

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 2/2003

Die erste Seite	Nullrunde, Kostendämpfung, Ärzte-TÜV...?	40
Berufspolitik	Offener Brief an Ulla Schmidt	41
	Leserbrief von Dr. med. Bernd Flade	42
	Dankschreiben für Hochwasserspenden	43
	Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2003/2007	
	Wahl von Ausschüssen	44
Gesundheitspolitik	Hygiene aktuell	45
	Gesetzliche Änderungen für die Durchführung von labordiagnostischen Untersuchungen in Krankenhäusern und Arztpraxen	47
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Neue Beitragsordnung ab 1. Januar 2003	50
	Medizinische Datenverarbeitung und Internet	51
	Arztsuche – deutschlandweit	52
Buchbesprechung	Ärztliche Qualitätszirkel	62
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	53
	10. Dresdner Ärzteball	53
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	53
	Impressum	53
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	54
Originalie	A. Bergmann, F. Einsle Neue Wege in der Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin	55
Tagungsberichte	15. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch	60
	6. Tschechisch-deutsches Ärztesymposium	61
Buchbesprechungen	Das Bild des jüdischen Arztes in der Literatur	62
	Patientenverfügungen – Fügen oder Verfügen?	62
Hochschulnachrichten	Verleihung akademischer Grade Universität Leipzig	63
Personalien	Ein Gedenkstein für Otto Rostoski Ehrenmedaille des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen	64
	Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath zum 60. Geburtstag	65
	Prof. Dr. med. habil. Gerd Gräfe zum 60. Geburtstag	65
	Unsere Jubilare im März	66
Verschiedenes	Wieder ein Treffen der sächsischen Ärztesenioren	68
Reisebericht	Mindanao/Philippinen – Ärzte für die Dritte Welt	68
Beilage	Fortbildung in Sachsen – April 2003	

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

Nullrunde, Kostendämpfung, Ärzte-TÜV...?



Die Schlagworte in der deutschen Gesundheitspolitik lösen bei den Berufstätigen der Heilberufe große Befürchtungen aus. Mit dem jüngsten Spardiktat hat uns die Bundesregierung in Wirklichkeit eine Minusrunde auferlegt. Die weitere Destabilisierung des Gesundheitswesens und eine Demotivation der Beschäftigten sind die Folgen dieser Politik. Vor allem aber kommen die Sparpläne einem Kahlschlag mit weit reichenden Folgen für die Qualität der Patientenversorgung gleich. Was unter den Stichworten „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualität“ verkauft wird, meint nichts weiter als Zuteilungsmedizin und Rationierung von Leistungen. Die Patienten werden über die Folgen hinweggetäuscht und der Arzt steht am Pranger, weil er immer mehr unter Druck gesetzt wird.

Ärzte in Ostdeutschland sind von den Kostendämpfungsmaßnahmen besonders betroffen, weil diese so manchen niedergelassenen Arzt an den Rand des wirtschaftlich Machbaren bringen. Durch die Verschuldung mit Praxiskrediten wird es für einen ostdeutschen niedergelassenen Arzt immer schwieriger, seine berufliche Existenz und das Niveau der medizinischen Betreuung zu erhalten. Erschwerend kommen die in den letzten Jahren zurückgegangenen Punktwerte und die real unbezahlten Behandlungen bei einem hohen Patientenkontingent hinzu. Die Sächsische Landesärztekammer äußert deshalb ihr Verständnis über die Protestmaßnahmen der Ärzteschaft, weil es mit anderen Mitteln zu keinen Lö-

sungen für die Probleme in Ostdeutschland gekommen ist und Ärztevertreter in den politischen Gremien nicht gehört worden sind. Unter Berücksichtigung aller ethischen und beruflichen Verpflichtungen eines Arztes sind diese Maßnahmen durchaus geeignet, um auf die schwierige Situation in den Heilberufen aufmerksam zu machen. Ärzte müssen durch den Dienst entsprechend der politischen Vorgaben ihren Patienten die wahren Ziele der Regierungspolitik im Gesundheitswesen vermitteln.

Wir schließen uns auch den Argumenten der Bundesärztekammer an. Denn die so genannte Nullrunde ist nur ein erster Schritt zur weiteren Administrierung oder Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Geplant sind außerdem staatlich initiierte Institute zur Qualitätsnormierung und Arzneimittelversorgung, ein so genannter Fortbildungs-TÜV sowie die Zerschlagung der Selbstverwaltungsstrukturen auf breiter Front. Den Krankenkassen hingegen sollen weit gehende Steuerungs- und Kontrollfunktionen zuteil werden. Nicht der Patient mit seinem Recht auf individuelle und professionelle Behandlung und Betreuung steht im Mittelpunkt dieser politischen Konzeption, sondern die Begrenzung der Leistungsausgaben sowie die Kontrolle von Betreuung und Behandlung. Bald wird es mehr Kontrolleure als Kontrollierte geben. Die Regierung mag zwar gewillt sein, unser Gesundheitssystem weiterhin durch Beiträge zu finanzieren, die Ausgabenseite aber soll wie bei steuerfinanzierten Systemen dirigistisch gestaltet werden. Eigene, einklagbare Anspruchsrechte der Patienten auf medizinische Leistungen werden abgebaut. Doch die Wahrheit wird den Patienten bis nach den nächsten Landtagswahlen in Deutschland vorenthalten.

Doch wir brauchen Ehrlichkeit in der Diskussion und endlich eine Anerkennung derer, die mit ihrem Engagement das Gesundheitswesen trotz desaströser Finanzierung noch aufrechterhalten! Wir brauchen Arbeitsbedingungen, die Zuwendung und Qualität ermöglichen, und keine Durchökonomisierung und Listenmedizin.

Schon heute ist abzusehen, dass die kommende Gesundheitsreform den gravierendsten Einschnitt in das Patienten-Arzt-Verhältnis zur Folge hat, den wir in den letzten Jahrzehnten in den alten Bundesländern und seit der Ver-

einigung in den neuen Bundesländern miterlebt haben. Nicht umsonst sinkt das Ansehen der Ärzte in öffentlichen Umfragen. Denn sie müssen die politischen Fehler gegenüber ihren Patienten ausbaden. Die Gesundheitsreform konzentriert sich ausnahmslos auf die Ausgabenseite. Das heißt, es wird an der Behandlung der Patienten gespart, indem die Definition des medizinisch Notwendigen durch die Krankenkasse vorgegeben wird. Wirklich dringende Reformen auf der Einnahmeseite, die der demographischen Entwicklung, den Fortschritten der Medizin und der höheren gesellschaftlichen Wertschätzung von Gesundheit Rechnung tragen würden, werden nicht angegangen. Dabei ließen sich fünf Milliarden Euro jährlich bei den Krankenkassen sparen, wenn diese Mittel durch die Politik nicht für Leistungen ausgegeben würden, die nicht zum Gesundheitssektor gehören.

Es ist zu hoffen, dass die Aktionen des Bündnisses für Gesundheit 2000 und der außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar in Berlin einen politischen Richtungswechsel bewirken. Dresden hat mit seinem Aktionstag am 13. Dezember 2002 (wir berichteten im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/2003) einen Anfang gemacht.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin

- Termin:** 18. Februar 2003,
10.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr
- Ort:** Axica Kongress- und
Tagungszentrum am
Pariser Platz 3,
10117 Berlin
- Teilnehmer:** Delegierte der
Landesärztekammern



Offener Brief an Ulla Schmidt

Sehr geehrte
Frau Bundesgesundheitsministerin,

die Maßnahmen und Vorschläge Ihres Ministeriums und angeschlossener Kommissionen zeugen nach Auffassung des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 von einer Unkenntnis des medizinischen Alltags und einer kalkulierten Diffamierung aller Heilberufe. Was soll man von einer Bundesgesundheitsministerin halten, die sich nicht nur nicht um gutes Einvernehmen mit der verfassten Ärzteschaft bemüht, sondern die sogenannten Reformen im Expertenstübchen ersinnen lässt und diese ungeprüft bzw. nicht evaluiert (zum Beispiel DMP, DRG) per Gesetz der Ärzteschaft, den Gesundheitsberufen und den Patienten überstülpt?

Die DMP sind ein gut gemeinter, jedoch schlecht gemachter politisch gewollter Schnellschuss, der in dieser Form, mit der Kopplung an den Risikostrukturausgleich, ein Rohrkrepiere werden wird, weil

- knappes Geld von der Versorgung in die Verwaltung fließt,
- überbordende Bürokratie und Dokumentation die Patientenbetreuung behindert,
- es sich um einen gigantischen Feldversuch ohne Kontrollgruppe handelt,
- bisherige ärztlich organisierte positiv evaluierte Versorgungsprogramme (wie z. B. der Diabetesstrukturvertrag in Sachsen) zu Lasten der Patienten gekündigt wurden!

Nehmen wir zweitens das gegen die Selbstverwaltung per Ersatzvornahme installierte völlig unausgereifte DRG-System, das zu einer Verschlechterung der dann rein ökonomisch intendierten stationären Patientenver-

sorgung führen wird, weil es damit das Krankenhaus in der bisherigen Form als humanen Rückzugsraum physisch, psychisch und sozial bedrohter Mitbürger nicht mehr geben wird. Es tritt ein Paradigmenwechsel zur vordergründig wirtschaftlich ausgerichteten Behandlung von Krankheiten, anstatt der Hinwendung zu Kranken ein. Und es wurde versäumt, die ambulante Medizin auf dieses Rationalisierungsprojekt mit strikter Verkürzung der stationären Aufenthalte einzustellen und zu finanzieren.

Neben weiteren unabgestimmten dirigistischen Eingriffen in die Selbstverwaltung von Medizin- und Gesundheitswesen, zeugt die famose populistische Idee eines Ärzte-TÜV von einer Unkenntnis über ärztliche Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen.

Weitere Kritikpunkte an den derzeit diskutierten Vorstellungen Ihres Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung betreffen u. a.:

- Zerschlagung der Selbstverwaltung,
- Abbau der ambulanten Facharztebene,
- Vertragsarztzulassung auf Zeit,
- selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit Ärzten.

Den im Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 zusammengeschlossenen Gesundheitsberufen reicht es nunmehr, sich reglementieren und dirigieren zu lassen, wie es einer von selbst ernannten oder berufenen Experten, zum Beispiel eines Herrn Lauterbach, beeinflussten Gesundheitsministerin gefällt.

Anstatt dass Sie sich am Kabinetttisch für eine Ablösung unseliger „Verschiebebahnhöfe

GKV-fremder Leistungen aus Steuermitteln“ einsetzen – wie es sich für eine Fachministerin gehören würde – veranlassen Sie eine „Notoperation“ zu Lasten der „Leistungserbringer“ als sogenanntes Beitragsstabilisierungsgesetz mit der Kanzlermehrheit im Bundestag. Dieses wird zu einer Minusrunde von 10 % für niedergelassene Ärzte und zum Praxissterben in Ostdeutschland führen und das Pflegepersonal nachhaltig demotivieren.

Diese fortgesetzte staatliche Eingriffsverwaltung haben wir, die Gesundheitsberufe in Sachsen und – ich bin mir sicher – in der Bundesrepublik, satt!

Wir lassen uns nicht mehr am Nasenring der Ethik durch die gesellschaftliche Arena führen. Wir informieren unsere Patienten über verschleierte und offene Rationierung.

Wir protestieren gegen eine kassendominierte Zuteilungsmedizin.

Wir lassen uns nicht weiter als Prügelknaben einer verfehlten Gesundheits- und Sozialpolitik denunzieren!

Wir werden auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin unsere kritisch konstruktiven Reformoptionen für das deutsche Gesundheitswesen vorstellen, die als Grundlage einer patientengerechten, ethisch intendierten Gesundheitsversorgung dienen werden.

Mit besten Grüßen aus Sachsen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000

Leserbrief

Dr. med. Bernd Flade
 Facharzt für Chirurgie
 Zeisigwaldstraße 105
 09130 Chemnitz Chemnitz 12. 12. 2002

Deutscher Bundestag Petitionsausschuss – zur
 Weiterleitung an den Ausschuss Gesundheitswesen
 Platz der Republik 1

Kopie des Briefes an Sächsische Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Sehr geehrte Damen und Herren,
 die Diskussion über die medizinische Versorgung im Allgemeinen und deren Finanzierung lässt auch mich nun nicht mehr schlafen. Für mich – als langjährig ambulant tätigen Chirurgen und seit 1992 in eigener Niederlassung arbeitend – ist es bedrückend, dass ich im Grunde genommen in meinen letzten Berufsjahren dermaßen an meinem Beruf, den ich ganz bewusst gewählt habe, leide. Nicht nur, dass der Umgang mit den Patienten problematischer geworden ist, weil manch einer finanzielle Vorteile sich auf den verschiedensten Wegen erschaffen will, auch die immense Verwaltungsarbeit raubt Zeiten für die eigentliche Zuwendung zum Patienten, die auch in einer chirurgischen Praxis in zunehmendem Maße nötig ist. Insofern berührt das die Grundsätze der medizinischen Versorgung und hat ihre Ursachen in der totalen Kommerzialisierung. Wenn Ökonomen über Probleme im Gesundheitswesen entscheiden, dann vergessen sie, dass wir nicht mit Waren handeln, auch nicht unsere Leistungen verkaufen können, sondern dass wir mit Patienten zu tun haben, also mit Menschen in ihrer ganzen Vielfalt, und Menschen haben auch eine Psyche. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Politiker nicht im einzelnen wissen, wie es ganz vorn, an der ambulanten Front, aussieht. Ich lade jeden kompetenten Vertreter ein, mit mir einige Stunden, besser einige Tage, die Sprechstunde als stiller Beobachter zu erleben, um sich ein Bild zu machen.
 Einige Gedanken:

1. Die Aufregung um die Formulierung „Dienst nach Vorschrift“ verstehe ich eigentlich überhaupt gar nicht. Jedem Tätigen in der Gesellschaft wird zugestanden, sich an Arbeitszeiten zu halten. Und wenn Beamte, Selbständige... länger arbeiten, hängt das auch mit deren materieller Sicherstellung zusammen. Dies trifft für viele Mitarbeiter medizinischer Berufe nicht zu. Die Politik weiß, „dass kein Arzt, keine Schwester einen Patienten unversorgt liegen lässt“ (Prof. Dr. Hermann Hoffmann, Präsident des Verbandes leitender Krankenhausärzte); es handelt sich um die „ethische Ausnutzung“ der Beschäftigten im Krankenhaus (und den Arztpraxen). Hier fehlt nur noch

der Hinweis auf die „juristische Falle“ für diesen Personenkreis. An dieser Stelle möchte ich Ihnen die Situation an nur einem Beispiel näher erläutern: Wenn ich Hausbesuche fahre, um chirurgische kleine Eingriffe bei pflegebedürftigen Patienten (Nekrosen-Entfernung) im Pflegeheim durchführe, erspare ich den Kassen Gelder und den Patienten belastende Transportwege. Wenn ich dies in meiner Praxis durchführe, das betrifft auch andere Kollegen, dann müssen die Patienten mit dem Krankentransport dorthin gebracht werden, müssen Wartezeiten bis zur Versorgung- und psychische Belastungen auf sich nehmen, weil den alten Herrschaften natürlich schlecht klarzumachen ist, warum sie jetzt unbedingt in eine Behandlungsstelle gefahren werden müssen. Dies ist auf jeden Fall der teurere Weg und für die Patienten belastend. „Dienst nach Vorschrift“ heißt aber auch, die Patienten müssen diesen Weg gehen, weil wir sonst wirtschaftlich nur zusetzen.

2. Als praktizierender Christ bekenne ich mich ausdrücklich dazu, nicht in erster Linie danach zu sehen, was bei einer Behandlung herauskommt. Dies kann ich aber nur für mich persönlich entscheiden. Da ich in meiner Praxis Mitarbeiter habe, trage ich auch für diese Menschen Verantwortung, dass sie ausreichend für ihre Arbeit entlohnt werden. Dazu muss eine Mindest-Basis gegeben sein. Ich muss also hier die Wirtschaftlichkeit der Praxisführung ausgesprochen im Auge haben. Ihnen ist an vielfachen Stellen mitgeteilt worden, dass die Vergütung der ärztlichen Leistungen in den neuen Bundesländern mit Punktwerten von 2-3 Cent längst die ökonomisch vertretbare Grenze unterschritten hat und dass für Ersatzinvestitionen wenig Gelegenheit bleibt.

3. Ich bin langjähriger ehrenamtlicher Mitarbeiter in der Landesärztekammer und weiß, dass die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens wie auch des Ärztemangels seit Jahren intensiv diskutiert wurden und auch entsprechende Vorschläge an die aufsichtsführenden Dienststellen im Ministerium versandt worden sind. Jetzt erst wird man darauf aufmerksam, weil die Praxis zeigt, dass die Finanzierung so nicht mehr zu halten ist und allenthalben der Ärztemangel zunimmt, so dass in bestimmten Bereichen die Versorgung nicht mehr gewährleistet ist.

4. Die ständige Kriminalisierung des Arztberufes ist natürlich belastend. In jedem Beruf gibt es Menschen, bei denen nicht alles so glatt läuft, wie man das nach den allgemein moralischen Grundsätzen erwartet. Außerdem gibt es überall Menschen, denen es materiell ausgesprochen gut geht. Das Gros in unserem Bereich hat aber genug zu rechnen, um die laufenden Kos-

ten zu bestreiten. Dies wird nur immer nicht so sehr deutlich. Äußerlicher Reichtum, wie große Autos oder Sportboot, Haus... müssen nicht mit höheren Erträgen in Zusammenhang stehen.

5. Die medizinische Versorgung aller Patienten beruht eigentlich auf drei Säulen, das hat sich in den letzten Jahrzehnten so herausgestellt und wird in allen Ländern so gehandhabt: hausärztliche Grundversorgung – fachärztliche ambulante Versorgung – klinische Versorgung. Diese drei Bereiche müssen ausgesprochen kooperativ tätig sein. Datenschutz soll die Patientendaten vor Missbrauch schützen, darf aber hierbei kein Hemmnis sein. Alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen – das betrifft auch die der Kassen... – unterliegen der strengsten Schweigepflicht. Es ist eine enorme Belastung für fachärztlich ambulant tätige Ärzte und deren Mitarbeiter, wenn dauernd das Damoklesschwert der Vernichtung dieser Strecke zur Debatte steht. Dies ist menschlich überhaupt nicht zu kompensieren. Dass es fachlich unsinnig ist, solche Thesen aufzustellen, ist genauso Irrsinn. Eine andere Frage ist, wie die ambulante fachärztliche Versorgung organisiert wird. Aber darüber muss man – auch unter Hinterfragung eigener Standpunkte oder derzeitiger Strukturen – offen reden und damit aber auch diese dort tätigen Mitarbeiter nicht verunsichern. Wenn fachärztliche Ambulanzen an Kliniken angegliedert sind, dann fällt für diese Fachärzte und deren Mitarbeiter die materielle Sicherstellung völlig heraus, d.h., sie werden aus dem Krankenhausbudget mit Investitionen, Löhnen... versorgt, und das muss deutlich gemacht werden.

6. Erschreckend ist, dass in der sogenannten Rürup-Kommission, nachdem die Personen bekannt sind, die dort mitwirken, nicht ein Mediziner aus der vordersten Front die Belange der Patientenversorgung mit einbringen kann. Alle, die dort bekannt sind, dürften in den meisten Fällen Privatversicherte sein, die sich mit dem unmittelbaren Problem des gesetzlich Versicherten überhaupt nicht zu beschäftigen brauchen. Damit wird die eigentliche Versorgung vom ökonomischen Standpunkt aus gesehen und die fachliche Seite nicht genügend berücksichtigt. Die Versorgung der Patienten, mit der die Politiker gern hausieren gehen, kann nicht im Vordergrund stehen! Es gäbe noch viele Dinge im Einzelnen darzulegen. Anlass meines Schreibens waren Diskussionen um „Dienst nach Vorschrift“, „Ärztestreik“... Ich kann nicht verhehlen, dass hinter diesem Schreiben von mir Empörung und Resignation stecken. Ich bitte Sie, dieses Schreiben weiterzuleiten. Hochachtungsvoll
 Dr. med. Bernd Flade

Dankeschreiben für Hochwasserspender

Die Sächsische Landesärztekammer erhielt nach der Auszahlung der Spenden an von hochwassergeschädigten Ärzten zahlreiche Briefe, von denen wir in den folgenden Hefen einige abdrucken.

Dr. med. Martina Colditz
FÄ für Orthopädie
Torgauer Landstraße 63
04838 Eilenburg

2. 1. 2003

Werter Prof. Dr. med. habil. J. Schulze,
die ersten Tage des neuen Jahres möchte ich
nutzen, Dank zu sagen.

Danke allen, die in einer überwältigenden
Welle der Hilfsbereitschaft und Solidarität es
ermöglichten, mir zu helfen, den Wiederauf-
bau meiner Praxis zu wagen. Viele Helfer aus
Nah und Fern, direkt durch ihren Einsatz,
indirekt durch viele Spenden, machen mir
seit der Katastrophe deutlich, dass wir nur
Miteinander Leid überwinden können.

Gott segne unser Miteinander und schenke uns
Kraft und Geduld für die anstehenden Auf-
gaben.

Mit einem nochmaligen herzlichen Dank aus
Eilenburg

Ihre
Frau Doktor M. Colditz

Orthopädische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Lutz Enderlein/Sabine Maaß
Rottwerndorferstraße 9, 01796 Pirna

Pirna, den 17.12.2002

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schulze,
sehr geehrte Damen und Herren!

Wie Sie wissen, haben wir durch das Hochwas-
ser im August dieses Jahres unsere gesamte
orthopädische Praxis in der Klosterstraße 3b
in Pirna verloren.

Durch zwei Schadensereignisse, das Strömen
der reißenden Gottleuba durch Pirna am 12. 8.
2002 sowie den Anstieg des Elbpegels bis zum
17. 8. 2002, wurde die gesamte Praxiseinrich-
tung zerstört und die Praxisräume unnutzbar
gemacht.

Zwei Wochen nach Beginn des Hochwassers,
am 26. 8. 2002, haben wir den Sprechstun-
denbetrieb in neuen Räumlichkeiten wieder
aufgenommen.

Derzeit sind wir mit Hochdruck dabei, wie-
der eine moderne orthopädische Praxis mit
verschiedenen konservativen und operativen

Therapiemöglichkeiten aufzubauen. Die letz-
te Zeit hat uns viel Kraft und Mühe gekostet.
Allerdings ist das alles nur mit Hilfe vieler
Kollegen, Freunde und auch unbekannter Men-
schen möglich geworden. Wir schätzen die-
ses Engagement sehr und möchten uns heute
bei Ihnen bedanken und Ihnen und Ihren Fa-
milien ein frohes Weihnachtsfest und ein gu-
tes neues Jahr wünschen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Lutz Enderlein, Sabine Maaß
FÄ für Orthopädie

Prof. Dr. med. B. Terhaag
An der Elbaue 12, 01796 Pirna, OT Pratzschwitz,
zurzeit Horst Vieth-Str. 16, 01445 Radebeul

Radebeul, 17. Dezember 02

Sächsische Landesärztekammer
zu Händen des Präsidenten
Prof. Dr. Schulze
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrter Herr Präsident,
lieber Herr Kollege Prof. Schulze,
wir möchten uns ganz herzlich bei Ihnen, be-
sonders aber bei den Spendern, aber auch bei
allen denjenigen, die an den Vorgängen zur
Bearbeitung der Spendenverteilung beteiligt
waren, sehr herzlich für die nochmalige und
somit völlig unerwartete, aber nichtsdestowe-
niger äußerst willkommene und leider notwen-
dige Hilfe von ganzem Herzen bedanken.

Es ist eine sehr große Beruhigung, zu wissen,
dass wir nicht allein gelassen sind, und dass
der Begriff der Kollegialität noch nicht zu einer
hohlen Floskel verkommen ist, wenngleich

es ja in unserer hektischen Zeit häufig so aussieht und man den Eindruck gewinnt, als ob jeder für sich allein kämpft mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln und die Tatsache des Menschseins völlig unter die Räder gekommen zu sein scheint! Angesichts dieser überwältigenden Solidarität, bis hin in den materiellen Bereich, sind wir wohl gehalten, diese Beschreibung des IST-Zustandes (zumindest des Eindrucks davon) – Gott sei Dank! – nochmals zu überdenken!

Gleichzeitig möchten wir uns auf diesem Wege erlauben, Ihnen, Ihrer Familie und Ihren Mitarbeitern in der Kammer aber auch in der Klinik geruhsame und besinnliche Feiertage sowie eine erfolgreiches und gesundes neues Jahr zu wünschen.

Nochmals herzlichen Dank an Sie alle für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Terhaag und Frau

Dr. med. Walpurga Scholz
FÄ für Allgemeinmedizin
Hauptstraße 14a, 01744 Reichstädt

Reichstädt, 31. 12. 2002

Sächsische Landesärztekammer
PF 100465, 01074 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren, nachdem wir die Hochwasserschäden in der Arztpraxis beseitigt haben und in die Räume zurückgekehrt sind, möchte ich mich bei Ihnen ganz herzlich für die finanzielle Unterstützung bedanken. Auch in unserem Eigenheim tritt allmählich wieder Normalität ein, da die Sanierung des Kellergeschosses abgeschlossen werden konnte. Gleichfalls möchte ich Ihnen meinen Dank aussprechen, auch im Namen meines Mannes, dass Sie zu Beginn des Jahres 2002 unbürokratisch der Einstellung einer Ausbildungskandidatin in meiner Praxis zugestimmt haben, als ich wegen einer schweren Tumorerkrankung meine Praxis nicht mehr allein führen konnte. Die Praxis wurde dadurch gerettet, und ich kann ab 2. 1. 2003 wieder voll in die Arbeit eintreten.

Mit bestem Dank und allen guten Wünschen für das Jahr 2003
Walpurga Scholz

Dozent Dr. med. Thomas Müller
Facharzt für Chirurgie
Bahnhofstraße 32, 04720 Döbeln

Sächsische Landesärztekammer
Herrn Präsidenten
Prof. Dr. med. habil. J. Schulze
PF 10 04 65, 01074 Dresden

20. 12. 2002

Sehr geehrter Herr Prof. Schulze, es ist mir ein besonderes Bedürfnis, in Anbetracht der bevorstehenden Weihnachtstage und des Jahreswechsels 2002, mich bei Ihnen für die große Solidarität und Hilfsbereitschaft der Ärzteschaft Sachsens und ganz Deutschlands zu bedanken.

Mit dieser Hilfe ist es möglich geworden, unsere Einrichtung an anderer Stelle jetzt wieder arbeitsfähig zu machen.

Die Flutkatastrophe hat nicht nur materielle, sondern auch erhebliche mentale Schäden hinterlassen, die durch das aktive Erleben einer beispiellosen Solidarität erfolgreich überwunden werden konnten. Ich glaube, dass gerade der letzte Aspekt für die von Ihnen gewünschte Zuversicht in einer nicht einfachen Zeit besonders wichtig war und ist.

Ich wünsche Ihnen persönlich und Ihrer Familie von ganzem Herzen eine ruhige und besinnliche Weihnachtszeit, ein gesundes neues Jahr und weiterhin viel Kraft bei der Erfüllung Ihrer verantwortungsvollen Aufgabe als Präsident unserer Sächsischen Landesärztekammer.

Mit freundlichen Grüßen aus Döbeln
Doz. Dr. med. Th. Müller

Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2003/2007 Wahl von Ausschüssen

Die neu gewählte Kammerversammlung der Wahlperiode 2003/2007 tritt am Freitag, dem 27. Juni 2003, und am Sonnabend, dem 28. Juni 2003, zu ihrer ersten und konstituierenden Tagung zusammen. In Einzelwahlgängen werden der Präsident, der Vizepräsident, der Schriftführer und die übrigen Mitglieder des Vorstandes gewählt.

Gemäß § 8 Abs. 4 SächsHKaG und § 2 Abs. 1 Hauptsatzung kann die Kammerversammlung zur Vorbereitung ihrer Sitzungen und zur Beratung des Vorstandes für die Dauer ihrer Wahlperiode Ausschüsse bilden.

Die Tagesordnung des 13. Sächsischen Ärztetages / der 28. (konstituierenden) Kammerversammlung

wird die Neuwahl folgender Ausschüsse vorsehen:

1. **Satzungen**
2. **Berufsrecht**
3. **Ambulante Versorgung**
4. **Krankenhaus**
5. **Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik**
6. **Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie**
7. **Ärzte im öffentlichen Dienst**
8. **Prävention und Rehabilitation**
9. **Hygiene und Umweltmedizin**
10. **Arbeitsmedizin**
11. **Notfall- und Katastrophenmedizin**
12. **Ärztliche Ausbildung**

13. **Weiterbildung**
14. **Junge Ärzte**
15. **Ärztinnen**
16. **Senioren**
17. **Sächsische Ärztehilfe**
18. **Finanzen**

Es wird hiermit aufgerufen, Vorschläge und Bewerbungen für eine Kandidatur in diese Ausschüsse bis spätestens 31. März 2003 schriftlich bei der Hauptgeschäftsstelle einzureichen. Die Kammerversammlung kann weitere Kandidaten bis zum Schluss der Kandidatenliste vorschlagen.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Hygiene aktuell

Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums

Endoskopische Untersuchungen gehören in der modernen Medizin zu den diagnostischen Routinemethoden sowohl im Krankenhaus als auch in der Ambulanz; sie werden darüber hinaus in zunehmendem Maße bereits als Screeningmethoden bei Gesunden (z.B: Koloskopie ab dem 55. Lebensjahr) eingesetzt. Dies erklärt die Forderung nach minimalsten Nebenwirkungen bzw. Risiken. Diesbezüglich sind Übertragungen von Mikroorganismen wie HBV, HCV, HIV, Salmonellen, Mykobakterien, Pseudomonaden, Helicobacter, Protozoen, Pilzen und Würmern bei endoskopischen Eingriffen in der Literatur beschrieben, zur Zeit aber noch nicht quantifizierbar.

Die Mehrzahl dieser Übertragungen ist auf unzureichende Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen zurückzuführen. Sie sind prinzipiell vermeidbar, nämlich dann, wenn alle Maßnahmen der Infektionsprophylaxe konsequent umgesetzt werden.

Flexible Endoskope und endoskopisches Zusatzinstrumentarium werden als Medizinprodukte mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung eingestuft. Aus diesem Grund wurden von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut aktualisierte Empfehlungen zu Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums erarbeitet und 2002 veröffentlicht [1]. Sie ersetzen die entsprechende alte Teilanlage zu Ziffer 5.1 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention von 1988 [2]. Diese Empfehlungen gelten für alle Untersuchungen mit flexiblen Endoskopen, unabhängig davon, ob die endoskopische Untersuchung im Krankenhaus, einer Privatklinik oder in einer Praxis erfolgt.

Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten sind unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen.

Instrumente, die Gewebe penetrieren oder in sterile Hohlgänge eindringen, müssen steril, Instrumente, die intakte Schleimhaut berühren, desinfiziert sein.

Jede Aufbereitung muss von geschultem Personal in einem eigens für diesen Zweck ausgestatteten Raum mit reiner und unreiner Zone durchgeführt werden.

In Endoskopieabteilungen eines Krankenhauses sollte ein angemessener Anteil (z.B. 50 %) des Endoskopiepflegepersonals die Fachweiterbildung „Endoskopie“ besitzen. Für Arztpraxen wird die Schwerpunktfortbildung „Gastroenterologische Endoskopie für Arzthelferinnen“ empfohlen.

Nach Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), Biostoffverordnung (Biostoff VO) und Unfallverhütungsvorschrift (UVV) sind alle in stationären und ambulanten Endoskopieabteilungen tätigen Mitarbeiter regelmäßig auf hygienischem und fachspezifischem Gebiet zu schulen [3,4,5].

Gemäß Infektionsschutzgesetz § 36 (1,2) sind die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene nicht zuletzt für behördliche Kontrollen in Hygieneplänen zu dokumentieren [6]. Eine enge Zusammenarbeit mit Hygienefachpersonal wird empfohlen.

Die Anzahl der vorzuhaltenden Endoskope, des endoskopischen Zusatzinstrumentariums und der Geräte zur Reinigung und Desinfektion hängen von Untersuchungsspektrum, -frequenz, -zahl und dem

Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte und des assistierenden Personals ab.

Die **Reinigung** dient der möglichst rückstands-freien Entfernung von organischem Material und Arzneimitteln. Es werden oberflächenaktive, nicht schäumende Substanzen (Tenside), enzymatische Reiniger oder kombiniert reinigende und desinfizierende Lösungen verwendet. Bei der alkalischen Reinigung ist die Materialverträglichkeit zu beachten.

Zur **Desinfektion** werden fast ausschließlich aldehydische Lösungen verwendet. Für die manuelle Aufbereitung siehe Desinfektionsmittellisten der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie bzw. des Robert Koch-Instituts (DGHM- bzw. RKI-Liste), für die maschinelle Aufbereitung siehe nachgewiesene Eignung und Wirksamkeit in Gutachten der Präparate- bzw. Gerätehersteller [7,8]. Endoskope können sowohl manuell als auch maschinell hygienisch korrekt aufbereitet werden.

Die manuelle Aufbereitung kann mit gesundheitlichen Gefahren für das Personal verbunden sein. Forderungen nach Standardisierung und Validierbarkeit des Verfahrens werden bei manueller Aufbereitung nur unzulänglich erfüllt. Die maschinelle Aufbereitung ist zu bevorzugen, da diese Aufbereitung standardisiert und validiert werden kann. Die Verfahren in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Endoskope (RDG-E) beinhalten in der Regel einen integrierten Dichtigkeittest, eine Aufbereitung des Wassers zur Schlusspülung und die Dokumentation der erfolgreichen Aufbereitung [9].

Aufbereitung von endoskopischem Zusatzinstrumentarium

Endoskopisches Zusatzinstrumentarium (Biopsiezangen, Schlingen, Optikspülflaschen) muss nach der Desinfektion sterilisiert werden.

Aufbewahrung und Transport

Die Aufbewahrung soll hängend in einem geschlossenen Endoskopschrank arbeitsplatznah erfolgen. Endoskope für Eingriffe in mikrobiell nicht besiedelte Körperregionen werden in Sterilgutverpackung sterilisiert und in dieser Verpackung kontaminationsgeschützt in einem geschlossenen Schrank aufbewahrt. Bei Untersuchungen außerhalb der Einrichtung ist das Endoskop in einem geschlossenen Behältnis, nicht im Endoskopkoffer, zu transportieren. Der Endoskopkoffer darf nur für den Versand eines defekten Gerätes zum Hersteller genutzt werden.

Übersicht über Aufbereitungsverfahren

	Manuell, ggf. teilmaschinell	maschinell
Vorreinigung	direkt im Anschluss an die Untersuchung im Untersuchungsraum: Abwischen des Endoskop-Außenmantels (Einwegtuch) und Durchspülen der Kanäle, danach Lichtquelle, Optikspülsystem und Absaug Schlauch vom Endoskop trennen, in einem geschlossenen Behältnis zum Aufbereitungsraum transportieren und dort in ein Becken mit Reinigungslösung einlegen	nicht möglich
Bürstenreinigung der Endoskopkanäle	sorgfältige manuelle Reinigung im Aufbereitungsraum (für jeden Kanal passende desinfizierte Bürste verwenden!)	nicht möglich
Reinigungsspülung	manuell im Aufbereitungsraum mit Wasser von Trinkwasserqualität, Restwasser in den Kanälen mittels Druckluft oder Luft aus einer Spritze entfernen	im RDG-E
Reinigungsspülung	manuell im Aufbereitungsraum mit Wasser von Trinkwasserqualität, Restwasser in den Kanälen mittels Druckluft oder Luft aus einer Spritze entfernen	im RDG-E
Desinfektion	luftblasenfreies Einlegen, Durchspülen aller Kanäle/Lumina mit Desinfektionsmittellösung mit nachgewiesener bakterizider, viruzider und fungizider Wirksamkeit unter Beachtung der Herstellerangaben zu Konzentration und Einwirkzeit	im RDG-E
Schlusspülung	im Aufbereitungsraum mit frischem mikrobiologisch einwandfreiem Wasser (da Gefahr der Rekontamination), intensives Entfernen der Desinfektionslösung (Nachspülen der Kanäle und der Außenflächen)	im RDG-E
Trocknung	im Aufbereitungsraum Durchblasen aller Kanäle mit Druckluft bis max. 0,5 bar, Außenmantel mit Einwegtuch abtrocknen	im RDG-E

Bewertung der Ergebnisse	
Nachweis von E. coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken Pseudomonaden oder Nonfermentern hygienerrelevanten Erregern wie Staph. aureus vergrünenden Streptokokken	Hinweis auf mangelhafte Reinigung und Desinfektion mangelhafte Schlusspülung oder Trocknung mangelhafte Lagerung oder unzureichende Händehygiene Verunreinigung durch Rachenflora

Hygienisch-mikrobiologische Kontrolle der Endoskop-Aufbereitung Prüfung des RDG-E:

Typprüfung, Prüfung nach verfahrenseingreifenden Reparaturen, Änderungen der Prozessparameter:
Einsatz von Dummies (Testkörper, 2 m lange Teflontuben mit Enterococcus faecium kontaminiert) und Untersuchung des letzten Spülwassers aus dem RDG-E

Mikrobiologische Überprüfung der Endoskope (vierteljährlich empfohlen) mit folgenden Verfahren:

- Durchspülen der Kanäle (Instrumentierkanal, Luft/Wasser-Kanal, Absaugkanal) mit 20 ml steriler physiologischer Kochsalzlösung,
- Abstriche von schwer zugänglichen Stellen (Ventilansätze, Albaranhebel) und
- Abklatschproben (Distalende)

Richtwert der zulässigen Gesamtkeimzahl ≤ 1 KBE pro ml Flüssigkeitsprobe

Fragen zur Problematik der Aufbereitung flexibler Endoskope beantworten Ihnen die Mitarbeiter der Fachgebiete Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt in Chemnitz (Telefon 0371 6009212), Dresden (Telefon 0351 8144316) und Leipzig (Telefon 0341 9788158).

Zusammengestellt vom Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin der SLÄK und den Fachgebieten Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
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

Gesetzliche Änderungen für die Durchführung von labordiagnostischen Untersuchungen in Krankenhäusern und Arztpraxen

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Einleitung

Am 1. Januar 2002 ist das Zweite Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes in Kraft getreten, das zur Neufassung des Medizinproduktegesetzes geführt hat. Durch die Einbindung der In-vitro-Diagnostik in das Medizinproduktegesetz (MPG) und die gleichzeitige Änderung von einzelnen Gesetzespassagen und von Verordnungen, speziell der Eichordnung und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), ergeben sich für die Arbeit in medizinischen Laboratorien vielfältige Änderungen. In dieser Übersichtsarbeit sollen alle wichtigen Neuerungen für das medizinische Laboratorium im stationären und niedergelassenen Bereich, das heißt auch für Stationen und Arztpraxen mit Laboruntersuchungen, dargestellt werden.

Neufassung des Medizinproduktegesetzes¹⁾

Das Medizinproduktegesetz regelt ab 1. Januar 2002 auch das erstmalige Inverkehrbringen von In-vitro-Diagnostika (siehe Tabellen 1 und 2). Es erfolgte damit die Umsetzung europäischer Richtlinien.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung²⁾

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung wendet sich an Betreiber (zum Beispiel Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, bisher nicht betroffene Laborbetreiber), an Anwender und weitere Personenkreise. Wer im Bereich der Heilkunde (mit Ausnahme der Zahnheilkunde) quantitative labormedizinische Untersuchungen durchführt, hat diese nunmehr nach § 4a Abs. 1 MPBetreibV gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK 2001)³⁾ zu überwachen (siehe Tabelle 3).

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK 2001)³⁾

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und ihre Kommentierung ist in Laborkreisen 2002 intensiv diskutiert worden. Im Folgenden sollen deshalb nur einige Schwerpunkte herausgestellt werden (siehe Tabelle 4).

Tabelle 1: Neufassung Medizinproduktegesetz

MPG 1994	MPG 2002	Bemerkungen
Umsetzung der „Richtlinie über aktive implantierbare medizinische Geräte“ (90/385/EWG) und der „Richtlinie über Medizinprodukte“ (93/42/EWG)	Zusätzlich Umsetzung der „Richtlinie über In-vitro-Diagnostika“ (IVD-RL) (98/79/EG)	Arbeit medizinischer Laboratorien wird damit erfasst

Tabelle 2: Zuordnung und Kennzeichnung von In-vitro-Diagnostika

In-vitro-Diagnostika	CE-Kennzeichnung (Medizinprodukterecht)	Bemerkung
Reagenz, Reagenzprodukt, Kalibriermaterial, Kontrollmaterial, Kit, Instrument, Apparat, Gerät oder System, spezielle Probenbehälter	ja	In-vitro-Diagnostika – liefern Informationen über physiologische oder pathologische Zustände, über angeborene Anomalien, – dienen zur Überwachung therapeutischer Maßnahmen und für weitere Anwendungen, – dürfen nur entsprechend ihrer vom Hersteller vorgegebenen Zweckbestimmung verwendet und betrieben werden
Keine In-vitro-Diagnostika	CE-Kennzeichnung (Medizinprodukterecht)	Bemerkung
Zertifizierte internationale Referenzmaterialien	nein	Ringversuchskontrollmaterialien u.Ä.
Erzeugnisse für den allgemeinen Laborbedarf	nein	zum Beispiel Pipetten, Waagen, Gläser

Die Vorschriften zur Qualitätssicherung (QS) der Laboruntersuchungen zur patientennahen Sofortdiagnostik (hier auch POCT [Point of Care Testing] genannt) betreffen oft auch Arztpraxen und andere medizinische Einrichtungen, die weniger in diese Diskussionen und Schulungen eingebunden sind. Deshalb wird eine kurze Handlungsanleitung gegeben (siehe Tabelle 5).

Qualitätssicherung in der patientennahen Sofortdiagnostik

Unter Berücksichtigung von Abschnitt 3.3.2 bzw. 3.3.3 Rili-BÄK 2001 und Nr. 10 des Kommentars entscheidet zunächst der niedergelassene Arzt bzw. der Leiter der Organisationseinheit, ob die Laboruntersuchungen zu den Untersuchungen der patientennahen Sofortdiagnostik zählen und somit die Ausnahmeregelungen in Anspruch genommen werden können. Zur patientennahen Sofortdiagnostik zählen Laboratoriumsuntersuchungen ohne Probenvorbereitung (zur Probenvorbereitung gehören Serum-/Plasmagewinnung, Herstellung von Hämolyat), im Rahmen der Krankenversorgung, als Einzelprobenmessung, für die unmittelbare (zeitnahe) Ableitung therapeutischer Konsequenzen und bei typischen Anwendungen. Typische Anwendungen sind im niedergelassenen Bereich der Hausbesuch und zeitkritische Untersuchungen in der Sprechstunde. Im Krankenhaus sind das die Notaufnahme, die Intensivstation, der Operationssaal, der Aufwachraum, der Kreißsaal, die invasive Radiologie, die Endoskopie und andere zeitkritische Situationen. Weiterhin gehört dazu der Notarzteinsatz. Grundsätzlich sollte diese Entscheidung auf Praktikabilität und Effektivität in regelmäßigen Zeitabständen überprüft werden. Können Laboruntersuchungen nicht zu den Untersuchungen der patientennahen Sofortdiagnostik gezählt werden, ist die vollständige Qualitätssicherung nach der Richtlinie der Bundesärztekammer durchzuführen.

In einer Übersicht werden die wichtigsten Forderungen an die Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik dargestellt.

In einer Übersicht werden die wichtigsten Forderungen an die Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik dargestellt.

Kommentar der Bundesärztekammer zur Rili-BÄK 2001⁴⁾

Die Bundesärztekammer hat im Juli 2002 einen Kommentar zur Rili-BÄK 2001 herausgege-

Tabelle 3: Übergang vom Eich- zum Medizinprodukterecht

Eichrecht (alt)	Medizinprodukterecht (neu)	Bemerkungen
§ 4 Eichordnung: RiliBÄK 1987	§ 4a Abs. 1 MPBetreibV: RiliBÄK 2001	Neufassung Rili-BÄK
Kein geregeltes Qualitätssicherungssystem (QSS)	§ 37 MPG: Ermächtigung zum Erlass von Vorschriften für ein QSS zum Anwenden von In-vitro-Diagnostika	Erfassen der Prä- und Postanalytik in einem QSS möglich
Kontrollmaterial zur internen Qualitätskontrolle <i>ohne</i> CE-Kennzeichnung	Kontrollmaterial zur internen Qualitätskontrolle <i>mit</i> CE-Kennzeichnung	Bis 7. Dezember 2003 können Kontrollmaterialien nach altem Recht (ohne CE-Kennzeichnung) erstmalig in den Verkehr gebracht werden; diese Kontrollmaterialien können bis 7. Dezember 2005 verwendet werden.
Interne Qualitätskontrolle mit Bezug auf Referenzmethodenwerte der Kontrollmaterialien	Interne Qualitätskontrolle mit Bezug auf <i>verfahrensabhängige</i> Sollwerte oder Referenzmethodenwerte der Kontrollmaterialien	
Akkreditierung medizinischer Laboratorien nur auf privater Basis möglich	Akkreditierung medizinischer Laboratorien nur auf privater Basis möglich	

ben, der fortgeschrieben werden soll. Auslegungsfragen können an das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen gerichtet werden. Vom Sächsischen Landesamt für Mess- und Eichwesen sind zwei Informationsblätter zur Rili-BÄK 2001/IVD-RL und Rili-BÄK/POCT erstellt worden. Ebenso wurden mehrere weiterführende Vorträge gehalten. Diese sind über die Homepage (www.eichbehoerde.sachsen.de) oder www.eichamt.de) abzurufen. Die Informationsquellen werden laufend aktualisiert.

Zusammenfassung

Die gesetzliche Grundlage für das Inverkehrbringen und die Anwendung von In-vitro-Diagnostika hat sich geändert. Es werden die Auswirkungen der Neufassung des Medizinproduktegesetzes, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quan-

Ein möglicher Vordruck zur Protokollierung von Laboruntersuchungen der patientennahen Sofortdiagnostik:

Laborinterne Qualitätssicherung von Laboruntersuchungen der patientennahen Sofortdiagnostik
nach Abschnitt 3.3.2 bzw. 3.3.3. der Rili-BÄK 2001

Messgerät: <small>(Firma, Typ)</small>	Messgröße: <small>(im Blut)</small>	Analyt	Maßeinheit	Einrichtung/Station/ Praxis (Stempel):
Serien-Nr.: <small>(des Gerätes)</small>	Bezeichnung Kontrollprobe: <small>(Bezeichnung, Chargen-Nr.)</small>			

Datum (Uhrzeit)	Chargen-Nr. (Streifen/Sensor o. Ä.)	Zielwert (verfahrensabh. Sollwert der Kontrollprobe)	Zulässiger Bereich (nach Anlage 1d/Spalte 7)	Messwert der Kontrollprobe	im zuläss. Bereich (ja/nein)	Verantw./ Unterschr.	Bemerkungen

Qualitätskontrolldaten 5 Jahre aufbewahren!

Tabelle 4: Überblick Rili-BÄK 2001

Hinweis auf	Betreff	Erläuterungen
Übergangsregelung (Abschn. 8)	Interne QS	Bis 6. Dezember 2003 Arbeit nach Rili-BÄK 1987 möglich; Anlage 1 Rili-BÄK 1987 ist dann für interne QS verbindlich (einschließlich Vorgaben)
	Externe QS (Ringversuche)	Ab 1. Januar 2002 Arbeit nach Rili-BÄK 2001; keine Übergangsfrist; Anlage 1 Rili-BÄK 2001 ist verbindlich; sofern eine externe QS gefordert, gilt dies auch für POCT
Besonderheiten Rili-BÄK 2001	Interne QS	Ausschließlich Richtigkeitskontrollmaterial; wechselweiser Einsatz von Kontrollmaterialien unterschiedlicher Konzentrationsbereiche; Ermittlung laboratoriumsinterner Fehlergrenzen; Beurteilung der Messabweichung der Kontrollprobeneinzelmessung vom Zielwert, der zufälligen Messabweichung und der systematischen Messabweichung von Kontrollprobenmessergebnissen des Kontrollzyklus; Ausnahmeregelungen für POCT
	Externe QS	1 Ringversuch/Messgröße und Quartal
	Anlage 1	Untergliederung in die Systeme Serum/Plasma, Liquor, Urin und Vollblut; oft Vorgaben für unterschiedliche Messbereiche (relativ und absolut)
QS POCT	Abschn. 3.3.2/3.3.3	Ausnahmeregelungen für interne und externe QS der patientennahen Sofortdiagnostik
	Abschn. 3.3.2	QS POCT in Arztpraxen sowie bei medizinischen Diensten
	Abschn. 3.3.3	QS POCT in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen mit Zentrallabor
	Ringversuche	Abschn. 3.3.2: In der Regel nicht gefordert Abschn. 3.3.3: Nicht gefordert, wenn die Verantwortung für die interne QS im Zentrallabor liegt
	Kommentierung	Nr. 9, 10, 11, 12 und 13 Kommentar

titativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen auf medizinische Laboratorien und Arztpraxen dargestellt. Die Forderungen an die Qualitätssicherung der Laboruntersuchungen zur patientennahen Sofortdiagnostik werden behandelt.

- ¹⁾ Medizinproduktegesetz (MPG), Neufassung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146)
- ²⁾ Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MBbetreibV), Neufassung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3396)
- ³⁾ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen vom 24. August 2001 (Dt. Ärzteblatt 98, Heft 42, 19. Oktober 2001, S. A 2747) (www.bundesaerztekammer.de; Auswahl „Richtlinien“)
- ⁴⁾ Kommentar der Bundesärztekammer zu der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (www.bundesaerztekammer.de; Auswahl „Richtlinien“)

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Chemiker Jürgen Conell
Sächsisches Landesamt für
Mess- und Eichwesen
Hohe Straße 11
01069 Dresden

Prof. Dr. med. Lothar Beier
Sächsische Landesärztekammer
Ausschuss „Qualitätssicherung in
Diagnostik und Therapie“
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Tabelle 5: Qualitätssicherung POCT

Abschn. 3.3.2 / 3.3.3	Forderungen an die Qualitätssicherung der POCT
Abs. 1 und 6	Geräte müssen in der patientennahen Sofortdiagnostik und nur für Einzelprobennmessungen eingesetzt werden. Geräte sind nach Anweisung des Herstellers zu bedienen, das heißt, wenn umfangreichere QS vorgesehen, ist diese durchzuführen. Geräte sind, sofern vorgesehen, mindestens einmal benutzungstäglich mit einem physikalischen und/oder elektronischen Standard zu kontrollieren.
Abs. 2	Mindestens ein Mal je Woche, sofern Patientenproben untersucht werden, muss eine Kontrollprobe gemessen und nach Anlage 1 Spalte 7 Rili-BÄK beurteilt werden. Sofern medizinisch sinnvoll, sind abwechselnd Kontrollproben mit unterschiedlichen Konzentrationen einzusetzen.
Abs. 3	Ergebnisse der Kontrollprobeneinzelmessungen sind zu protokollieren. Das Protokoll hat die geforderten Angaben (Art des Messgerätes, Seriennummer, Datum und Uhrzeit der Messungen, Identifikation der Kontrollprobe [Herstellerbezeichnung, Chargen-Nummer], Messgröße [System /in der Regel Blut/, Analyt, Größenart], Einheit, Kontrollprobenmesswert, Zielwert der Kontrollprobe, die relative oder die absolute Abweichung vom Zielwert und die Bewertung gemäß Anlage 1 Spalte 7, Name/Unterschrift des Untersuchers) zu enthalten. Die Protokolle sind 5 Jahre aufzubewahren (Abschn. 3.1.5).
Abs. 4	Ergebnisse der Kontrollprobeneinzelmessungen sind zu protokollieren. Der Vorgang – einschl. der erforderlichen Wiederholungsmessungen – muss dokumentiert werden.
Abs. 5 von Abschn. 3.3.2	Keine Ringversuche, wenn Voraussetzungen nach Abs. 1 bis 4 erfüllt sind.
Abs. 5 von Abschn. 3.3.3	Ringversuche sind Pflicht für jede Organisationseinheit. Keine Ringversuche, wenn die Verantwortung für die QS entsprechend Abs. 1 bis 4 beim Zentrallabor liegt.

Neue Beitragsordnung ab 1. Januar 2003

Erste Erfahrungen

Die neue Beitragsordnung ab 01. Januar 2003 hat bei vielen Ärzten zu Fragen bei der Beitragsveranlagung geführt. Aus den praktischen Erfahrungen der ersten Tage sollen die häufigsten Fragen an dieser Stelle erläutert werden.

Muss das Kammermitglied den vollständigen Einkommensteuerbescheid des Jahres 2001 an die Sächsische Landesärztekammer übersenden?

Nein, das ist nicht erforderlich. Zur Beitrags-einstufung wird lediglich eine Kopie des Auszuges aus dem Einkommensteuerbescheid (§ 5 Absatz 2) benötigt, aus welcher folgende Positionen hervorgehen:

- Einkünfte aus selbständiger Arbeit
 - Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit
- Alle anderen auf diesem Blatt befindlichen Zahlen können geschwärzt werden. Einkunftsarten wie Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft und Sonstige Einkünfte bleiben außer Betracht und sind zu schwärzen.

Hat sich der Kammerbeitrag beim niedergelassenen Arzt für das Jahr 2003 verdoppelt?

1. Viele niedergelassene Ärzte veranschlagen als Bemessungsgrundlage für den Kammerbeitrag wie in den Vorjahren den Praxisumsatz. Das führt bei Anwendung der neuen Beitragstabelle natürlich zu einem sehr hohen Kammerbeitrag. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Bemessungsgrundlage für die

Veranlagung zum Kammerbeitrag bei niedergelassenen Ärzten ab dem Jahr 2003 der Praxisgewinn ist. Dieser ist dem Einkommensteuerbescheid 2001 unter der Position „Einkünfte aus selbständiger Arbeit“ zu entnehmen.

2. In der bisherigen Beitragsordnung erfolgte die Veranlagung zum Kammerbeitrag nach dem Praxisumsatz. In der Beitragstabelle war für alle niedergelassenen Ärzte eine Praxisausgabenpauschale von 60 % einkalkuliert. In der neuen Beitragsordnung erfolgt die Veranlagung zum Kammerbeitrag nach dem Praxisgewinn. Im Einkommensteuerbescheid werden nun die tatsächlichen Praxisausgaben berücksichtigt. Das kann zu Verschiebungen in der Höhe des Kammerbeitrages im Vergleich zu den Vorjahren für den einzelnen Arzt führen. Insgesamt geht die Sächsische Landesärztekammer nicht von einer Steigerung der Einnahmen aus Kammerbeiträgen aus.

Der Einkommensteuerbescheid für das Jahr 2001 liegt noch nicht vor.

Sollte Ihnen der Einkommensteuerbescheid für das Jahr 2001 noch nicht vorliegen, ist es möglich, für die Einreichung des Nachweises telefonisch oder schriftlich eine Fristverlängerung zu beantragen. Sollten Sie für das Jahr 2001 keine Einkommensteuererklärung abgegeben haben bzw. abgeben werden, setzen Sie sich bitte mit den Mitarbeiterinnen des Referates Beitragswesen in Verbindung. In Ausnahmefällen kann die Bestätigung des Steuerberaters über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit akzeptiert werden.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Fristverlängerung für die Einreichung des Nachweises **keine Stundung** des Kammerbeitrages einschließt. Bitte veranlassen Sie sich in diesem Fall auf der Grundlage der

Ihnen vorliegenden Unterlagen und überweisen Sie den voraussichtlichen Kammerbeitrag. Die endgültige Veranlagung erfolgt dann bei Vorliegen des Nachweises. Für Ärzte, die der Sächsischen Landesärztekammer eine Einzugsermächtigung erteilt haben, gilt dies nicht, da der Einzug des Kammerbeitrages erst nach Vorliegen des Nachweises erfolgen kann.

Das Kammermitglied wird im Jahr 2003 voraussichtlich arbeitslos, geht in den Ruhestand oder in den Mutterschaftsurlaub.

Auch in diesem Fall ist es möglich, eine Fristverlängerung für die Einreichung des Nachweises (z. B. Kopie des Rentenbescheides, Kopie des Bescheides des Arbeitsamtes, Nachweis des Beginns der Mutterschutzfrist) zu gewähren. Bei Vorliegen der Nachweise erfolgt dann eine anteilige Berechnung des Kammerbeitrages nach den vollen Monaten der ärztlichen Tätigkeit auf der Basis der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit des Jahres 2001 und eine anteilige Berechnung des Mindestbeitrages (vergleiche § 3 Abs. 2).

Wir hoffen, Ihre wichtigsten Fragen zur neuen Beitragsordnung mit unseren Ausführungen beantwortet zu haben. Außerdem verweisen wir auf die Ausführungen im Ärzteblatt Sachsen Heft 7/2002, Seite 333 f. und Heft 1/2003 Seite 21. Sollten Sie noch weitere Fragen zu Ihrer Beitragsveranlagung haben, können Sie sich unter folgenden Rufnummern an die Mitarbeiterinnen des Referates Beitragswesen wenden, die Ihnen zu unseren Geschäftszeiten gern zur Verfügung stehen: Tel. (03 51) 82 67 - 4 31, - 4 32, - 4 36, - 4 37, - 4 38.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Medizinische Datenverarbeitung und Internet Datenschutz in der medizinischen Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung und die Kommunikation im Internet hat auch in den medizinischen Alltag Einzug gehalten. Problematisch ist dabei immer wieder die Verarbeitung von personen- und patientenbezogenen Daten in einem sogenannten Intranet bei gleichzeitiger Verwendung dieser Hardwarekomponenten, die auch den Zugang zum Internet ermöglichen. Diesem Themenkreis haben sich die Datenschutzbeauftragten der Länder angenommen. Der Sächsische Datenschutzbeauftragte hat darum gebeten, dass das Schreiben des Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen vom 18. Februar 2002 der Sächsischen Ärzteschaft auf geeignete Weise zur Kenntnis gegeben wird. Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen führt dazu Folgendes aus:

„Aufgrund verschiedener Anfragen und Beratungersuchen hatte ich Veranlassung auf die bestehenden grundsätzlichen Bedenken zum Thema medizinische Datenverarbeitung und Internet einzugehen.

Die steigende Attraktivität des Internets führt in zunehmendem Maße dazu, dass auch Systeme, die medizinische Daten verarbeiten, einen Internetanschluss erhalten. Sei es, um das Internet als Kommunikationsnetz zum Austausch von patientenbezogenen Dokumenten zwischen Leistungserbringern auf Basis sogenannter Medizinnetze zu nutzen oder um das Informationsangebot des Internets dem medizinischen Personal zugänglich zu machen. Das Internet wurde allerdings als offenes System konzipiert. Sicherheitsüberlegungen spielten dabei keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Patientendaten verarbeitende Systeme hingegen unterliegen wegen des hohen Schutzbedarfs der Daten entsprechend hohen Sicherheitsanforderungen und sind von ihrer Natur her als geschlossene Systeme zu betrachten.

Mit den Techniken der Verschlüsselung und der digitalen Signatur ist es zweifellos möglich, eine sichere Ende-zu-Ende Kommunikation via Internet zu realisieren. Insofern lässt sich im Internet ein „virtuell privates Netz“ (VPN) aufbauen, sozusagen ein „Intranet im Internet“. Auf der reinen Kommunikationsebene ist ein solches VPN hinreichend sicher, was die Vertraulichkeit und Integrität der übermittelten Daten betrifft.

Was aber meist in die Sicherheitsbetrachtung nicht hinreichend mit einbezogen wird, sind die an das VPN angeschlossenen Endgeräte. Aber gerade auf diesen Endgeräten sind die medizinischen Daten gespeichert. Besteht nun die Möglichkeit, von diesen Endgeräten aus das „Intranet im Internet“ zu verlassen und beliebige Dienste und Teilnehmer des Internets „anzusprechen“, wird das sichere VPN gegenüber dem öffentlichen und unsicheren Internet geöffnet. Durch eine solche Öffnung ergeben sich durch die Unzulänglichkeiten der heutigen Internettechnologie nicht zu unterschätzende Risiken für die Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der auf den Endgeräten gespeicherten Daten.

Die Betreiber von Medizinnetzen versuchen zwar diesem Problem entgegenzuwirken, indem sie für das „Intranet im Internet“ ein zentrales, Firewall gesichertes Gateway zur Verfügung stellen. Damit reduziert man aber im Wesentlichen nur die Gefahren, die von Hackerangriffen verursacht werden, nicht jedoch die der Internettechnologie immanenten Risiken, die zum Beispiel von sogenannten aktiven Inhalten (wie ActiveX, JavaScript, Java-Applets) ausgehen können.

Ferner können verschlüsselte Informationen nicht durch die zentrale Firewall auf schadenverursachende Programmcodes (wie Viren, Trojaner, Würmer) überprüft werden. Somit wird diese Problematik auf die Endgeräte

verlagert, da eine zentrale Firewall hier keinen Schutz bieten kann. In diesem Zusammenhang stellt sich die grundsätzliche Frage, ob Virencanner überhaupt einen ausreichenden Schutz vor schadenverursachenden Programmcodes bieten können, da sie nur das abwehren können, was auch bekannt ist. Da aber täglich neue Formen solcher Programmcodes über das Internet verbreitet werden, müssen die Hersteller von Virencannern auch ständig ihre Virendefinitionsdateien aktualisieren und die Nutzerinnen und Nutzer gleichfalls ihre Programme entsprechend updaten. In der Zeit zwischen dem Auftreten eines neuen Schadensprogramms bis zum Update des Virenschutzprogramms ist allerdings das jeweilige Datenverarbeitungssystem schutzlos, was in der medizinischen Datenverarbeitung nicht hingenommen werden kann. Ferner ist mittlerweile ein Angriff über HTTP bekannt. Um diesen Angriff zu unterbinden, müsste auf der Firewall das HTTP-Protokoll gesperrt werden. Damit wäre aber auch der WWW-Dienst nicht mehr nutzbar, was einem „Abschalten“ des Internetzugangs gleichkäme. Darüber hinaus kann auch durch eine zentrale Gateway nicht verhindert werden, dass einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Medizinnetzes auf ihren Endgeräten noch einen weiteren Internetzugang über einen öffentlichen Internetprovider installieren. Damit würden die Sicherheitsmechanismen des gesamten Medizinnetzes unterlaufen.

Als besonders problematisch sind allerdings Systeme zu bewerten, die ohne die Schutzmechanismen eines professionell betriebenen Medizinnetzes auskommen müssen und auf einen Standard-Internetanschluss zugreifen. Dies dürfte aber erfahrungsgemäß der Normalfall bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sein. Es steht zu befürchten, dass die Patientendaten, die auf solchen Systemen

verarbeitet werden, ohne jeglichen Schutz sind. Damit ist deren Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit in hohem Maße gefährdet. An dieser Stelle kann ich nicht alle Sicherheitsrisiken und deren Auswirkungen im Detail darstellen. Meine grundsätzlichen Bedenken werden aber von Sicherheitsexperten geteilt. Da man heute leider noch keine umfassende technische Lösung hat, wird das Problem der Endgerätesicherheit aus kommerziellen Gründen allerdings meist verschwiegen. Insofern lässt man die Ärzteschaft im Unklaren über die Gefahren, denen sie sich unter Umständen aussetzen. Dies halte ich für sehr bedenklich, da letztlich die Ärztin und der Arzt verantwortlich für die Wahrung

des Arzt-Patienten-Geheimnisses sind und sie auch die straf- und haftungsrechtlichen Folgen für solche offenkundigen Mängel tragen werden müssen.

Es ist deshalb nach meiner Auffassung dringend erforderlich, dass die Ärzteschaft über die mit der Internettechnologie verbundenen Gefahren umfassend aufgeklärt wird. Nur so können die Ärzte und Ärztinnen entscheiden, was sie für sich persönlich verantworten können und was nicht. Ich wäre Ihnen deshalb außerordentlich verbunden, wenn Sie die Mitglieder Ihrer Kammer über diese Gefahren ins Bild setzen würden mit dem Ziel, die bestehenden Datenschutzmängel im Hinblick auf die besonders schutzwürdigen Belange

der betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch der betroffenen Ärztinnen und Ärzte unverzüglich abzustellen. ...“

Wir empfehlen Ihnen, sich mit dieser Problematik anhand Ihrer Ausstattung zu beschäftigen. Für die Sächsische Landesärztekammer dürfen wir Ihnen mitteilen, dass wir zwei getrennte Netze, nämlich ein Intranet für die Nutzung von Daten innerhalb der Sächsischen Landesärztekammer und ein Netz für den Zugang zum Internet, bei jeweils zwei getrennten Hardwarekomponenten installiert haben.

Assessor Michael Kratz, Datenschutzbeauftragter
der Sächsischen Landesärztekammer

Arztsuche – deutschlandweit

Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern bieten inzwischen eine Ärztsuche an, wie sie in Sachsen schon seit Jahren im

www.gesundheitslotse-sachsen.de
vorgehalten wird.

Zusammengefasst und deutschlandweit findet man die Adressen, Telefonnummern und Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (in einigen Bundesländern auch ermächtigte Krankenhausärzte) unter **www.arzt.de**.

Hier befindet sich in der linken Themenleiste nunmehr das eigene Kapitel „Arztsuche“. Die

Anbieter, die jeweiligen KVen und Kammern, garantieren die Seriosität, Professionalität und Aktualität ihrer Angaben, die von keiner sonstigen Adresse auch nur annähernd erreicht wird.

Die Suchkriterien sind sehr unterschiedlich und den Bedürfnissen der Suchenden (besonders Patienten und Ärzte) angepasst und kombinierbar, wie zum Beispiel Name und/oder Ort, Fachrichtung, Sprechzeit, eventuell Subspezialisierung und Anderes mehr.

Als erster elektronischer Suchdienst hatte der Gesundheitslotse Sachsen auch andere Anbieter von Leistungen im Gesundheitsbereich

mit im Boot: alle sächsischen Krankenhäuser, Zahnärzte, die Physiotherapeuten, Apotheken, deutschlandweit Reha-Kliniken und auch Vertretungen von Selbsthilfegruppen.

Die Arztsuche erfasst **alle** niedergelassenen sächsischen Ärzte. Die ausschließlich privatärztlich Tätigen sind bei den Informationen der Sächsischen Landesärztekammer zu finden. Wenn Patienten also verreisen, können Sie gezielt Ärzte empfehlen, welche die Weiterbehandlung übernehmen könnten.

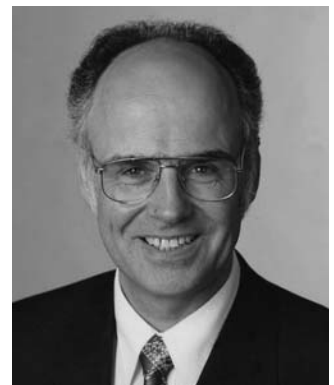
Dr. med. Günter Bartsch
Vizepräsident und Vorsitzender AG Multimedia

Ehrenmedaille des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen



Dr. Dietmar Laue

Der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) verlieh 2002 Jahr erstmalig eine Ehrenmedaille. Sinn der Auszeichnung ist es, Politikern und Vertretern des Landesverbandes, die sich für den ÖGD besonders engagiert haben, zu danken. Anlässlich der Mitgliederversammlung in Meißen wurden am 16. Oktober 2002 dem Staatsminister a. D., Herrn Dr. Hans Geisler, und dem Gründer des Landesverbandes und langjährigen Vorsitzenden des ÖGD, Herrn Dr. Dietmar Laue, die Ehrenmedaillen für ihre Aufbauarbeit und Engagement für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen überreicht.



Dr. Hans Geisler

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

**Sonntag, 2. März 2003
11.00 Uhr**

Junge Matinee Kammermusik

Es musizieren Schüler des
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,
der Sächsischen Spezialschule für Musik
Dresden und die Streichergruppe
unter Leitung von Kammervirtuos
Volker Dietzsch

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

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Gunter Schöttner
Passagen – vom Realen zum Denkbaren
Materialbilder und Objekte
bis 17. März 2003

**Foyer der
Sächsischen Ärztersorgung**

Susanne Kiesewetter
Malerei und Grafik „Augen-Blicke“
bis 28. 2. 2003

10 Jahre Dresdner Ärzteball

»Musenkuss und Medicus«

von Mitternachtsrosen, Hutprachten, Schösserglanz und Mondscheintanz

Nach Sturmnächten, Sommerfluten und Winterhochwasser,
die unseren 9. Ball davongeweht und -gespült haben, lässt sich die Kreisärztekammer
Dresden nun nicht mehr davon abhalten, Sie einzuladen zum

10. Dresdner Ärzteball

in der Nacht des 26. April um 19.00 Uhr auf Schloß Albrechtsberg.

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bis zum 28. Februar 2003
bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden,
Telefon: (03 51) 8 26 74 26.

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

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum ersten Seniorentreffen im neuen Jahr
möchten wir Sie herzlich einladen.
Das Jahr beginnt mit einer Reisebeschreibung.
Herr Dietrich Gregori (Vorsitzender des
Urania-Vortragszentrums Dresden) lädt Sie
zu einer stimmungsvollen Reise nach Sizilien
ein. Der Vortrag beginnt

**am 5. März 2003, 15.00 Uhr im Plenarsaal
des Kammergebäudes.**

Nachfolgend sind Sie und Ihr Partner wieder
herzlich zu einem gemeinsamen Kaffee ein-
geladen. Wir erwarten Ihren Besuch.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorgani-
sationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist je-
weils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 22555-0, Telefax: (03 41) 22555-15
Internet: www.leipziger-messeverlag.de
E-Mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigenposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: Steffen Lochmann
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Re-
daktion, 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 urheber-
rechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher
Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft.
Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Ar-
tikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Re-
daktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte über-
nehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.
Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenom-
men. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröf-
fentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das unein-
geschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich
Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

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

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

LA-MED

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



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C005

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 2. 2003 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.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/C006

Zwickau-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 03/C007
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C008

■ Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/C009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 3. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 03/D007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 21. 2. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 03/D008
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 03/D009

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D010
Facharzt für Innere Medizin
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/D011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 3. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sach-

sen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Anästhesiologie
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.Nr. 03/L002
Facharzt für Chirurgie, Reg.-Nr. 03/L003
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/L004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 3. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Oktober 2003

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

KVS Landesgeschäftsstelle

A. Bergmann¹⁾, F. Einsle²⁾

Neue Wege in der Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin

TU Dresden
Medizinische Fakultät¹⁾ Lehrbereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden²⁾ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Zusammenfassung:

In den vergangenen Jahren (1995 - 2000) war unter den Allgemeinmedizinern ein Minuswachstum von 0,65 Prozent in den alten und von 3,2 Prozent in den neuen Bundesländern zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass besonders in den neuen Ländern ausscheidende Allgemeinmediziner nicht in ausreichendem Maße ersetzt werden. In Sachsen stehen schon heute 46 Arztpraxen leer, in Sachsen-Anhalt sind 120 Vertragsarztsitze zur Zeit nicht besetzt, Tendenz steigend [Kudela, G, 2002].

Verschiedene Ansätze über Auswege aus dieser Situation sind zu erkennen. Eine veränderte Facharztweiterbildung für Allgemeine und Allgemeiner Innerer Medizin als „common trunk“-Modell, so beschlossen auf dem Ärztetag in Rostock in diesem Jahr sowie die Fortsetzung des Initiativprogramms der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zur Förderung der Allgemeinmedizinausbildung nach 2003 sind zwei wichtige Schwerpunkte [Schulze, J., 2002]. Doch

von noch größerer Bedeutung ist, dass Medizinstudenten sich schon im Studium mit dem Berufsbild auseinandersetzen sollten, das Fachgebiet kennenlernen können und sich bewusst für die Weiterbildung in diesem Fach entscheiden können. Dies kann nur geschehen, wenn an den Hochschulen eine kompetente und praxisnahe Lehre im Fach Allgemeinmedizin angeboten wird.

An der Medizinischen Fakultät wurden dafür neben Umstrukturierung des Studiums auf das Problem-orientierte-Lernen (POL) und einer fächerübergreifenden Ausbildung im 2. Studienabschnitt, d. h. in den klinischen Semestern, mit der erstmalig durchgeführten praktischen Ausbildung der Studenten in Allgemeinmedizinischen Lehrpraxen Dresdens und Umgebung im vergangenen Sommersemester Grundsteine für einen neuen Weg in der Ausbildung gelegt.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin – Medizinstudium – Evaluation der Lehre – neue ÄAppO

Einleitung

Im Fachgebiet Allgemeinmedizin wird in den nächsten Jahren besonders in den neuen Bundesländern eine rückläufige Entwicklung im Nachwuchsbereich vorhergesagt. Trotz ausreichender Kapazität an den Sächsischen Hochschulen im Fach Humanmedizin ist der Anteil an Studenten, die mit einer Teil- oder nach der Arzt-im-Praktikum-Zeit mit einer Vollapprobation im Berufsleben im Sächsischen Freistaat „ankommen“, nur etwa ein Drittel so hoch zu Studienbeginn [Kudela, G, 2002]. In der Bundesrepublik insgesamt betrug der Rückgang der ausgebildeten Mediziner seit 1996 40 Prozent. Welche Gründe im einzelnen hinter diesen erschreckenden Zahlen stehen, sind nur teilweise in Studien erfasst. Daten für Sachsen fehlen völlig.

Studenten wandern nach oder noch innerhalb des Studiums in artfremde oder -verwandte Bereiche, wie zum Beispiel dem Medizinjournalismus, in die pharmazeutische Industrie ab und stehen dem Arbeitsmarkt nicht als Ärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung. Zwei weitere Probleme sind zu betrachten: die zunehmende Überalterung der niedergelassenen Kollegen sowie der Rückgang der jungen, unter 35jährigen Ärzte. Die Kassennärztliche Bundesvereinigung stellte in einer Studie fest, dass das Durchschnittsalter, der Ärzte unter 69 Jahre auf 49, 48 Jahre gestiegen ist. Der Anteil von Kollegen unter 35 Jahre sank in den vergangenen 6 Jahren von 26,1 auf 18,8 Prozent. In Sachsen werden im Jahr 2010 viele Kollegen in den Ruhestand gehen. Dies

bedeutet einen Rückgang von insgesamt minus 30 Prozent. Im Fachgebiet Allgemeinmedizin sind es bis zum Jahr 2010 sogar minus 48 Prozent [Ärzteblatt Sachsen 5/2002].

Wie kann man diesen eklatanten Nachwuchssorgen begegnen?

Ein Ansatz ist die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin schon an den Hochschulen interessant, praxisnah und vielfältig zu gestalten. An der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden fand im vergangenen Sommersemester erstmalig das Praktikum Allgemeinmedizin im zehnten Semester in Lehrpraxen statt.

Die Vorbereitungszeit für dieses Pilotprojekt war nicht sehr lang. Erste Treffen zwischen Vertretern der Hochschule und interessierten Fachärzten für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung im Raum Dresden fanden im Wintersemester 2001/2002 statt.

Ziel war es, dass alle Studenten in einem Zeitrahmen von 15 Stunden (drei x fünf Zeitstunden) in einer hausärztlichen Praxis ein Praktikum absolvieren. In solch kurzer Zeit kann ein Eindruck vermittelt werden, wie breit gefächert die tägliche Arbeit in einer Hausarztpraxis sein kann.

Ein Konzept für die zu vermittelnden Lehrinhalte wurde erarbeitet, damit eine theoretische Grundlage für die Lehrpraxisinhaber zur Verfügung steht [Bergmann, A., 2002].

Die Studenten mussten, dies war eine der Voraussetzungen für den Erwerb des Scheines im Fach Allgemeinmedizin, einen typischen Fall dokumentieren. Eine Dokumentations-

vorlage hierfür wurde ebenfalls erarbeitet. Ziel bei der Dokumentation des Falles war es, sich mit berufstheoretischen Hintergründen auseinander zu setzen, zum Beispiel Begriffen wie: Beratungsanlass, Beratungsergebnis, abwendbar gefährlicher Verlauf, abwartendes Offenhalten, und dies auf den konkreten Fall zu beziehen, respektive zu erläutern.

Das Praktikum startete am 08. April 2002.

Die Begleitevaluation, die in dieser Arbeit vorgestellt werden soll, war zentraler Bestandteil des Pilotprojektes.

Evaluation

Die Inhaber der Lehrpraxen sowie jeder der teilnehmenden Studenten erhielten zu Beginn des Praktikums je einen Evaluationsbogen, der mit Beendigung des Praktikums an die Medizinische Fakultät ausgefüllt zurückgeschickt und von uns ausgewertet wurde. Für die Auswertung wurde das Statistik-Programm SPSS (Version 10.0) genutzt. Es wurden neben deskriptiven Methoden, parametrische (t-Test) und nicht parametrische Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-H-Test, Chi-Quadrat-Test nach Pearson) zur Ermittlung von Unterschieden zwischen einzelnen Gruppen eingesetzt.

Fragebogen für die Lehrpraxisinhaber

In verschiedenen Abschnitten wurden Fragen zur Betreuung der Studenten, zur Ausbildung und zum Praxisprofil sowie zu Problemen und Hindernissen bei der praktischen Ausbildung gestellt.

Die ersten fünf Fragen zur Betreuung der Studenten durch den Lehrpraxisinhaber konnten auf einer sechsstufigen Skala (mit „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“, „mangelhaft“ oder „ungenügend“) beantwortet werden.

Für die Fragen zum Praxistyp, zur Praxislage und zur Anzahl der Mitarbeiter wurden mögliche Antwortkategorien vorgegeben. Zur Ausstattung an diagnostischen und therapeutischen Geräten standen freie Felder zur offenen Beantwortung zur Verfügung.

Es folgten elf Fragen zur Ausbildung selbst, die auf einer sechsstufigen Skala (jeweils mit „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft überwiegend nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“) beantwortet werden konnten.

Fragebogen für die Studenten

Die Grundstruktur des Fragebogens war ähnlich dem für die Lehrpraxisinhaber. Schwerpunkt für die Evaluation durch die Studenten hingegen bildeten die Fragen zur praktischen Ausbildung selbst.

Die ersten sechs Fragen galten der Anleitung und Betreuung der Studenten durch den Lehrpraxisinhaber. Diese konnten ebenfalls mit „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“, „mangelhaft“ oder „ungenügend“ beantwortet werden.

Für die Fragen zum Praxistyp, zur Praxislage und zur Anzahl der Mitarbeiter waren auch für die Studenten mögliche Antwortkategorien vorgegeben. Die Beantwortung der Frage zur Ausstattung an diagnostischen und therapeutischen Geräten war in freien Feldern möglich. Wichtig war die Frage, ob das Praktikum freiwillig länger als die geforderte Zeit durchgeführt wurde.

Es folgten 15 Fragen zur Ausbildung selbst, die jeweils mit den möglichen Antwortkategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft überwiegend nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“ versehen werden konnten.

Ergebnisse

Evaluation durch die Lehrpraxisinhaber

40 Praxen hatten im Sommersemester 2002 Termine für Studenten angeboten, 32 Praxen nahmen am hier vorgestellten Projekt teil. Von den 32 teilnehmenden Praxen haben zum jetzigen Zeitpunkt (Stichtag 31. 8. 2002) 18 die Evaluationsbögen zurückgeschickt. Dies entspricht einem Rücklauf von 56,2 Prozent.

Der Hauptanteil der befragten Lehrpraxisinhaber arbeitet in einer Einzelpraxis (n = 13/72,2 Prozent). In einer Praxisgemeinschaft hingegen arbeiten nur 5,6 Prozent (n = 1) der Befragten und in einer Gemeinschaftspraxis 16,7 Prozent (n = 3).

44,4 Prozent der Hausärzte des Projektes, die die Evaluation ausfüllten, sind männlich (n = 8), 55,6 Prozent (n = 10) sind weiblich.

Die Praxen liegen größtenteils im Stadtgebiet von Dresden (55,6 Prozent, n = 10), zu 16,7 Prozent im Dresdener Land (n = 3) und zu 27,8 Prozent außerhalb Dresdens (n = 5).

Nur 33,4 Prozent (n = 6) der Befragten gaben an, in einer Praxis mit mehr als einem ärztlichen Mitarbeiter zu arbeiten.

Die Frage, wie die Ausbildung in den ärztlichen Routinebetrieb integriert werden konnte, beantworteten 5,5 Prozent (n = 1) der Befragten mit „ausgezeichnet“, 44,4 Prozent (n = 8) mit „sehr gut“ und 50 Prozent (n = 9) mit „gut“.

Das Arbeitsklima mit dem Studenten in der Praxis wurde von 100 Prozent als gut bis ausgezeichnet bewertet („ausgezeichnet“: n = 2/11,1 Prozent; „sehr gut“: n = 8/44,4 Prozent, „gut“: n = 8/44,8 Prozent).

Die Anleitung beim Erlernen praktischer Fähigkeiten durch den Lehrpraxisinhaber wurde kritischer beurteilt: „sehr gut“ befanden 5,9 Prozent ihre Fähigkeiten diesbezüglich (n = 1), „gut“ 58,8 Prozent (n = 10) und nur „befriedigend“ 35,3 Prozent (n = 6), einmal wurde diese Frage nicht beantwortet.

Die Einführung in den Ablauf des Praxisbetriebes (Anamnese, Untersuchungen, Therapien, Anträge) wurde von 94,4 Prozent aller Befragten beantwortet, dabei antworteten mit „ausgezeichnet“ bis „gut“ 94,5 Prozent (n = 17). Die Kategorie „befriedigend“ wurde von 5,6 Prozent (n = 1) angekreuzt.

Die Zusammenarbeit mit dem Studenten wurde in 100 Prozent positiv bewertet, nur kleinere Abstufungen waren zu verzeichnen („ausgezeichnet“: 11,1 Prozent/n = 2; „sehr gut“: 61,1 Prozent/n = 11; „gut“: 27,8 Prozent/n = 5). Die Ausstattung an diagnostischen Geräten ist in Tabelle 1 aufgeschlüsselt. Alle Praxen verfügen über ein EKG-Gerät. Ein Atemfunktionsmessgerät (Spirotest) besitzen 55,6 Prozent der Praxen. Eigene Sonographien führen 33,4 Prozent der Lehrpraxisinhaber durch. Langzeit-Blutdruck-Messen ist in 22,3 Prozent der Praxen möglich. Ebenso viele Praxen

Tabelle 1: Ausstattung der Lehrpraxen an diagnostischen Geräten

Diagnostisches Gerät	Prozentualer Anteil (%) in den Praxen vorhanden	Anzahl der Praxen (n) mit diesem Gerät
EKG	100,0	18
Langzeit-Blutdruck-Messgerät	22,3	4
Belastungs-EKG	22,3	4
Sonographie	33,4	6
Ultraschall-Doppler	16,7	3
Spirotest	55,6	10
24-h-EKG	11,1	2

Tabelle 2: Ausstattung der Lehrpraxen an therapeutischen Optionen

Diagnostisches Gerät	Prozentualer Anteil (%) in den Praxen vorhanden	Anzahl der Praxen (n) mit diesem Gerät
DD-Strom	16,7	3
US-Therapiegerät	39,0	7
Reizstrom	27,8	5
Iontophorese	5,6	1
TENS	5,6	1
Mikrowelle	22,4	4
Inhalationsgerät	5,6	1
Fußbehandlungseinheit	33,4	6
Magnetfeldtherapie	5,6	1

besitzen ein Belastungs-EKG. Ein Ultraschall-Doppler-Gerät nutzen 16,7 Prozent der Praxen. 11,1 Prozent der befragten Lehrpraxisinhaber verfügen über eine 24-h-EKG-Einheit. Mehrfachnennungen waren möglich.

In der folgenden Tabelle (Tab. 2) sind die therapeutischen Optionen der einzelnen Praxen aufgeführt.

Die Angebote in den einzelnen Praxen sind sehr weit gefächert. Die Diabetologischen Schwerpunktpraxen verfügen über eine Fußbehandlungseinheit (33,4 Prozent).

Diodynamischer Strom (DD-Strom) wird in 16,7 Prozent angeboten. Ein Ultraschall-Therapiegerät besitzen 39,0 Prozent. Reizstrom kann in 27,8 Prozent der Praxen appliziert werden, in 22,4 Prozent eine Mikrowellentherapie. Über eine Iontophorese, ein TENS-Gerät (Transkutane elektrische Nervenstimulation), ein Inhalator sowie eine Magnetfeldmatte verfügen jeweils 5,6 Prozent der Praxisinhaber. Mehrfachnennungen waren möglich.

Im folgenden wird auf die praktische Arbeit mit den Studenten eingegangen.

In 100 Prozent (n = 18) der Fälle konnten die Studenten bei Untersuchungen und Verrichtungen am Patienten, dessen Einverständnis vorausgesetzt, dabei sein („trifft völlig zu“ und „trifft überwiegend zu“).

Differenzierter bewertet wurde das mögliche selbständige Handeln durch den Studenten in den Praxen.

Anamnese und klinische Untersuchung bei Einverständnis des Patienten konnten zu 33 Prozent (n = 6) in den Praxen durchgeführt werden („trifft völlig zu“), in 16,7 Prozent (n = 3) mit gewissen Einschränkungen („trifft überwiegend zu“). Für 27,8 Prozent (n = 5) traf dies immerhin noch „eher zu“. In 16,7 Prozent der Fälle traf dies entweder überwiegend nicht (11,1 Prozent/n = 2) oder überhaupt nicht (5,6 Prozent/n = 1) zu.

Die Zeitvorgabe des Praktikums wurde wie folgt bewertet: 83,3 Prozent (n = 15) gaben an, ausreichend Zeit zur Verfügung gehabt zu haben, um die Krankheitsbilder durchzusprechen. Für 16,7 Prozent (n = 3) reichte die Zeit nicht aus.

100 Prozent (n = 18) der Lehrpraxisinhaber waren davon überzeugt, dass die Studenten Interesse an einem Wissenserwerb hatten.

Gelegenheit, eigene Diagnosen und/oder Therapiekonzepte zu entwickeln, hatten aus Sicht der Praxisinhaber die Studenten in 44 Pro-

zent (n = 8) der Fälle. Bei 55,6 Prozent (n = 10) der Befragten traf dies nicht zu.

Gelegenheit für die Studenten, sich mit Fragen des Praxismanagements und der Kosteneffizienz vertraut zu machen, bestand nach Ansicht der Befragten in 66,7 Prozent (n = 12), dies traf bei 27,8 Prozent (n = 5) „eher nicht zu“, bei 5,6 Prozent (n = 1) „überwiegend nicht“.

Gelegenheit, an ärztlichen Einsätzen (Hausbesuche, vertragsärztlicher Notdienst) teilzunehmen, bestand bei 72,2 Prozent (n = 13) der Praxen. Bei 27,8 Prozent (n = 5) gab es diese Möglichkeit nicht.

Evaluation durch die Studenten

Von 166 Studenten des fünften Studienjahres im Fach Allgemeinmedizin, Sommersemester 2002, schickten 100 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücksendequote von 60,24 Prozent.

Auf die Angabe der jeweiligen Anzahl (n) wird im folgenden verzichtet, da diese bei 100 beantworteten Fragebögen mit 100 Prozent identisch ist.

Auf die Frage, wie die einzelnen Studenten sich in den ärztliche Routinebetrieb integriert fühlten, antworteten 25 Prozent (n = 25) mit „ausgezeichnet“, 35 Prozent (n = 35) mit „sehr gut“, 30 Prozent (n = 30) mit „gut“ und nur 10 Prozent (n = 10) mit „befriedigend“. Das allgemeine Arbeitsklima in der Praxis beurteilten 97 Prozent mit „ausgezeichnet“ bis „gut“. 3 Prozent schätzten das Arbeitsklima mit „befriedigend“ (2 Prozent) bis „mangelhaft“ (1 Prozent) ein.

Die Anleitung durch die Praxisinhaber beim Erlernen praktischer Fähigkeiten befanden 67,7 Prozent aller Studenten für „ausgezeichnet“ bis „gut“, 20,2 Prozent als „befriedigend“, 9,1 Prozent als „mangelhaft“ und 3 Prozent als „ungenügend“.

Die Einführung in den Ablauf des Praxisbetriebes konnten 86 Prozent der Studenten mit „ausgezeichnet“ bis „gut“ bewerten. 11 Prozent der Studenten schätzten dies als „befriedigend“ ein, 3 Prozent als „mangelhaft“.

Die Frage nach der Güte der Zusammenarbeit mit dem Praxisinhaber beantworteten 94 Prozent mit „ausgezeichnet“ bis „gut“, nur 5 Prozent mit „befriedigend“ und 1 Prozent mit „mangelhaft“.

Die Zusammenarbeit mit dem nicht-ärztlichen Personal wurde ähnlich gut eingeschätzt: 91,9 Prozent empfanden dies als „ausgezeich-

net“ bis „gut“, 7,1 Prozent als „befriedigend“, 1 Prozent als mangelhaft.

Die Angaben zum Praxistyp, der Lage der Praxis, dem Geschlecht des Praxisinhabers sowie der Ausstattung an diagnostischen und therapeutischen Geräten differiert verständlicherweise nicht mit den Angaben der Praxisinhaber. Es wird auf die detaillierte Darstellung im einzelnen verzichtet.

Ein Drittel der Studenten (33,3 Prozent) blieben freiwillig länger als die vorgeschriebenen drei mal fünf Stunden in der Praxis.

In 97 Prozent wurde der Student nach eigenen Angaben dem Patienten vorgestellt, in nur 3 Prozent traf dies „eher nicht zu“.

Bei Untersuchungen und Verrichtungen am Patienten, dessen Einverständnis vorausgesetzt, durften 100 Prozent der Studenten dabei sein (80 Prozent „trifft völlig zu“, 20 Prozent „trifft überwiegend zu“).

Das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, durften 74,5 Prozent der Studenten Anamnesen oder klinische Untersuchungen selbständig durchführen, in 12 Prozent „traf dies eher nicht zu“, in 4 Prozent „überwiegend nicht“ und in weiteren 4 Prozent „überhaupt nicht“.

In 12 Prozent der Fälle hatten die Lehrpraxisinhaber die Studenten nicht mit ins Zimmer genommen („trifft völlig zu“), in 13 Prozent traf dies „überwiegend zu“, in 22 Prozent traf dies „eher zu“. Bei 69 Prozent der Fälle jedoch traf dies entweder „überwiegend nicht“ oder „überhaupt nicht zu“.

71 Prozent der Studenten gaben an („trifft völlig zu“ bis „trifft eher zu“), dass genügend Zeit bestand, die einzelnen Krankheitsbilder durchzusprechen. 29 Prozent der Studenten befanden, dass dies in ihrem Praktikum nicht zugetroffen habe („eher nicht“ [22 Prozent], „überwiegend nicht“ [6 Prozent] oder „überhaupt nicht“ [1 Prozent]).

Die Frage, ob der Student das Gefühl hatte, der Praxisinhaber zeigte Interesse an einer Wissensvermittlung, beantworteten 96 Prozent mit positiven Items („trifft völlig zu“ bis „trifft eher zu“), bei 16 Prozent traf dies „eher nicht zu“, bei 9 Prozent traf dies „überwiegend nicht zu“ und bei 3 Prozent „überhaupt nicht“.

Über zwei Drittel der Studenten (72 Prozent) gaben bei der Frage, ob prüfungsrelevantes Wissen vermittelt wurde, an, dass dies zuträfe. 16 Prozent schrieben, dies „trifft eher nicht zu“, 9 Prozent waren der Ansicht, dies „trifft überwiegend nicht zu“ und 3 Prozent gaben

an, dies „trifft überhaupt nicht zu“. Ob die auszubildenden Ärzte genügend Zeit hatten für die Ausbildung, beantworteten 73 Prozent mit „trifft völlig zu“ bis „trifft eher zu“. Für 17 Prozent der befragten Studenten traf dies „eher nicht“ zu, für 7 Prozent „überwiegend nicht“ und für 3 Prozent „überhaupt nicht“. Die Hälfte der Studenten gab an, nach ärztlicher Anleitung selbständig gearbeitet zu haben (51 Prozent). Jedoch fast genau so viele konnten nicht selbständig arbeiten (49 Prozent). Ein Viertel der befragten Studenten konnte kontinuierlich eigene Patienten betreuen (24 Prozent), wohingegen 75 Prozent diese Frage mit „trifft eher nicht zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ beantworteten.

Eigene Diagnosen sowie eigene Therapiekonzepte konnten 40 Prozent der Studenten entwickeln, 60 Prozent der Studenten hatten diese Möglichkeit nicht.

Mit dem Einsatz und der Durchführung apparativer Diagnostikverfahren wurden 46 Prozent der Studenten vertraut gemacht („trifft völlig zu“ bis „trifft eher zu“). 54 Prozent der Auszubildenden hatten diese Möglichkeit nicht („trifft eher nicht zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“).

72 Prozent der Studenten gaben an, mit Fragen des Praxismanagements und der Kosteneffizienz vertraut gemacht worden zu sein, 28 Prozent der Studenten beantworten dies mit „trifft eher nicht zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“.

Fast drei Viertel der Studenten (72 Prozent) gaben an, an ärztlichen Einsätzen, wie Hausbesuchen, vertragsärztlichen Notdiensten, teilgenommen zu haben.

Die vorletzte Frage bezog sich auf die Einstellung zum Fach Allgemeinmedizin. 47 Prozent der Befragten gaben an, dass sich ihre Einstellung zur Allgemeinmedizin geändert habe, 94 Prozent davon zum Positiven.

Abhängigkeit der Evaluation von der Art der Praktikumeinrichtung

Neben der deskriptiven Analyse der Evaluation wurde auch verglichen, ob sich Unterschiede bezüglich der Art der Praxiseinrichtung ergeben. Die diesbezüglich gefundenen Ergebnisse sind im folgenden dargestellt.

Es gab bei der Beantwortung des ersten Teils des Fragebogens (Fragen 1-6) durch die Studenten keine signifikanten Unterschiede, im Zusammenhang mit dem Geschlecht des Praxisinhabers. Ebenso zeigte die Beurteilung des

Praktikums bei den ersten sechs Fragen keinerlei Signifikanz in Abhängigkeit von der Lage der Praxiseinrichtung (Stadt – Land). Die Zusammenarbeit zwischen Student und Praxisinhaber wurde in der studentischen Einschätzung innerhalb einer Praxisgemeinschaft signifikant besser als in einer Einzelpraxis oder in einer Praxisgemeinschaft eingeschätzt (p = 0,028).

Bei der Evaluation durch die Lehrpraxisinhaber zeigte sich, dass das allgemeine Arbeitsklima in einer Gemeinschaftspraxis signifikant besser als in einer Einzelpraxis oder Praxisgemeinschaft eingeschätzt wurde (p = 0,04). Andere signifikante Unterschiede in der einzelnen Bewertung seitens der Studenten oder Ärzte ergaben sich nicht (Abb1). Die Bewertungen glichen sich.

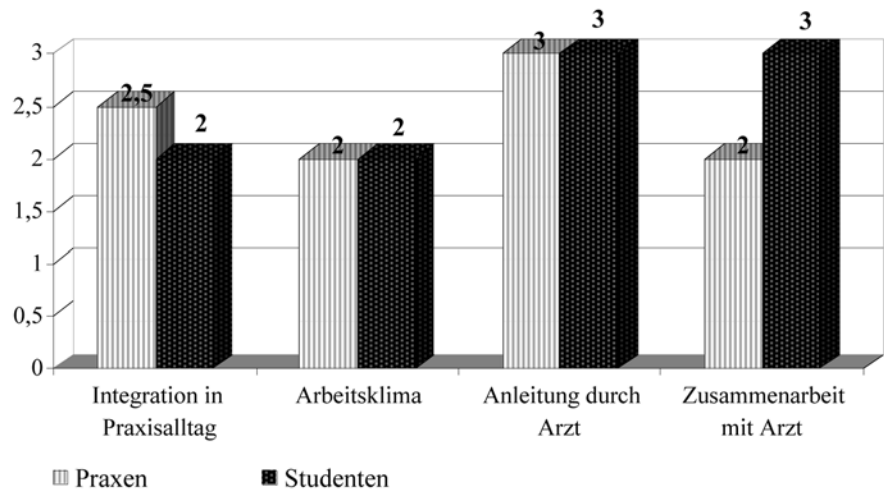


Abb.1: Ergebnisse der Evaluation (Einschätzung der Praxisinhaber und der Studenten, Median, 1 = ausgezeichnet, 6 = ungenügend)

Tabelle 3: Freitexteintragungen der Studenten und Lehrpraxisinhaber

Freitext durch Studenten	
Positive Einschätzungen	„...praxisnaher Einblick in Hausarztstätigkeit...“ „...dies war für mich der erste direkte Kontakt mit der Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich...mir ist aufgefallen, wie wenig wir im Studium auf Praxisführung, Dokumentation und Kostenmanagement vorbereitet wurden...“
Kritische Anmerkungen	„...Blockpraktikum sinnvoller...“ „...Falldokumentationsbogen unübersichtlich...“ „...Behandlungskonzepte für häufige Erkrankungen (Hypertonie, KHK, Diabetes mellitus) in Vorlesung besprechen...“
Freitext durch Lehrpraxisinhaber	
Positive Einschätzungen	„...großes Interesse bei Studenten, an Nacht- und Bereitschaftsdiensten teilzunehmen...“
Kritische Anmerkungen	„...zu kurze Zeit (eine Woche sinnvoller)...“ „...sehr unterschiedliche Voraussetzungen bei Studenten, zum Teil wenig praxisrelevante Kenntnisse, unterschiedliche Motivation...“ „...Hepatitis-B-Impfstatus bei Studenten unklar...“

Diskussion

Dieses Allgemeinmedizinpraktikum wurde im letzten Sommersemester erstmalig an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden durchgeführt. Es startete als „Pilotprojekt“.

Die Erfahrungen seitens der Hochschule und seitens der evaluierenden Studenten und Ärzte zeigen, dass sich eine Fortführung dieses neuen Weges lohnt. Ein Drittel der Studenten blieben länger als die vorgeschriebenen drei mal fünf Stunden in der Praxis aus eigenem Interesse.

Der Rücklauf der Fragebögen war mit 56,2 Prozent der Lehrpraxisinhaber und 60 Prozent der Studenten ungewöhnlich hoch, wenn man die enorme bürokratische Belastung innerhalb der Praxen und die außergewöhnlich hohe Belastung der Studenten mit Evaluationen der einzelnen Lehrveranstaltungen betrachtet. Dies spricht aber für das Interesse am Projekt. Die Daten, die ermittelt wurden, können als repräsentativ gelten.

Die Geschlechtsverteilung entspricht in etwa den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung. 60 bis 70 Prozent der Allgemeinmediziner in Deutschland sind Frauen [Kudela, G., 2002]. In diesem Praktikum betrug der Frauenanteil 55,6 Prozent.

Alles in allem wurde das Praktikum durchaus positiv bewertet. Es galt, einen Einblick in die tägliche Routine des Ablaufes in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu gewinnen. Es sollte Interesse für das Berufsbild des Hausarztes geweckt werden (siehe auch Tab.3).

Dass sich bei 44 Prozent der Studenten die Einstellung zum Fachgebiet zum Positiven verändert hat, ist wohl das entscheidendste Ergebnis dieses Praktikums.

Es gab durchaus berechtigte Kritik, und die Evaluation zeigte Defizite des Projektes auf (Tab.3).

Einer der Hauptkritikpunkte liegt wohl darin, dass ein selbständiges Arbeiten unter Anleitung nicht so oft wie gewünscht möglich war. Ein Viertel der Studenten (25 Prozent) konnte keine Anamnesen oder klinische Untersuchungen durchführen. Nach Angaben der Praxisinhaber waren es ebenfalls 23 Prozent. Die Antworten auf beiden Seiten sind gleich. Eigene Patienten kontinuierlich zu führen, war in der Kürze der Zeit (drei halbe Tage) nicht leicht möglich. Fast 75 Prozent der Studenten hatten auch keine Gelegenheit hierfür.

Zum Besprechen der Krankheitsbilder im Nachgang gaben die Studenten in 71 Prozent an, genügend Zeit zur Verfügung zu haben. Die Ärzte hatten in 83 Prozent der Fälle das Gefühl, genügend Zeit für die Besprechung aufzuwenden.

Etwa drei Viertel der Studenten waren mit der Zeit im allgemeinen für die Ausbildung zufrieden (73 Prozent).

Ein wichtiger Faktor für die Studenten ist immer, ob prüfungsrelevantes Wissen vermittelt wurde. Dass 72 Prozent dies mit einer eher positiven Antwort belegen, unterstreicht den Nutzen dieses Praktikums.

Zum Routineablauf einer Hausarztpraxis gehören Hausbesuche ebenso wie vertragsärztliche Notdienste. 72 Prozent der Studenten nahmen das Angebot, an diesen Einsätzen teilzunehmen, an (Angaben der Studenten). Dies deckt sich mit den Angaben der Praxisinhaber (72 Prozent).

Einen Einblick in das Praxismanagement und die Kosteneffizienz war für 72 Prozent der Studenten möglich, die Ärzte beantworteten

diese Frage selbstkritischer: nur 67 Prozent gaben an, dass die Studenten mit diesen Fragen vertraut gemacht worden sind.

Die Ergebnisse dieses Praktikums lassen vermuten, dass die Defizite, die in der allgemeinärztlichen Ausbildung an unserer Hochschule bestanden und durchaus bestehen, langsam aber stetig ausgeglichen werden. Das Praktikum von der spezialisierten Hochschuleinrichtung an „die Basis“, in Akademische Lehrpraxen zu verlegen, um den Routinebetrieb dem Studenten nahezubringen und Interesse zu wecken, ist der richtige Ansatz, wie die Auswertung der Evaluation zeigt.

Nach Verabschiedung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) im Juli diesen Jahres durch die Bundesregierung stehen der Allgemeinmedizin auch hochschulpolitisch Türen offen. Die neue ÄAppO schreibt ein Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin von einer bis zu sechs Wochen vor. Blockpraktika werden neben der Allgemeinmedizin in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Pädiatrie durchgeführt werden müssen. Dies unterstreicht den enormen Bedeutungszuwachs, den auch die Politiker dem Fach Allgemeinmedizin zumessen. Es liegt nun an den Vertretern der Hochschulen, dieses Fach zu stärken, um die Ausbildung interessanter zu gestalten und engagierten Nachwuchs zu gewinnen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Antje Bergmann
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Medizinische Klinik III
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Anthropologische Grundlagen und aktuelle Herausforderungen in der Onkologie

15. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch
November 2002

Unter dem diesjährigen Thema „Anthropologische Grundlagen und aktuelle Herausforderungen in der Onkologie“ widmete sich das Symposium aus der Sicht verschiedener Fachgebiete jenen Dimensionen der Onkologie, die sich dem befundbezogenen Zählen und Messen entziehen und damit eher mit psychosozialen, subjektwissenschaftlichen Methoden zu fassen sind.

Einleitend sprach *G. Trabert* (Nürnberg) über „Sozioökonomischer Status und Krebserkrankung“ und ging dabei besonders auf den bedrückend eindeutigen Kausalzusammenhang zwischen Armut und Arbeitslosigkeit einerseits und Krankheit andererseits ein. Wenn derzeit in Deutschland 30 % der Alleinerziehenden und 20 % der Familien mit drei und mehr Kindern in relativer Armut leben, so ergeben sich gravierende Folgen für den zukünftigen Gesundheitsstatus und für die Gesellschaft insgesamt. Aus juristischer Sicht wurde die Ressourcenverteilung von *D. Sternberg-Lieben* im Vortrag „Das Gesundheitswesen zwischen Anspruchsdenken und begrenzten Ressourcen – Gedanken aus strafrechtlicher Sicht“ beleuchtet. Bezogen auf die Ebene des Klinikum sprach *M. Eberlein-Gonska* zum Thema: „Prozessqualität als Grundlage für Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit“.

M. Sabatke (Stuttgart) schilderte den architektonischen Weg von der Vision bis zur baulichen Umsetzung klar und überzeugend in seinem Vortrag „Architektur, Krankenhaus und Patient – Zusammenhänge und Wechselwirkungen am Beispiel der Kinderkrebsklinik Dresden“. Anschließend bestand Gelegenheit zu einem Rundgang durch das Gebäude, den der Architekt führte und den sehr interessierten Teilnehmern Erläuterungen gab und Fragen beantwortete.

In dem auf den einzelnen Kranken bezogenen Teil des Symposiums schilderte *G. Ehninger* die Prinzipien und Erfahrungen bei der „Aufklärung über die risikoadaptierte Therapie der akuten myeloischen Leukämie im Arzt-Patient-Gespräch“, und *F. Kroschinsky* sprach über „Therapeutische Möglichkeiten und Entscheidungsalternativen am Beispiel niedrig maligner Non-Hodgkin-Lymphome“.

Erfahrungen über den „Einfluß der Strahlentherapie auf die Familienplanung junger Patienten“ stellte *Th. Herrmann* dar anhand einer abgeschlossenen generationsübergreifenden Langzeitstudie, wie sie aktuell wegen der höheren Mobilität und Migration in der Gesellschaft kaum noch realisierbar wäre. *R. Müller* gab einen praxisorientierten und anschaulichen Überblick über die „Beeinträchtigung der Kommunikation durch Störungen der Stimme, der Sprache und des Sprechens bei Patienten mit einem Tumor im HNO-Bereich“.

M. Rostock (Freiburg/Br.) bezog aktuell Stellung zur Frage „Unkonventionelle Therapieverfahren bei Tumorerkrankungen – wie ist der aktuelle Wissensstand?“ und ging dabei auf die teilweise widersprüchliche Datenlage ein.

N. Krause gab aus seinen Erfahrungen als Krankenhauseelsorger einen Einblick in „Krankheitsbilder und Krankheitsbewältigung in anderen Kulturen“, wobei er sich besonders auf den Islam konzentrierte. *H. Winkler*, *F. Balck* und *F. Dörre* erläuterten die „Konzeption des Fragebogens des psychosozialen Arbeitskreises des Tumorzentrums“.

Am Vormittag des 2. Symposiumstages begann *C. Schwaar* (Neuruppin); sie stellte ihre praktischen Erfahrungen als Psychologin in einer onkologischen Akutklinik vor unter dem Thema: „Hoffnung ist die Wegzehrung der Seele – psychologische Betreuung Krebskranker“. *K. Treutler* fasste „Ergo- und Kunsttherapie mit lebensbedrohlich erkrankten Patienten – praktische Erfahrungen“ auf der Leukämie- und Transplantationsstation zusammen. *F. Balck* beantwortete vor dem Hintergrund der Literatur und mit eigenen Erhebungen die Frage „Onkologische Palliativ-Pflege: Wie belastet sind die Angehörigen?“. *H. Pompey* (Freiburg/Br.), setzte sich in seinem Vortrag „Menschenwürdige Pflege in Gefahr – Pflegeversicherung und Pflegepraxis auf dem Prüfstand“ kritisch mit den sozialrechtlichen Versprechungen ganzheitlicher Betreuung einerseits und den wachsenden Defiziten vor dem Hintergrund der Ökonomisierung in der Gesellschaft und der demografischen Verschiebung andererseits auseinander. Eindringlich reflektierte *G. Reiche* das eigene

Erleben in seinem Vortrag „Sterben, Tod und Trauer aus der Sicht eines Angehörigen im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Forderungen und individueller Verantwortung“. Abschließend stellte *U. Grom* das Fortbildungs- und Weiterbildungsprogramm der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden vor.

Wie immer wurde die Vielfalt der Themen nicht nur in den Vorträgen dargestellt, sondern auch in den Diskussionen im Plenum deutlich. Die fächerübergreifende, aufgeschlossene Atmosphäre prägte auch die Kommunikation in den Tagungspausen.

Am Nachmittag lud die Palliativstation im Clara-Wolff-Haus des Krankenhauses St. Joseph-Stift wieder ein zu einer Besichtigung und zu ungezwungenem Austausch zu verschiedenen Themen der Palliativmedizin.

Das Symposium bestätigte das Interesse an der fachübergreifenden Kommunikation zu den Fragen der Ethik und Verteilungsgerechtigkeit in Medizin und Gesellschaft, die ihrer Komplexität wegen dieses interdisziplinären Herangehens bedürfen. Insbesondere wurde deutlich, dass die elementaren Bedürfnisse kranker Menschen nach Pflege, menschlicher Zuwendung und kompetenter Behandlung durch betriebswirtschaftlich dominierte Kennziffern zunehmend von Defiziten bedroht sind. Es ist daher für ein funktionierendes Gesundheitssystem essentiell, trotz des Drucks innovativer Diagnostik und Therapie die anthropologischen Grundlagen und traditionellen Werte medizinischen Handelns zu bewahren und ihre praktische Umsetzung zu ermöglichen und zu fördern.

Zu danken ist wieder den Referenten für ihr Engagement und der pharmazeutischen Industrie, die durch ihre Unterstützung das Symposium ermöglichte. Das 16. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch findet am 21./22.11.2003 statt.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Heinrich Günther und
Prof. Dr. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

6. Tschechisch-deutsches Ärztesymposium

Die wissenschaftliche Veranstaltung am 25. Mai 2002 in Liberec stand unter dem Thema Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Therapie, insbesondere Abhängigkeit vom Alkohol. Es wurden vier wissenschaftliche Beiträge diskutiert.

In einem interessanten Beitrag zur Neurobiologie bei Alkoholabhängigkeit wurde von Herrn Prof. Dr. Heinz, Charité Berlin, konstatiert, dass zur Erklärung der Alkoholabhängigkeit die Funktionsstörung des serotonergen Systems verantwortlich gemacht wird. Es sind in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen alkoholabhängig. Anhand von wissenschaftlichen Studien wurde dargelegt, dass es bei genannter Störung zu erheblichen Beeinträchtigung der normalerweise vorhandenen inneren Ruhe und Sicherheit kommt. Außerdem ist die Frage der Toleranz gegenüber dem Alkoholverbrauch bei Patienten mit derartigen Störungen nachgewiesenerweise verändert. Jugendliche, die mit sozialen Problemen in der Kindheit konfrontiert wurden, oder andere, die in erheblichen Maße in der Pubertät Alkohol trinken, können die Alkoholmenge, die sie vertragen, später nicht mehr einschätzen. Das gleiche trifft auch für Frauen zu. Die Erregung ist bei diesem Personenkreis erheblich gesteigert und die Hemmung einzelner Funktionen im Gehirn gebremst. Auch die Opiatrezeptoren im Bereich der Basalganglien sind stark vermehrt. Die gesamte Handlungsplanung ist bei diesem Personenkreis gestört. Das erklärt die Situation, dass Alkoholranke, die sich für Monate oder Jahre ein entsprechendes Programm vornehmen, da plötzlich versagen und es zum Rückfall kommt. Zusammenfassend kann man sagen im Rahmen der Disposition zum Alkoholtrinken, dass viel Alkohol getrunken wird, weil man ihn besser verträgt. Vermutlich trinkt ein Teil der Patienten viel Alkohol, um sich das Gefühl der Ruhe und Sicherheit wieder zu verschaffen und Anspannung zu vermindern. Es gibt auch einen Hinweis darauf, dass genetische Veränderungen das serotonerge System verändern kann. Weiterhin wurden Studienergebnisse zum dopaminergen System erläutert. Beim Genuss von Alkohol kommt es zum Ausschütten von Dopamin. Man konnte nachweisen, dass bei Alkoholabhängigen im Streit oder anderen Situationen oder beim Gang in die Gaststätte ein starkes Verlangen nach Alkohol auftritt. Anhand von Untersuchungen konnte festgestellt werden, wenn man Alkoholabhängigen Bilder von Alkoholgetränken,

zum Beispiel in der Fernsehwerbung, bei Sportveranstaltungen oder ähnlichen zeigt, dabei der Motivationsbereich im Bereich der Basalganglien besonders anspricht. Damit kann man auch die Problematik des Rückfallgeschehens erklären. Entzugerscheinungen kann es bis nach fünf Tagen nach dem akutem Entzug noch geben. Die Aktivierung des dopaminergen Systems wird bei Wiederholung des Trinkens immer empfindlicher, das heißt auch beim Genuss von kleinen Mengen kommt es zur verstärkten Motivation, größerer Mengen Alkohol zu trinken.

Frau Oberärztin Dr. Jungbluth, Bernburg, beschäftigte sich Alkohol- und Opiatentzugsbehandlung in der klinischen Praxis.

Sie gab Therapieempfehlungen für stationäre und ambulante Entzugsbehandlungen. 90 Prozent der Einweisungen erfolgt gezielt aus dem hausärztlichen Bereich.

Zum Thema chronischer Alkoholabusus in der Schwangerschaft und die Langzeitfolgen für das Kind wurde von Prof. Spohr, Charite Berlin, referiert. Prof. Dr. Spohr erläuterte das fetale Alkoholsyndrom. Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, sind prädisponiert, bei ihrem Kind dieses Syndrom begünstigen. Es gibt zurzeit 500.000 alkoholabhängige Frauen im gebärfähigen Alter. Die Symptomatik des fetalen Alkoholsyndroms besteht in schwerer geistiger Retardierung, ein Mikroenzephalus, eine Blepharophimose, eine Trompetennase sowie ein

kleiner Karpfenmund. In der Sprechstunde fallen diese Kinder durch einen ausgeprägten Kleinwuchs auf. Man sollte bei der Betreuung dieser Kinder eine evtl. Alkoholsucht der Mutter denken, insbesondere, wenn weiterer Kinderwunsch besteht. Zur Alkoholmenge, die nicht toxisch für das sich entwickelnde Kind wirkt, wurde von Herrn Prof. Dr. Spohr eindeutig in Studien dargelegt, dass nur eine absolute Alkoholabstinenz während der gesamten Schwangerschaft zur Vermeidung von frühkindlichen Schäden dienen kann.

Der einzige tschechische Beitrag stammte aus der Feder von Herrn Chefarzt MUDr. Ladislav Hnidek Česká Lipa. Er befasste sich sehr praxisbezogen mit dem Einsatz von Tiaprid im psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Alltag. Behandelt wurden neben Indikationen bei chronischem Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und Entzugssyndromen auch Verhaltensstörungen und Agiertheit im Alter. Dabei wurden Wirkung und Nebenwirkung von „typischen“ Neuroleptika und Tiaprid gegenübergestellt.

Anschrift der Verfasser:

Praxis MUDr. Kubickova
Aavska 4
CZ 46002 Liberec

Dr. med. Gottfried Hanzl
Scheringerstr. 2
02791 Oderwitz

Buchbesprechungen

Albrecht Scholz, Caris-Petra Heidel (Hrsg.):
**Das Bild des jüdischen Arztes
in der Literatur**
(Medizin und Judentum, 6).
Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, 2002,
ISBN 3-933050-94-4,
177 S., kart.

Auf der Basis seiner regelmäßigen Kolloquien zum Thema „Medizin und Judentum“ gibt das Dresdner Institut für Geschichte der Medizin eine gleichnamige Schriftenreihe heraus. Der nun schon sechste Band sammelt diesmal literaturwissenschaftlich ausgerichtete Beiträge, die jedoch nur zu einem kleinen Teil von Philolog(inn)en und ganz überwiegend von Medizinhistoriker(inn)en stammen.

Nach einem einführenden Aufsatz von W.F. Kümmel, der mögliche – und nötige – Forschungsperspektiven zusammenfasst, gibt K. Stiebert einen kurzen Überblick über deutschsprachige Literaturbeispiele des 19. und 20. Jahrhunderts, die im Aufsatz von P. Voswinkel um weitere Texte ergänzt werden. A. Wittbrodt steuert mit Falkensohn Behr einen Dichter des 18. Jahrhunderts bei. N. Decker und I. Schäfer vermitteln einen Eindruck von entsprechenden russischen Quellen, während M. Krzemien die polnische Literatur durchforstet hat. Während diese Beiträge vor allem auf die Texte neugierig machen und zum Lesen anregen, setzen die Detailuntersuchungen zu Ernst Weiß und Stefan Zweig (S. Hahn), zu Joseph Roth (I. Kästner),

Jurek Becker (J. Obrusnik) und Mark Edelmann (R. Aniszczyk) idealerweise die Kenntnis der entsprechenden Werke voraus. Einen weiteren inhaltlichen Block bilden Untersuchungen zu Personen, deren Biographien eine literarische Verarbeitung fanden. Auf diese Weise wird das „wirkliche“ Leben von Frieda Fromm-Reichmann (T. Müller), Friedrich Wolf (A. Scholz u. W. Kohlert), Hans-Jacques Mamlök (P. Schneck), Izrael Milejkowski (B. Plonka-Syroka) und Ludwig Hirschfeld (M. Szymczak) der künstlerischen Gestaltung gegenüber gestellt. Abgerundet wird der Band durch S. Kotteks Übersicht zur „Contra-Judaeos-Literatur“ im 17. und 18. Jahrhundert.

Ortrun Riha, Leipzig

Patientenverfügungen – Fügen oder Verfüggen?

herausgegeben von der
Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
73 Seiten, EUR 11,80
ISBN 3-9808351-0-3
der hospiz verlag,
Gertrudenstr. 15, 42105 Wuppertal

Der hospiz verlag, Wuppertal, hat im August 2002 die neue Fachdokumentation „Patientenverfügungen – Fügen oder Verfüggen“ publiziert. Sie stellt die Dokumentation einer von

der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz fachlich vorbereiteten Fachtagung am 23.02.2002 dar. Diese Dokumentation befasst sich umfassend mit allen ethischen und rechtlichen Fragen rund um die sog. „Patientenverfügung“, die Betreuungs- als auch die Vorsorgevollmacht, den § 1904 BGB, die sog. „Bayerische Patientenverfügung“, Stand der Rechtsprechung etc. Die Dokumentation enthält eine Zusammenstellung der ethisch-rechtlichen Argumentationsansätze zu Handhabung und Verfassung von Verfügungsvollmachten am Lebensende. In ihr beziehen Mediziner, Ethiker und Juris-

ten als auch hohe rechtspolitische Entscheidungsträger auf Bundes- und Länderebene zum Thema Stellung und geben einen aktuell umfassenden Überblick über Initiativen und Vorhaben zur weiteren Konstituierung der Rechtsbewährung an dieser Schnittstelle zwischen Ethik und Recht. Zudem enthält die Dokumentation eine Handhabungsempfehlung zum Umgang mit „Patientenverfügungen“ von Seiten der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

O. Bahrs, F.M. Gerlach, J. Szecsenyi,
E. Andres (Herausgeber)
Ärztliche Qualitätszirkel
Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik
mit Kopiervorlagen und Checklisten
Deutscher Ärzteverlag Köln 2001
4. überarbeitete und erweiterte Auflage
320 Seiten mit 24 Abb. und 60 Tab.
ISBN 3-7691-0340-8, Preis: 44,95 Euro

Ein neues Buch in vierter Auflage, überarbeitet mit siebenjähriger Erfahrung seit der Erstausgabe, und mit Kopiervorlagen und Checklisten sowie dem Neuzugang von Beiträgen wie Qualitätszirkel im Krankenhaus, Auswege aus Krisen und Konflikten, Wirkung der Qualitätszirkel, Evaluation von Qualitätszirkeln und anderen liegt vor.

Das Buch hat Lehrbuchcharakter und ist ähnlich dem dualen System aufgebaut. Als Leitfaden ist die Gliederung des Buches klar und durch die fettgedruckten Hinweise am Seitenrand sind die Problemstellungen sowohl schnell auffindbar und handhabbar. Die Lektüre ist Klinikern wie auch niedergelassenen Ärzten zu empfehlen, die sich für eine Mitarbeit in Qualitätszirkeln entschieden haben oder bereits in solchen als Teilnehmer oder Moderatoren mitwirken. Gleichwohl werden die Kollegen in Niederlassung mehr noch angesprochen, da sie ja nicht wie die in der Klinik tätigen Ärzte sofort die Möglichkeit zum direkter Qualitätsvergleich ihrer Arbeit haben. In neunzehn Kapiteln (auch manchmal etwas weitschweifig und überdetailliert dargestellt), einem Glossar mit wichtigen Definitionen so-

wie einer angemessenen Literaturaufzählung und mit zwei Anhängen mit Materialien für die Zirkelarbeit und Auszügen aus den Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhält der Leser umfangreiche Informationen zu Sinn und Zweck sowie Zielen der Ärztlichen Qualitätszirkel. Für die immer wieder betonte Qualitätssicherung ist die qualifizierte Zirkelarbeit sicherlich notwendige Voraussetzung, da ja offenbar die Qualität ärztlicher Leistungen künftig eine zunehmende Rolle im Wettbewerb um den Patienten spielen wird. Die Beschäftigung mit den Inhalten des Buches „Ärztliche Qualitätszirkel“ ist also schon aus diesem Grunde lohnenswert.

Dr. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät

Fakultätsratssitzung vom 16. 1. 2001

Anke Liebetrau, Leipzig

Der natürliche Verlauf der Hepatitis-C-Virus-Infektion in Korrelation zum klinischen Bild des akuten Krankheitsstadiums, zur genetischen Disposition des Patienten sowie zur humoralen und zellulären Immunantwort.

Christian Meinel

Häufigkeit, Schweregrad und Prognose der Trikuspidalinsuffizienz nach operativem Verschluß eines VSD sowie nach Korrektur von Herzfehlern mit VSD – eine echokardiographische Studie

Susanne Neumann, Wurzen

Einfluß von Glukose und Aldosteron auf die Proliferation humaner kardialer Fibroblasten in vitro

Ingo Nietzold, Leipzig

Zentralnervöse Koordination zwischen Atmung und Feinmotorik unter gesteigertem Atmungsantrieb durch Hyperkapnie

Katarina Rudolf, Leipzig

Karzinometastasen der Uvea – Untersuchung an 89 im Augeneilkunde Zeitraum von 1981-1994 an der Universitätsaugenklinik Leipzig behandelten Patienten

Anne Schaumberg, Leipzig

Tiergestützte Therapie mit Hunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine therapiebegleitende Pilotstudie.

Olaf Städtler, Gerbstädt

Identifizierung und Quantifizierung von Carnitin und gamma-Butyrobetain im Urin, Serum und Stuhl mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC)

Dipl.-Med. Ilke Stück, Physiologie

Hämodynamische Kapazität der Kardiomyoplastie an einem durch Kammerflimmern erzeugten Kreislaufinsuffizienzmodell. Untersuchungen an elektrisch konditionierten Muskuli latissimus dorsi mit bzw. ohne anabole Steroide.

Sandra Weigel, Schönburg

Berufsstressoren, Stressreaktion und Stressbewältigung von Ärzten. Eine empirische Untersuchung an Ärzten der Fachrichtung Anästhesie/Intensivtherapie, Chirurgie und Innere Medizin des Universitätsklinikums Leipzigs.

Madlen Wünsch, Schönborn-Dreiwerden

Mycoplasma pneumoniae-Infektionen im Kindesalter – eine retrospektive Analyse der im Zeitraum von 1991 - 1995 an der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig behandelten Patienten

Fakultätsratssitzung vom 20. 2. 2001

Ines Adams, Magdeburg

Organisationsprinzipien der extrazellulären Matrix im basalen Vorderhirn von Primaten: Vergleichende zytochemische Untersuchung an Rhesusaaffe und Mensch

Lars Fischer, Heidelberg

Histomorphometrische Untersuchungen zur Zentralsymmetrie (Radiärsymmetrie) menschlicher Leberläppchen und zu Altersveränderungen der Läppchen- und Parenchymzellgröße

Chris Gerlitz, Oelsnitz

Auswirkungen einer hereditären Mikrophthalmie auf archi-, meso- und neokortikale Strukturen des unreifen Prosencephalon: Eine volumetrische Studie an Mäusen des Mikrophthalmus-Stammes 944

Marion Graupner, Lengsfeld

Die chronische Obstipation im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der Dysganglionosen und deren Diagnostik mit Hilfe der oberflächlichen Darmschleimhautbiopsie

Rainer Heuschkel, Delitzsch

Histologische Diagnosesicherung vor primärer Hysterektomie wegen Vor- und Frühstadium eines zervixkarzinoms, unter besonderer Berücksichtigung der Zervixkürrettage

Ralf Knabe, Chemnitz

Analyse individueller Temperaturprofile Frühgeborener zur Optimierung der Wärmeplege Auswertung verschiedener Temperaturprofile mittels Zweipunkt-Temperatur-Monitoring unter Beachtung kardiorespiratorischer Parameter

Dorit Kürschner, Leipzig

Diagnostik, Therapie und Prognose von Hirntumoren im Kindesalter. Eine retrospektive Analyse der im Zeitraum von 1979 bis 1994 an der Universitätskinderklinik Leipzig behandelten Patienten

Daniel Mischke, Plauen

Klinisch-epidemiologische Untersuchung zum malignen Melanom im Einzugsgebiet der Universitäts-Hautklinik Leipzig im Zeitraum von 1987 bis 1996

Oliver Mutschke, Jena

Die mechanische Spontanaktivität des oberen Harntraktes des Meerschweinchens und der Einfluß einer chronischen partiellen Ureterstenosierung

Ferdinand Pulzer, Leipzig

Lipidprofil und weitere Parameter des metabolischen Syndroms bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne pränatale Glukoseinfusionen

Anja Maria Riedlinge, Leipzig

Beckenspongiosaentnahme zur Kieferspaltosteoplastik – Eine pro- und retrospektive Analyse zweier Entnahmeverfahren

Katrin Straube, Leipzig

Muskelfasertypen und ihre Myosinisoformen in der Physiologie äußeren Augenmuskulatur des Huhnes

Daniela Uhlmann, Görlitz

Die postnatale Entwicklung und Differenzierung von Neurowissenschaften Zapfen der Kaninchenretina

Antje Unger, Bad Elster

Enzymaktivitätsveränderungen in definierten Muskelfasertypen des M. soleus und des M. extensor digitorum longus der Ratte nach experimenteller Hypoxie. Eine zytphotometrische Studie.

Fakultätsratssitzung vom 27. 3. 2001

Norman Nico Bubnick, Chemnitz

Der akute Myokardinfarkt und seine Behandlung im direkten 10-Jahres-Vergleich der Herzinfarktregister 1984 und 1994 -Teilstudie des WHO-MONICA-Projektes der Stadt Chemnitz

Katrin Dressel, Auerbach

Leben und wissenschaftliches Werk des Gynäkologen Robert Schröder (1884-1959)

Alexander Ehrlich, Limbach-Oberfrohna

Computertomografische Bildanalyse von Nierentumoren an der Universität Leipzig in den Jahren 1996 bis 1999

Silvio Geier, Wintersdorf

Wirkungen von Stickstoffmonoxid (NO) auf Kontraktion und Relaxation des isolierten, arbeitenden linkenRattenherzens

Babett Holler, Leipzig

Einfluss von endogenem Prostaglandin E₂ auf die Nahrungsadaptation der Enzymsekretion des exokrinen Pankreas

Mathias Hoppe, Zwickau

Die Akutbehandlung des Myokardinfarktes in der Stadt Zwickau von 1984 bis 1993 als Teil des WHO-MONICA-Projektes

Britta Jaenecke, Dresden

Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens der Klientel der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig im Zeitraum von 1985 bis 1996 vor dem Hintergrund des politischen und soziokulturellen Wandels in Ostdeutschland

Peter Kluge, Zwickau

Retrospektive Analyse der Prognoseparameter und der Therapieergebnisse von Patienten mit hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen an der Abteilung für Hämatologie/Onkologie der Universitätsklinik Leipzig im Zeitraum von 1988 bis 1996

Saskia Kobes, Bremen

Wertigkeit des MEGX-Tests zur Beurteilung einer Spenderleber bei Verwendung unterschiedlicher Konservierungslösungen

Ralph Köllner, Rosswein

Die Beurteilung der Entzündungsaktivität bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Plasmaviskosität und des Faktor XIII

Susann Kopischke, Borna

Zur diagnostischen Differenzierung von pulmonalen Tumoren durch Tumormarkerprofile

Arvid Kratzsch, Leipzig

Analyse der Sepsisfälle an der Inneren Abteilung des Versorgungskrankenhauses Ev.-Luth.-Diakonissenkrankenhaus gGmbH Leipzig (Normalstationen)

Cornelia Kruse, Mölkau

Patientenzufriedenheit als Qualitätssicherung? – Ergebnisse einer Umfrage an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität Leipzig

Heiko Kühn, Leipzig

Vergleichende Untersuchungen zur Optimierung der perioperativen Insulinapplikation bei insulinpflichtigen Diabetikern

Ulrike Melle, Hamburg

Untersuchungen zu Struktur- und Funktionsbeziehungen an der pyrophosphatabhängigen Phosphofruktokinase aus Kartoffeln unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der Sulfhydrylgruppen

Anja Mende, Leipzig

Einstellung zur Sektion im Kontext persönlicher Vorstellungen von Sterben und Tod – eine Befragung von Studenten der Medizin im vorklinischen und klinischen Abschnitt sowie Studenten der Rechtswissenschaft, Soziologie und Zahnmedizin

Sebastian Metz, Leipzig

Lebensqualität und Schmerz nach weniger invasiven im Vergleich zu konservativ durchgeführten Herzoperationen

Konstanze Miehle, Zwickau

Die prognostische Bedeutung der Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern bei Patienten mit Morbus Basedow nach Beendigung der thyreostatischen Therapie

Susanne Mielthe, Zwenkau

Umweltepideziologische Untersuchungen zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindergartenkindern in Hettstedt und Wippra

Ein Gedenkstein für Otto Rostski (1872 bis 1962)

„Seine Schüler empfanden im Umgang mit Otto Rostski die Ausstrahlung einer großen Persönlichkeit [...] Nobler Charakter und Bescheidenheit zeichneten ihn wie selten jemanden aus. Für eine jüngere Generation waren seine Unbestechlichkeit und seine Objektivität Vorbild. [...] Seine originellen geistigen Einfälle – kristallklar formuliert – paarten sich mit einer Wärme des Gemütes und ließen für ihn – bei aller Distanz – wie für einen Vater Hochschätzung und liebevolle Verehrung empfinden, denn er verkörperte die besten Eigenschaften des Arztes und Lehrers einer vergangenen Epoche.“ [Krüger, H.-R., Forschungen und Fortschritte 36(1962) 190]

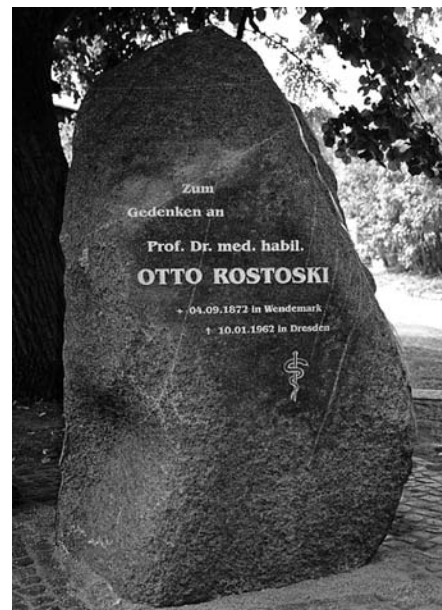
Wer war dieser international anerkannte und hochgeachtete Arzt, der nach seinem Tode mit so herzlichen Worten geehrt wurde? Otto Albert Robert Rostski wurde am 4. September 1872 in Wendemark (Uckermark) als Sohn eines Domänenpächters geboren. Er studierte in Würzburg Medizin und wohnte bei seinem Onkel, dem pathologischen Anatomen Eduard von Rindfleisch (1836-1908). 1897 legte er sein Staatsexamen ab – promoviert hatte er bereits 1895 – und arbeitete dann in verschiedenen Einrichtungen, bis er schließlich als Assistenzarzt in die Innere Klinik der Universität Würzburg bei Wilhelm Oliver von Leube (1842-1922) eintreten durfte. Die Gründlichkeit der Untersuchung und die Feinheit der Diagnose übernahm er von seinem Lehrer. 1902 wurde er in Würzburg habilitiert und 1907 zum a.o. Professor berufen, bevor er im selben Jahr die Leitung der II. Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt übernahm. Von 1910 bis 1934 war er leitender Oberarzt der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt, der Vorgängereinrichtung des heutigen Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Hier legte er 1915 den Grundstein für eine Röntgenstation und gründete 1924 die zumindest europaweit erste Diabetikerambulanz, die internationale Beachtung fand. Gemeinsam mit dem Friedrichstädter Pathologen Christian Georg Schmorl (1861-1932) und Erich Saupe (1893-1943) gab er 1927 eine ätiologische Beschreibung des Schneeber-



ger Lungenkrebses, die ihm ebenfalls weltweite Anerkennung brachte. 1934 schien Rostski den neuen Machthabern am Johannstädter Klinikum, das in ein Zentrum für „Neue Deutsche Heilkunde“ umgewandelt werden sollte, nicht mehr tragbar. Er wurde an das Friedrichstädter Krankenhaus versetzt, wo er 1938 nach Erreichen der Altersgrenze ausschied. Mit Ausbruch der Zweiten Weltkrieges arbeitete er als Chefarzt des Reservelazarets in Lahmanns Sanatorium. 1941 übertrug man ihm die Leitung einer neu eingerichteten Medizinischen Klinik im früheren Obdachlosenasyl Bodelschwinghstraße. 1946 wurde er wiederum Chefarzt in Friedrichstadt. Dieses Amt legte er 1952 zwar nieder, leitete aber noch bis 1956 die Diabetiker-Ambulanz. 1954 folgte er der Berufung zum Professor mit Lehrstuhl für Innere Medizin an der neu gegründeten Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Einer seiner Studenten erinnerte sich fast ein halbes Jahrhundert später: „Dort habe ich Prof. Rostski im Perkussions- und Auskultationskurs bewundert: ‚Wie hört er, der sonst nicht mehr viel hört, nur die Herzgeräusche besser als du?‘“ Ebenfalls 1954 ihn wählte die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, deren Vorstandsmitglied

Rostski gewesen war, zum Ehrenmitglied. 1956 erfolgte seine Emeritierung. Er war Träger hoher staatlicher Auszeichnungen und (seit 1952) korrespondierendes Mitglied der Akademie der Wissenschaften der DDR. Am 10. Januar 1962 starb Otto Rostski. Er wurde er auf dem Waldfriedhof auf dem Weißen Hirsch beigesetzt. Heute erinnert u.a. das Tumorzentrum in Dresden, das alljährlich einen Preis mit seinem Namen vergibt, an ihn und seine wissenschaftlichen Leistungen. Doch auch sein Geburtsort Wendemark (heute zu Welsebruch gehörend) hat im vorigen Jahr mit der Einweihung eines imposanten Gedenksteines des 130. Geburtstages und 40. Todestages seines bedeutendsten Sohnes gedacht. Der Traditionsverein des nicht einmal 200 Einwohner zählenden Dorfes bittet um Spenden für die Finanzierung des Gedenksteines (Volksbank Uckermark, BLZ 150 917 04, Konto 70 43 70 40).

Anschrift des Verfassers:
Dr. Marina Lienert
Institut für Geschichte der Medizin
der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



Gedenkstein in Wendemark

Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath zum 60. Geburtstag

Hildebrand Kunath, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik und Biometrie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, beging am 24. Januar dieses Jahres seinen 60. Geburtstag. Dies war Anlass zu einem wissenschaftlichen Festsymposium in der Sächsischen Landesärztekammer und zugleich Gelegenheit, sein sehr erfolgreiches Wirken in den nunmehr 17 Jahren seines Dresdener Lehrstuhles in bedeutsamen und einflussreichen Anwendungsfeldern zu würdigen und neuere Entwicklungen vorzustellen. Stellvertretend für das umfassende Œvre des Jubilars, das zukunftsweisend, lehrreich und strukturbildend viele Bereiche der Epidemiologie und Medizininformatik umfasst, standen die Themen Versorgungsforschung, Shared Care, Klinische Epidemiologie, Diabetes mellitus und Klinisches Krebsregister und deren Umsetzung in die Versorgungsrealität.

Ein besonderes Verdienst von Hildebrand Kunath ist die Etablierung und Fortentwicklung der Fachgebiete Medizinische Informatik und Epidemiologie in Verbindung mit der Medizinischen Biometrie an der neu gegründeten Medizinischen Fakultät der TU Dresden



sowie der Aufbau enger Kooperationsbeziehungen zu anderen bedeutenden Zentren dieser Art in Deutschland. Als ein besonders wertvolles und erfolversprechendes Ergebnis ist die Etablierung und Pflege des Klinischen Krebsregisters mit einer derzeitigen Erfassungs-

rate von etwa 80% aller Tumoren im Einzugsgebiet des Tumorzentrums Dresden hervorzuheben.

Ausdrücklich möchten die Unterzeichner das ehrenamtliche berufspolitische Wirken von Hildebrand Kunath würdigen. Mit der ihm eigenen Kreativität der eher „leisen Töne“ leistet er wesentliche Beiträge in der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit. Er ist in Sachsen einer der Garanten für eine fruchtbare Zusammenarbeit der medizinischen Wissenschaft mit der ärztlichen Berufspolitik.

Es gratulieren herzlich
 Prof. Dr. med. Jan Schulze
 Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Professor für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, TU Dresden
 Prof. Dr. med. Klaus Scheuch
 Direktor der Institutes und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
 Prof. Dr. rer. nat. Rainer Koch
 Professor für Medizinische Biometrie am Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, TU Dresden

Prof. Dr. med. habil. Gerd Gräfe zum 60. Geburtstag

Gerd Gräfe wurde am 1. Februar 1943 in Leipzig geboren. Er studierte an der Alma mater Lipsiensis und promovierte 1969. In seiner Habilitation 1987 beschäftigte er sich mit der Phonoenterographie im Kindesalter. Sein beruflicher Werdegang ist eng mit der poliklinischen Kinderchirurgie verbunden. 1988 wurde er zum Leiter der Poliklinik ernannt und 1995 zum außerordentlichen Professor berufen. Seit 1996 ist Prof. Dr. Gräfe außerdem stellvertretenden Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie.

Er hat sich besondere Verdienste in der Durchsetzung ambulanter Operationen und speziell der Tageschirurgie im Kindesalter erworben. Sein Engagement gilt wichtigen Themen der



Sozialpädiatrie, wie der Kindesmisshandlung, neurologischen und psychosomatischen Defektzuständen und chronischen Folgezuständen des chirurgisch kranken Kindes. Mit dem jährlich organisierten Diagnostisch-Therapeutischen Eltern-Kind-Aufenthalt für Patienten mit Hydrocephalus und spina bifida werden Ideen eines Zentrums für Kindermedizin vorgelebt. Exzellente sind seine Behandlungsergebnisse bei Hämangiomen und vaskulären Malformationen. Als Mitherausgeber des Buches „Ambulante Chirurgie im Kindesalter“ hat er seine persönlichen und praktischen Erfahrungen umgesetzt.

Prof. Dr. med. habil.
 Joachim Bennek

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

	60 Jahre				
01. 03.	Dr. med. Müller, Ulrich-Georg 09629 Reinsberg	18. 03.	Dr. med. Forberg, Gudrun 04416 Markkleeberg	08. 03.	Dr. med. Opitz, Evelinde 09111 Chemnitz
01. 03.	Dr. med. Richter, Stefan 04178 Leipzig	18. 03.	Grapow, Henner 09114 Chemnitz	08. 03.	Schwarzkopf, Dietrich 09380 Thalheim
02. 03.	Klemm, Ortwin 01328 Dresden	18. 03.	MU.Dr./Palacky-Univ. Olomouc Schwertner, Günter 08451 Crimmitschau	08. 03.	Dr. med. Stelzner, Manfred 08115 Lichtentanne
03. 03.	Hahner, Gisela 09117 Chemnitz	18. 03.	Dr. med. Sismuth, Brigitte 08062 Zwickau	09. 03.	Dr. med. Wiemer, Gerhard 01468 Moritzburg
03. 03.	Meinhardt, Renate 04277 Leipzig	19. 03.	Dr. med. Brede, Ursula 04229 Leipzig	10. 03.	Dr. med. Kirbach, Manfred 09117 Chemnitz
04. 03.	Dr. med. Böttcher, Eva 04289 Leipzig	19. 03.	Dipl.-Med. Haluany, Karin 04509 Priester	11. 03.	Dr. med. Marx, Thea 04720 Döbeln
04. 03.	Dr. med. Heilmann, Werner 04299 Leipzig	19. 03.	Dr. med. Hendel, Gerold 08349 Erlabrunn	15. 03.	Dr. med. Brauer, Gisela 04317 Leipzig
04. 03.	Dr. med. Scholz, Walpurga 01744 Dippoldiswalde	19. 03.	Mieske, Rüdiger 02906 Niesky	15. 03.	Dr. med. Dietrich, Christa 04347 Leipzig
04. 03.	Dr. med. Zegula, Tilla 09119 Chemnitz	21. 03.	Dr. med. Geißler, Ulrich 01109 Dresden	15. 03.	Prof. Dr. med. habil. Loebe, Frank-Michael 08058 Zwickau
05. 03.	Dr. med. Heinrich, Brigitte 04720 Döbeln	21. 03.	Dr. med. Zienert, Margareta 02977 Hoyerswerda	15. 03.	Dr. med. Nalewski, Helga 04319 Leipzig
05. 03.	Dr. med. Sommergruber, Dierk 08058 Zwickau	22. 03.	Dr. med. Rengshausen, Ute 01099 Dresden	16. 03.	Dr. med. Graetz, Helga 01796 Pirna
05. 03.	Dipl.-Med. Vodel, Peter 08248 Klingenthal	23. 03.	Dr. med. Rauhut, Elke 02689 Sohländ	16. 03.	Dr. med. da Costa Schlobach, Peter 01728 Bannewitz
07. 03.	Dr. med. Hadlich, Hedda 02727 Neugersdorf	24. 03.	Knauer, Hagen 04288 Leipzig	18. 03.	Behrendt, Ortrud 02906 Niesky
07. 03.	Seifert, Hans-Peter 09130 Chemnitz	25. 03.	Dr. med. Eggert, Hartmut 01728 Possendorf	19. 03.	Dr. med. Günther, Uwe 08228 Rodewisch
08. 03.	Hannowski, Monika 04288 Leipzig	26. 03.	Dr. med. Ritter, Uwe 09224 Gröna	20. 03.	Dr. med. Hüttner, Bernd 09634 Siebenlehn
09. 03.	Dr. med. Ficker, Ute 01324 Dresden	27. 03.	Dr. med. Kästner-Gedat, Adelheid 09123 Chemnitz	20. 03.	Dr. med. Jäger, Adelheid 04329 Leipzig
09. 03.	Dr. med. Grüning, Christina 01324 Dresden	28. 03.	Dr. med. Hentzschel, Ute 04207 Leipzig	20. 03.	Dr. med. Sandig, Werner 09456 Annaberg-Buchholz
09. 03.	Dr. med. Schubotz, Volker 09114 Chemnitz	28. 03.	Dr. med. Schülter, Reinhard 01824 Königstein	24. 03.	Dr. med. Hasek, Pavel 09116 Chemnitz
10. 03.	Dr. med. Bergmann, Lothar 04289 Leipzig	30. 03.	Dr. med. Frank, Helmut 04758 Borna	24. 03.	Dr. med. Jentsch, Sigrid 01328 Dresden
10. 03.	Dr. med. Erler, Gerold 09126 Chemnitz	30. 03.	Dr. med. Krause, Wolfgang 04683 Naunhof	26. 03.	Löffler, Manfred 08340 Schwarzenberg
10. 03.	Prof. Dr. med. habil. Knopf, Burkhard 08432 Steinpleis/Sa.	30. 03.	Dr. med. Petzold, Margarete 01465 Langebrück	27. 03.	Dr. med. Reuter, Horst 08538 Weischlitz
10. 03.	Körner, Leonore 02625 Bautzen	30. 03.	Dr. med. Rosenthal, Peter 08527 Neundorf	29. 03.	Dr. med. Gabler, Ute 04207 Leipzig
10. 03.	Dr. med. Müller, Gisela 04159 Leipzig	31. 03.	Dr. med. Frenkel, Heinrich 04849 Bad Dübén	30. 03.	Dr. med. Preuß, Eberhard 01705 Freital
10. 03.	Walter, Harald 01855 Sebnitz	31. 03.	Dr. med. Hentzschel, Rosemarie 01187 Dresden	31. 03.	Dr. med. Puhlfürst, Henry 08056 Zwickau
11. 03.	Dr. med. Horn, Pia 08485 Lengenfeld	31. 03.	Dr. med. Kuhn, Jürgen 02943 Weißwasser		
11. 03.	Dr. med. Taubert, Harald 04451 Panitzsch		65 Jahre		70 Jahre
11. 03.	Winkler, Gerlinde 09557 Flöha	01. 03.	Dr. med. Groß, Siegfried 08115 Lichtentanne	01. 03.	Dr. med. Weinert, Klaus 01219 Dresden
12. 03.	Dr. med. Degenkolb, Dietrich 09128 Chemnitz/Kleinolbersdorf	01. 03.	Dr. med. Just, Peter 04703 Leisnig	05. 03.	Dr. med. Fischer, Peter 02957 Krauschwitz
12. 03.	Dr. med. Kleindienst, Roland 09306 Zettlitz	01. 03.	Dr. med. Lehnert, Klaus 01109 Dresden	05. 03.	Kümmel, Siegfried 01561 Priestewitz
13. 03.	Dr. med. Dekan, Hans-Joachim 01594 Seerhausen	01. 03.	Dr. med. von der Linde, Joachim 02991 Lauta	11. 03.	Prof. Dr. med. habil. Hartig, Wolfgang 04157 Leipzig
13. 03.	Dr. med. habil. Fröhner, Gudrun 04416 Markkleeberg	01. 03.	Dr. med. Ludwig, Volkmar 08066 Zwickau	12. 03.	Dr. med. Freudenthal, Berthold 08340 Schwarzenberg
13. 03.	Münch, Karin 08499 Mylau	02. 03.	Dr. med. Fiedler, Friedrich 09128 Chemnitz	13. 03.	Dr. med. Gärtner, Lothar 02956 Rietschen
13. 03.	Dr. med. Paul, Sigrid 09127 Chemnitz	03. 03.	Dr. med. Jahn, Peter 04668 Grimma	13. 03.	Dr. med. Dr. rer. nat. Muschner, Konrad 01705 Freital/Pesterwitz
13. 03.	Dr. med. Wadewitz, Ilse 04319 Leipzig	03. 03.	Dr. med. Meier, Bruno 01809 Heidenau	15. 03.	Dr. med. Gruner, Wolfgang 08371 Glauchau
14. 03.	Dr. med. Barthel, Dietmar 09247 Röhrsdorf	04. 03.	Dr. med. Süß, Erika 04821 Waldsteinberg	15. 03.	Prof. Dr. med. habil. Weißbach, Gerhard 01277 Dresden
14. 03.	Dr. med. Volkmar, Werner 08523 Plauen	05. 03.	Dr. med. Bergan, Jürgen 02625 Bautzen	16. 03.	Dr. med. Friedrich, Wolfgang 08301 Schlema
16. 03.	Geißler, Hedda 01109 Dresden	05. 03.	Dr. med. Winkler, Waltraut 04779 Wermisdorf	16. 03.	Dr. med. Ramminger, Manfred 08280 Aue
17. 03.	Dr. med. Güttler, Jörg 01844 Neustadt	06. 03.	Dr. med. Wernld, Ulrike 04279 Leipzig	20. 03.	Dr. med. Rauer, Eleonore 01157 Dresden
17. 03.	Dr. med. Paris, Eva-Maria 08468 Reichenbach	07. 03.	Müller, Dorothea 09569 Oederan	21. 03.	Prof. Dr. med. Cobet, Günther 13053 Berlin
17. 03.	Dr. med. Röhrborn, Sibylle 08349 Erlabrunn	08. 03.	Kunze, Renate 09128 Chemnitz/OT Kleinolbersdorf	25. 03.	Dr. med. Kramer-Schmidt, Barbara-Esther 02794 Leutersdorf
				25. 03.	Dr. med. Kühne, Joachim 09526 Pfaffroda

	75 Jahre				
02. 03.	Hettwer, Elisabeth 01587 Riesa	11. 03.	Dr. med. Hansch, Ursula 04275 Leipzig	27. 03.	87 Jahre Dr. med. Topalow, Stefan 04105 Leipzig
24. 03.	Dr. med. Tschamtkke, Gudrun 01069 Dresden	11. 03.	Dr. med. Nartschik, Clemens 04157 Leipzig		
	80 Jahre	18. 03.	Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz 02742 Neusalza-Spremberg	02. 03.	89 Jahre Dr. med. Kummer, Johannes 01662 Meißen
09. 03.	Dr. med. Müller-Stephann, Herbert 08349 Erlabrunn	19. 03.	Steinmann, Erna 04205 Leipzig		
25. 03.	Dr. med. Michaelis, Wolfgang 09366 Stollberg	20. 03.	Prof. Dr. med. habil. Ries, Werner 04279 Leipzig	23. 03.	90 Jahre Dr. med. Fischer, Erwin 08280 Aue
26. 03.	Dr. med. Gärtner, Waltraud 09326 Gehringswalde		83 Jahre		
	81 Jahre	15. 03.	Dr. med. Heil, Gerhard 08056 Zwickau	23. 03.	91 Jahre Dr. med. Ermisch, Ursula 04680 Colditz
03. 03.	Dr. med. Eichfeld, Werner 04420 Rehbach		84 Jahre		
10. 03.	Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus 08058 Zwickau	31. 03.	Dr. med. Will, Joachim 08606 Oelsnitz	15. 03.	92 Jahre Dr. med. Ranft, Wolfgang 08209 Auerbach
18. 03.	Dr. med. Kluppach, Harry 04229 Leipzig		85 Jahre		
24. 03.	Dr. med. Stephan, Marianne 04703 Leisnig	10. 03.	Dr. med. Peißker, Elisabeth 04277 Leipzig	20. 03.	93 Jahre Dr. med. Geuder, Hans 01259 Dresden
	82 Jahre	15. 03.	Prof. em. Dr. med. habil. Holtorff, Joachim 01326 Dresden		
02. 03.	Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke 04299 Leipzig	31. 03.	Dr. sc. med. Cordes, Christoph 04651 Bad Lausick	12. 03.	94 Jahre Dr. med. Himmel, Josef 08233 Treuen
06. 03.	Dr. med. Janke, Günther 08062 Zwickau		86 Jahre		
		01. 03.	Dr. med. Staufenberg, Alfons 04357 Leipzig		
		24. 03.	Dr. med. Nenoff, Jontscho 04277 Leipzig		

Wieder ein Treffen der sächsischen Ärztesenioren

Wie es nun schon Tradition ist, fand im Herbst 2002 das 7. Sächsische Seniorentreffen statt. Jeweils dienstags, am 1., 8., 15. und 22. Oktober erlebte Schloss Burgk in Freital eine „Invasion“ von fröhlichen Senioren. Diese stellte die beschauliche Museumsverwaltung vor die ungewohnte Herausforderung, jeweils mehr als 150 interessierte Besucher durch das vielfältige Angebot des Hauses zu führen. Zu sehen gab es eine hervorragende Gemäldesammlung der regionalen Dresdener Kunst des ausklingenden 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – Glanzpunkte sind 9 Gemälde von Otto Dix, aber auch Exponate von Ludwig von Hofmann, Richard Müller, Wilhelm Lachnit, Curt Querner und Josef Hegenbarth. Darüber hinaus ist in einem zweiten Bereich die aus Privathand stammende Gemäldesammlung der Region Dresden aus der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zur Gegenwart zu betrachten – die Stiftung Papermann. Hier sind die Gemälde äußerst dicht und ohne Beschriftung präsentiert gemäß der vormals privaten Anordnung, was dem Wunsch des Stifters entsprach. Wettgemacht wurde dies durch die anekdotenreiche und kunstsinnige Führung der Museumsleiter. Schloss Burgk war seit dem 14. Jahrhundert als Herrensitz bekannt und beherbergte im 19. Jahrhundert die



Schloss Burgk in Freital

Familie Freiherr von Burgk. Über die frühindustrielle Entwicklung informiert das Schlossmuseum und es gibt ein Schaubergwerk zu besichtigen. Bei geeignetem Wetter war für eine kleine Zahl von Interessenten der Einstieg in einen Tagesstollen mit Schutzhelm und Jacke möglich. Die Weiterfahrt per Bus führte wieder in die Sächsische Landesärzte-

kammer, wo nach einem wie immer niveauvollen Mittagsbuffet das Nachmittagsprogramm im Plenarsaal stattfand. Es gab Begrüßungsworte durch Herrn Professor Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, oder ein anderes Mitglied des Vorstandes und vom Seniorenausschuss. Viel Anklang fand der interessante 1/2-stündige, sehr lebhaft und humorvolle Vortrag von Herrn Ordinariatsrat Christoph Pötzsch, Dresden, über die Geschichte der Wettiner in Sachsen anhand der Darstellung des Fürstenzuges von der Seitenwand des Schlosses und Hofkirchenareals, der im Diapositiv gezeigt wurde. Ein entsprechendes Hörbuch von Herrn Pötzsch konnte als Doppel-CD im Anschluss erworben werden. Die Veranstaltung wurde umrahmt vom DUO CON BRIO, Dresden, das Werke für Viola und Klavier von Michael Glinka und Johann Nepomuk Hummel exzellent und temperamentvoll vortrug (Peter Gries, Viola, und Anne-Oda Würzebesser, Klavier). Abschließend standen Kaffee und Kuchen bereit und zwischen 17 und 18 Uhr ging es wieder auf die Heimreise nach einem anstrengenden und erlebnisreichen Tage.

Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

Mindanao/Philippinen Ärzte für die Dritte Welt

Mit diesem 6-wöchigen ärztlichen Einsatz verwirklichte ich einen Jugendtraum: Ich hatte während meiner klinischen Semester Kontakt mit Albert Schweitzer aufgenommen – mein in Lambarene geplanter Einsatz scheiterte am Bau der Mauer kurz vor meinem Staatsexamen.

Als ich im Jahr 2000 vom Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ hörte und meine Bereitschaft für einen unentgeltlichen Einsatz bekundete, sagte mir Pater Ehlen, dass alles bis 2002 ausgebucht sei, er mich aber als „Ersatzärztin“ bei Ausfällen anrufen wolle – und so geschah es. Ich besuchte an meiner Alma mater noch einmal – nach Jahrzehnten – den tropenmedizinischen Kurs. Viele der wieder ins Gedächtnis geholten Erkrankungen sah ich jedoch auf meinen 3- jeweils 10-tägigen Rolling-Clinic-

Touren nicht, auf denen ich insgesamt 3197 Patienten behandelte.

Während des Langstreckenfluges nach Manila sah man auf dem Bordcomputer ein steiles Abweichen von der vorgesehenen Flugroute nach Norden – nach banger Minuten der Ungewissheit, die zur Ewigkeit wurden, kam endlich die Erklärung aus dem Cockpit: Ein Taifun wütete am 8./9.11. 2001 über den Philippinen und dem Südchinesischen Meer! Er forderte viele Menschenleben auf den Philippinen, besonders auf der kleinen Insel Camiguin – das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ leistete Katastrophenhilfe. In Cagayan de Oro auf Mindanao, einer Universitätsstadt (Xavier-University) mit einer Einwohnerzahl, die der meiner Heimat-Universitätsstadt Leipzig entspricht, sonst jedoch in keinem Punkt mit ihr vergleichbar ist, hatte ich 1 1/2 Tage Zeit,



Geduldig warteten täglich in einer anderen „clinic“ 100 bis 200 Patienten auf meine Hilfe, ca. 1/2 davon Kinder

um mich zu „akklimatisieren“, meinen Rucksack für die erste 10-tägige Rolling-Clinic-Tour zu packen und mir noch ein Paar Trekking-Sandalen zu kaufen, nachdem ich merkte, dass meine mitgebrachten Wanderstiefel in dieser Hitze kaum zu verwenden wären. (Während meines ganzen Aufenthaltes bis Ende Dezember herrschten in Cagayan de Oro nie unter + 30 Grad Celsius!).

Und dann ging es sofort auf die erste 10-tägige Rolling-Clinic-Tour – mit einem Team von 3 Eingeborenen in eine „new area“, die auch meinem Fahrer Memong unbekannt war (Jeep Toyota „Rocky“, 8 Jahre alt). Memong war gleichzeitig während des ganzen langen „clinic-day“ mein „interpreter“ (visayan-englisch). Die Unruhen der Moslem-Rebellen gegen die katholische Regierung in Manila, an deren Spitze eine Frau steht, hatten einige „old areas“, zum Beispiel San Fernando, unbefahrbar gemacht.

So ging es über unvorstellbare „Straßen“ ins Bukidnon-Gebirge (zirka 3000 m Höhe): An einem Tag waren zum Beispiel sieben Flüsse zu durchqueren, wackelige Brücken zu passieren, Ketten waren in Schlamm-Massen anzulegen, riesige Felsbrocken von der Fahrbahn zu wuchten etc. Meine beiden „driver“ auf den 3 Rolling-Clinic-Touren verdienen meine Anerkennung! Im Dunklen reparierte Memong zum Beispiel ein Tank-Leck, mit meinem Pen-Licht (für die Racheninspektion) bewaffnet, unter dem Jeep im Matsch liegend! Und dann fungierten die Fahrer ja auch noch den ganzen Tag, oft bis in die Dunkelheit hinein, als „interpreter“ für mich; auf der 3. Rolling-Clinic-Tour hoch hinauf in die „virginal rainy forrests“ des Bukidnon-Gebirges benötigten wir zum Teil noch einen 2. „translator“, da die dort lebenden Ureinwohner des Visayan zum Teil nicht mächtig waren, sondern Higaonon sprachen.

Meine erste Rolling-Clinic-Tour war besonders anstrengend: Nach 1 1/2 Tagen kaum an die tropischen Temperaturen adaptiert, war ich froh, dem Verkehrschaos von Cagayan de Oro entronnen zu sein, als nurse Chona bemerkte, dass sie alle Impfunterlagen vergessen hatte! So hieß es, zurück zur Xavier-University – zwei Stunden Zeitverlust! Und an diesem ersten halben „Clinic-Day“ warteten noch 130 Patienten in St. Juan auf mich! Unter anderem war eine größere Wundversorgung unter unvorstellbaren Bedingungen angesagt! Der Besuch eines Hundes in unserer „clinic“ war mir an diesem Tag noch eine

Fotodokumentation für meine kinderchirurgischen Freunde daheim wert – später gehörte es zum Klinikalltag!

Als es gegen 18 Uhr ziemlich schlagartig dunkel wurde, wollte mich Memong dazu bewegen, die „clinic“ zu beenden, zumal wir im Dunklen noch an unsere Übernachtungsstelle fahren mussten. Ich sah jedoch die vielen noch vor unserer „clinic“ hockenden Gestalten, die schon stundenlang gewartet hatten und konnte es einfach nicht übers Herz bringen, sie nach Hause zu schicken, obwohl auch ich völlig erschöpft war. Den Einwand Memongs, hier gäbe es kein Licht, konnte ich mit meiner großen aus Leipzig mitgebrachten Anti-Mücken-Kerze entkräften. So versorgte ich bis zirka 21 Uhr noch alle Wartenden.

Am ersten Übernachtungsplatz sagte mir die nurse, hier gäbe es „a nice CR“ (= Comfort Room) – als ich das „Loch“ sah, dachte ich, ihre Bemerkung wäre ironisch zu verstehen. Später sah ich jedoch ein, dass dem nicht so war – es gab durchaus weit Schrecklicheres! Mein „driver“ Memong half mir am ersten Abend bei der für mich neuen und ungewohnten Arbeit der Moskitonetzfixierung, wobei sich meine aus Germany mitgebrachten vier Handholzböhler als äußerst nützliche Investition erwiesen. Diese Arbeiten wurden wiederum im Scheine meiner Anti-Mücken-Kerze durchgeführt.

Die erste Tour war die anstrengendste (1481 Patienten), die zweite und dritte Tour führte in „old areas“, so dass zum Beispiel der Zeitverzug zu Beginn jedes Tages entfiel, der für die Ausfüllung neuer „blue cards“ (Pati-

tendokumentationskarten) erforderlich war.

Auch waren oft über 200 Patienten pro Tag – so viel wie nie zuvor in meinem ganzen ärztlichen Wirken – zu versorgen. Diese erste Rolling-Clinic-Tour war auch insofern schwierig, als mir manche Medikamente gar nicht (zum Beispiel Antihypertensiva, Anthelmintika für kleine Kinder) und andere später nicht mehr zur Verfügung standen, da sie bereits ausgegeben waren. Auf dieser ersten Rolling-Clinic-Tour schliefen wir einmal bei einem Captain (etwa Bürgermeister) eines Urwalddorfes; unter uns rumorten, quiekten und stanken die rabenschwarzen Schweine – und ich dachte an die Frage des Tropenmediziners in Leipzig: „Übernachten Sie mit Schweinen etc. unter einem Dach?“ Ich sagte damals überzeugt: „Bestimmt nicht!“ Diese Frage bezog sich auf die – wie alle Impfungen – von mir zu bezahlende und sehr teure Impfung gegen die japanische Encephalitis, die ich mir nicht geben ließ... Einmal praktizierte ich in einem nach drei Seiten offenen Mehrzweckgebäude, in dem ich von meinem Ordinationstisch aus die höchsten Gipfel des zirka 3000 m hohen Bukidnongebirges sehen konnte und Zeuge der rasanten Veränderung von blauem Himmel zu sintflutartigem Regenguss ohne jeden Ausblick in die Ferne innerhalb von fünf Minuten wurde. Überhaupt war die in meinem Informationsblatt vom Komitee angegebene Wetterprognose (im November – Ende der Regenzeit) völlig unzutreffend – bis auf zwei Tage goss es täglich ein bis mehrere Male wie aus Eimern, an manchen Tagen durchweg. Auf meiner zweiten Rolling-Clinic-Tour hatte unser Team zum Beispiel „to re-arrange a

bridge“ nach dem Taifun, was bedeutete, Balken und Bretter so zu schieben und neue Stämme aus dem Wald heranzuholen, dass der Jeep nicht in die Tiefe stürzte. Lito (Angelito), der „driver“ und „interpreter“ meiner zweiten und dritten Rolling-Clinic-Tour, verdient meine Anerkennung: Vielseitig einsetzbar, stets einsatzbereit, lernfähig und stets gut gelaunt. Er hat meine Arbeit entscheidend erleichtert und war stets für meine organisatorischen Verbesserungen zu begeistern.

Am Ende eines jeden „Clinic-Tages“ hatte ich ein A4-Blatt für das Komitee auszufüllen, das unter anderem die Frage nach dem Trinkwasser und den „main sicknesses“ enthielt. Nur in einem Dorf gab es Amöbiasis – ich konnte mit dem „captain“ des Dorfes am Abend ausführlich sprechen.

Die häufigsten Erkrankungen bei den Kindern, die zirka 2/3 meiner Patienten ausmachten, waren: Helminthiasis, Scabies, Impetigo contagiosa, Bronchitis und Otitis media. Bei den Erwachsenen Tbc, Asthma, Harnwegsinfekte, Struma (vorwiegend Jod-Mangel-Struma), ebenfalls Wurmbefall, Scabies und Impetigo contagiosa, aber auch coronare Herzerkrankungen, Hyper- und Hypotension. „Malnutrition“ gehörte nicht zu den „main sicknesses“ Notfälle waren relativ selten – so hatte ich bei über 3000 Patienten keinen Reanimationsfall, zwei größere Wundversorgungen, Appendicitis (3 x), Urolithiasis mit Kolik (2 x), Cho-

lelithiasis mit Kolik (1 x), schwere Blutung nach Abort (1 x) und Fremdkörperentfernung aus der Nase (1 x). „Fieber unklarer Ursache“ konstatierte ich 2 x (bei völlig fehlenden Labormöglichkeiten).

Es bestand die Möglichkeit der Überweisung in unser „German doctor’s Hospital“ in Cagayan de Oro, wo auch ab und an Operationen ohne Dringlichkeit kostenlos durchgeführt werden. So konnte ich zum Beispiel ein Kind zur Herniotomie und zwei zur operativen Therapie einer Cheilo-Gnatho-Palatoschisis überweisen

Traurig war die Tatsache, dass man im Hinblick auf eine erneute „clinic“ am Ort nur unsichere Angaben machen konnte und so zum Beispiel Dauermedikationen (zum Beispiel Antiepileptika, Herz-Kreislaufmittel etc.) auf gut Glück für zwei bis drei Monate aushängigen musste.

Sehr patent fand ich die Lösung, zum Beispiel Hustensaft oder Oresol aus großen Plastikkanistern in kleine Plastiktüten, die fest zugeknötet wurden und Salben in leere Film Dosen abzufüllen.

Insgesamt war die Improvisationsfreudigkeit meiner drei Teams und der örtlichen Hilfskräfte groß: Eine separate Nische für die Untersuchung von Brust, Abdomen etc. wurde in jedem Falle binnen einer Stunde geschaffen, wenn sie nicht schon vorbereitet worden war. Besonders beeindruckte mich die Geduld der

Patienten – oft stundenlang auf dem Boden hockend – und die Zutraulichkeit der Kinder. Als besonders guten Einfall erwies sich mein Einkauf diverser Sticker vor meinem Abflug in Germany. Kinder, die zum Beispiel bei einer Impfung oder Otoskopie nicht geschrien hatten, durften sich einen Sticker aussuchen (Schmetterling, Muschel etc.), den ich dann in ihre „blue card“ klebte.

Das sprach sich schnell herum, und so hatte ich viel seltener ein brüllendes oder sich wehrendes Kind zu untersuchen, als in Deutschland. Rührend war es, wie ein mongoloider Junge seinen Sticker, auf dem Handrücken klebend, strahlend betrachtete und ihn dann allen Wartenden demonstrierte!

Auf dem an jedem Abend von mir auszufüllenden A-4-Fragebogen stand unter anderem auch die Frage, wie häufig der „governmental doctor“ das entsprechende Dorf besucht. Die Antwort lautete im günstigsten Falle: 1 x im Jahr, meist: aller zwei Jahre, aber auch: im Katastrophenfall (zum Beispiel Epidemie), bis hin zu: noch nie!

Vor diesem Hintergrund muss über den „Sinn“ eines solchen unentgeltlichen ärztlichen Einsatzes auf Mindanao nicht weiter nachgedacht werden – die Antwort ist klar!

Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. habil. Mechthild Gottschalk,
Schubarthstr. 9, 04316 Leipzig-Mölkau



Arbeit in täglich wechselnder „clinic“
links: Schulgebäude, rechts: open-air-clinic