Qualitätsbeauftragte eine Überwachungsfunktion inne hat, kann er nicht gleichzeitig Transfusionsverantwortlicher oder Transfusionsbeauftragter sein. Eine Ausnahme hiervon bilden Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung; hier darf eine Personalunion zwischen Qualitätsbeauftragtem und Transfusionsverantwortlichem bestehen. Im Extremfall ist der einzelne Arzt, welcher in der ambulanten Praxis Blutkomponenten anwendet, gleichzeitig

Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragter und Qualitätsbeauftragter. Die Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher oder Transfusionsbeauftragter können Ärzte in den von der Sächsischen Landesärztekammer nach dem Curriculum der Bundesärztekammer angebotenen 16-h-Kurs „Transfusionsmedizin“ erwerben und die Qualifikation „Qualitätsbeauftragter“ in dem Kurs „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ ebenfalls nach einem Curriculum der Bundesärztekammer.

Termine für 16-h-Kurs „Transfusionsmedizin“:

22. - 23. März 2001

10. - 11. Mai 2001

in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

An die Landesärztekammer

[Adresse]

Selbstverpflichtungserklärung

Für alle medizinischen Einrichtungen, die Blutkomponenten anwenden¹:
entsprechend den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut- und
Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)²
(i.S. Überwachung des Qualitätssicherungssystems)

Krankenhausmed. Einrichtung:

[Adresse]

Hiermit versichern wir, dass das Qualitätssicherungssystem bei der Anwendung von
Blutprodukten in obengenannter Einrichtung den in den Richtlinien der
Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut- und Blutprodukten und zur Anwendung
von Blutprodukten (Hämotherapie) gestellten Anforderungen entspricht.

Es wurde ein Qualitätsmanagementhandbuch erstellt und die Einhaltung des
Qualitätsmanagementsystems im Rahmen einer Selbstinspektion überprüft (gemäß 1.4.
Richtlinien)

Qualitätsdefizite wurden nicht festgestellt

Festgestellte Qualitätsdefizite werden umgehend bearbeitet

Für die Richtigkeit,
Ort _____, Datum _____

Qualitätsbeauftragter der Einrichtung:

(Name) (Unterschrift)

Transfusionsverantwortlicher der Einrichtung:

(Name) (Unterschrift)

Für den Träger der Einrichtung:

(Name) (Unterschrift)

Das Formblatt „Selbstverpflichtungserklärung“ kann von der Homepage <http://www.slaek.de> heruntergeladen werden.

Abbildung 2

Durchführung des ZuSEG* Erstattung von Schreibauslagen

Pressemitteilung des Sächsischen
Landesamtes für Familie und Soziales
- Landesversorgungsamt -

* Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen

Informationen zur Honorierung von Befundscheinen im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes und des Sozialen Entschädigungsrechts

Die Versorgungsverwaltung ist bei der Durchführung des Schwerbehindertenrechts und des Sozialen Entschädigungsrechts regelmäßig auf die Mithilfe der die Antragstellerinnen und Antragsteller behandelnden Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Nur Sie verfügen über die entsprechenden Unterlagen, welche es erlauben, die nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht erforderlichen Feststellungen treffen zu können. Im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten an einer möglichst einfachen und schnellen Feststellung beantragter Gesundheitsstörungen bittet Sie die Versorgungsverwaltung, eingehende Befundanforderungen der Ämter für Familie und Soziales möglichst kurzfristig zu bearbeiten. Nach § 20 Sozialgesetzbuch 10 besteht zudem die Pflicht zur Übermittlung von Befundberichten als sachverständiger Zeuge. Dieser gesetzlichen Pflicht auf der einen Seite steht auf der anderen Seite der Rechtsanspruch auf Entschädigung nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZuSEG) gegenüber. Hier ist in der letzten Zeit ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ergangen, welche zwingend Anlass gibt, die bisherige Entschädigungspraxis im Freistaat Sachsen in einigen Punkten zu ändern. So können mit Wirkung ab dem 1. 12. 2000 Schreibauslagen für die Erstellung von Befundberichten nicht mehr erstattet werden, da das Bundessozialgericht die Auffassung vertritt, dass das Ausfertigen der Befundberichte bereits in der pauschalen Entschädigung enthalten ist. Dass diese Änderungen zu Lasten der Ärzteschaft geht ist bedauerlich, jedoch besteht kein Handlungsspielraum, der Rechtsprechung des Bundes-

sozialgerichts nicht zu folgen. Die Entschädigung nach dem ZuSEG erfolgt aus öffentlichen Mitteln und ist nur soweit zulässig, als hierfür eine Rechtsgrundlage gegeben ist. Im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten an einer schnellen und sachgerechten Feststellung der vorliegenden Gesundheitsstörungen bittet Sie die Versorgungsverwaltung auch weiterhin um gute Zusammenarbeit. Hierzu soll auch der nachfolgende Überblick über die Entschädigungsleistungen für Befundberichte nach dem ZuSEG beitragen.

Honorierung von Befundscheinen

Die Honorierung von Befundscheinen erfolgt nach Nr. 3 der Anlage zu § 5 ZuSEG in Höhe von 18,00 DM bis 36,00 DM. In diesen Beträgen ist die Kürzung laut Einigungsvertrag in dem in Artikel 3 genannten Gebiet um 10 v. H. bereits berücksichtigt.

Da es sich um einen Rahmensatz handelt, erfolgt die Entschädigung je nach Art, Umfang und Schwierigkeit der erbrachten Leistung. Es kann nicht generell der Höchstsatz zum Ansatz gebracht werden. Allgemeine Mitteilungen oder sogenannte „Negativauskünfte“ können nicht als Befundberichte gewertet werden.

Bei der Befundhonorierung werden folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- a) Eine Entschädigung in Höhe von 8,00 DM erhält der Arzt für
 - eine bloße Mitteilung zum Beispiel darüber, dass der Patient sich zurzeit in Behandlung in einer stationären Einrichtung befindet oder dass er seit einem bestimmten Zeitpunkt in der Praxis nicht mehr vorstellig war,
 - die Übersendung einer mittels automatisierten Verfahrens ausgedruckten Patientendatei, soweit wahllos die gesamte Patientendatei wiedergegeben wird. Hier erfolgt keine bewertende Auswahl und fachliche Einordnung, so dass kein Befundbericht erstellt wurde.
- b) Eine Entschädigung in Höhe von 18,00 DM wird gewährt, wenn die Diagnosen durch schlüssige Befunde beschrieben sind.

c) Die Honorierung für den Befundschein beträgt 27,00 DM, wenn eine präzise Befundbeschreibung und zusätzliche Mitteilung (zum Beispiel Laborwerte, EKG, Röntgen, Blutwerte) erfolgt und auch zu Art und Ausmaß der Funktionsausfälle Stellung genommen wird.

d) Der Höchstsatz von 36,00 DM wird dann gewährt, wenn neben den zuvor dargelegten Kriterien nach Inhalt und Umfang für die Abfassung des Befundberichtes ein erheblich größerer Aufwand erforderlich ist (zum Beispiel Befundbericht aus mehreren Fachbereichen) oder umfangreiches, aussagekräftiges Anlagematerial dem umfassenden Befundbericht beigelegt ist (zum Beispiel Arzt-, Kur- und Krankenhausbericht).

Eine Entschädigung von mehr als 36,00 DM kann nicht gewährt werden, da per Gesetz ein Höchstwert bestimmt ist.

Nicht entschädigt werden nicht rechtzeitig eingesandte Berichte oder Unterlagen, wenn diese zwischenzeitlich für die Versorgungsverwaltung bedeutungslos geworden sind.

Erstattung von baren Auslagen bei Befundberichten

Mit seinen Urteilen vom 9. 2. 2000 hat das BSG seine bisherige Auffassung, dass der Arzt beim Ausfüllen eines Befundscheines nicht als Sachverständiger sondern als sachverständiger Zeuge tätig wird, bestätigt. Es gilt daher nunmehr als ständige Rechtsprechung. Der Arzt, der kein Gutachten im Sinne des § 8 ZuSEG erstattet, sondern einen Befundbericht geliefert hat, kann neben der Entschädigung im Sinne der Nr. 3 zu § 5 ZuSEG nur für nachgewiesene besondere Aufwendungen nach § 11 ZuSEG Erstattung verlangen. Die Erstattung von Schreibauslagen ist nicht mehr möglich, da die Entschädigung für den Befundbericht die Leistung des Arztes insgesamt abgilt.

Gemäß § 11 Abs. 2 ZuSEG können nur Kosten für Abschriften und Ablichtungen, die auf Anforderung gefertigt worden sind, erstattet werden. In Anwendung des Gerichtskostengesetzes Teil 9 Nr. 9000

werden die ersten 50 Seiten mit jeweils 1,00 DM, jede weitere Seite mit 0,30 DM vergütet. Dies gilt nur für besonders gefertigte Abschriften und Ablichtungen, nicht jedoch für im Durchschreibeverfahren gefertigte Durchschriften. Die Urschrift hingegen ist stets mit der Pauschalentschädigung von derzeit 18,00 DM - 36,00 DM abgegolten.

Für Anlagen zu Befundberichten kann Auslagenersatz nur dann gewährt werden, wenn sie aktuell und notwendiger Bestandteil des Befundberichtes sind. Nicht angeforderte und verwertbare Anlagen können nicht entschädigt werden. Portokosten für Befundberichte werden auch weiterhin erstattet.

Auslagenersatz bei Anforderung und Übersendung sonstiger Unterlagen:

Übersendet ein Arzt nicht den mit dem Formblatt geforderten Befundbericht sondern lediglich Fotokopien von Befundunterlagen etc., sind als Auslagen das Porto und für die Fertigung der Kopien in der Regel 1,00 DM für die ersten 50 Seiten und 0,30 DM für jede weitere Seite zu ersetzen. Des Weiteren steht ein pauschaler Ersatz der Aufwendungen für das Heraussuchen in Höhe von 4,00 DM zu. Werden von einem Arzt Röntgenaufnah-

men angefordert können neben dem Porto auch das Verpackungsmaterial sowie für das Heraussuchen eine Aufwandspauschale ebenfalls in Höhe von derzeit 4,00 DM erstattet werden. Beim Verpackungsmaterial gibt es je nach Anbieter preisliche Unterschiede, so dass der Arzt jeweils die Rechnung für das Verpackungsmaterial mit beilegen müsste, um den erforderlichen Nachweis seiner entstandenen Kosten zu führen. Um diesen Aufwand zu vermeiden ist eine Pauschalerstattung in Höhe von insgesamt 13,00 DM, welche alle Kosten im Zusammenhang mit der Übersendung von Röntgenbildern abgibt, möglich.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die zuständigen Ämter für Familie und Soziales in Chemnitz, Dresden und Leipzig.

Bemmann-Ender
Leiter des Landesversorgungsamtes
Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales

Anmerkungen der Sächsischen Landesärztekammer:

Die Sächsische Landesärztekammer ist gebeten worden, die vorstehend abgedruckte Pressemitteilung des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales -

Landesversorgungsamt - über die „Information zur Honorierung von Befundscheinen im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes und des Sozialen Entschädigungsrechts“ als Information für die Ärzte, welche Befundscheine im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes und des Sozialen Entschädigungsgesetzes abgeben, bekannt zu machen.

Wir kommen der Verpflichtung nach, die Kammermitglieder zu informieren. Wir möchten jedoch gleichzeitig darauf hinweisen, dass von Seiten der Sächsischen Landesärztekammer die Honorierung der ärztlichen Befundberichterstattung insgesamt für unzureichend angesehen wird. Auch die Entscheidung des Bundessozialgerichts, das nach dem ZuSEG sachverständige Zeugen keinen Anspruch auf den Ersatz von Schreibaufwendungen haben, wird kritisiert. Bedauerlicherweise hat die Sächsische Verwaltung dies bereits ab 01. 12. 2000 zum Anlass genommen, den Auslagenersatz für Schreibaufwendungen, wie sich aus der Veröffentlichung ergibt, zu reduzieren.

Bei der Novellierung des Gesetzes werden die ärztlichen Standesorganisationen darauf hinwirken, dass die Befundhonorierung künftig leistungsgerecht erfolgen kann.

Mitteilung der Landesapothekerkammer

Phenobarbital-haltige
Fieberzäpfchen

Zur Prophylaxe oder Therapie des Fieberkrampfes verordnen einige Pädiater nach wie vor Phenobarbital-haltige Suppositorien als individuelle Rezeptur. Zur Rechtmäßigkeit der Herstellung und Abgabe dieser Zäpfchen - vor dem Hintergrund des abgeschlossenen Stufenplanverfahrens für Phenobarbital-, teilte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Sächsischen Landesapothekerkammer mit:

„Durch ein Stufenplanverfahren – Stufe II – wurde am 20. Juni 1994 den Pharmazeutischen Unternehmern welche Arzneimittel, die **Allo-, Amo-, Aprobarbital, Barbital, Butallylonal, Hexo-, Pento-, Pheno-, Proxi-, Sebuta- oder Vinylbarbital oder eines ihrer Salze** enthalten und für die als Anwendungsgebiete nicht ausschließlich fokale (partielle) Anfälle oder myoklonische Anfälle bei Epilepsie oder Narkose oder eine Narkoseprämedi-

kation beansprucht werden, mitgeteilt, dass das Bundesgesundheitsamt (jetzt BfArM) es nicht mehr für vertretbar hält, die oben genannten Arzneimittel, die als Wirkstoff eines oder mehrere der aufgeführten Barbiturate enthalten und nicht ausschließlich für die oben ausgewiesenen Anwendungsgebiete bestimmt sind, weiterhin in den Verkehr zu bringen. Aufgrund von eigenverantwortlichen Maßnahmen wurde dies von allen Pharmazeu-

tischen Unternehmern umgesetzt. Ein Bescheid Stufe II brauchte deshalb nicht eingeleitet zu werden. Das Stufenplanverfahren wurde abgeschlossen.

Somit gelten für Arzneimittel mit den oben aufgeführten Wirkstoffen die oben ausgewiesenen Anwendungsgebiete, welche auch aus den jeweiligen Fach- und Gebrauchsinformationen dieser Arzneimittel zu entnehmen sind.

Eine Prophylaxe beziehungsweise die Therapie des Fieberkrampfes gehört nicht zu den oben ausgewiesenen Anwendungsgebieten.

Wenn unter einer „präepileptischen Diatase“ die unmittelbare Bereitschaft des Organismus auf einen epileptischen Anfall zu verstehen ist, würde die Therapie derselben durch die oben aufgeführten Anwendungsgebiete gedeckt sein!“

Anmerkung der Redaktion des Informationsblattes der Sächsischen Landesapothekerkammer

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie empfiehlt in ihrer Leitlinie „Unkomplizierte und komplizierte Fieberkrämpfe“ folgende Maßnahmen zur Therapie eines akuten Fieberkrampfes:

- **Anfallssymptomatik registrieren, Verletzungen und Aspiration verhindern, Fieber senken.**
- **Bei Anfallsdauer über 2 - 3 Minuten „Erste Hilfe“ durch Eltern oder Betreuer: Diazepam flüssig rektal 0,5 - 0,7 mg/kg, bei Säuglingen auch Chloralhydrat rektal 100 mg/kg.**
- **Im prolongierten Anfall oder Status Lorazepam, Clonazepam, Diazepam oder Phenobarbital i.v., Midazolam**

i.v. in Intubationsbereitschaft. Lorazepam und Midazolam können gegebenenfalls auch rektal oder nasal verabreicht werden.

Informationen zu Prophylaxe und Diagnostik siehe www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/pneur-05.htm oder Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Verlag Urban und Fischer, München 2000.

Tobias Hüchel
Sächsische Landesapothekerkammer

Erfasste übertragbare meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Vorläufige Zahlen

Berichtszeitraum		27.11.00 - 31.12.00 (48.BW - 52.BW)																	
Reg.-bezirk	Enteritis infectiosa		Shigellose	Virushepatitis				Meningitis/Ent.*				Malaria	Malaria	Mumps	Röteln	Scharlach	Tuberk.	Pestus	Andere (S.u.)
	Salmonellose	übrige Formen I)		HA	HB	HC	übr. Fo.	a	b	c	d								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Rg.-bz. Chemnitz	115	900	6	2	3	2		2	4					1	2	176	12	25	M 54, N 4, P 1, V 15, Ro 115, Ca 131, Ye 29, EC 34, Am 2
Rg.-bz. Dresden	136	868	4	11	4			4	2			2		1	1	185	27	19	M 25, N 17, V 22, Ro 157, Ca 162, Ye 31, EC 23
Rg.-bz. Leipzig	90	343	6	1	1					7		2		2	3	60	20	7	M 16, N 17, V 2, Ro 51, Ca 105, Ye 26, EC 19
Sachsen	341	2111	16	14	8	2		6	6	7		4		4	6	391	59	51	M 95, N 38, P 1, V 39, Ro 323, Ca 398, Ye 86, EC 76, Am 2

- | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------|--|
| A = Brucellose | H = Milzbrand | Sa = Angeborene Cytomegalie | 1) Ro = Rotavirus |
| B = Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | I = Rotz | Sb = Angeborene Listeriose | Ca = Campylobakter |
| C = Botulismus | Ka = Leptospirose, Weilsche Krankheit | Sc = Angeborene Luus | Ye = Yersinien |
| D = Diphtherie | Kb = Leptospirose, übrige Formen | Sd = Angeborene Toxoplasmose | EC = E-Coli |
| E = Tularemie | L = Poliomyelitis | Se = Rötelnembryopathie | Am = Amöbenruhr |
| F = Lepra | M = Bornellose | T = Trichinose | LV = mikrobiell bedingte LM-Vergiftungen |
| Ga = Anaerobe Mundinfektion, Gasbrand/Gasödem | N = Tollwut-Exp. | U = | * a = Meningokokken-Meningitis |
| Gb = Tetanus | O = Trachom | V = Influenza(Virusgrippe) | b = andere bakterielle Meningitiden |
| | P = Dimithose | W = Puerperalsepsis | c = Virus-Meningoencephalitis |
| | Q = Q-Fieber | X = Fleckfieber | d = übrige Formen |
| | R = | Y = Rückfallfieber | |

Prof. Dr.med.habil.Bigl
Vizepräsident
Abteilungsleiter Humanmedizin

Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen ab 1. Januar 2001

Wie bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2001, Seite 10, angekündigt, möchten wir aufmerksam machen, dass der ab 1. Januar 2001 gültige „Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen“ im Deutschen Ärzteblatt, Jahrgang 98, Heft 1 - 2, 8. Januar 2001, Seiten C54 - C56, veröffentlicht worden ist. Der Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen ist auch unter der Internetadresse der Sächsischen Landesärztekammer, <http://www.slaek.de>, abrufbar. Für eventuell auftretende Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referates Arzthelferinnenwesen gern telefonisch unter der Ruf-Nr. (03 51) 82 67 - 340 - 343 zur Verfügung.

Veronika Krebs
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Wahlen für die Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer

Anlässlich des 11. Sächsischen Ärztetages werden auf der 24. Kammerversammlung am 15. und 16. Juni 2001 gemäß Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung, § 4 - Amtsperiode -, die Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung neu gewählt. Ärztinnen und Ärzte, die engagiert in der Akademie mitarbeiten wollen, können ihre Kandidatur bis zum

31. März 2001

an die Sächsische Landesärztekammer einreichen.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 71,00 E (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 E (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 E (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

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

LA-MED

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

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 4. März 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Preisträger

Singen und Musizieren

Heinrich-Schütz-Konservatorium
Dresden

Sonntag, 1. April 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Es musizieren Preisträger

des Wettbewerbes

„Jugend musiziert“

Sächsische Spezialschule für Musik
Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten

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

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110 (Frau Arnold) gern entgegengenommen.

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Andrea Türke

Dresdner Stadtlandschaften

16. Januar 2001 bis 9. März 2001

Leonore Adler

ALLES IN ALLEM

Gemälde, Aquarelle und Zeichnungen

13. März 2001 bis 11. Mai 2001

Vernissage:

Donnerstag, 15. März 2001,

19.30 Uhr

Laudatio: Frau Dr. Ingrid Koch

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Renate Rieß

Aquarelle



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

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

Planungsbereich Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Planungsbereich Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich

Plauen/Stadt - Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Facharzt für Radiologie

Planungsbereich Zwickauer Land

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 3. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Planungsbereich Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich

Görlitz/Niederschlesischer Oberlautzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für HNO-Heilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09. 03. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 2. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Planungsbereich

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinderheilkunde

Planungsbereich Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)*)

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

3 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Allgemeinmedizin

(Schwerpunktpraxis Diabetologie)

Facharzt für HNO-Heilkunde

Facharzt für Chirurgie

Facharzt für Haut- und Geschlechts-

krankheiten

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Planungsbereich

Landkreis Löbau-Zittau

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Planungsbereich Landkreis Meißen

Facharzt Innere Medizin

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)*)

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Facharzt für Haut- und

Geschlechtskrankheiten

Planungsbereich Döbeln

Facharzt für Orthopädie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08. 03. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Dagmar Decker, U. Herrmann

Seltene Ursache des Pleuraempyems - das Boerhaave-Syndrom

Städtisches Krankenhaus
Dresden-Neustadt
Chirurgische Klinik

Zusammenfassung:

Es wird anhand einer Falldarstellung auf die spontane Ösophagusruptur als seltene Ursache eines Pleuraempyems hingewiesen. Bei heftigen Thoraxschmerzen nach massivem Erbrechen, Nachweis eines Pleuraergusses/-empyems und/oder Hautemphysems sollte differentialdiagnostisch an das Boerhaave-Syndrom gedacht werden, einer durch das Erbrechen hervorgerufenen Spontanruptur des distalen Ösophagus. Nach rascher Ösophago-graphie mit wasserlöslichem Kontrastmittel als diagnostische

Methode der Wahl ist die sofortige Operation (Ösophagusüber-nähung mit Funduplicatio) bei diesem seltenen Krankheitsbild angezeigt, da bei verzögerter Diagnosestellung die Prognose auch heute noch schlecht ist.

Schlüsselwörter:

Pleuraempyem - Ösophagusruptur - Boerhaave-Syndrom

Kasuistik:

Die 70-jährige multimorbide Patientin F., E. lebte bislang mäßig mobil in einem Pflegeheim. Neben einer chronisch ischämischen Herzkrankheit waren eine lang-jährige Schizophrenie, Adipositas sowie erhebliche Schwerhörigkeit bekannt. Frau F. wurde wegen ausgeprägter Luftnot in eine Medizinische Klinik aufgenommen. Bei der Diagnostik stellte sich ein Pleuraerguss rechts dar (Abb. 1). Die Punktion ergab ein Pleuraempyem (Erreger: Strep-tokokken, Neisserien).

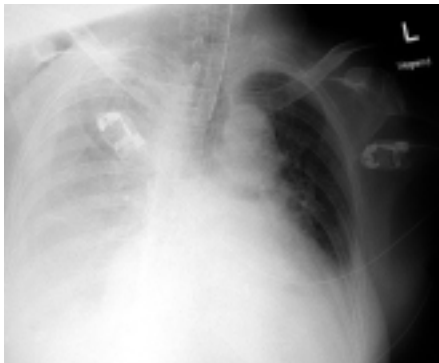


Abbildung 1: *
Patn. F., E., Thorax-Rö. am Aufnahme-tag, Pleura-erguss rechts, Punktion → Pleuraempyem

Wegen drastischer Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Ausbildung eines septischen Schocks wurde am darauffol-genden Tag die Verlegung auf die inter-disziplinäre Intensivstation erforderlich. Unter Beatmung, Einsatz von Katecholaminen und Antibiose sowie Anlage einer Thoraxdrainage rechts konnte eine Stabi-lisierung des Allgemeinzustandes erreicht werden. Bei vorsichtiger enteraler Er-



Abbildung 2:
Ösophagographie mit wasserlöslichem Kontrastmittel 8 Tage nach stat. Aufnahme, Nachweis einer ösophagopleuralen Fistel rechts (zusätzlich Hiatushernie)

nährung über die liegende Magensonde in den Folgetagen wurde erstmals der Verdacht auf eine ösophagopleurale Fistel geäußert. Die röntgenologische Ösophagusdarstellung mit wasserlöslichem Kontrastmittel ergab eine vom Ösophagus ausgehende Fistel zur rechten Pleurahöhle (Abb. 2). Zusätzlich wurde eine kleine Hiatushernie diagnostiziert. Ösophago-gastroskopisch stellte sich eine klaffende Öffnung in der distalen Speiseröhre dar.

Nach Konsultation der Chirurgen wurde die Indikation zur Operation gestellt. Intraoperativ zeigte sich bei dem durchgeführten Zweihöhleneingriff eine etwa 4 cm lange Ruptur der Ösophagushinterwand epiphrenal mit - wie zu erwarten - ausgedehnter älterer Pleuritis. Zusätzlich fanden sich Speisereste in der Pleura-höhle rechts. Die Versorgung der Ruptur erfolgte nach Spülung durch Naht des

Ösophagus mit Semifunduplicatio zur Nahtsicherung. Nach nochmaliger Spü-lung von Pleurahöhle und Mediastinum wurde eine erneute Spül-Saug-Drainage rechts thorakal angelegt.

Nach Erkennung dieses Befundes konnte fremdanamnestic eruiert werden, dass dem stationären Aufenthalt ein Anfall von massivem Erbrechen, Husten und nachfolgender Atemnot tags zuvor nach einer Feier im Pflegeheim vorausgegan-gen war.

Bei protrahiertem Heilungsverlauf mit Langzeitbeatmung und mehrfach erforder-lichem Antibiotikawechsel bei späterem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa* konnte die Patientin am 45. postoperativen Tag auf eine chirurgische Station verlegt werden. Die Kontroll-Ösophagographie am 18. postoperativen Tag hatte keinen Anhalt für eine Nahtinsuffizienz oder Fistel ergeben (Abb. 3 und 4). Die Rückverlegung ins Pflegeheim erfolgte 14 Tage später. Die Patientin war in der Lage, leichte Kost zu essen. Zudem war sie auf Stationsebene mobilisiert.

Diskussion:

Der Fall weist einige Charakteristika des Boerhaave-Syndroms (Hermann BOER-HAAVE, Arzt, Leiden, 1668 - 1738) auf, weicht aber auch von beschriebenen Um-ständen ab. Beim Boerhaave-Syndrom handelt es sich um eine meist im Zusam-menhang mit Erbrechen auftretende Rup-tur des Ösophagus (Synonyma: Spontane Ösophagusruptur, atraumatische Spontan-ruptur des Ösophagus). Typisch negativ ist bei diesem seltenen Krankheitsbild



Abbildung 3:
18. postoperativer Tag, Kontroll-Ösophagographie
ohne Nachweis einer Insuffizienz



Abbildung 4:
Thorax-Röntgen-Kontrolle vor Entlassung

die Zeitdauer, die bis zur Diagnosestellung verstreicht. Retrospektiv scheint bei unserer Patientin die Kombination massives Erbrechen, Luftnot und Pleuraempyem fast zwingend auf das 1724 erstmalig beschriebene Syndrom hinzuweisen. Allerdings ist im Einzelfall die Symptomatik meist nicht so eindeutig. Die Kombination von dyspnoeischem, deutlich krankem Patienten mit Fieber, Leukozytose, Schmerzen thorakal und vielleicht auch abdominal hat eine Vielzahl von häufigen Diagnosen als mögliche Ursache. Bei zusätzlich bekannter chronisch ischämischer Herzkrankheit und deutlich erschwerter Anamneseerhebung infolge Schizophrenie sowie Schwerhörigkeit - wie in unserem Falle - war die differentialdiagnostische Einbeziehung des Boerhaave-Syndroms nicht primär auf der

Hand liegend. Vielmehr wurde und wird in der Regel der nachgewiesene Pleuraerguss und das durch Punktion bestätigte Pleuraempyem - in unserem Falle nicht ganz typisch rechtsseitig - auf häufigere Ursachen zurückgeführt.

Auslöser für ein Pleuraempyem ist meistens ein parapneumonischer Erguss. Nach Stamatis (1) ist mit einer Inzidenz von 12.000 Pleuraergüssen pro Jahr in Deutschland zu rechnen. Dazu kämen etwa 4.000 Patienten mit Pleuraempyem im Rahmen chirurgischer Eingriffe oder Lungentraumata. Stamatis unterteilt die Ursachen in geschlossene und offene Infektionen (Tab. 1). Erstere treten unter anderem sekundär bei Pneumonien und generalisierter Sepsis oder nach Ruptur eines Lungenabszesses oder bei Lungentuberkulose auf. Als Ursachen der offenen Infektionen werden thoraxchirurgische Eingriffe, Thoraxtraumen, iatrogene Ösophagusperforation, Punktionen der Vena subclavia und Pleurapunktionen genannt. Die Spontanruptur des Ösophagus vermisst man in dieser Aufstellung.

Demgegenüber steht das bis 1990 mit etwa 900 Fällen in der Literatur beschriebene sehr seltene Boerhaave-Syndrom (2). Die Definition geht von einer Ruptur der Speiseröhre ohne äußeres Trauma aus. Auslöser scheint in der Regel (70 - 90 % der Fälle) massives heftiges Erbrechen zu sein. Hierbei steigt der niedrige Ruhedruck des Ösophagus plötzlich auf extrem hohe Werte von 200 mm Hg und mehr an (4). Prädilektionsstelle ist das untere Ösophagusdrittel links (3) als Ort des geringsten muskulären Widerstandes (Dichteminimum der Muskelfasern). Da die Speiseröhrenwand nicht auf derartige Drücke ausgerichtet ist, kommt es zur sogenannten atraumatischen Ruptur. Vorwiegend scheint ein derartiges Ereignis bei Alkoholikern aufzutreten (relativ häufiges Erbrechen Alkoholexzesse). Auch nach opulenten Mahlzeiten oder bei schweren Gastroenteritiden wurde das Boerhaave-Syndrom beobachtet. Weitere auslösende Faktoren einer sogenannten Spontanruptur sind heftiges Pressen,

Tabelle 1:
Ursachen des Pleuraempyems
(modifiziert nach Stamatis)

A „Geschlossene“ Infektionen

- sekundär bei Pneumonien (postpneumonisch)
- sekundär bei generalisierter Sepsis
- nach Ruptur eines Lungenabszesses
- bei Lungentuberkulose
- bei Bronchiektasen
- sekundär bei Spontanpneumothorax und bronchopleuraler Fistel
- beim subphrenischen Abszess (lymphogen oder hämatogen)
- bei Wirbelkörper-Osteomyelitis
- bei Tumorobstruktion
- bei pulmonalen Mykosen
- bei parasitären Lungenerkrankungen
- bei Spontanruptur des Ösophagus (BOERHAAVE-Syndrom)

B „Äußere“ Infektionen

- nach thoraxchirurgischen Eingriffen
- nach Thoraxtrauma
- nach iatrogenem Ösophagusperforation
- nach Punktion der V. subclavia
- nach Pleurapunktion

zum Beispiel unter der Geburt oder bei erschwertem Stuhlgang, sowie schweres Heben. Zudem sind auch Verläufe bei Pylorusstenose (5) oder neurogener Muskelatrophie (6) beschrieben. In über drei viertel der Fälle sind männliche Personen betroffen (7). Eine Häufung im 6. Lebensjahrzehnt ist zu beobachten. Nach dem Erbrechen können ein vernichtender Schmerz in Thorax und Oberbauch, Dyspnoe, Hautemphysem und Pleuraerguss (typischerweise links) sowie bei foudroyantem Verlauf ein akuter Kreislaufschock auftreten. Differentialdiagnostisch kommen alle Ursachen plötzlicher Thorax- und Abdominalschmerzen in Frage: Herzinfarkt, Pneumonie, Spontanpneumothorax, rupturiertes Aortenaneurysma, inkarzerierte Hiatushernie, perforiertes Gastroduodenalulcus oder Pankreatitis. Bei Verdacht auf ein Boerhaave-Syndrom wird in der Literatur fast ein-

hellig die radiologische Darstellung des Ösophagus mit wasserlöslichem Kontrastmittel als diagnostisches Mittel der Wahl angesehen. Hinsichtlich Endoskopie sind die Meinungen geteilt. Manche Autoren halten sie für sinnvoll, andere raten wegen der damit verbundenen Luftinsufflation ins Mediastinum dringend davon ab, zumal die Nichterkennung der Rupturstelle durchaus möglich ist. Die Computertomographie stellt eine zusätzliche Methode dar, um bei falsch negativem Ösophagogramm die Diagnosestellung zu ermöglichen (8).

Die Therapie ist davon abhängig, wie viel Zeit zwischen dem Eintreten der Ruptur und der Diagnosestellung verstrichen ist. Eine rein konservative Therapie scheint nur selten möglich und sinnvoll zu sein, entweder bei geringer klinischer Symptomatik und gut abgekapseltem Prozess (9) oder bei sogenannter inkompletter Ruptur (10), bei der nicht alle Wandschichten durchtrennt sind (MALLORY-WEISS-Syndrom). Ansonsten ist das rasche chirurgische Vorgehen angezeigt, wobei in Abhängigkeit von der verstrichenen Zeit das einzeitige Vorgehen mit Thorakotomie (eventuell abdomino-thorakales Vorgehen) und Versorgung der Ruptur durch einreihige Allschichtnaht mit Nahtsicherung durch eine Fundoplicatio und Thorax-Spül-Saug-Drainage oder bei verzögerter Diagnose ein zweizeitiges Vorgehen mit anfänglicher Spül-Saug-Drainage und späterer Versorgung der Ruptur in Frage kommen. Kritischer Zeitpunkt für die Entscheidung hinsichtlich ein- oder zweizeitigen Vorgehens

scheint der Zeitraum zwischen 24 und 48 Stunden nach der Ruptur zu sein. Neben dem Zeitfaktor spielt bei der Entscheidungsfindung auch die Erfahrung des Operateurs eine nicht unbedeutende Rolle. Trotz aller diagnostischer und therapeutischer Fortschritte der letzten Jahre bleiben die Erkennung des Krankheitsbildes schwierig, die Prognose schlecht und die Letalität beim Boerhaave-Syndrom hoch. Die Letalitätsangaben sind sehr unterschiedlich und hängen von Zeitpunkt der Diagnosestellung, Therapiewahl und den möglichen auftretenden Komplikationen ab. Nach der Auswertung von Hafer et al. (2) steigt die Letalität von 24 % bei Diagnosestellung binnen 12 Stunden nach Ruptur auf 75 % an, wenn erst nach über 36 Stunden die Krankheitsursache gefunden werden konnte. Bei all diesen Angaben darf man aber nicht vergessen, dass die Inzidenz ausgesprochen niedrig ist und man entweder über Einzelkasuistiken oder die ex-post-Betrachtung gesammelter Fälle spricht. Wichtig erscheint uns, bei entsprechender Symptomatik eine spontane Ösophagusruptur in die differentialdiagnostischen Erwägungen einzubeziehen, eine Ösophagographie mit wasserlöslichem Kontrastmittel eher und öfter durchzuführen und rasch den Chirurgen zu konsultieren, um durch eine frühzeitige Operation die Prognose zu verbessern.

Unsere Patientin hatte, ausgehend von den bekannten Fakten, eigentlich keine guten Chancen. Bis zur Diagnosestellung und operativen Intervention vergingen acht Tage. Dabei haben mit Sicherheit

die nur unzureichende Möglichkeit der intensiven Anamneseerhebung (Schizophrenie, Schwerhörigkeit und rasch verschlechternder Allgemeinzustand) und der „atypische“ rechtsseitige Pleuraerguss zur Verzögerung beigetragen. Dadurch erfolgte nach intensivmedizinischer Behandlung und Thoraxdrainage des Pleuraempyems unbekannter Ursache erst mit Erkennung der Diagnose Ösophagusruptur die operative Sanierung im Sinne einer unfreiwilligen zweizeitigen Therapie, die glücklicherweise erfolgreich war.

Ein derartiger Verlauf mit verzögerter Diagnosestellung sowie mehrfacher Verlegung (Patientenodyssee!) bis zur endgültigen kausalen Therapie tritt leider häufig auf. Obschon dieses Krankheitsbild sehr selten ist, kann jedoch empfohlen werden, bei einem Pleuraempyem auch an das Boerhaave-Syndrom zu denken. Die fast pathognomonisch zu nennende Macker-Trias mit massivem Erbrechen, nachfolgenden heftigsten Brust- und/oder Oberbauchschmerzen und Hautemphysem ist mit Sicherheit dabei wegweisend, wie aber in unserem Falle nicht zwingend vorhanden.

*) Für die freundliche Überlassung der Röntgenaufnahmen danken wir Herrn Chefarzt Dr. med. Whisgott, Radiologisches Institut des Krankenhauses Dresden-Neustadt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
PD Dr. med. habil. Ulf Herrmann
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt
Chirurgische Klinik
Industriestraße 40, 01129 Dresden

P. Petersen

Künstlerische Therapie in Dresden

Forschungsinstitut für
Künstlerische Therapie
Hannover

Von der Notwendigkeit schöpferischer Lebenshaltung in der Heilkunde

Therapie ist abgeleitet von dem altgriechischen Wort *therapeuein* und heißt: begleiten, dienen, Gefährte sein. Der Therapeut ist sachkundiger Begleiter und aufmerksamer Gefährte für den Leidenden, seinen Patienten. Dieses dialogische Prinzip der Begleitung ist die Grundlage dafür, um den Heilungsprozess überhaupt anzustoßen. Im therapeutischen Prozess finden Wandlungen und produktive Umgestaltungen des Krankseins - destruktive und entfremdete, psychosomatische Strukturen - statt. Kranksein ist umfassend gemeint: biologisch, seelisch und sozial; ich denke an eine biopsychosoziale Medizin. Entscheidend ist: der therapeutische Prozess vollzieht sich spontan, zwar gesteuert, aber nicht kausalmechanisch manipuliert und manipulierbar. Künstlerische Therapie gründet neben dem handwerklichen Umgang mit sinnlichen Mitteln auf den beiden Grundlagen des Dialoges und des Prozesses; diese Prinzipien sind andere als die der naturwissenschaftlichen Medizin.

Der naturwissenschaftlichen Medizin geht es um die gezielte Austilgung von Symptomen mit Hilfe kausalmechanisch wirkender Mittel auf dem Hintergrund des als komplizierte biopsychosoziale Maschine gedachten Menschen. Diese naturwissenschaftliche Strömung der jetzt klassischen Medizin hat seit eineinhalb Jahrhunderten zuerst das Abendland und dann die Welt wie im Sturm erobert; der weitere Fortschritt der biotechnologischen Medizin zeichnet sich dadurch aus, dass er schneller als erwartet eintritt. Die extremen ökologischen Schäden dieses Fortschritts bei Mensch und Umwelt werden auch im öffentlichen Bewusstsein allmählich erkennbar; Kenner wissen schon lange, dass mehr als die Hälfte der heutigen Krankheiten auf die klassische Medizin zurückgehen. Künstlerische Therapien hingegen zeichnen sich durch ökologische Freundlichkeit aus.

Dass Künstlerische Therapeuten sich

heute mehr und mehr in die Heilkunde hineinbegeben - als eine Gegenströmung - ist auch aus ökologischen Gründen notwendig. In Dresden haben - ebenfalls in den letzten eineinhalb Jahrhunderten - zwei Personen im weitesten Sinne künstlerisch-therapeutisch gearbeitet, nämlich Carl Gustav Carus und Jacques-D. Dalcroze mit dem Hellerauer Kreis. Künstlerische Therapien können an diese große Dresdner Tradition anschließen. Carl Gustav Carus (1790 - 1869) wirkte als ein Repräsentant der sogenannten romantischen Medizin als Klinikleiter und Hofarzt 55 Jahre in Dresden. In einem umfangreichen wissenschaftlichen Werk versuchte er, die Empirie und Technik der aufkommenden modernen Medizin zusammenzudenken mit Konzepten der deutschen Klassik, insbesondere den goetheanistischen Ideen. Als Maler hinterließ Carus ein Werk, das in seiner Qualität seinem Zeitgenossen, dem Dresdner Maler Caspar David Friedrich nahesteht. Ganzheitlichkeit war für Carus kein Schlagwort; vielmehr arbeitete er mit Detailkenntnis beispielsweise ein Curriculum für die Mediziner Ausbildung aus: dort sollten entsprechend seinem sogenannten genetischen Ansatz Anatomie, Mathematik, Arithmetik, Geometrie, Physiologie und Philosophie methodisch miteinander ins Gespräch kommen. Carus' wissenschaftliche Lehre gliederte sich seiner vom deutschen Idealismus geprägten Psychologie ein: Körper, Seele und Geist werden zusammenschaut. Der letzte Satz seiner 1829/30 in Dresden gehaltenen „Vorlesung über Psychologie“ lautet: „In diesen Eigenschaften (nämlich Ehrfurcht, Weisheit und Liebe) kehrt sich die rein entwickelte Seele zu den höchsten Ideen, welche der Mensch als Strahlen des göttlichen Wesens vernimmt, nämlich zu: Schönheit, Wahrheit, Güte.“ Die Kehrseite dieser positivistisch anmutenden Anthropologie entwickelte Sigmund Freud (1856 - 1939) mit seiner Psychoanalyse und seinen tiefenpsychologischen Nachfolgern im 20. Jahrhundert: die dunklen Kellergewölbe, die Destruktivität der

menschlichen Seele kam in den Blickpunkt. Diese Tiefenpsychologie kann Licht bringen in die mörderischen Szenarios unseres Jahrhunderts - das Inferno von Dresdens Februarnächten 1945 mag als Symbol dieses destruktiven Jahrhunderts gelten.

Der Genfer Tanzpädagoge Emile Jacques Dalcroze (1865 - 1950) und Begründer der Rhythmik, einer weit über Musik und Bewegung in Erziehung und Therapie ausstrahlenden Bewegungskunst, wirkte in einem großartigen sozialen Unternehmen Anfang des Jahrhunderts in Dresden-Hellerau. In Hellerau, der Gartenstadt, Künstlerkolonie und dem Festspielhaus, wurde der Versuch von Architekten, Künstlern, Arbeitern, Handwerkern und Wirtschaftlern unternommen, die Anonymisierung der industriellen Revolution durch eine individualisierte Sozialgestaltung aufzuheben (Wolf Dohrn, Hans-Jürgen Safert). Die in der Rhythmik verlangte künstlerische Lebenshaltung ist dabei ein wesentliches Element.

Integration kreativer Therapien hat auf dem Hintergrund dieser Dresdner Tradition jedenfalls einen vierfachen Sinn: Erstens muss es zur gegenseitigen Respektierung und auf Dauer zum Dialog zwischen den beiden großen Wissenschaftsströmungen kommen: der analytisch-mechanistisch ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin auf der einen Seite und auf der anderen Seite den integral denkenden und arbeitenden Künstlerischen Therapien. Dieser Dialog ist überlebensnotwendig: die rational organisierte moderne Lebenswelt kann weder ohne analytisches Denken auskommen, wie sie ebenso auch quantitativ gleichgewichtig auf integrale und intuitive Leistungen angewiesen ist, insbesondere wenn es um Zukunftsentwürfe und ökologische Verträglichkeit geht.

Zweitens müssen die verschiedenen Künste und Grundlagenwissenschaften zusammen mit ihren entsprechenden Therapiemedien miteinander ins Gespräch kommen; ich denke an Musik/Akustik/Mathematik und Musiktherapie, an Ma-

lerei/Optik/Farbdesign und Mal/Farbtherapie, an Tanzkunst/Dynamik und Leib- sowie Bewegungstherapie (etwa Rhythmik, Eutonie, konzentrierte Bewegungstherapie, Eurythmie), an Poesie/Philologie, Linguistik und die Vielfalt von Psychotherapien inklusive Poesietherapie - diese Reihe könnte noch um einige therapeutische Medien fortgesetzt werden (wie Plastizier- und Schauspieltherapie und den entsprechenden Künsten und Grundlagenwissenschaften).

Drittens lässt sich Therapie heute nur noch mit einem zwiegerichteten Bewusstsein ins Werk setzen: hell und dunkel, positiv und negativ, Produktives und Destruktives müssen in gleicher Weise ins Blickfeld kommen können. Nur wer auch ein geschultes Ohr für die destruktiven Gründe und Untergründe des menschlichen Daseins hat, kann produktive Wandlungen ermöglichen. Während Carus mit der Entwicklung der Seele zum Himmel strebte, bahnte sich Freud den Weg in die Hölle. Wo der eine das Göttliche suchte, versuchte der andere, dem Teuflichen ins Gesicht zu sehen. Therapeuten haben diese Spannung zwischen Inferno und Göttlichkeit, zwischen Verteufelung und Idealisierung auszuhalten - statt die eine Seite zugunsten der anderen zu verdrängen. Welche Wandlungen und Umgestaltungen mit Hilfe dieses dialektisch-emanzipatorischen Potentials möglich sind, beweisen die mit Fallgeschichten aus den verschiedensten künstlerischen und Psychotherapien angelegten Therapie-sammlungen. Anstelle einer Therapie-geschichte lasse ich die Lyrikerin Nelly Sachs sprechen:

Weine aus die entfesselte Schwere
der Angst
zwei Schmetterlinge
halten das Gewicht der Welten für dich
und ich lege deine Träne in dieses Wort:
deine Angst ist ins Leuchten geraten.

Viertens verwirklicht sich künstlerische Lebenshaltung in einer gemeinschaftli-

chen Sozialstruktur. Diese Gemeinschaftsstruktur bezieht sich auf die Binnenbeziehungen der therapeutischen Gemeinschaft (von Therapeuten und Patienten) wie auch auf die Außenbeziehungen (Eingliederung in die jeweilige Orts-gemeinde und übergeordnete Sozialstruktur). Dabei sind die gemeinschaftlichen Binnenbeziehungen geprägt durch funktionale Hierarchie, Kollegialsystem und Supervision (anstelle von Medicokratie, Machthierarchie, Subordination und Weisungsabhängigkeit); die gemeinschaftlichen Außenbeziehungen lassen sich kennzeichnen durch patientenbezogene Bedürfnisorientierung (anstelle methodenorientierter Therapie), Entkoppelung von finanziellem Lohn und therapeutischer Leistung (wobei Leistungsnachweis und Transparenz von Leistungen vorausgesetzt sind). Wesentlich ist: die Gemeinschaft von Therapeuten und Patienten bezieht sich grundsätzlich auch selbst in den Prozess von Umgestaltungen mit ein: so ist nicht nur Reflexion und Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung, sondern ebenso die der gemeinschaftlichen Beziehungen aufgegeben.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Univ.-Prof. em. Dr. med. Peter Petersen
Leiter des Forschungsinstitutes
Für Künstlerische Therapie
Kauzenwinkel 22
30627 Hannover

Artikel eingegangen: 9. 5. 2000
Artikel angenommen: 22. 5. 2000

Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig

An den Herausgeber des
„Arzteblatt Sachsen“
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leipzig, den 18. Oktober 2000

**Leserbrief zu dem Artikel von
Prof. Dr. med. habil. U. Julius,
Lipidsenkende Pharmakotherapie –
können wir uns das trotz Budgetzwang
leisten?**

Der Artikel über lipidsenkende Pharmakotherapie beschäftigt sich mit dem Einsatz von Statinen und Fibraten in der Primär- und Sekundärprävention arteriosklerotischer Erkrankungen, hier vor allem der koronaren Herzerkrankung. Der Autor stellt abschließend fest, dass „eine unterlassene lipidsenkende Pharmakotherapie in der Sekundärprävention heutzutage als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden muss“ (1).

Diese Schlussfolgerung erscheint aus mehreren Gründen problematisch: Eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit durch lipidsenkende Pharmakotherapie im Sinne der Sekundärprävention ist bisher nur für Pravastatin und Simvastatin von koronarkranken Patienten belegt (2, 3). Pravastatin verminderte die Gesamt-mortalität außerdem im Rahmen der Primärprophylaxe (4). Zunehmend wird dabei erkannt, dass Statine sehr wahrscheinlich auch über einen anderen Mechanismus als den der Cholesterinsenkung wirken (pleiotrope Effekte) (5, 6). Unter Gemfibrozil konnte zwar in der Primär- wie Sekundärprävention eine Abnahme der Häufigkeit schwerwiegender kardialer Ereignisse nachgewiesen werden, die Gesamt-mortalität der so behandelten Patienten unterschied sich jedoch nicht von der Placebo-Gruppe, der Effekt auf die Häufigkeit des ischämischen Schlaganfalls blieb unklar (7, 8, 9). Darüber hinaus war es unter Fibraten trotz erheblicher Lipid-senkung sogar zu einer tendenziellen Zu-nahme der Gesamtsterblichkeit gekommen

(10). Somit sollte die lipidsenkende Pharmakotherapie bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung letztlich nur mit Statinen erfolgen, die kostengünstigeren Fibrate (und auch andere lipidsenkende Pharmaka) stellen nach der derzeitigen Datenlage keine sichere Alternative dar. Die Trennung zwischen Primär- und Sekundärprophylaxe fällt in Anbetracht der in dem Artikel angesprochenen neueren pathophysiologischen Befunde über den lipidreichen Plaque der Arterienwand, der als der verantwortliche Trigger des akuten Koronarsyndroms angesehen wird, immer schwerer. So wiesen spezielle koronarangiographische Untersuchungen und Untersuchungen mit intravaskulärem Ultraschall (11) bei vielen Menschen schon arteriosklerotische Veränderungen nach, obwohl zuvor noch kein schwerwichtiges koronares Ereignis aufgetreten war. Hier müsste somit bereits eine Sekundärprophylaxe stattfinden, wodurch sich der Kreis der Patienten, denen möglicherweise der in dem Artikel postulierte Kunstfehler widerfahren könnte, erheblich erweitert.

Die Hauptursache des derzeitigen ärztlichen Ordnungsverhaltens stellen die hohen Kosten der Statine dar. Fordert man, dass, am Beispiel des Bundeslandes Sachsen mit 4,4 Millionen Einwohnern, bei einer geschätzten Prävalenz der koronaren Herzerkrankung von 5 %, alle diese Patienten einer Statin-Therapie zugeführt werden sollten, so treten dabei im Jahr bei mittelhoher Dosierung Kosten von ca. 220 Mio. DM auf (pro Patient ca. 1.000 DM/Jahr). Dies entspräche bereits 10,6 % des Arzneimittelbudgets der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (1999: 2,061 Mrd. DM).

Zusammenfassend sollte auch unserer Meinung nach bei koronarer Herzerkrankung immer eine Behandlung mit Statinen angestrebt werden. Die Begründung dafür liegt nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht unbedingt in der Senkung des LDL-Cholesterins („lipidsenkende Therapie“), sondern vor allem in der dokumentierten „Nebenwirkung“ einer Sen-

kung der Häufigkeit kardialer Ereignisse und einer Senkung der Gesamtmortalität. Das Postulat, eine Unterlassung dieser Therapie als Kunstfehler zu bezeichnen, bringt einen Großteil der verantwortlichen Ärzte in der derzeitigen wirtschaftlichen Situation unseres Gesundheitssystems in eine nicht selbst verschuldete „Zwickmühle“, auch wenn eine Statin-Therapie in der Behandlung der koronaren Herzerkrankung langfristig kostengünstig ist. Leisten können wir uns eine Statin-Therapie für alle Patienten, die von dieser Behandlung profitieren könnten, derzeit also noch nicht.

Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
 Wolfram Burger, Georg D. Kneissl
 Elisabeth Rehberg, Wolfgang K. Rothe

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:
 PD Dr. med. Wolfram Burger
 Abteilung für Interventionelle Kardiologie
 Städtisches Klinikum „St. Georg“
 Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Stellungnahme zum Leserbrief von Herrn Dr. Burger zu meinem Beitrag „Lipidsenkende Pharmakotherapie – können wir uns das trotz Budgetzwang leisten?“

Es ist den Autoren des Leserbriefes beizupflichten, dass eine lipidsenkende Pharmakotherapie bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung derzeit vorwiegend mit Statinen durch entsprechende Studien belegt ist. Aufgrund pathophysiologischer Überlegungen spielen die Fibrate trotzdem eine gewisse Rolle. Immerhin konnte in zwei großen prospektiv geführten Studien mit dem Fibrat Gemfibrozil ein guter Effekt auf die Herzinfarktinzidenz und den Tod an koronaren Ursachen belegt werden. Es ist auch richtig, dass die Trennung zwischen Primär- und Sekundärprophylaxe angesichts der modernen Untersuchungsverfahren, zu denen auch die Ultraschalluntersuchung der Halsge-

fäße gehört, immer schwerer fällt. Tatsächlich erweitert sich dadurch der Kreis der Patienten, bei denen die zwingende Indikation zur lipidsenkenden Pharmakotherapie besteht. In meinem Artikel hatte ich auf die Bedeutung der nicht-medikamentösen Therapie (das heißt vorwiegend auf die Kostumstellung im Sinne des Einsatzes von pflanzlichen Ölen) mehrfach hingewiesen.

In der Zusammenfassung stellen die Autoren fest, dass auch nach ihrer Meinung nach koronarer Herzerkrankung immer eine Behandlung mit Statinen angestrebt werden sollte. Diese Behandlung belastet natürlich das Budget des einzelnen Arztes, stellt aber für das Gesamtsystem des Gesundheitswesens eine kostengünstige Variante dar. Nach meiner Auffassung sollte der Aspekt des Effektes auf das Gesamtsystem des Gesundheitswesens im Vordergrund stehen.

Dresden, den 14. 11. 2000

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius
 Komm. Direktor des Institutes und Poliklinik für
 Klinische Stoffwechselforschung des
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden,
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Urologische Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. Bernd Gieseler
 Dr. med. Frank Nicklisch
 Friedrichstraße 41
 01067 Dresden

4. 12. 2000

An die Redaktion Ärzteblatt Sachsen
**Offener Brief
 an alle Kassenärzte Sachsens**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zwei Artikel aus unserer Standespresse veranlassen mich, meine Gedanken zu unserer Situation als Kassenärzte zu äußern. Im „Ärzteblatt Sachsen“ Nr. 11/2000 ist der Artikel „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ und im Deutschen Ärzteblatt Heft 45 vom 10. 11. 2000 der Artikel „Stufenweiser Abschied von der

Gesetzlichen“ erschienen.

Beide Beiträge sprechen mir aus dem Herzen, denn hier ist von kompetenten Fachleuten der Weg aus der Misere des desolaten gesetzlichen Krankenversicherungssystems der Mangelverwaltung hin zu einem funktionstüchtigen, privatwirtschaftlich geführtem System aufgezeigt. Die Reformunfähigkeit einer staatlichen Mangelverwaltung ist uns allen nur zu gut bekannt.

Für mich stellt sich aber nun die große Frage, wie man Politiker dazu bewegt, sich von Scheingefechten über Leitkulturen abzuwenden und endlich so ein ernsthaftes Problem wie die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf die Tagesordnung zu setzen.

Seit unserer Aktionswoche mit Praxis-schließung weiß ich, dass sich die Mehrheit der Vertragsärzte sich der Existenzgefährdung ihrer Arztpraxen bewusst ist und es langsam so schmerzt, dass man auch bereit ist, für eine Veränderung zu kämpfen. Bevor ich mein eigentliches Anliegen nenne, möchte ich einige Zahlen bringen, um unsere wirtschaftliche Situation begreifbar zu machen.

Unser Honorar ist budgetiert. Ich kenne keinen, der dieses Budget nicht überschreitet. Der Scheinwert ist damit bei vergleichbaren Praxisstrukturen ebenfalls vergleichbar. Nehmen wir eine gut gehende Hausarztpraxis Sachsens mit einer Patientenzahl von 1.000 im Quartal und dem Scheinwert von 60,00 DM. Das sind 60.000,00 DM Kassenhonorar im Quartal und 240.000,00 DM im Jahr. Ziehen wir die Betriebskosten von 55 % ab, sind wir bei 108.000,00 DM Bruttogehalt im Jahr. Diesen Betrag nennt dann ein Politiker in der Zeitung und alle fragen sich, was die Ärzte eigentlich wollen. Nun rechnen wir mal weiter. Zunächst holt sich das Finanzamt einen Teil des Geldes je nach familiärer Gesamtveranlagung. Nehmen wir einen Steuersatz von 35 %, dann sind wir bei rund 70.000,00 DM. Nun beginnen wir als Freiberufler unseren Pflichtbeitrag zur Ärzteversorgung mit 16.500,00 DM und die wieder unterschied-

lichen Beiträge zur Krankenversicherung und notwendigen Lebensversicherungen mit ca. 10.000,00 DM zu bezahlen (Vorsorgeaufwendungen sind nur in geringem Maße steuerlich anrechenbar). Wir sind jetzt bei 43.500,00 DM angelangt und alle, die einen Kredit zur Finanzierung ihrer Praxis aufgenommen haben, zahlen jetzt noch an die Bank die steuerlich nicht absetzbare Tilgungsrate. Wir sind damit bei einem Netto-Arbeitslohn von 35.000,00 DM im Jahr und bei 2.900,00 DM Arztgehalt im Monat. Kein Urlaubsgeld, kein Weihnachtsgeld. Vor einer weiteren Berechnung des Stundenlohnes möchte ich aus ärztlicher Sicht warnen.

Beziehen wir unsere Berechnung auf den einzelnen Patient, dann sind wir bei 8,75 DM Netto-Arztgehalt für drei Monate Patientenbetreuung (Sprechstunde, Hausbesuche, Notdienste, Anfragen der Kassen usw.).

Wer kann seinem Kind noch empfehlen, Kassenarzt zu werden?

Es gibt Ärzte, die diese Zahlen gar nicht erreichen und andere Fachrichtungen mit höheren Scheinwerten (Urologe zurzeit 70,00 DM mit Röntgen und Labor in der Praxis) haben dafür mehr Betriebskosten und höhere Kreditverpflichtungen.

Damit stehen wir am Rande des Abgrundes. Eine Kassenarztpraxis ist mit dem jetzigen Kassenarzt Honorar betriebswirtschaftlich nicht zu führen und schon gar nicht mit dem medizinischen Fortschritt weiterzuentwickeln.

Der ernsthaft kranke Patient mit hohem Leistungsbedarf ist im budgetierten System betriebswirtschaftlich gesehen der ungünstigste Patient. Ist das nicht paradox? Stellen wir uns vor, dass ein Restaurant-Besitzer verpflichtet wird, alle Gäste für eine Pauschale von 5,00 DM zu bewirten. Dann wäre auch der Gast mit dem größten Hunger der schlechteste Gast.

Was unternehmen wir nun dagegen? Wenn wir bei dem Vergleich mit dem Restaurant bleiben, dann weichen wir auf das Dessert-Bufett aus. Wir bieten unseren Patienten Igel-Leistungen für harte DM an und halten damit unsere Kassenarztpraxis

über Wasser. Die Kollegen in den alten Bundesländern leben zusätzlich von den Privatpatienten. Machen wir es uns bewusst, wir subventionieren mit unserer zusätzlichen Arbeit das System der gesetzlichen Krankenversicherung!

Und dafür bekommen wir keinen Dank - im Gegenteil, wir bekommen noch eine Regressdrohung für Arzneimittelkosten! Hier also mein Vorschlag. Ich will meine eigentliche ärztliche Tätigkeit entsprechend dem betriebswirtschaftlichen und in dieser Gesellschaft üblichen Niveau vergütet haben.

Vorschläge zur Veränderung des Systems liegen mit den eingangs erwähnten Artikeln auf dem Tisch. Unsere Aufgabe als Vertragsärzte kann es nur sein, die Politiker an diesen Tisch zu zwingen. Es gibt für mich nur einen praktikablen Weg. Wir haben alle einen Vertrag mit den Krankenkassen. Dieser Vertrag ist schon lange kein Vertrag mehr, sondern eine Diktatur. Eine Diktatur kann man nicht reformieren. Wir können den Vertrag aber kündigen - jeder einzeln und alle zur gleichen Zeit. Setzen wir den Politikern eine Frist - sagen wir bis zur nächsten Bundestagswahl. Das wäre genug Zeit, um ein neues Krankenkassensystem zu gestalten.

Betreuen wir unsere Patienten weiter. Wir können unsere Arbeit auch ohne Krankenkassen machen und wir können jedem Patient dafür eine Rechnung nach Gebührenordnung für Ärzte geben. Das ist für andere Berufe ein durchaus übliches Verfahren in dieser Bundesrepublik Deutschland.

Ich rufe alle Kassenärzte dazu auf, sich mit den Vorschlägen des „Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ vertraut zu machen und auch über meinen Vorschlag zu diskutieren. 90 % werden sagen, dass man nie alle Ärzte unter einen Hut bekommt - aber dann geht es uns wohl noch zu gut.

Wir sind das Volk

Dr. med. Bernd Gieseler

Anmerkung der Redaktion:

Es ist verständlich, dass die Umstände der aktuellen Gesundheitspolitik - nicht nur das Diktat der Krankenkassen - die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen besonders in den neuen Bundesländern in Rage bringt, weil sich hier die Probleme bündeln.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 nimmt die Anliegen aller Leistungserbringer auf und sucht adäquate Lösungen,

die den Einzelnen - zurzeit besonders den Facharzt - nicht allein lässt.

Abschaffung der Krankenkassen wie auch Rückgabe der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung sind keine realen Lösungswege. Eher konnte eine grundlegende Reform der Versicherungssysteme und die Beschränkung des Leistungskataloges auf das in Solidarität der Versicherten erforderliche Maß die nötige Entlastung bringen.

Der Aufruf der Kollegen Gieseler und

Nicklisch, die Vorschläge des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ zu diskutieren und **möglichst auch in die Tat umzusetzen**, ist so gesehen ein Ruf an uns alle.

Das Echo der Aktionswoche in Sachsen war deutlich. Da die Probleme jedoch weiterbestehen, ist 2001 eine gemeinsame Aktion der neuen Bundesländer geplant.

Dr. med. Günter Bartsch
Vizepräsident

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

60 Jahre		14. 03.	Dipl.-Med. Joppien, Hans-Georg 04279 Leipzig	31. 03.	01936 Königsbrück Dr.med. Busch, Siegward
01. 03.	Dr.med. Buschbeck, Joachim 08228 Rodewisch	14. 03.	Dr.med. Schulz, Ilse 04107 Leipzig	31. 03.	08523 Plauen Dr.med. Naumann, Christa
01. 03.	Hildebrandt, Helga 06774 Söllichau	14. 03.	Dr.med. Wunder, Horst 04758 Oschatz	02. 03.	01326 Dresden Dr.med. Geissler, Waldemar
01. 03.	Dr.med. Mauersberger, Monika 09614 Brand-Erbisdorf	16. 03.	Dr.med. Sandel, Richard 04509 Krostitz	03. 03.	01594 Heyda PD Dr.med.habil. Kotte, Wolfgang
02. 03.	Dr.med. Ziesenhenn, Klaus 04155 Leipzig	17. 03.	Dr.med. Lorenz, Almut 04299 Leipzig	03. 03.	01471 Berbisdorf Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut
05. 03.	Dr.med. Brunner, Regina 04179 Leipzig	17. 03.	Prof. Dr.med. Olthoff, Derk 04103 Leipzig	08. 03.	01827 Graupa Dr.med. Aleksic, Leonore
05. 03.	Dr.med. Reinicke, Annerose 07985 Elsterberg	18. 03.	Körner, Klaus 02625 Bautzen	09. 03.	09122 Chemnitz Dr.med. Dörfel, Gunter
06. 03.	Dr.med. Mittag, Barbara 04683 Belgershain	18. 03.	Richter, Karl-Heinz 04736 Waldheim	09. 03.	02627 Hochkirch Dr.med. Bach, Herta
06. 03.	Weidner, Frank 08451 Crimmitschau	19. 03.	Dr.med. Siegel, Angelika 01219 Dresden	11. 03.	08371 Glauchau Dr.med. Theis, Käte
07. 03.	Fickert, Hans-Erich 08209 Auerbach	20. 03.	Jahn, Gisela 04668 Grimma	11. 03.	01277 Dresden Dr.med. Werner, Ilse
07. 03.	Dr.med. Ihle, Marianne 04683 Fuchshain	21. 03.	Dr.med. Müller, Heidemarie 08491 Limbach	11. 03.	09306 Erlau Prof.Dr.med.habil. Willgerodt, Helmut
07. 03.	Dr.med. Meier, Helmut 04279 Leipzig	22. 03.	Martin, Christoph 09468 Geyer	11. 03.	04299 Leipzig Dr.med. Jendreschek, Christa
07. 03.	Dr.med. Michler, Elke 01237 Dresden	22. 03.	Müller, Wolf-Rüdiger 01558 Großenhain	12. 03.	01445 Radebeul Dr.med. Joachim, Hans-Edleff
08. 03.	Dr.med. Renz, Jürgen 08056 Zwickau	24. 03.	Dr.med. Hentschel, Marlies 01445 Radebeul	13. 03.	02826 Görlitz Dr.med. Kademann, Heinz
09. 03.	Dr.med. Birkenhagen, Reinhard 01445 Radebeul	25. 03.	Harrendorf-Weinert, Regina 04442 Zwenkau	13. 03.	04509 Delitzsch Dr.med. Müller, Harry
09. 03.	Dr.med. Wendler, Klaus 08304 Schönheide	27. 03.	Dr.med. Frank, Ursula 09599 Freiberg	15. 03.	04703 Leisnig Plüer, Hinrich
10. 03.	Dr. Med. Haberland, Birgit 04509 Zschernitz	27. 03.	Dr.med. Kneehans, Steffen 08349 Erlabrunn	16. 03.	04207 Leipzig Schmolling, Dietlinde
11. 03.	Priv.-Doz. Dr.med.habil. Wiedemann, Bernd 04347 Leipzig	28. 03.	Prof.Dr.med.habil. Nentwich, Hans-Jürgen 08060 Zwickau	19. 03.	08499 Mylau Dr. med. Büttig, Manfred
12. 03.	Dr.med. Schöche, Ulrike 09113 Chemnitz	29. 03.	Dr.med. Beeke, Norman 09113 Chemnitz	21. 03.	01796 Pirna
13. 03.	Dr.med. Görig, Brigitte 01307 Dresden	29. 03.	Brendler, Ute 02625 Bautzen		
14. 03.	Hoffmann, Margarete 02692 Großpostwitz	30. 03.	Dr.med. Holstein, Siegfried		

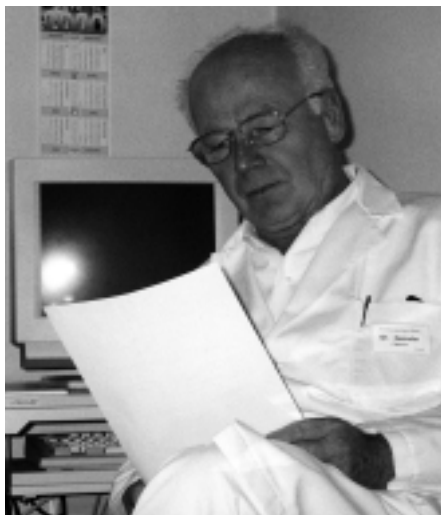
21. 03.	Dr.med. Wagner, Leonore 02694 Großdubrau	28. 03.	Dr.med. Albert, Karl 08228 Rodewisch	24. 03.	84 Jahre Dr.med. Nenoff, Jontscho 04277 Leipzig
22. 03.	Wintzer, Ulrike 09131 Chemnitz		80 Jahre		85 Jahre
26. 03.	Dr.med. Höpner, Siegfried 09117 Chemnitz	02. 03.	Prof.Dr.med.habil. Aresin, Lykke 04299 Leipzig	16. 03.	Dr.med. Knöfel, Reinhard 09627 Bobritzsch
28. 03.	Dr.med. Rentsch, Claus 01683 Nossen	06. 03.	Dr.med. Janke, Günther 08062 Zwickau	27. 03.	Dr.med. Topalow, Stefan 04105 Leipzig
31. 03.	Dr.med. Allnoch, Werner 08412 Werdau	08. 03.	Prof.Dr.med.habil. Bittersohl, Gerhard 08239 Oberlauterbach		87 Jahre
31. 03.	Dr.med. Seidel, Gertrud 09557 Flöha	11. 03.	Dr.med. Hansch, Ursula 04275 Leipzig	02. 03.	Dr.med. Kummer, Johannes 01662 Meißen
	70 Jahre	11. 03.	Dr.med. Nartschik, Clemens 04129 Leipzig	18. 03.	Dr.med. Danner, Else 02826 Görlitz
03. 03.	Dr.med. Graefe, Adolf 09131 Chemnitz	18. 03.	Dr.med. Kemmer, Carl-Heinz 02742 Neusalza-Spremberg		88 Jahre
12. 03.	Dr.med. Kühne, Sighilt 09526 Pfaffroda	19. 03.	Steinmann, Erna 04205 Leipzig	23. 03.	Dr.med. Fischer, Erwin 08280 Aue
14. 03.	Dr.med. Dominick, Manfred 01917 Kamenz	20. 03.	Prof.Dr.med.habil. Ries, Werner 04279 Leipzig		89 Jahre
17. 03.	Meyer, Ursula 02763 Zittau		81 Jahre	23. 03.	Dr.med. Ermisch, Ursula 04680 Colditz
18. 03.	Dr.med. Günther, Lothar 09353 Oberlungwitz	15. 03.	Dr.med. Heil, Gerhard 08056 Zwickau	28. 03.	Dr.med. Müller, Johannes 01259 Dresden
21. 03.	Dr. med. Richter, Christa 01217 Dresden	19. 03.	Dr.med. Kluge, Rudolf 01796 Pirna		90 Jahre
25. 03.	Dr.med. Hoffmann, Winfried 01069 Dresden		82 Jahre	15. 03.	Dr.med. Ranft, Wolfgang 08209 Auerbach
26. 03.	Dr.med. Nitzsche, Peter 04910 Elsterwerda	31. 03.	Dr.med. Will, Joachim 08606 Oelsnitz		91 Jahre
27. 03.	Dr.med. Otto, Lieselotte 09385 Lugau		83 Jahre	20. 03.	Dr.med. Geuder, Hans 01259 Dresden
28. 03.	Dr.med. Bulirsch, Margot 04579 Oelzschau	10. 03.	Dr.med. Peißker, Elisabeth 04277 Leipzig	24. 03.	Krause, Hans 04683 Naunhof
29. 03.	Dr.med. Ludwig, Otto 04105 Leipzig	15. 03.	Prof.em.Dr.med.habil. Holtorff, Joachim 01326 Dresden		92 Jahre
30. 03.	Dr.med. Krügel, Elisabeth 04430 Böhlitz-Ehrenberg	31. 03.	Dr.sc.med. Cordes, Christoph 04651 Bad Lausick	12. 03.	Dr.med. Himmel, Josef 08233 Treuen
	75 Jahre				
27. 03.	Dr.med. Langer, Walter 02894 Reichenbach				

Dr. med. Waldemar Geissler zum 65. Geburtstag

Am 3. März 2001 feiert Herr Dr. med. Waldemar Geissler, Chefarzt der Urologischen Klinik, Kliniken des Landkreises Riesa-Großenhain, seinen 65. Geburtstag. 1936 in Bunzendorf (heute Tschechien) geboren, wurde seine Kindheit durch die Wirren des Krieges und vor allem die Vertreibung aus der Heimat geprägt. 1945 siedelte die Familie nach Mecklenburg, dann nach Knappenrode bei Hoyerswerda um, wo er 1955 das Abitur ablegte.

Waldemar Geissler studierte von 1955 bis 1961 an der Martin-Luther-Universität Halle Medizin und war anschließend als Pflichtassistent im Kreiskrankenhaus Riesa tätig. In den Jahren 1962 bis 1964 bewährte er sich als junger Arzt im Landambulatorium Pulsen bei Riesa, ehe er seine Urologenlaufbahn mit der Facharzt Ausbildung an der Urologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Plauen 1964 begann.

Am 1. 11. 1969 erhielt Waldemar Geissler die Anerkennung zum Facharzt für Urologie und promovierte ein Jahr später an der Martin-Luther-Universität Halle mit dem Thema „Die Ergebnisse der konservativen, instrumentellen und operativen Behandlung des Harnsteinleidens in der Urologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Plauen“ zum Doktor der Medizin. Mit Aufnahme seiner Tätigkeit als ambulanter Urologe in Großenhain und Riesa



lichen Denken und Handeln stets den Menschen in seiner Gesamtheit und nicht nur als urologischen Fall gesehen. Dies – verbunden mit seinen fachlichen Fähigkeiten als exzellenter Operateur und versierter Resekteur – verschaffte ihm hohes Ansehen unter den Patienten sowie Respekt und Anerkennung unter den Kollegen. Problemen der operativen und konservativen Uro-Onkologie galt sein besonderes Interesse, insbesondere der Optimierung der palliativ-systemischen Therapie des Prostatakarzinoms.

Über die Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung hinaus oblagen ihm seit Jahren die Aufgaben des stellvertretenden leitenden Chefarztes und des hygienebeauf-

tragten Arztes des Kreiskrankenhauses Riesa.

In diesen Tagen blickt Herr Dr. med. Waldemar Geissler mit Stolz und sicherlich auch etwas Wehmut auf ein über 35jähriges Berufsleben als Urologe zurück. Wir wünschen dem Jubilar zu seinem 65. Geburtstag alles Gute und vor allem Gesundheit. Wir sind sicher, dass seine vielfältigen Hobbys und Aktivitäten sowie die Familie auch in Zukunft für ungebrochene körperliche und geistige Fitness sorgen werden.

Oberarzt Dr. med. Hans-Dieter Illig
im Namen des Ärzteteams der Abteilung

sowie als Belegarzt am Krankenhaus Großenhain 1969 war erstmals eine fachspezifische Versorgung urologisch Kranker im Territorium möglich.

Am 1. 11. 1974 wurde Waldemar Geissler Leiter der neu gegründeten Urologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Riesa. Als „Einzelkämpfer“ mit einer anfangs 20 Betten-Station und Sprechstundentätigkeit in Riesa und Großenhain betreute er die Patienten der beiden Kreise sowie des zum damaligen Kooperationsbereich gehörenden Kreises Meißen. Die personelle Situation verbesserte sich mit der Arbeitsaufnahme eines weiteren Facharztes für Urologie sowie eines ersten von insgesamt 7 Weiterbildungsassistenten, die unter Leitung von Waldemar Geissler zum Facharzt für Urologie ausgebildet wurden. So entwickelte sich die Riesaer Urologie dank des beharrlichen Wirkens von Waldemar Geissler zu einer leistungsfähigen Abteilung, die zur „Wende“ über 50 Betten verfügte. Erst nach 1990 jedoch konnte die Klinik mit der dringend notwendigen Gerätetechnik und modernem endourologischen Instrumentarium ausgestattet werden, welches für eine zeitgemäße zu minimal-invasiven und damit immer schonenderen und patientenfreundlichen Behandlungsmethoden tendierende Urologie unabdingbar ist. Waldemar Geissler hat in seinem ärzt-

Professor Dr. med. habil. Karlheinz Bauch zum 65. Geburtstag

Am 19. Februar 2001 begeht Prof. Dr. med. Karlheinz Bauch seinen 65. Geburtstag. Anlass zu Rückbesinnung und Würdigung des bekannten Chemnitzer Arztes und Wissenschaftlers.

Karlheinz Bauch studierte in Leipzig und Dresden Medizin, promovierte 1960 und absolvierte seine Facharztausbildung im Krankenhaus Küchwald/Chemnitz. Es folgten 1976 Anerkennung als Subspezialist für Diabetologie, 1977 als Gastroenterologe, 1992 als Endokrinologe, 1995 als Diabetologe DDG und 2000 die Europäische Anerkennung als Spezialist für Endocrinology, Diabetology, Metabolism (UEMS).

1968 erfolgte die Ernennung zum Oberarzt, 1981 die Berufung zum Leiter der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der I. Klinik für Innere Medizin des damaligen Karl-Marx-Städter Bezirkskrankenhauses und 1990 Chefarzt der Medizinischen Klinik des Krankenhauses Flemmingstraße der Klinikum Chemnitz gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig.

Wissenschaftlich widmete Karlheinz Bauch sich vorwiegend gastroenterologischen, diabetologischen und endokrinologischen Themen. 1982 habilitierte er sich unter Prof. Dr. Dr. K. Seige an der II. Medizinischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle.

Er wurde Leiter der Interdisziplinären Jodkommission der Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der DDR, Mitglied der Internationalen Kommission zur Bekämpfung von Jodmangelkrankheiten (ICCIDD), leitete 1985, 1989 und 1998 Interdisziplinäre Jodsymposien und förderte tatkräftig die Einführung einer Strumaprophylaxe. Aufgrund eigener Untersuchungsergebnisse wies er besonders auf eine optimale Jodversorgung während der Schwangerschaft hin. 1990 war er als Sekretär der Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien der damaligen DDR maßgeblich an der würdevollen Vereinigung beider deutscher Gesellschaften beteiligt.



Er wurde in die Sektion „Schilddrüse“, in den Arbeitskreis „Jodmangel“, in den Beirat der Sektion „Angewandte Endokrinologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie“, in den Vorstand der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien und die Akademie für Ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer gewählt.

Besondere Ehrung wurde ihm 1994 mit der Wahl in den Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zuteil.

Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, der Deutschen Diabetesgesellschaft, der Mitteldeutschen Gastroenterologischen Gesellschaft und der Europäischen Gesellschaft für Innere Medizin.

1992 erfolgte die ehrenvolle Berufung in die Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin („Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft“), 1996 in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina und 1998 in die New York Academy of Sciences.

1989 wurde Karlheinz Bauch zum Vorsitzenden der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft des Regierungsbezirkes Chemnitz, 1992 zum Vorsitzenden der neu gegründeten Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin gewählt. Diese Ge-

sellschaft war aus der Vereinigung der internistischen Gesellschaften der Regierungsbezirke Dresden, Chemnitz und Leipzig hervorgegangen. Unter seiner wissenschaftlichen Leitung fanden 1993 und 1994 die ersten Sächsischen Internistenkongresse statt. 1997 wurde er zum Vorsitzenden der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien gewählt, dessen Jahrestagungen unter seiner Leitung stattfanden.

Karlheinz Bauch hielt über 362 Vorträge auf Kongressen im In- und Ausland. Er verfasste mehr als 168 Publikationen, 14 Buchbeiträge, mit Mitarbeitern ein lexikalisches Kompendium „Schilddrüse“ und gab die Kongressbände der Interdisziplinären Jodsymposien heraus. In Würdigung seiner wissenschaftlichen Leistungen erfolgte die Ernennung zum apl. Professor an der Universität Leipzig.

Als Prüfer an der Universität Leipzig, Facharztprüfer an der Sächsischen Landesärztekammer, Klinikchef einer Inneren Klinik von 232 Betten an einem Akademischen Lehrkrankenhaus, Doktorvater und Organisator klinikoffener Fortbildungsveranstaltungen fühlt er sich Aufgaben der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung in besonderer Weise verpflichtet. 1997 erfolgte die Nennung in der „Focusliste“ als Spezialist für Endokrinologie, 1998 die Nennung seiner Klinik als Diabeteszentrum DDG.

Karlheinz Bauch ist ein weit über die Grenzen Sachsens bekannter Kliniker und Wissenschaftler. Er ist aber auch ein Kollege und Freund mit großer Allgemeinbildung, Liebe zu Kunst, Musik, Literatur und feinem Humor. Er zeigt immer Interesse für das Gemeinsame, ohne den Blick für die Probleme des Einzelnen zu verlieren.

Gratulation zum 65.! Gesundheit und Freude an dem, was Ihnen, Dir, lieber Karlheinz, am Herzen liegt!

Ad multos annos!

Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst, Dresden
Dr. med. Dieter Wittig, Chemnitz
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Joachim Lindner,
Chemnitz

Prof. Dr. med. habil. Volker Bigl Neuer Rektor der Universität Leipzig



Der Neurowissenschaftler Prof. Dr. med. Volker Bigl ist erneut zum Rektor der Universität Leipzig gewählt worden. Der 1942 im Erzgebirge geborene Volker Bigl studierte in Bukarest und Leipzig Humanmedizin, promovierte 1966 und arbeitete zunächst als Assistent an der Abteilung Neurochemie der Universität

Leipzig. Am Paul-Flechsig-Institut für Hirnforschung war er von 1976 bis 1983 als Oberarzt tätig, erwarb hier den Dr. sc. med., der 1991 zum Dr. med. habil. umgewandelt wurde, mit einer Arbeit zum Thema: Zum Einfluss von Anlage und Umwelt auf die Hirnentwicklung. 1992 wurde er zum C4-Professor für Neurochemie berufen, 1993 wurde er Direktor des Paul-Flechsig-Institutes für Hirnforschung. Hauptforschungsgebiet Prof. Bigls sind neurobiologische Aspekte des menschlichen Alterns und des geistigen Leistungsveragens sowie die Entwicklung von biologischen Modellen, die die Untersuchung pathogenetischer Mechanismen als Voraussetzung für neue therapeutische Ansätze ermöglichen. 1994 erfolgte die Wahl zum Prodekan der Medizinischen Fakultät, 1995 zum Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Im November 1997 wurde er erstmals zum Rektor der Universität Leipzig gewählt, im November 2000 erfolgte die Wiederwahl. Prof. Dr. med. Bigl ist verheiratet und hat vier Kinder.

Dr. Bärbel Adams
Pressestelle der Universität Leipzig

Der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Ärzteschaft des Freistaates Sachsen gratulieren Herrn Professor Dr. med. habil. Volker Bigl zu seiner Wiederwahl zum Rektor der Universität Leipzig. Herr Prof. Dr. med. Jan Schulze hat Herrn Professor Dr. med. habil. Volker Bigl seine Glückwünsche und die des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer persönlich überbracht und sich für die gute Zusammenarbeit und gezeigte Verbundenheit mit unserer Landesärztekammer seit der politischen Wende bedankt.

Hilfstransport nach Wladimir Wolinski und Odessa



Jeder mußte zupacken

Am Freitag, dem 15. 9. 2000, startete ein Hilfstransport der Diakonie Annaberg unter der Leitung von Herrn Marc Schwan. Meine Frau und ich begleiteten diesen Transport. Es war unser vierter Einsatz. Mit Hilfe zahlloser Spenden der Ärzteschaft Sachsens, der Rotarier RC Wurzen und vieler Freunde und Banken, wie die Deutsche Bank, die Ärzte- und Apothekerbank und die Wurzen Bank, die mit Hilfe der „Die Johanniter“ Leipzig und der Diakonie Annaberg gesammelt werden konnten, wurde dieser Transport finanziell abgesichert.

Zunächst verzögerte sich die Abreise am Freitag, weil die Pässe mit den Visa nicht aus der Ukrainischen Botschaft Berlin rechtzeitig eingetroffen waren. Sie lagen noch in Berlin. Ich musste am 15. 9. 2000 um 12.00 Uhr per Bahn nach Berlin fahren, stand gegen 14.00 Uhr in der angegebenen Adresse vor dem Gebäude, dessen Türschild ich entnehmen konnte, dass die Botschaft vor wenigen Tagen umgezogen sei. Nun, es gelang nach einem Gewaltmarsch wenige Minuten vor 16.00 Uhr die Visa im neuen Botschaftssitz nahe Friedrichstraße zu erhalten und mit dem 16.19 Uhr Zug nach Leipzig zu kommen. Es ging also in Annaberg erst nach 22.00 Uhr los.

Der Grenzvorgang war wie üblich in Görlitz aufreibend, aber wir konnten schon gegen 7.00 Uhr in Polen dann eine zwei-stündige Ruhepause einlegen.

Dann ging es nonstop über Radom und Lublin an den Bug.

Der Zollvorgang auf der Ukrainischen Seite war Dank einer Intervention von Petrovicz, dem Leiter des Waisenhauses in Wladimir Wolinski, relativ kurz und schmerzlos.

Der Kleinbus mit unseren persönlichen Utensilien, den ich und ein weiterer Begleiter abwechselnd fuhren, wurde allerdings bei der Ausfahrt aus dem riesigen Zollhof nicht durchgelassen, weil wir eigentlich mit diesem Fahrzeug nichts im Zollhof zu suchen gehabt hätten. Es war vollkommen untergegangen, dass wir im Konvoi fuhren. Die beiden Lkw standen also draußen, wir saßen fest.

Mitten im bürokratischen Streit kam aber ein Schrei nach einem Arzt, weil außerhalb des Zollhofes eine Frau angefahren worden sei. Die Tore öffneten sich. Und wir waren durch. Übrigens handelte es sich nur um einen epileptischen Anfall bei einer jungen Frau, der bei meinem Eintreffen schon vorüber war.

Gegen 8.00 Uhr trafen wir dann im Waisenhaus nach insgesamt 34 Stunden Fahrzeit ein. Zunächst legten wir uns für zwei Stunden hin.



Festlicher empfang im Waisenhaus

Dann folgte ein großer Empfang im Speisesaal mit den Honoratioren der Stadt. Es wurde die im letzten Jahr angelieferte Küche feierlich mit Ansprachen, Gesang und Tanz der Waisenkinder und Gabe von Brot und Salz eröffnet. Ein ausgiebiger Saunabesuch beendete den Tag.

Am Montag dann wurde der Sattelschlepper entladen. Nach dem Mittagessen besuchten wir den kleinen André, der nach

seiner durch unsere Spenden im vergangenen Jahr erfolgreichen Therapie jetzt klinisch von seiner Leukämie geheilt ist. Der späte Nachmittag erfuhr dann noch eine Beinah-Katastrophe, weil einer unserer Fahrer großen Ärger mit der Miliz bekam und seinen Führerschein abgeben und selbst in Arrest gehen sollte. Es gelang mir, mit Engelszungen redend, das Schlimmste zu verhindern.

Am Dienstag ging es auf Tour nach Odessa, 997 km, welches wir nach genau 24 Stunden am Mittwoch auf teilweise, vor allem in den Städten, abenteuerlichen Pisten erreichten. Namentlich die unbeleuchteten Fahrzeuge, Fahrräder, Pferdewagen und dunklen Straßen waren sehr belastend. Alle 50 bis 70 km wurde unsere Fahrt durch Milizkontrollen, dem GAI, unterbrochen, und es galt immer wieder Ziel und Aufgaben zu erklären. Eine ermüdende Prozedur. Das Betreuungsprojekt für die Straßenkinder in Odessa ist im Aufbau begriffen, es fehlt an allem. Aber Dank einer jungen Frau aus dem Erzgebirge und ihrem ukrainischen Mann, die beide durch die Eltern hier unterstützt werden, nimmt das Projekt Form an.

Am Donnerstag machte auch endlich der Zoll mit. Der zweite Lkw wurde in großer Eile entladen, denn wir standen unter Zeitdruck, weil in Westpolen für Freitag Nachmittag ein Termin feststand und vor uns lagen bis dorthin gute 1.500 km. Abfahrt 14.00 Uhr. Nonstop ging es dann über Winniza, Lwow an die Grenze, die wir Freitag Vormittag erreichten. Der Bus trennte sich dann von den Lkw's. Um 3.00 Uhr nachts erreichten wir Görlitz, um 5.00 Uhr waren wir im Gebiet Annaberg und gegen 7.00 Uhr waren dann meine Frau und ich zu Hause.

Es war eine sehr strapaziöse Fahrt. Aber trotz der doch recht belastenden Umstände ist es wohl doch gut, dass wir wenigstens den Kindern dort eine nachvollziehbare und vor allem sichtbare Hilfe zukommen lassen können.

Dr. med. Clemens Weiss
Vorstandsmitglied