

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 8/2003

Berufspolitik	Probleme und Entwicklungen des Gesundheitswesens in Deutschland	352
	Wahlbeteiligung an der Kammerversammlung/ Statistische Auswertung	354
	Ärztetreffen des Kreises Torgau-Oschatz 2003 Seniorenausflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig	356
Gesundheitspolitik	Hygiene aktuell	357
Amtliche Bekanntmachungen	Projekt „Ärztendienst für Ausländer“ Eintragung in das Partnerschaftsregister	360 361
Mitteilungen der Geschäftsstelle	13. Sächsischer Ärztetag Ergänzungen und Korrekturen Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden Ausstellung Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig Zeugnisse für Arzthelferinnen in Sachsen	361 361 361 361 364
Berufspolitik	O. Riha Das Arztbild in der Bevölkerung	362
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	366
Leserbriefe	Prof. Dr. Detlef Müller / Prof. Dr. Otto Bach	367
Personalien	Prof. Dr. med. habil. Peter Felix Matzen zum 65. Geburtstag Prof. Dr. med. habil. Siegfried Kiene zum 70. Geburtstag Unsere Jubilare im September	370 370 371
	Impressum	372
Originalie	K. G. Krishnan, D. Mucha, Th. Pinzer, G. Schackert Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Läsionen des Plexus brachialis	373
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Oktober 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.

Probleme und Entwicklungen des Gesundheitswesens in Deutschland

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor besser als sein Ruf und viele Staaten beneiden uns um dieses System gesundheitlicher Betreuung. Ohne wesentliche Wartezeiten wird die Bevölkerung wohnortnah und flächendeckend ambulant, stationär und rehabilitativ versorgt. Oberste Priorität aus Sicht der Patienten hat – jüngsten Meinungsumfragen zufolge – der ungehinderte freie Zugang des Patienten zu seinem Arzt. Dort haben kranke Menschen Anspruch auf eine fachlich hochwertige und humane Versorgung.

Entgegen allen meist politisch motivierten Äußerungen gab und gibt es keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Die Ausgabensteigerungen in der GKV verlaufen synchron mit der wirtschaftlichen Entwicklung. Wenn allerdings nicht bald richtige Weichenstellungen erfolgen, ist mit erheblichen Beitragssatzsteigerungen zu rechnen, da die ungünstige Bevölkerungsentwicklung noch mehrere Jahrzehnte anhält. Das heißt: immer weniger Erwerbstätige versorgen immer mehr Rentner! Dazu steigt im Alter und bei der erfreulichen Langlebigkeit der Bedarf an Pflege und Gesundheitsleistungen.

Die gesundheitspolitische Diskussion zur Sanierung der finanziellen Situation der GKV bezieht sich seitens der Politik vordergründig auf Maßnahmen zur Senkung der Beitragsätze und Lohnnebenkosten.

Durch die Beseitigung einer angeblichen Über-, Unter- und Fehlversorgung, von Qualitätsmängeln und Ineffizienzen im System glaubt man, das System zu stabilisieren. Die wirklichen Ursachen der desolaten Einnahmesituation der GKV werden jedoch kaum diskutiert. Hauptfaktoren für die explodierenden Beitragsätze der GKV sind zum einen Lasten der Wiedervereinigung sowie politische Entscheidungen der Politik, die der GKV durch die sogenannten „Verschiebebahnhöfe“ und versicherungsfremden Leistungen Mittel in Milliardenhöhe entzogen haben. Verschärfend kommen Massenarbeitslosigkeit und sinkende Lohnquote als Einnahmedefizite der Krankenversicherung zum Tragen, die künftig zu einer regelrechten Austrocknung der GKV führen werden. Ohne grundlegende Sanierung der Einnahmeseite wird die solidarisch angelegte gesetzliche Krankenversicherung keine Zukunft haben.

Alle bisherigen Vorschläge der Rürup-Kommission und weiterer Experten, die zum Beispiel

- Eintrittsgeld beim Facharzt
- Eigenfinanzierung des Krankengeldes
- Zuzahlungsverschärfung
- Leistungsausgrenzungen

vorschlagen, sind nicht geeignet, mittel- bis langfristig zu einer Stabilisierung der GKV beizutragen.

Leidtragender wird der Patient sein, da er keine Versorgungssicherheit und keine gesicherte Versorgungsqualität mehr genießt. Deshalb müssen sich alle künftigen Reformen an folgenden wichtigen und grundlegenden Gesundheitszielen orientieren:

- Der Bürger muss die Gewissheit haben, dass Krankheit für ihn und für seine Familie niemals zu einer existenzbedrohenden finanziellen Belastung wird.
 - Der Bürger hat Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Stand des medizinischen Wissens. Der medizinische Fortschritt muss allen Bürgern zugute kommen.
 - Der alte Mensch darf nicht ausgegrenzt werden. Alter allein darf nicht zum Leistungsausschluss führen.
 - Der Bürger muss wohnort- und zeitnah Zugang zu ambulanten und stationären medizinischen Leistungen haben.
- Nur so kann Versorgungssicherheit für die Bürger und Planungssicherheit für die Leistungserbringer erreicht werden.

Meine Damen und Herren,

lassen Sie mich an dieser Stelle einmal positiv wertend folgendes feststellen:

Die tagtäglich schwere Arbeit der Heilberufe am Patienten, die tausendfachen täglichen medizinischen Behandlungen der Ärzte in Sachsen, sind von einer hohen Qualität und Normalversorgungsniveau gekennzeichnet. Die Ärzte, Schwestern und Pflegekräfte gehen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zum Teil bis an das Ende ihrer physischen Kräfte. Und trotz der politischen Einflussnahmen der letzten Jahre ist es nur Ihnen zu verdanken, dass die medizinische Versorgung in Sachsen und Deutschland auf so hohem Niveau und mit so viel persönlicher Anteilnahme sicher gestellt wurde und wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste,

mit der Vorlage eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, das auf falschen Ana-

lysen und fragwürdigen Gutachten basiert, verfolgt die Bundesregierung einen Paradigmenwechsel, der nicht die Gesundheitsversorgung verbessern, sondern die heimliche Rationierung verschärfen wird.

Wir Ärzte warnen vor diesem Paradigmenwechsel, in dessen Mittelpunkt Systemveränderung, Kostendämpfung, heimliche Rationierung und Misstrauenskultur stehen.

Wir wenden uns offensiv gegen einen rein ökonomisch bestimmten, administrierten Medizinbetrieb, der immer weniger Raum für eine ärztlich-ethische Zuwendungsmedizin lässt. Gewünscht wird offensichtlich ein neuer Typus Mediziner: der durch Richtlinien mit Therapievorschriften gelenkte, zeitgerasterte Arzt, der nicht mehr Patienten, sondern nur noch Träger einer Krankheit behandelt.

Auch im Zeitalter der molekularen Medizin mit seinen rasanten Entwicklungen versuchen wir, das Herzstück der Heilkunde: nämlich Therapie – richtig zu verstehen. Das heißt, nicht allein als Reparatur – sei es am Gelenk oder im Gen – verstehen, sondern im ursprünglichen Wortsinn von therapeuein: nämlich als Dienen an einem, der in seiner Not mich ruft. Das ursprüngliche Wesen der Therapie bedeutet etymologisch betrachtet nicht: Reparieren, Dozieren, Ordonnieren, Rezeptieren, Kurieren, sondern dienend pflegendes Beistehen, Mitschwingen, Einfühlen, Verstehen, Begleiten. Ganzheitlich verstanden ist Heilkunde eine dienende und kommunikative Disziplin, nicht nur ökonomisch geleitetes Unternehmertum und nicht nur ein Arsenal immer raffinierter Herrschaftstechniken.

Weitere Stichworte dieser drohenden kassendominierten Zuteilungsmedizin beziehen sich auf die Ablehnung eines

- Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin, das zu institutioneller Fremdbestimmung der Ärzteschaft führt (Qualitätsvorgaben, Pflichtfortbildung, Rezertifizierung)
- Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption
- Facharzttabbus im ambulanten Gesundheitswesen mit Einschränkung der freien Arztwahl
- Monopols der Krankenkassen, die eine Dominanz der Krankenhausplanung der Länder und die Sicherstellung fachärztlicher Medizin erhalten sollen.

Allerdings sieht die Ärzteschaft durchaus dringliche Reformnotwendigkeiten im Gesundheitswesen. Sie ist zur konstruktiven Mitarbeit bereit und unterstützt die vernünftigen Ansätze im Gesetz des BMGS. Dazu zählen:

- Die finanzielle Unterstützung der Prävention und die Entwicklung von Anreiz- und Bonussystemen
- Die Verbreiterung der Finanzierungsbasis ist ein Schritt in die richtige Richtung, bedarf aber eines weiteren Ausbaus.
- Die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen aus Steueraufkommen; dies entspricht Forderungen Deutscher Ärztetage.
- Ebenfalls begrüßt werden zur besseren Transparenz das elektronische Rezept sowie die Gesundheitskarte, die den elektronischen Arztausweis erforderlich macht.
- Auch die Stärkung der Beteiligungsrecht der Patientenorganisationen dienen der Transparenz bei den Entscheidungsprozessen.
- Die Patientenquittung sollte allerdings aus Kostengründen nur bei Interesse des Patienten ausgestellt werden.
- Förderung der integrierten Versorgung!

Darüber hinaus sind aus der Sicht der Ärzteschaft weitere, und zwar grundlegende Reformschritte erforderlich, soll angesichts absehbarer Rationierung die Leistungsfähigkeit und Menschlichkeit in unserem Gesundheitswesen erhalten bleiben:

Stichworte dazu:

- Neudefinition des Leistungskataloges nach Grund- und Wahlleistungen
- hausärztliche Versorgung ausbauen, fachärztliche Versorgung stärken
- stabile Rahmenbedingungen für Krankenhäuser
- Definition guter medizinischer Versorgung und Transfer zum einzelnen Arzt
- Erhalt des gegliederten Versicherungssystems
- Vertrauen in die Zukunft schaffen – mit Mittelknappheit transparent umgehen
- Aufbau einer soliden Versorgungsforschung und Ausbau eines Nationalen Leitlinienprogramms im deutschen Gesundheitswesen unter Schirmherrschaft von Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Das durch eine Ressourcenknappheit bestehende Dilemma der Verteilungsgerechtigkeit

in der heutigen Versorgungsrealität darf allerdings nicht auf die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt übertragen werden. Der Hinweis auf das ethisch korrekte Verhalten des Arztes ersetzt nicht die Verantwortungsübernahme der Gesellschaft für fehlende oder fehlverteilte Ressourcen im Gesundheitswesen. Die Erfahrungen bei der Einführung der Disease Management Programme (DMP) lehren, dass aus rein ökonomischen Erwägungen die Versorgungsleistungen schleichend abgesenkt werden. Dies ist bereits die heimliche Rationierung!

Heimliche Rationierung aber schadet nicht nur den Patienten, sie zerstört auch das Vertrauen im Patienten-Arzt-Verhältnis und ge-

fährdet damit letztlich den gesellschaftlichen Konsens, der zwingend erforderlich ist, wenn unsere Sozialsysteme unter Beachtung von Solidarität, Subsidiarität, Verantwortung und Gerechtigkeit weiterentwickelt werden sollen. Deshalb ist Transparenz und der offen geführte gesellschaftliche Diskurs zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen unabdingbar. Die barmherzige Lüge ist keine Lösung.

Diesen Vortrag hielt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, auf der Abendveranstaltung des 13. Sächsischen Ärztetages am 27. Juni 2003.

Wahlbeteiligung an der Kammerversammlung Statistische Auswertung

Wahlperiode
2003/2007

Im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 5/2003, Seite 166 bis 174, wurden die Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003 bis 2007 veröffentlicht. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hatte sich anschließend für eine Analyse der Wahlbeteiligung ausgesprochen, um eventuelle Besonderheiten im Wahlverhalten der sächsischen Ärzte einer statistischen Auswertung zugänglich zu machen. Dabei kam es zu teilweise interessanten Ergebnissen, welche wir den Lesern des „Ärzteblatt Sachsen“ vorstellen möchten. Wir haben auch versucht, mögliche Ursachen für Unterschiede in der Wahlbeteiligung zu finden.

Wahlbeteiligung und Kriterien der Analyse

Von den 17.257 wahlberechtigten Ärztinnen und Ärzten des Freistaates Sachsen gaben 8.035 ihre Stimme ab. Das entspricht einer Wahlbeteiligung von insgesamt 46,56 %. Die Stimmbriefliste des Wahlkreises Stadt Görlitz stand für die statistische Erfassung nicht zur Verfügung.

Die Analyse der Wahl wurde nach folgenden Gesichtspunkten vorgenommen:

Wahlbeteiligung

- nach Geschlecht
- nach Altersgruppe
- nach Tätigkeit und Tätigkeitsgruppe sowie nach akademischem Grad der Stimmberechtigten und Wahlbeteiligten.

Die Auswertung der Ergebnisse wurde ausschließlich statistisch und anonym unter Beachtung des Datenschutzes vorgenommen. Weder Namen noch Adressen waren einbezogen. Ein Rückschluss auf Personen ist nicht möglich.

Ergebnisse

Zuerst einmal besteht ein Unterschied in der Wahlbeteiligung zwischen den sächsischen Ärztinnen und Ärzten (Abb. 1). 51,8 Prozent aller Ärztinnen beteiligten sich an der Wahl. Im Mittleren Erzgebirgskreis war die Wahlbeteiligung der Kolleginnen am höchsten: Sie betrug 62,3 Prozent. Dagegen haben nur 48,2 Prozent aller männlichen Kammermitglieder ihre Stimmberechtigung wahrgenommen. Die Kollegen der Stadt Dresden beteiligten sich mit 39,8 Prozent am geringsten. Dieser Unterschied in der Wahlbeteiligung zwischen den sächsischen Ärztinnen und Ärzten lässt durchaus den Schluss zu, dass sich die

Kolleginnen stärker für die standespolitische Arbeit und die Landesärztekammer im Freistaat Sachsen interessieren.

Wahlbeteiligung in den Altersgruppen

Die Wahlbeteiligung der Ärztinnen und Ärzte ist auch sehr stark altersabhängig. Vor allem jüngere Mediziner haben eher zurückhaltend von ihrem aktiven Stimmrecht Gebrauch gemacht (Abb. 2). Ärztinnen und Ärzte bis zum 39. Lebensjahr beteiligten sich signifikant geringer an der diesjährigen Kammerwahl. Die Ursachen dafür können vielfältig sein. Neben einem geringen Interesse an einer Ärztekammer scheint vor allem der Zeitfaktor eine große Rolle zu spielen. Die jungen Kolleginnen und Kollegen bis zum Lebensalter von 34 Jahren, die in der Mehrzahl in den Kliniken und Krankenhäusern zur Facharztweiterbildung arbeiten, haben entweder auf Grund der Arbeitsbelastung in Klinik und Praxis kaum Gelegenheit sich mit den berufs- und standespolitischen Problemen zu beschäftigen, oder sie haben familiär bedingt einen geringen Zeitfond. Gleichzeitig sind ihnen möglicherweise die bevorstehenden Probleme bezüglich der Facharztweiterbildung und die Auswirkungen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes der jetzigen Bundesregie-

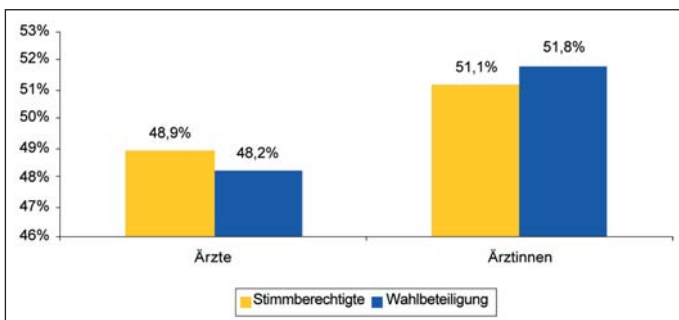


Abb. 1: Wahlbeteiligung nach Geschlecht

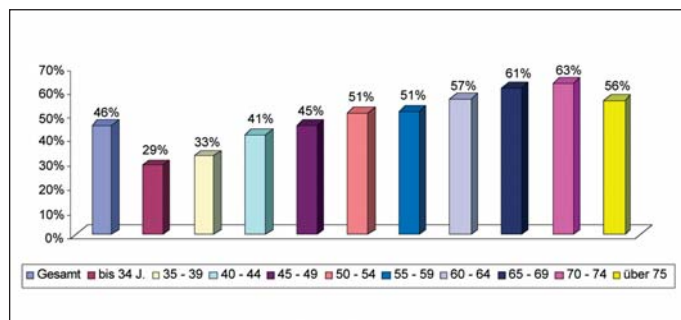


Abb. 2: Wahlbeteiligung nach Altersgruppen

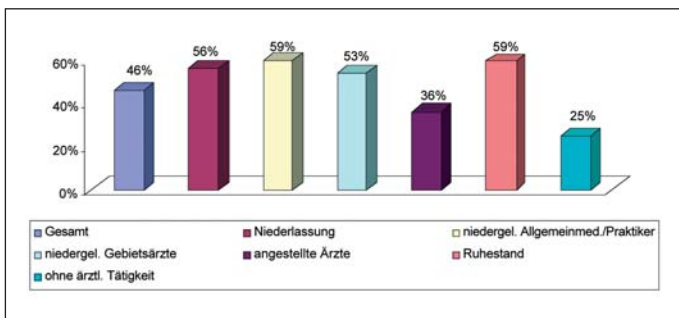


Abb. 3: Wahlbeteiligung innerhalb der Tätigkeitsgruppen

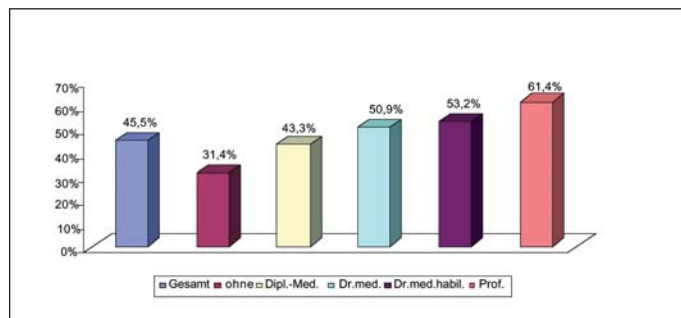


Abb. 4: Wahlbeteiligung nach akademischem Grad

rung nicht bewusst. Auch ein Bedürfnis ehrenamtliche Kammerarbeit zu leisten und sich für den Arztberuf als freien Beruf einzusetzen, ist scheinbar während der klinischen Tätigkeit noch nicht vorhanden.

Denkbar wäre es deshalb, Studenten der Medizin bereits im Studium über den Nutzen einer Ärztekammer zu informieren und sie so zur Mitarbeit zu motivieren. Die bereits bestehende intensive Zusammenarbeit des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer mit den Dekanen der Medizinischen Fakultäten der Universität Dresden und Leipzig ist dabei ein positiver Faktor.

Die ältere Kollegin und der ältere Arzt nach dem 60. Lebensjahr sind an der Kammerarbeit besonders interessiert. Ursache dafür könnte sein, dass sie den Aufbau einer Selbstverwaltung nach dem 2. Weltkrieg und nach der politischen Wende 1989 miterlebt haben. Sie wissen um die Freiheit nach einer Repressionszeit. Bei den Ärztinnen und Ärzten über dem 75. Lebensjahr nimmt die Wahlbeteiligung in geringem Maße wieder ab, sie liegt aber trotzdem noch um 28 Prozent höher als bei den jungen Ärzten unter 39 Jahren.

Wahlbeteiligung nach der Tätigkeit und innerhalb der Tätigkeitsgruppen

Signifikant weniger angestellte (36 Prozent) als niedergelassene Ärzte (56 Prozent) haben sich an der Kammerwahl 2003 beteiligt (Abb. 3). Dies kann mit dem Anstellungsverhältnis und der damit verbundenen scheinbaren Sicherheit zusammenhängen. Der berufliche und berufspolitische Leidensdruck der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken ist offenbar nicht so stark. Der angestellte Arzt ist von der aktuellen Berufspolitik weitgehend abgeschirmt. Er muss sich viel mehr mit seinen ärztlichen und kaufmännischen Vorgesetzten betont auseinandersetzen. Der niedergelassene Arzt hingegen spürt die sozialen, wirtschaftlichen und personellen Veränderungen durch politische Maßnahmen unmittelbar, was ihn wahrscheinlich veranlasst, sich stärker berufspolitisch für seinen Berufsstand einzusetzen.

Bei den Ärzten in eigener Niederlassung bestehen zusätzliche Unterschiede: Die niedergelassenen Allgemeinmediziner (59 Prozent) beteiligten sich stärker als die Gebietsärzte (53 Prozent) an der Kammerwahl. Eine intensive ärztliche und berufspolitische Zusammenarbeit zwischen den Klinikärzten und

den niedergelassenen Ärzten wird aber durch die Einführung der DRG immer zwingender und ist deshalb zu fördern.

Wahlbeteiligung nach dem akademischen Grad des Kammermitgliedes

Interessant sind die Ergebnisse zur Wahlbeteiligung auch im Hinblick auf den akademischen Grad der Wähler (Abb. 4). Die größte Wahlbeteiligung ist mit 61,4 Prozent bei den Professoren festzustellen. Es ist zu vermuten, dass mit steigender akademischer Graduierung der Mediziner mit der Berufspolitik in seiner Arbeit häufiger konfrontiert wird. Er erkennt die Wertigkeit und Notwendigkeit einer aktiven berufspolitischen Arbeit. Seine berufliche Erfahrung bringt er dann in die Berufs- und Standespolitik ein, und versucht in ehrenamtlicher Arbeit Lösungen auf Landes- und Bundesebene umzusetzen.

Dagegen haben sich nur 31,4 Prozent der Kollegen ohne akademischen Grad an der Wahl beteiligt. Für diese jungen Ärztinnen und Ärzte ohne akademischen Grad steht wahrscheinlich schwerpunktmäßig die Weiterbildung und akademische Profilierung im Vordergrund. Die junge Kollegin, der junge Kollege hat deshalb in den ersten Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit keine Zeit sowie wahrscheinlich kein Interesse für die Standespolitik und für die Kammerarbeit. Das vorrangige Ziel des Arztes nach seiner Approbation ist der Abschluss seiner Dissertation, die Weiterbildung auf einem speziellen Fachgebiet und die Gründung einer Familie. Alle diese Aufgaben lassen keinen Raum für ein aktives berufspolitische Engagement, wobei der Gang zur Wahlurne eigentlich kaum Zeit beansprucht.

In politisch unruhigen Zeiten und vor anstehenden Reformen ist eine aktive Berufsvertretung von besonderer Bedeutung. Eine solche Berufsvertretung, wie sie die Sächsische Landesärztekammer darstellt, kann die Gesamtinteressen des Berufsstandes nur durch eine aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder wirksam vermitteln und durchsetzen. Die Alternative zur Sächsischen Landesärztekammer wäre eine staatliche Zwangsverwaltung. Aus dieser Sicht ist eine aktive Wahlbeteiligung für die Standesvertretung zwingend und stellt dabei ein Minimum an berufspolitischer Aktivität dar. Und nur durch die Wahl können die sächsischen Ärzte ihre Vertretung bestimmen. In vier Jahren haben Sie wieder die Möglichkeit dazu.

diefenbach, kögler, klug, köhler

Ärztetreffen des Kreises Torgau-Oschatz 2003

21. 6. 2003



Die Teilnehmer des Ärztetreffens beim Besuch im Lapidarium des Schlosses Hartenfels. Foto: Brigitte Friedrich

Der Vorstand der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz hat am 21. Juni 2003 die niedergelassenen und stationären Ärztinnen und Ärzte mit ihren Angehörigen zu einem Ärztetreffen nach Torgau – die Stadt der Renaissance und der Reformation – eingeladen.

Der Vorsitzende der Kreisärztekammer Torgau-

Oschatz, Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Friedrich, und das Vorstandsmitglied, Dr. med. Frank Henjes, begrüßten auf dem Hof des Schlosses Hartenfels in Torgau über 80 Teilnehmer.

Der Besuch des Torgauer Museumspfades begann mit einem Einführungsvortrag über die

Stadt- und Kulturgeschichte von Herrn Dr. Jürgen Herzog, Vorsitzender des Torgauer Geschichtsvereins, und mit einem Orgelkonzert von Herrn Kammermusikdirektor Ekkehard Saretz in der evangelischen Schlosskirche. Der nachfolgende Rundgang durch den Schlosshof, der Kursächsischen Kanzlei, dem Lapidarium und der Blick vom Hausmannsturm des Schlosses Hartenfels vermittelte Geschichte zum Erleben und Genießen.

In zahlreichen Tischgesprächen im Restaurant Rosengarten von Torgau fand ein reger Gedankenaustausch der Torgauer und Oschatzer Ärztinnen und Ärzte über die Vernetzung ambulanter und stationärer medizinischer Strukturen unseres ländlichen Versorgungsgebietes und über die gesundheitlichen Versorgungsprobleme im Kreis Torgau-Oschatz durch den zu erwartenden Ärztemangel in den niedergelassenen Arztpraxen und Kliniken statt.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Friedrich
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Torgau-Oschatz

Seniorenflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

21. 6. 2003



Historischer Kursaal

Pünktlich zum Sommeranfang erlebten 210 Seniorinnen und Senioren der Kreisärztekammer Stadt Leipzig, zum Teil mit ihren Partnern, einen schönen, interessanten Ausflug nach Bad Lauchstädt. Bei strahlendem, dabei nicht zu heißem Sommerwetter ging es mit vier Bussen in das historische Kurbad.

Die Linden dufteten im gepflegten kleinen Kurpark. Vor dem Mittagessen im historischen Kursaal gab eine Mitarbeiterin der Museumsabteilung einen fundierten und kurzweiligen Überblick, die Geschichte des Kurbades betreffend. Danach erlebten wir im historischen Goethe-theater die Aufführung der Mozart-Oper

„Titus“, die bereits anlässlich der Eröffnung des Theaters im Jahre 1802 in Goethes Anwesenheit gespielt wurde.

Ausgezeichnete Solisten der Oper Halle begeisterten, besonders der Tenor Nils Giesecke in der Titelrolle sowie Ulrike Schneider in der Hosenrolle des Sesto.

Auf Grund der gestiegenen Seniorenzahl und der verfügbaren finanziellen Mittel der Kreisärztekammer der Stadt Leipzig trug jedes Mitglied der Kreisärztekammer die Kosten für die Theaterkarte selbst.

Nach der Aufführung berichtete eine weitere Mitarbeiterin der Museumsabteilung Interessantes aus den zwei Jahrhunderten der Existenz des Goetheaters.

Im Abendsonnenschein konnten noch drei historische Pavillons im Kurpark in Augenschein genommen werden, ehe die Busse wieder gen Leipzig fuhren.

Dr. med. habil. Mechthild Gottschalk

Hygiene aktuell

Sächsische Impfkommision beschließt Einführung der Varizellen- und Meningokokkenimpfung C als Standardimpfung

Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hat in ihrer 21. Sitzung am 21.03.03 die Erweiterung der „Impfempfehlungen E1“ vom 2.9.1993, Stand 01.01.2003 (Veröffentlichung Beilage Ärzteblatt Sachsen 1/2003) zum 01.07.2003 beschlossen.

Es sind als Standardimpfungen (S) die Varizellenimpfung aller Kinder im 2. Lebensjahr mit negativer Varizellenanamnese und die Meningokokken C-Impfung mit konjugiertem Impfstoff aller Kinder ab 3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr sowie die postexpositionelle Impfung gegen Meningokokken C bei Herdausbrüchen als Aufgabe des ÖGD aufgenommen worden.

Die Erweiterung des Impfkalenders ist fachlich begründet und dient der Rechtssicherheit des Impfarztes (Schaffung der Voraussetzung für „Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden“ § 60 f IfSG), obwohl die gesetzlichen Krankenkassen die Übernahme der Kosten trotz mehrfacher eingehender Beratungen bisher abgelehnt haben.

Es wird empfohlen, diese Impfungen als „individuelle Gesundheitsleistungen (IGL)“ abzurechnen und den Impfstoff auf Privatrezept zu verordnen. Es ist den Versicherten unbenommen, diese Rechnungen zur Rückerstattung der Kosten ihrer Krankenkasse zuzuleiten. Die notwendigen rechtlichen Veränderungen sind erfolgt bzw. eingeleitet.

In der E1 vom 01.01.2003 sind wörtlich zu ergänzen:

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anmerkung (Packungsbeilage/ Fachinformationen beachten)
Seite 13: S	Meningokokken-Infektionen (Gruppe C)	Alle Kinder und Jugendlichen ab 3. Lebensmonat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.	Mit konjugiertem Impfstoff (Impfschema des Herstellers beachten). Zurzeit keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.
Seite 14: P	Meningokokken-Infektionen (Gruppen A, C, W135, Y)	Chemoprophylaxe für enge Kontaktpersonen zu einem Fall einer invasiven Meningokokken-Infektion (außer für Schwangere) und aktive Impfung mit konjugiertem Impfstoff (nur bei Serogruppe C).	Empfehlungen zur Chemoprophylaxe bei bakteriellen Meningitiden in der „Richtlinie zur Verhütung und Bekämpfung der Meningokokken- und Haemophilus influenzae b-Meningitis im Freistaat Sachsen“ beachten.
Seite 19: S	Varizellen	Alle Kinder im 2. Lebensjahr mit negativer Varizellenanamnese.	Zur Zeit keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.

- Aufnahme als Regelimpfung/Standardimpfung in die VwV Schutzimpfungen, vom 4. Juni 2003, (Sächs. Amtsblatt Nr. 26 vom 26. Juni 2003, S. 590-592)
- Aufnahme der Meldepflicht von Varizellen trotz Impfung in die IfSGMeldeVO vom 03.06.2002.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter) und die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) übernehmen die notwendige epidemiologische Begleitung (epidemiologische und molekularbiologische Ermittlungen

und Diagnostik von sogenannten „Impfdurchbrüchen“ und evtl. Impfkomplicationen; Überwachung der Veränderungen der Varzellenepidemiologie u. a.).

Fachliche Begründung der Varizellenimpfung als Standardimpfung im 2. Lebensjahr:

Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV) hat in ihrem Fachausschuss „Varizellen“ drei Projekte durchgeführt und darüber ausführlich berichtet (z.B. P. Wutzler, A. Neiß, K. Banz, A. Tischer im Deutschen Ärzteblatt Jg. 99, Heft

15 vom 12.04.2002). Es soll deshalb hier nur ein kurzer Überblick gegeben werden.

Varizellen (Windpocken) gelten allgemein als mildverlaufende exanthematische Erkrankung im Kindesalter. Dabei werden die oft schweren Verlaufsformen bei Erwachsenen und bei Immunsupprimierten, die Komplikationen in der Schwangerschaft (congenitales Varizellensyndrom und schwerste Verlaufsform bei Neugeborenen) evtl. mit Todesfolge übersehen. Auch werden die Komplikationen in 5,7 % der Fälle (bakterielle Superinfektion der Haut, der Schleimhäute, Atemwegserkrankungen in Form von interstitieller Pneumonie, cerebelläre Ataxie und Encephalitis) sowie in 16,3 % schwere klinische Symptomatik bei Kindern als „normal“ sowohl von Eltern als auch manchen Ärzten angesehen, obwohl sie vermeidbar sind: Kinder haben eben keine Lobby, auch nicht im reichen Deutschland. Darüberhinaus ist die Verhütung von Varizellen bei allen Kindern (es erkranken bis zum 9. Lebensjahr 90 % aller Kinder, mithin 760 000 jährlich in Deutschland und 30 000 im Freistaat Sachsen) von erheblichem gesellschaftlichem und ökonomischem Interesse. Laut IfSG § 34 dürfen Personen, die an Windpocken erkrankt oder dessen verdächtig

sind, Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht zu befürchten ist. Dagegen wird z.Z. von Eltern und vielen Ärzten gröblichst verstoßen. In steigendem Maße fordern Eltern, die auf die Betreuung ihrer Kinder in einer Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Kindergarten) während ihrer Berufstätigkeit angewiesen sind, Sicherheit vor einer in der Einrichtung übertragbaren Erkrankung oder Schadensersatz (Begleichung des Lohnausfalls). Auch ist ein erheblicher gesamtwirtschaftlicher Nutzen durch Wegfall der Kosten des Arbeitsausfalles zu verzeichnen. Für Sachsen sind nach 5-jähriger Laufzeit bei einem angenommenen Durchimpfungsgrad von 85 % Nettoeinsparungen von 0,6 Mill. (diskontiert) bzw. 1,4 Mill. (undiskontiert) errechnet worden. Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen haben ebenfalls erklärt, dass die Kosten für Impfstoff und Impfung in der gleichen Größenordnung liegen wie die Behandlungskosten. Aussagen über alle Einsparungen durch Wegfall des Arbeitsausfalls oder gar Produktionsausfalls sind den GKK nicht möglich. Sie fühlen sich auch nicht als (alleiniger) Kostenträger von Maßnahmen, die im gesamtgesellschaftlichen

Interesse liegen müssten. Durch die DVV wurden im Mittel 1,31 Tage Arbeits- und Produktionsausfall pro Varizellenfall ermittelt. Die genannten Gründe und Ziele der Varizellenimpfung sind nachstehend zusammengefasst und sollten jeden Arzt und alle Eltern zur Impfung motivieren.

1. bei ≥ 18 -Jährigen (Erwachsenen) schwerere klinische Verlaufsformen
2. bei Immunsupprimierten schwerere klinische Verlaufsformen, evtl. Tod
3. kongenitales Varizellensyndrom
4. schwere klinische Verlaufsform der Varizellen bei Neugeborenen, evtl. Tod
5. Herpes Zoster - Frequenz senken
6. Verhütung der Varizellen bei allen Kindern
7. Einsparungen bei den Krankenkassen und gesamtgesellschaftlich

Erfahrungen aus den USA, die seit Mitte der 1990er Jahre die Varizellenimpfung für alle Kinder empfohlen haben, belegen die große Effektivität des Programmes hinsichtlich Individualprophylaxe und Herdimmunität.

Fachliche Begründung der Meningokokken C-Impfung bis zum 18. Lebensjahr:

In Deutschland erkranken seit Jahrzehnten unverändert jährlich 750 – 850 zumeist Kin-

Tabelle 1

Erkrankungen durch Meningokokken in Deutschland

Jahr	Erkrankungen		Sterbefälle		Anteil wichtiger Typen (in %)		Hochrechnung (Fälle)	
	Meningitis abs.	pro 100 000	abs.	Let. in %	Anteil Typ C	Anteil Typ B	Typ C	Typ B
1990	877	1,10	89	10,1	32	68	279	598
1991	810	1,01	100	12,3	20	76	160	616
1992	818	1,02	76	9,3	27	67	223	548
1993	769	0,96	82	10,7	21	76	161	581
1994	705	0,87	81	11,5	21	73	149	515
1995	651	0,80	63	9,7	12	85	79	550
1996	687	0,84	76	11,1	23	70	159	479
1997	814	1,00	74	9,1	25	70	201	573
1998	732	0,89	68	9,3	19	77	138	565
1999	718	0,88	42	5,8	21	74	151	531
2000	756	0,93	50	6,6	21	71	162	536
2001	782	0,96	53	6,8	22	68	156	516
2002	734	0,90	-	-	29	65	213	477

Meningitis C-Todesfälle England & Wales 1998/1999 - 2001/2002 < 20-Jährige und > 20-Jährige

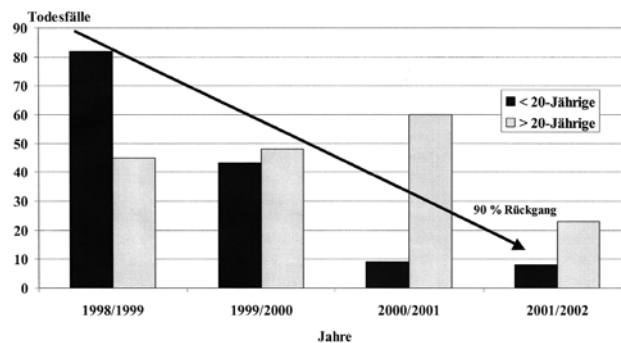


Abbildung 1

der und Jugendliche an Meningokokkensepsis oder Meningitis; 50-80 versterben an der perakuten Erkrankung (Tabelle 1). Davon wären bereits jetzt (2002) 29 % = 213 Erkrankungen durch eine generelle Impfung mit dem jetzt verfügbaren konjugierten Meningokokken-C-Impfstoff vermeidbar. Hinzu kommt die Tatsache, dass Meningokokken-erkrankungen durch den Typ C eine wesentlich höhere Letalität als die durch Serotyp B verursachten aufweisen (bis 19,8 % versus 5-10 %). Zwei Todesfälle an Meningokokkensepsis-/meningitis-C in jüngster Zeit in Sachsen waren für die Sächsische Impfkommision Anlass, dem Beispiel anderer Staaten der Europäischen Union (Großbritannien, Irland, Spanien, Belgien, Niederlande) zu folgen, und die Meningokokken-C-Impfung mit konjugiertem Impfstoff als Standardimpfung in den Impfkalender aufzunehmen:

Ein 6-jähriges Mädchen aus dem Kreis Aue erkrankte am 19.12.02 perakut, wurde vom Notarzt in das Klinikum Aue eingewiesen und verstarb trotz Intensivtherapie am gleichen Tag an einem Waterhouse-Friderichsen-Syndrom. In der Blutkultur Nachweis von *Neisseria meningitidis*, Serogruppe C.

Ein 13-Jähriger Junge aus dem Kreis Kamenz erkrankte am 08.03.03 akut und wurde vom Notarzt am 09.03. nachts 2.00 Uhr auf die Intensivstation des Krankenhauses Dresden-Neustadt eingewiesen. Er verstarb ebenfalls am gleichen Tag 11.00 Uhr an einem klassischen Waterhouse-Friderichsen-Syndrom. Bei der Obduktion und in der Blutkultur Nach-

weis von *Neisseria meningitidis* der Serogruppe C.

Dem häufig geäußerten Argument, die Inzidenz der Meningokokken-erkrankungen in Deutschland sei wesentlich geringer als in den vorstehend genannten Ländern, die diese Impfung in ihre Impfprogramme integriert haben (1 versus 3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr), muss unsere territoriale Analyse nach Kreisen des Freistaates Sachsen entgegengehalten werden. Der Mittlere Erzgebirgskreis (MEK) und der Vogtlandkreis (V) hatten im Jahr 2002 eine Inzidenz von 3,2 bzw. 3, mithin die gleiche Erkrankungshäufigkeit wie in England.

Da die altersspezifische Inzidenz besonders kleinstkinder- und jugendwendig ist, muss die Impfung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen (Erkrankungshäufigkeiten 1997-2002 im Freistaat Sachsen pro 100.000 der Altersgruppe und Jahr: < 1 Jahr: 15 – 20; 1 – <5 Jahre: 5 – 10; 5 – <15 Jahre: 3 – 5; 15 – <25 Jahre: 5 – 10; > 25 Jahre: <1). Diese Forderung ist für das Säuglingsalter etwas zu relativieren, weil der Anteil der Serogruppe C bei Infektionen < 1. Lebensjahr nur ein Drittel bis halb so hoch ist wie im Kleinkinder- und Jugendalter (10 – 12 % versus 25 – 30 %). Die sehr guten Erfahrungen aus England und Wales der Jahre 1998/99 bis 2001/02 mit einer Senkung der Morbidität von Meningokokken C-Erkrankungen um 90 % sollten uns auch in Deutschland Vorbild sein (Abbildung 1)

Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in der Neufassung der „Emp-

fehlung zur Verhütung und Bekämpfung invasiver Meningokokken- und *Haemophilus influenzae* Typ b-Erkrankungen einschließlich Meningitiden im Freistaat Sachsen“ Stand Juli 2003, die Meningokokken C-Impfung neben der Chemoprophylaxe in das Herd- und Bekämpfungsprogramm als Aufgabe der Gesundheitsämter aufgenommen wurde (Text: www.ghuss.de → Infektionsschutz im Freistaat Sachsen → Meningokokken- und *Haemophilus influenzae*-Meningitis).

Zur Hilfestellung für die Aufklärung der Eltern über diese zwei „neuen“ Impfungen empfehlen wir die geringfügig modifizierten Aufklärungsblätter des Deutschen Grünen Kreuzes oder anderer Autoren (Text siehe www.ghuss.de → Impfen → Aufklärung VZV, Meningokokken).

Die Sächsische Impfkommision
(Prof. Dr. med. habil. Bigl – Vorsitzender,
PD Dr. med. habil. Borte, Dr. med. Gottschalk,
Dr. med. Hoffmann, Dr. med. Kirsch,
Prof. Dr. med. habil. Leupold, Dr. med. Oettler,
PD Dr. med. habil. Prager, Dr. med. Reech,
Dr. med. Zieger)

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

Projekt „Ärztendienst für Ausländer“

Der Sächsische Ausländerbeauftragte bittet um folgende Bekanntmachung:

Ein häufiges Problem, besonders bei Flüchtlingen, sind psychische Erkrankungen, Angst- und gewisse Zwangsstörungen sowie Depressionen. Bei der Behandlung dieser Erkrankungen ist es unerlässlich, dass der behandelnde Arzt zum Einen eventuelle Besonderheiten des entsprechenden Kulturkreises kennt und zum Anderen, dass eine gute sprachliche Verständigung möglich ist. Aber auch bei anderen Erkrankungen ist eine ausreichende sprachliche Verständigung von Nöten.

Aus diesem Grund möchte ich eruiieren, ob und gegebenenfalls wie viele Ärzte es in Sach-

sen gibt, die Fremdsprachen beherrschen. Ziel soll sein, eine Zusammenstellung von Ärzten zu bekommen, welche Fremdsprachen beherrschen, um in Einzelfällen Migranten bzw. Ausländern einen entsprechenden fremdsprachigen Arzt empfehlen zu können. Eventuell soll die Liste auch im Internet Interessierten zur Verfügung gestellt werden. Gute Erfahrungen hat der Sächsische Ausländerbeauftragte bereits mit dem sogenannten „Anwaltsnotdienst für Ausländer“ gemacht.

Der Sächsische Ausländerbeauftragte bittet interessierte Ärzte, sich mit Namen, Anschrift und Telefonnummer sowie mit Angabe der ent-

sprechenden Sprachkenntnisse bzw. Angebote bei ihm zu melden:

Der Sächsische Ausländerbeauftragte, Herr Heiner Sandig, Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden, Tel.: (03 51) 4 93 51 71/77, Email: Fanja.Frenzel@slt.sachsen.de.

Grundlage für die Tätigkeit des Sächsischen Ausländerbeauftragten ist das Gesetz über den Sächsischen Ausländerbeauftragten vom 9. März 1994, wonach er die Aufgabe hat, die Belange der in Sachsen lebenden Ausländer zu wahren und zu vertreten.

Heiner Sandig

13. Sächsischer Ärztetag

Ergänzungen und Korrekturen
„Ärzteblatt Sachsen“ Heft 7/2003

Seite 320:

Von den 88 anwesenden Mandatsträgern votierten 84 für Herrn Prof. Dr. Schulze bei einer Gegenstimme und drei Stimmenthaltungen. Herr Professor Dr. Schulze nahm die Wahl mit den Worten „ich werde weiterhin für eine geeinte Ärzteschaft in Sachsen meine ganze Kraft einsetzen und bündeln“ sichtlich gerührt unter langanhaltendem Beifall an.

Dieses Wahlergebnis bedeutet Vertrauensbeweis und Anerkennung für die vier Jahre Kammerarbeit.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer verabschiedete und würdigte auf der 1. Vorstandssitzung der Legislaturperiode 2003/2007 am 9.7.2003 den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Günter Bartsch, und den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Wolf-Dietrich Kirsch, der Wahlperiode 1999-2003.

Herr Dr. Günther Bartsch stellte sich aus eigenem Entschluss nicht mehr zur Wahl für das Amt des Vizepräsidenten in der neuen Wahlperiode 2003 bis 2007.

Seite 322:

In den Ausschuss „Ärzte im Öffentlichen Dienst“ wurden gewählt:

Dr. med. Rudolf Marx, Mittweida
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Wilfried Oettler, Dresden
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Regina Petzold, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, R
Dr. med. Reinhard Schettler, Niederdorf
FA für Arbeitsmedizin,
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Regine Krause-Döring, Grimma
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen,
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dipl.-Med. Ilona Grabe, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Ulrike Thieme, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Sylvia Hebestreit, Niederdorf
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, A

Seite 323:

In den Ausschuss „Ärztliche Ausbildung“ wurden gewählt:

Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich, Dresden
FA für Kinder- und Jugendmedizin, R
Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Friedemann Reber, Dresden
Arzt in Weiterbildung, A
Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Jan Gummert, Leipzig
FA für Herzchirurgie, A
Dr. med. Axel-Rüdiger Jendral, Dresden
FA für Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern, Glauchau
FA für Chirurgie, A
Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter, Dresden
Studiendekan Dresden, A
Dr. med. Antje Bergmann, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, A
Dr. med. Uwe Krause, Grimma
FA für Anästhesie, A

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Hiermit möchten wir Sie zu unserem nächsten Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden einladen. Nach unserem letzten auswärtigen Termin im Ständehaus treffen wir uns diesmal **am 3. September 2003, 15.00 Uhr**, wie gewohnt im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Nach Besichtigung von Architektur, Stadtgeschichte und Reiseberichten ist für diese Veranstaltung nun eine szenische Lesung nach Erich Kästners „Als ich ein kleiner Junge war“ mit dem Theater Seniors Dresden geplant. Gleichzeitig dient der Termin der Registrierung zur diesjährigen Ausfahrt unseres Krei-

ses. In diesem Jahr entführen wir Sie in die nähere Umgebung und erkunden nach Transfer mittels „(Straßenbahn)Zug nach Kötzschenbroda“ zunächst das neu gestaltete Staatsweingut Schloss Wackerbarth. Ein gemeinsames Kaffeetrinken ist im „Hotel Zum Goldenen Anker“ vorgesehen. Im Anschluss bietet sich Gelegenheit für den Besuch des ebenfalls rekonstruierten Dorfkerns von Altkötzschenbroda. Sie sind mit Ihrem Partner zu beiden Veranstaltungen recht herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Eintragung in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht

PR 23 – 01.07.2003: **Partnerschaft Sven Schirbock, Facharzt für Orthopädie, Kristin Schirbock, Physiotherapeutin, (Marchlewskistraße 1, 08056 Zwickau).** Die Part-

nerschaft ist aufgelöst. Die Liquidatoren Sven Schirbock, 24.03.1965, Facharzt für Orthopädie, Zwickau OT Rottmannsdorf und Kristin Schirbock, 14.02.1972, Physiotherapeutin, Zwickau OT Rottmannsdorf vertreten die Gesellschaft gemeinsam.

jgf

Ausstellung

**Samariter – Arzt und Patient
in der Kunst
Grafische Arbeiten
aus der Sammlung des
Instituts für Geschichte der Medizin
der Technischen Universität Dresden
und aus Hamburger Privatbesitz
bis 15. September 2003**

Gesprächsabend
Donnerstag, 14. August 2003, 19.30 Uhr
Einführung: Prof. Dr. med. habil.
Albrecht Scholz, Dresden

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die **Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer** ist aus Urlaubsgründen in der Zeit **vom 18. bis 22. 8. 2003 und vom 3. bis 12. 9. 2003 nicht besetzt.**

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 8267411, zur Verfügung.

O. Riha

Das Arztbild in der Bevölkerung



Frau Prof. Riha auf dem 13. Sächsischen Ärztetag

Im Mai dieses Jahres wurde eine Allensbach-Umfrage veröffentlicht, in der zum wiederholten Male der Beruf des Arztes als derjenige genannt wurde, vor dem die Deutschen mit großer Mehrheit, nämlich zu 72%, die meiste Achtung haben. Alle anderen Tätigkeiten folgen mit weitem Abstand: An zweiter Stelle wurde mit 36% der Pfarrer genannt, Hochschulprofessor, Rechtsanwalt und Unternehmer folgen mit je rund 30%, Lehrer, Ingenieur, Apotheker und Diplomat mit je rund 25%, und zu ergänzen ist, dass Politiker und Gewerkschaftsführer abgeschlagen nur von 8 bzw. 7% der Befragten respektiert werden. Den Allensbach-Jahrbüchern sind noch weitere für das Arztbild ähnlich günstige Ergebnisse zu entnehmen: Bei einer Umfrage zu Traumberufen (1997) rangiert die Antwort „Arzt“ mit 16% deutlich vor Fußballer, Rennfahrer, Topmanager, Schauspieler usw., die jeweils von etwa 10% der Befragten favorisiert werden. Auch decken sich die Vorstellungen von Allgemeinheit und Ärzteschaft weitgehend bezüglich der Eigenschaften eines „guten Arztes“ (Zahlen vom Januar 1999): Fachkompetenz spielt die größte Rolle (von 59% spontan genannt), es folgen traditionelle Elemente des ärztlichen Ethos, wie die Fähigkeit zum Zuhören (49%), Vertrauenswürdigkeit (31%), Einfühlungsvermögen (21%) und Gewissenhaftigkeit (13%).

Sie hätten nun aber nicht dieses Thema gewählt, wenn es mit diesen schmeichelhaften Zahlen erschöpft wäre. Was zunächst zu denken gibt, ist die starke Divergenz hinsichtlich der gemachten Erfahrungen, bei denen die negativen überwiegen. Wurde nämlich nicht nach den Wunschvorstellungen, sondern nach den tatsächlichen Eindrücken gefragt, so konzidieren rund drei Viertel der Befragten (72%), dass der Arztberuf anstrengend ist, was sich bei 63% als erlebter Zeitmangel niederschlägt.

Wenn dann aber fast die Hälfte (44%) das Unterbleiben von Erläuterungen zur Behandlung beklagt, so ist das eine dramatische Zahl, die man kaum glauben mag. Dazu würde allerdings passen, dass bloß genau ein Drittel sich „menschlich“ behandelt fühlte und den Eindruck hatte, dass die Ärzte auf sie eingehen. Über ein Viertel vermisste ausdrücklich das als so wichtig eingestufte Einfühlungsvermögen (27%), ein gutes Fünftel (22%) fand die Ärzte herablassend. Nun neigen viele Menschen bei Befragungen eher zum Negativen und sparen an Lob, doch gibt es zu denken, dass angesichts der gestützten Antwortauswahl nur knapp die Hälfte die behandelnden Ärzte als vertrauenswürdig einstufte (45%) und meinte, dass die behandelnden Ärzte technisch und medizinisch auf dem neuesten Stand seien (47%).

Es existiert also eine bemerkenswerte Kluft zwischen entworfenem Ideal und erlebter Wirklichkeit. Die größten Defizite auf ärztlicher Seite liegen offenbar im kommunikativen Bereich. Hier gilt es einerseits systematisch zu sensibilisieren und andererseits selbstreflexiv an sich zu arbeiten. Zweitens wird deutlich, dass Patienten wenig Verständnis für Wartezeiten, Hektik und Abfertigung „am Fließband“ haben. Niemanden interessieren Arbeitszeitmodelle, personelle Engpässe oder Unwägbarkeiten im Ablauf durch Notfälle. Wer als Arzt darob einen gestressten Eindruck macht, wirkt nicht souverän. Das heißt, dass eine Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses durch Verbesserungen im organisatorischen Bereich zu erzielen ist. Plädieren möchte ich darüber hinaus insbesondere für einen sorgsamen Umgang mit Sprache. So gut wie jeder Arztbesuch endet mit einem Rezept; eine Motivation, die verschriebenen Medikamente auch einzunehmen, ist jedoch nicht gegeben, wenn die Rezeptübergabe mit den Worten erfolgt „Wir probieren jetzt einmal ...“. Leichtfertiges Reden untergräbt das als Vorschuss ja vorhandene Vertrauen in die ärztliche Fachkompetenz: Der „Wissende“ „probiert“ nicht, sondern er „weiß“, dass es genau das Richtige ist.

Viele Ärzte assoziieren „sprechende“ Medizin mit Psychosomatik oder Psychiatrie und Daten in Form von Zahlen erscheinen ihnen heute verlässlicher als Worte. Das liegt sicher am gewaltigen technischen Fortschritt, es liegt aber auch zu einem guten Teil daran, wie wir

unseren Nachwuchs erst auswählen und dann ausbilden. Die jetzt wieder abgeschafften Medizinertests belohnten lange naturwissenschaftliche, nicht sprachliche Begabungen. Ganze vier Semester lang – und die neue Approbationsordnung ändert daran nicht viel – suggerieren wir dann an der Universität den Studierenden, dass Medizin eine Naturwissenschaft sei, und wir haben das bisher im ersten „klinisch“ genannten Ausbildungsjahr mit minimalen Kontakten zu den ersten „echten Patienten“ noch einmal untermauert. Das eigentliche Studium der Medizin mit systematischer Vorstellung der einzelnen Fächer dauerte gegenüber dieser sechssemestrigen naturwissenschaftlich-technischen Einführung nur vier Semester. Was die neue Ausbildungsordnung oder die vielerorts eingerichteten Reformstudiengänge bringen, wird sich erst in einigen Jahren zeigen. Die jetzige Ärztegeneration bringt jedenfalls einen sehr technokratischen Eindruck von Medizin mit, ohne dass Grund bestünde, über fehlendes Fachwissen zu klagen. Wenn jedoch bei einem relativ hohen Anteil der Umgang mit kranken Menschen den eigenen Neigungen und Begabungen nicht hundertprozentig entgegen kommt und wenn noch dazu die Kranken, mit dem, was ihnen – ganz „korrekt“ – an Hochleistungsmedizin angeboten wird, nicht zufrieden sind, werden aus diesen Personen Zyniker, auch wenn sie fachlich kompetent sind. Das merken wiederum die Patienten, wie die Umfragen zeigen. Nicht umsonst wird im Deutschen der feine Unterschied gemacht zwischen „Mediziner“ und „Arzt“, und nicht umsonst heißt es im hippokratischen Schrifttum (‘Das Gesetz’ bzw. ‘Lex’): „Was die Ärzte betrifft, so sind es viele, die so bezeichnet werden, nach ihrem Tun sind es ganz wenige.“ Und einige Zeilen später lesen wir: „Als erstes von allem bedarf es der natürlichen Begabung, denn wenn die Natur entgegensteht, ist alles vergeblich. Wenn aber die Natur den Weg zum Geeigneten zeigt, dann wird die Wissenschaft erfolgreich gelehrt.“ Die schon lange unbefriedigende Situation hat sich zugespitzt: Es tritt noch die Frustration über den in den letzten Jahren explodierenden Anteil an Verwaltungsarbeit sowie über die relativ geringe Bezahlung dazu (auch der Schichtbetrieb ist ja ein Novum und die Niederlassung wenig verlockend), deshalb wechseln viele Absolventen den Beruf oder das Land. Zwischen einem Drittel und der Hälfte des teuer ausgebildeten Nachwuchses kommt

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Carl-Sudhoff-Institut

nicht im Arztberuf an, und das dürfte so bleiben, wenn nicht wenigstens im Bereich der Verwaltungsaufgaben (Formulare, Verschlüsselung, Dateneingabe usw.) eine Entlastung der Ärzte geschaffen wird.

Die skizzierte Entwicklung spiegelt sich auch in einer differenzierteren Betrachtung der eingangs zitierten Statistik zu den „Traumberufen“. Unterscheidet man nämlich die Antworten nach Geschlecht, so wird „Arzt“ nur von 8% der jungen Männer, dagegen „Ärztin“ von 23% der jungen Frauen genannt. Fußballer (20%), Pilot (18%), Rennfahrer (17%) und Topmanager (14%) sind weit attraktivere Männerträume, die Reputation und Geld versprechen. Frauen achten dagegen kaum auf Karrierechancen oder Verdienstmöglichkeiten, sondern wählen aus Neigung zu zwischenmenschlichen Kontakten und aus sozialem Engagement. Die hohe und in diesem Studienjahr von 50 auf 60% gestiegene Frauenquote unter den Anfängern trägt jedoch auch zum Ärztemangel bei: Der Arztberuf ist heute wegen der zeitlichen Belastung und fehlender Kinderbetreuung so schwer mit einer Familie unter einen Hut zu bringen, dass viele Frauen ausweichen, pausieren oder sich andere Tätigkeitsfelder suchen. Außerdem merken sie beim Eintritt ins Berufsleben, in der Regel im Praktischen Jahr, dass ihnen der Zeitdruck sowie der Druck der Klinikhierarchie und der Konkurrenz nicht die erwarteten Möglichkeiten lassen, dem selbst gestellten Anspruch an Mitmenschlichkeit und Kommunikation gerecht zu werden. Junge Ärztinnen, gerade die für die genannten Probleme empfänglichen, stehen nur zu oft vor der Alternative „Anpassung und Selbstaufgabe“ oder „Rückzug“. Ich würde mich freuen, wenn Vorträge wie dieser leitende Ärzte für das Problem sensibilisieren und dazu ermuntern könnten, den jungen Kolleginnen den Rücken zu stärken und sie gezielt zu fördern.

Doch kommen wir auf die Umfragen zu den Erfahrungen mit Arztkontakten zurück. Eine Allensbach-Erhebung vom Januar 1999 weist auf einen dritten Aspekt: Die Patienten sind zu einem hohen (wahrscheinlich bald noch steigenden) Anteil misstrauisch und haben Angst, zu kurz zu kommen. Sie befürchten, dass man ihnen – ohne es ihnen zu sagen – aus Kostengründen etwas vorenthält. Nur 13% halten die sie behandelnden Ärzte für selbstlos, ein Drittel dagegen meint, Ärzte

dächten nur ans Geld (32%) und verdienten sowieso zu viel (30%), über die Hälfte (52%) ist von einer bevorzugten Betreuung der Privatpatienten überzeugt. Die in den Medien breit dargestellten Vorfälle um ärztlichen Abrechnungsbetrug, Bestechlichkeit und Vorteilsnahme mögen das Ihre zu diesem negativen Image beitragen, sie geben aber m. E. nicht den Ausschlag. Es scheint mir eher eine Mischung aus systematisch geschürtem Neid gegenüber sog. „Besserverdienenden“ und aus ebenfalls systematisch geschürter Angst vor sog. „sozialer Kälte“ dahinter zu stehen. Als Arzt sollte man bei seinen Patienten mit einer solchen Haltung rechnen und sie ggf. gezielt darauf ansprechen. Ganz beseitigen wird man das stets unterschwellige Unbehagen, dass jemand mit der Not anderer Leute Geld verdient, jedoch nicht.

Paradoxerweise beklagt ebenfalls ungefähr ein Drittel der Befragten ein Zuviel an medizinischen Leistungen (Allensbach-Institut, August 2000): Es würden zu schnell zu starke Medikamente verschrieben (37%), die Nebenwirkungen brächten neue Probleme (26%) und es kämen zu viele Apparate zum Einsatz (28%). Noch höher liegt der Prozentsatz derer, die über die falschen medizinischen Leistungen klagen. Rund die Hälfte aller Testpersonen glaubt, es würden nur Symptome behandelt (51%), die Seele komme zu kurz (44%) und es fehlten Angebote an alternativen Heilverfahren (45%) bzw. Naturheilmitteln (37%). „Ganzheitlichkeit“ vermissen 39% und 19% schieben dies auf die zu ausgeprägte Spezialisierung in der Medizin. Dabei haben fast zwei Drittel noch nie (61%), ein knappes Drittel nur ein- bis zweimal (29%) die sog. „Schulmedizin“ hilflos erlebt, nur einer Minderheit konnte „mehrmals“ nicht geholfen werden (9%, Angaben vom Januar 1999). Wie soll man das merkwürdige Ergebnis deuten, dass erfolgreich behandelte Patienten sich falsch behandelt fühlen? Ich habe hier vor einem Jahr von einer Kultur der Technikfeindlichkeit gesprochen und möchte das jetzt nicht wiederholen. Ebenso wenig will ich nochmals auf das verbreitete Bedürfnis nach säkularer Seelsorge und Sinnggebung eingehen, obwohl es schon bemerkenswert ist, dass eine Gesellschaft, in der – egal ob alte oder neue Bundesländer – kaum jemand an eine Seele glaubt, so viele Menschen genau diese Seele vom Arzt mit behandelt wissen wollen (West 45%, Ost 39%).

Ich empfehle deshalb an dieser Stelle einen Blick in die hippokratische Schrift 'De prisca medicina' ('Die alte Medizin'). Dort werden simplifizierende Modelle ausdrücklich zurückgewiesen, die nicht beweisbaren Hypothesen ausgehen. „Wissenschaftliche“ Medizin beruht dagegen auf Beobachtung und ständiger Überprüfung der Theorie in der Praxis. Die Forderung nach „wissensbasierter Medizin“ (evidence-based medicine) ist also alles andere als neu. Medizin wird übrigens nur so überhaupt erlern- bzw. vermittelbar, sie ist nicht auf mit besonderen Begabungen ausgestattete Heilerpersönlichkeiten angewiesen. Hippokratische Medizin ist aber zweitens auch Individualmedizin reinsten Wassers. Ein Konzept von Krankheitsentitäten hat sie nicht entwickelt, sie kennt nur kranke Menschen. Das hat in gewissen Kontexten seine Vorteile, doch weiß der hippokratische Arzt um die Fehleranfälligkeit eines solchen Modells: Handeln lässt sich so nicht systematisieren, sondern beruht auf Wahrscheinlichkeiten, auch deshalb wird Erfahrung so hoch geschätzt und auch deshalb hebt der Autor die erheblichen Unterschiede zwischen „guten“ und „schlechten“ Ärzten hervor. Medizin nicht als Statistik, sondern als Stochastik – in dieser Diskussion aus 'De prisca medicina' stecken wir heute (wieder) mitten drin: Wollen wir uns von Hippokrates verabschieden und alle Patienten über einen Kamm scheren, die Kriterien für qualitätsgesicherte Therapie einer Behörde übertragen und das Risiko persönlichen Irrtums auf ärztlicher Seite durch einen Verwaltungsakt minimieren oder wollen wir weiterhin die Freiheit haben, auf individuelle Bedürfnisse, die sich der Statistik entziehen, individuell zu reagieren, ohne immer den Durchschnitt im Auge zu haben? Die naturwissenschaftlich begründete Medizin hat in den letzten Jahren viel zu sehr versäumt, ihr Verständnis von praktizierter Ganzheitlichkeit in diesem Sinn als öffentlichkeitswirksames Argument zu benutzen, und sollte dies schleunigst nachholen.

Wie sieht es nun mit der viel beschworenen „Seele“ aus? Wer für diesen als besonders heikel herausgestellten Punkt Hilfe bei Hippokrates sucht, wird enttäuscht werden. Was den Mensch in seinem Wesen ausmacht, was ihn etwa vom Tier unterscheidet, wozu er auf der Welt ist, warum er leiden muss usw., für solche Fragen ist nicht die Medizin zuständig. 'De prisca medicina' weist diese Aufga-

be den Philosophen zu, wir würden sie heute vielleicht eher bei der Theologie bzw. der Religion verorten. Ich bin jedoch weit davon entfernt, dem Begriff „Seele“ aus den Umfragen großen Tiefgang zuzuschreiben. Es ist vielmehr die Suggestionskraft von Körpermetaphern, die ungebrochen ist und als tief schürfendes mitmenschliches Verständnis missverstanden wird. Wer gesprächsweise äußert, Kopfschmerzen resultierten aus zu intensivem „Kopfzerbrechen“ oder Gallensteine kämen daher, dass der betroffenen Personen eben oft „die Galle hochkomme“, kann heute damit rechnen, für einen „ganzheitlichen“ Heiler gehalten zu werden. Der Ruf der Komplementärmedizin beruht darauf, dass die Patienten davon noch viel weniger verstehen als von der naturwissenschaftlich begründeten Medizin. Fortbildungen für Ärzte über etwas medizin-theoretisches Grundlagenwissen würden sicher den Dialog erleichtern und entemotionalisieren. Bohrende kritische Fragen können nämlich genauso gut seitens der „Schulmedizin“ an die Komplementärmedizin gestellt werden. So wirft die hippokratische Schrift ‘Die

Orte am Menschen’ (‘De locis in homine’) die Frage auf, ob Heilerfolge vom ärztlichen Wissen oder nur von einem glücklichen Zufall abhängen. Wie wir es ebenfalls tun würden, weist der Autor darauf hin, dass im Fall, die Erfolge basierten nur auf Glück, die Wirkung nicht besser als bei einem Placebo oder bei einem Behandlungsverzicht sind. Wenn ein Unwissender einmal Glück bei seinen therapeutischen Bemühungen haben sollte, so sind doch seine Ergebnisse in sonstigen Fällen weder vorhersagbar noch reproduzierbar. Trotz dieses Selbstbewusstseins finden wir aber wieder die für die Alte Medizin typische und durchaus sympathische Bescheidenheit: Das Schicksal ist nicht vorhersehbar und es gibt viel zu viele in der Individualität des Kranken liegende mögliche Störfaktoren. Oft entscheidet ein kurzer Augenblick (griech. *kairós*) über Wohl und Wehe, oft spielt der Zufall eine Rolle; auch wissenschaftliche Medizin braucht „Glück“.

Ich fasse zusammen: Das Arztbild in der Öffentlichkeit ist viel besser als das Prestige

anderer Berufe. Das strahlende Image hat jedoch einige Flecken, die teilweise auf tatsächlich vorhandene interne Defizite zurückgehen, für die systematisch sensibilisiert werden muss. Andere dunkle Punkte jedoch sind nur schwer ärztlicherseits zu beeinflussen. Aber schon zu Zeiten des Hippokrates muss sich die rationale Medizin mit mächtiger Konkurrenz auseinandersetzen. Argumente – und ich meine, die moderne Medizin hat deren genug – sind allemal besser als resignierendes Schulterzucken oder Klagen. Der Blick in zweieinhalb tausend Jahre alte Texte sollte zeigen, dass dies ohne Weiteres präzise, allgemeinverständlich und öffentlichkeitswirksam möglich ist.

Anschrift der Verfasserin:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
und der Naturwissenschaften
Augustusplatz 10-11, 04109 Leipzig

Diesen Vortrag hielt die Autorin auf der
Abendveranstaltung des 13. Sächsischen
Ärztetages am 27. Juni 2003.

Arzthelferinnen in Sachsen erhielten Zeugnisse

10. Juli 2003

Für 226 Arzthelferinnen in Sachsen ist es geschafft: Prüfungen vorbei und das Zeugnis in den Händen. Gut ein Drittel von ihnen erhielten im Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer den lang ersehnten Prüfungsnachweis aus den Händen von Frau Dr. Gisela Trübsbach, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer. 90 % von ihnen haben einen Arbeitsvertrag in der Tasche und werden nach den wohlverdienten Ferien als Arzthelferin tätig sein.

Für das neue Ausbildungsjahr werden viele Ärzte in Niederlassung dem Nachwuchs auch wieder eine Ausbildungsmöglichkeit einräumen und damit für gut ausgebildete Arzthelferinnen in Sachsen sorgen. Leider können nicht alle Bewerberinnen für die Tätigkeit der Arzthelferin berücksichtigt werden, denn auch hier decken die vorhandenen Ausbildungsstellen im Freistaat Sachsen

den Bedarf für den sehr begehrten und beliebten Ausbildungsberuf nicht. Jährlich



Frau Dr. Gisela Trübsbach, Vorstandsmitglied,
überreicht die Zeugnisse

bewerben sich 1800 zumeist Frauen um die rund 300 Ausbildungsplätze.

Die Sächsische Landesärztekammer betreut seit 1991 die Ausbildung der Arzthelferinnen. Bisher haben insgesamt 4.582 Auszubildende diese Ausbildung abgeschlossen. Davon waren 1.028 Umschüler. Tendenziell ist eine Abnahme der schulischen Eingangsvoraussetzungen der Bewerber für diesen Beruf zu verzeichnen. Ursache dafür ist sicherlich die Ausbildung in den allgemeinbildenden Schulen.

kö



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 Registrierungsnummer (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

Zwickau-Stadt

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/C044

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 22. 8. 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 Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C052

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C045

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/C046

Aue - Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/C047

Facharzt für Chirurgie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/C0 48

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C049

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 03/C050

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C051

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 9. 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

Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D043

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D044

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/D045

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D046

Löbau-Zittau

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 03/D047

Meißen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/
Kinderkardiologie
Reg.-Nr. 03/D048

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/D049

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 03/D050

Riesa-Großenhehn

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 03/D051

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/D052

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 9. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/L020

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/L021

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/L022

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/L023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 9. 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 Chemnitz

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Orthopädie
geplante Praxisabgabe: sofort

Zwickau-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
geplante Praxisabgabe: sofort

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 31. 12. 2003

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

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
geplante Praxisabgabe: 1. 10. 2003

Weißeritzkreis

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 330.

Leserbriefe

Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden
Tel./Fax 0351/2687896

Herrn
Prof. Dr. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für Fort- und Weiterbildung
Schützenhöhe 16

01099 Dresden

Dresden, den 28.5.03

Hochgeschätzter, lieber Herr Kollege Bach, in der vorigen Woche und bis jetzt war ich mit meinen Gedanken oft bei Ihnen. Dies ergab sich aus Ihrem Beitrag „Entschließung zur Rezerifizierung in der ärztlichen Fortbildung“ (Ärztblatt Sachsen 5/2003, S. 164). Er hat mich bewogen, das Problemfeld „Qualität der medizinischen Betreuung und ärztlichen Fortbildung“ für mich wieder einmal zu bedenken. Natürlich sind wir völlig übereinstimmend gegen staatlichen Dirigismus – was ja wohl ein über das Notwendige hinausgehendes, allumfassendes staatliches Bestimmen meint –, dürfen aber die Realitäten auch nicht beschönigen. Die durch Sie bekannt gegebene Resolution hält zutreffend unter 4. fest, dass die Fragen nach der angemessenen Nutzung der Fortbildungsangebote durch die Ärzte und deren Umsetzung in Kompetenzerhöhung im Einzelfall schwer zu beantworten sei. Den Argumenten für eine vernünftige und fachbezogene wirksame Fortbildung kann man aber einiges entgegenhalten:

- die Überzeugung vom hohen Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens relativiert sich, wenn man das Gutachten des Sachverständigenrates „Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen“ und eigene Beobachtungen im Verwandten- und Bekanntenkreis entgegenhält,
- die Feststellungen zum Ärzteimage in der Bevölkerung, wie sie der Artikel von Prof. Dr. Donsbach in unserem Ärzteblatt ausgesagt hat, – der Annahme einer intensiven Nutzung der gewiss „in unübersehbarer Fülle Tag für Tag angeboten(en)“ Fortbildungsveranstaltungen sowohl seitens der Ärztekammer wie auch durch Fachgesellschaften, Kliniken, Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmaindustrie und spezielle Bildungseinrichtungen die Frage nach der Beweiskraft von Zahlen und nach dem Problem des Verhältnisses von Quantität und Qualität der Fortbildungsveranstaltungen. Es ist eben m. E. keineswegs so einfach-überzeugend, wie es unter 6. in der Resolution heißt: „Wenn jährlich tausende von Fortbildungsangeboten nutzbar sind und entsprechend vieltausende Nutzer registriert werden, muss naturgemäß ein Effekt erwartet werden dürfen“.

In beeindruckender Beharrlichkeit wird hingewiesen auf „die inzwischen bundesweit eingeführten Fortbildungszertifikate, die einen demonstrablen Ausweis für Fortbildungsbestrebungen der Ärzteschaft darstellen“. Dazu habe ich mich schon früher geäußert und jetzt mit großem Interesse den neuerlichen Appell des Ärztlichen Geschäftsführers, Dr. S. Herzig, zur Kenntnis genommen. Dieser hat abermals den enttäuschend geringen Erwerb des Fortbildungszertifikates – 1999 – 2002 bei ca. 17.000 Ärzten 718 Zertifikate, d. h. etwa 4 %! – mit lebhaftem Bedauern festgestellt und erfreulich-amerkenenswerterweise zugleich hinterfragt, wobei er die Freiwilligkeit, die Gebührenerhebung und die Unerheblichkeit bzw. Folgenlosigkeit des Zertifikaterwerbes erörtert.

Nun möchte ich ja nicht nur die Haltung und Verlautbarungen der maßgeblichen Vertreter der – in diesem Fall Sächsischen Landesärztekammer angehen oder gar bemerken, sondern mich der damit verbundenen Frage nach guter – weil erfolgreicher – ärztlicher Fortbildung zuwenden. Zunächst: „Entscheidend ist, inwieweit der Patient davon profitiert, dass seine Ärztin oder sein Arzt sich fortbildet. Fortbildung ist also kein Selbstzweck. Sie dient primär nicht dem, der sich fortbildet, oder dem, der fortbildet. Das Ergebnis der Fortbildungsbemühungen soll einer sorgfältigen Berufsausübung dienen.“ (J.-D. Hoppe: Fortbildung mit Qualität, Münch. med. Wschr. 143 (2001), CME-Sonderheft S. 1). So dann: „Fortbildung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Inhalte einerseits dem subjektiv empfundenen Bedürfnis des Arztes entsprechen, also praxisrelevant sind, und andererseits objektive Wissens- und Handlungsdefizite aufgreifen und sie in einen für die Patientenversorgung relevanten Kontext zu setzen vermögen“ (H. Eckel u. P. C. Scriba: Von „continuing medical education“ zu „continuing professional development“, Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 721) und auf frühere Rückfrage meinerseits „Eine Fortbildungsveranstaltung ist dann gut, wenn sie inhaltlich kompetent auf den Handlungsrahmen des Fortzubildenden abgestimmt geeignet ist, die Versorgungsleistung durch den Arzt zu verbessern“ (Brief von P. C. Scriba vom 27.4.2001).

Insofern wäre manche Kritik an Vorträgen – auch des fachübergreifenden Fortbildungssemesters der Ärztekammer – anzubringen.

Ein anderes Beispiel erlebte ich bei einer durchweg äußerst prominent besetzten Ganztagsveranstaltung einer Pharmafirma, bei welcher mich u. a. ein außerordentlich inhaltsreicher Vortrag besonders interessierte, den der Moderator sehr zutreffend als „Parforceritt“ charakterisierte. Leider gab es davon aber weder das vorgesehene „Handout“ noch – trotz dreimaliger schriftlicher Bitte – eine Kurztzantwort auf die simple Frage nach Literaturangaben zu

einem dabei abgehandelten, mich besonders interessierenden speziellen Sachverhalt. Dies ist – jedenfalls für mich – auch kein konstruktiv wirksamer Fortbildungsbeitrag.

Leider zeigen viele Beispiele bei den landläufigen Fortbildungsveranstaltungen, jedenfalls nach meiner Erfahrung, dass „Wissen“ nicht gleichbedeutet mit „Können“ ist und „dass der überwiegende Teil ärztlicher Fortbildung auf eine Vermehrung von Wissen und nicht etwa auf die Erhöhung von praktischer Handlungskompetenz ausgerichtet ist. Es konnte noch nicht nachgewiesen werden, dass die Anwesenheit bei traditionellen Fortbildungsvorträgen eine Verbesserung in der Praxis bewirkt“. (J. Szecsenyi u. F. M. Gerlach: „Wissen versus Handeln – Qualitätszirkelarbeit unterscheidet sich von der traditionellen Fortbildung“ Zschr. ärztl. Fortb. 89 (1995), 439-440). Naturgemäß gilt dies eben auch für das Fortbildungszertifikat! Jedenfalls ist „Die Herausforderung der Zukunft besteht nur, wer sich mit Wissen wappnet“ (H. S. Füeßl: „Immer am Ball durch CME“, Münch. med. Wschr. 143 (2001), CME-Sonderheft S. 1) nur die eine – zwar notwendige, aber keineswegs ausreichende – Seite erfolgreich-wirksamer Fortbildung. „Fortbildung ist erst erfolgreich, wenn die (Be-)Handlungskompetenz des Arztes verbessert wird und nicht schon, wenn lediglich ein Wissenszuwachs nachweisbar sein sollte. Darum kann auch nicht verwundern, wenn die einschlägige Fortbildungsliteratur alles in allem der als Frontalvorlesung gestalteten Fortbildungsveranstaltung geringere Effizienz bescheinigt als einer interaktiv angelegten, bei der eben auch die Einbeziehung des erworbenen Wissens in das Handlungsrepertoire des Arztes konkret erprobt werden kann. Fraglich ist allerdings, ob sich alle Fortbildungsthemen für eine solche Herangehensweise eignen.“ (J. Neuser: „Grundbedingungen in der Erfolgskontrolle in der ärztlichen Fortbildung“, Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 759 – 762). So auch: „Aus einer Frontalveranstaltung, bei der die Teilnehmer sich nicht beteiligen werden und die sich nicht am Lernbedarf orientiert, wird sich nur sehr schwer ein Nutzen für die Versorgung der Patienten ergeben“ (P. C. Scriba: „Gute ärztliche Fortbildung – in Deutschland – zu selten!“, Dtsch. med. Wschr. 126 (2001), 385). Insofern ist sehr zu begrüßen, dass „Durch die unterschiedliche Bewertung der Veranstaltungsarten soll besonders die Fortbildung gefördert werden, die die aktive, problemorientierte Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers vorsieht“ (H. Eckel u. J. Engelbrecht: „Zertifizierte Fortbildung in Deutschland – das freiwillige Fortbildungszertifikat der Ärztekammern“ Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 757 – 758).

Dies führt naturgemäß zu einem hohen Stellenwert problemorientierter Fallbesprechungen, ob

man sie nun als eine wegweisende Variante der Arbeit von Qualitätszirkeln ansieht oder wie verschiedene andere Gruppengestaltungen von den bestimmten Kriterien entsprechenden Qualitätszirkeln unterscheidet. Jedenfalls bieten sie zweifellos einzigartige Chancen, die insbesondere über die Möglichkeiten konventioneller Fortbildung hinausgehen. Von daher wird auch verständlich, dass der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem – wegen der „Fortbildungs-Schelte“ von maßgeblichen Vertretern auch der Sächsischen Landesärztekammer leider ohne Anflug selbstkritischer Gedanken gerügten – Sondergutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dem interkollegialen Erfahrungsaustausch mit konkreter Hilfestellung für die Praxis Priorität einräumt und problem- bzw. fallorientierten Vorgehensweisen in Qualitätszirkeln gefördert sehen möchte (Kurzfassung Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, S. 78). „Als Anreize wirken insbesondere Zugänglichkeit, Praxisrelevanz, Unabhängigkeit und Qualität sowie geringe Kosten der Fortbildungsangebote selbst“ (ebendort S. 52/3).

Wenn man daraufhin das in der Beilage – sog. Grüne Seiten – des „Ärztblatt Sachsen“ veröffentlichte Fortbildungsangebot durchsieht, muss man nüchtern feststellen, dass im Zeitraum September 2001 – Juli 2003 nur zwischen 30 % – 45 % der Angebote Fallseminare sind; es sind dies ziemlich regelmäßig abgesehen von unseren eigenen Erfahrungsaustauschen und Problemseminaren hauptsächlich interdisziplinäre Schmerzkonferenzen, Qualitätszirkel Homöopathie und gynäkologisch-pathologische Konferenzen sowie die fallbezogene internistische Stationsvisite im St. Georg-Klinikum Leipzig und die neurologisch-psychiatrische Falldiskussion im Sächsischen Krankenhaus Hubertusburg. Freilich ist dies eben nur ein Teil des Gesamtangebotes, denn beispielsweise die Qualitätszirkel i. e. S. werden von der Kassenärztlichen Vereinigung etabliert und betreut, ohne dass sie im Angebot der Landesärztekammer erscheinen.

Die Gedanken und Gesichtspunkte zu einer guten – weil auch möglicherweise wirksamen – Fortbildung sind nur ein kleiner, aber wesentlicher ja am Ende womöglich entscheidender Punkt auf dem weiteren Feld „Qualitätsmanagement/Qualitätsförderung/Qualitätssicherung“. Dieses hat sich ja zu einem eigenen Wissenschafts- und Aktionsgebiet entfaltet mit einer Flut von Literatur und entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen sowie zeit- und kostenintensiven Evaluations- und Zertifizierungsmaßnahmen. Natürlich kann und will ich mich in diesem Zusammenhang nicht weiter darauf fortbewegen, möchte aber gern festhalten, dass wohl ganz zu Recht das bereits erwähnte Sondergutachten es für wichtig hält, „die bishe-

rigen Erfahrungen mit qualitätssichernden Verfahren kritisch zu überprüfen“, wobei „es insbesondere auch um die Frage (geht), ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt und wie qualitätssichernde Verfahren zielgerichtet umgesetzt werden können, um tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu leisten“ (a. a. O. S. 58). Sie selbst, lieber Herr Kollege Bach, haben bei Einführung des Kurses „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ in der Ihnen eigenen Offenheit und Trefflichkeit geäußert: „Im Grund geht es dabei gar nicht so sehr um die Bewertung direkter ärztlicher Leistungen ... sondern um eine Methodologie der Qualitätsbewertung auch, aber nicht ausschließlich unter wirtschaftlichen Aspekten“ (Ärztblatt Sachsen 5/1998, Grüne Seiten S.10). Übrigens würde mich bei dieser Gelegenheit außerordentlich interessieren, welche Erfahrungen mit der Durchführung dieses – gerade jetzt in Neuaufgabe angekündigten – Kurses gemacht wurden! Nun muss ich zum Schluss kommen und danke Ihnen, lieber Herr Bach, für die Geduld der Lektüre bis hierher. Mein Kernanliegen bringt besonders trefflich eine Sentenz zum Ausdruck, welche ich bei einem Mumenthaler-Vortrag aufgeschnappt habe:

Tell me something and I'll forget it, show me and I'll remember, involve me and I'll learn (Benjamin Franklin).

Damit sei es nun genug, aber dazu kommen herzliche kollegiale Grüße von Ihrem Detlef Müller

Herrn Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller Heideflügel 3

01324 Dresden

Ihr Schreiben vom 28. Mai 2003

Lieber, sehr geehrter Herr Müller, ich beeile mich, Ihren Brief vom 28. Mai 2003 zu beantworten. Erstens, weil ich damit meine Sympathie Ihnen und Ihrem Anliegen gegenüber zum Ausdruck bringen will und weil die von Ihnen aufgeworfenen Fragen bzw. charakterisierten Probleme mich bewegen.

Ich bitte Sie, alle die Argumentationen um die Fortbildung wie die Qualitätssicherung speziell um unser Zertifikat auch auf dem berufspolitischen Hintergrund zu sehen, dass zurzeit von der Politik aus durchschaubaren Gründen eine Kultur des Misstrauens den Ärzten gegenüber gepflegt wird und Eingriffe in die Standespolitik erwogen und zum Teil schon beschlossen wurden, die die Rolle des Arztes in die eines gegängelten Medizinische-Leistungen-Verwal-

ters verändern wollen. Dies betrifft die Budgetdeckelungen, die Eingriffe in die Facharztstrukturen (z. B. Hausarztprinzip), die Leistungseinschränkungen und schließlich auch die Fortbildung. Unser hilflos erscheinendes Bemühen mit den Fortbildungszertifikaten ist zunächst einmal der Versuch, ärztlich-berufsständische Aktivität gegen staatlichen Dirigismus (bis zur regelmäßigen Wiederholung von Facharztprüfungen) zu setzen und die Ärzte zu animieren, selbst etwas zu tun, ehe mit ihnen etwas getan wird. Ich füge hier gleich ein, dass die von Ihnen aufgeführten Zahlen zwar stimmen – man kann aber auch eine andere Interpretation wählen gleichsam eine freundlichere Beleuchtung einschalten:

von den apostrophierten 17000 Ärzten stehen etwas 5000 nicht mehr im Berufsleben, ein großer Teil der in Ausbildung stehenden Ärzte sind nicht die originäre Zielpopulation – weil sie ja einem Ausbildungsplan folgen müssen, den die Weiterbildungsordnung vorschreibt und schließlich hatten wir seit 1999 – 2002 eine Modell- und Einführungsphase. Erst der Ärztetag in Köln Ende Mai diesen Jahres hat die Modellphase für nunmehr beendet erklärt. Wenn Sie nun noch hinzunehmen, dass neben den inzwischen 750 Zertifikaten, die vergeben werden konnten, etwa – genau ist das nicht erfassbar – 1500 Kolleginnen und Kollegen sich um Punkte für das Zertifikat bemühen, dann sieht die Bilanz plötzlich freundlicher aus.

Es liegen inzwischen Erfahrungsberichte aus Kanada, Neuseeland und anderen Ländern vor, die erwiesen haben, dass der Versuch, aller 5 Jahre Facharztprüfungen zu wiederholen, im unbezahlbaren bürokratischen Chaos enden würde, weswegen die Versuche aufgegeben wurden. Die Tragik der gegenwärtigen Gesundheitspolitik in Deutschland scheint zu sein, dass fehlende fachliche Kompetenz durch eine gewisse Arroganz ersetzt wird, die wir hier im Osten eigentlich mit ausgesprochener Idiosynkrasie erleben bzw. erleben müssen. (Beispiel der fehlenden Klasse die Tabaksteuer von 1 EUR, die nun relativiert wird, weil befürchtet wird (man lasse es sich auf der Zunge zergehen), die Leute könnten erschreckt den Nikotinkonsum reduzieren).

Meine Argumentation in dem von Ihnen zitierten Beitrag war, dass der Arzt aus vielen vernünftigen Gründen was für seine Fortbildung tun muss: aus ethischen Erwägungen, aus dem Interesse, dass Patienten ihn als kompetent registrieren und weiter frequentieren (denn die Patienten in Mitteleuropa wissen wohl einen guten Arzt von einem Pfuscher zu unterscheiden), aus legitimer Furcht vor juristischen Konsequenzen und weil er sich dem Fortschritt verpflichtet fühlt.

Im Grunde ist es für mich nicht einsehbar, warum ein Kollege, der sich z. B. Mittwoch für

Mittwoch abends zum fachübergreifenden Fortbildungssemester bewegt, nicht auch Handlungsanweisungen mit nach Hause nehmen sollte, die er in der Praxis umsetzt, egal ob der Referent eloquent-überzeugend ist oder etwas linkischer in seiner Darstellung.

Das eigentliche Problem der ärztlichen Kompetenz neben Wissen und Fertigkeiten, nämlich sozialkommunikative Fähigkeiten, eine vom kulturellen Hintergrund geprägte bürgerliche Geisteshaltung, entzieht sich unserer Erfassung völlig. Hier kann nur der Patient durch seine Arztwahl entscheiden.

Wie versuchen wir, den Nutzen der Fortbildungsveranstaltungen zu erhöhen? Indem wir viele Veranstaltungen von den Teilnehmern evaluieren lassen (oft nutzen diese Möglichkeit nur wenige), indem wir bzw. andere Anbieter interaktive Angebote (Workshops – Gruppenarbeit – Fallkonferenzen, Üben an Puppen in der Notfallmedizin u. v. a. m.) machen. Der viel geschmähte Frontalvortrag bleibt aber trotzdem ein wichtiges Mittel, aktuelle Informationen an den Mann zu bringen. Völlig unklar ist heute noch, in welchem Umfang der Zugang zum Internet und die da auffindbaren weltweiteren Informationen Einfluss auf die ärztliche Kompetenzerhöhung haben.

Lieber Herr Müller, unser Themenbereich, auf den wir uns in diesem Briefwechsel eingelassen haben, ist ein schillernd-vielfältiger. Im Grunde kann jeder Einzelne an seiner Stelle nur versuchen, sein Bestes zu tun. Ich glaube, dass es im Grunde auch geschieht, denn der Mensch ist – hofft man doch – auf das Vernünftig-gute hin angelegt.

Mit freundlichen Grüßen

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

Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden
Tel./Fax 0351/2687996

Herrn
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Postfach 10 04 65

01074 Dresden

Dresden, den 14.6.03

Sehr geehrter, lieber Herr Bach,
Ihre Reaktionsgeschwindigkeit und der Umfang Ihres Schreibens haben mich verblüfft, und so danke ich Ihnen herzlich für Ihre Rückäußerung

vom 11.6.03. In Fortsetzung unseres Meinungsaustausches möchte ich gern folgende Bemerkungen machen:

Natürgemäß hat der berufspolitische Hintergrund unserer Bemühungen für mich einen hinter die fachliche Seite der Fortbildung zurücktretenden Stellenwert, aber beides konkurriert ja auch nicht miteinander, sondern ergänzt sich notwendigerweise.

Was Sie zu den Zahlen im Zusammenhang mit dem Zertifikat zu bedenken geben, hat mich äußerst interessiert und halte ich für sehr wichtig; ich denke, dass es auch keineswegs eine Sache der Interpretation und Beleuchtung, sondern eine Frage des Umganges mit Fakten ist. Es ist leider wieder ein eindrucksvolles Beispiel dafür, dass ungenaue Informationen oder Halbwahrheiten wie allenthalben sonst zu Missverständnissen und Fehlannahmen führen. Die so ungenau-irreführende Argumentationsbasis der Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer ist für mich unverständlich-ärgerlich, zumal sie eben für das berufspolitische Anliegen m. E. ganz „kontraproduktiv“ im wahrsten Sinn des Wortes ist!! Nun frage ich mich und Sie, auf wie viele Ärzte – nach Abzug der nicht mehr und noch nicht berufstätigen, eigentlich nicht angezielten – beziehen sich letztendlich konkret die 750 vergebenen Zertifikate (die darum sich noch Bemühenden würde ich, weil zu unsicher, zunächst ausklammern)??

Die Wiederholung der Facharztprüfung halte auch ich für zu aufwendig und nicht zweckdienlich.

Fortgebildet werden können tatsächlich nur Wissen und Fertigkeiten, nicht aber sozialkommunikative Fähigkeiten und ärztliche Haltung; freilich ist diesbezüglich der Zug bereits mit der Aufnahme des Medizinstudiums weitgehend – jedenfalls hinsichtlich einer späteren Tätigkeit nicht in der theoretischen, sondern eben in der praktischen Medizin – abgefahren.

Zweifellos kann auf den sog. Frontalvortrag nicht grundsätzlich verzichtet werden, weil sich vieles Wissen nur so und nicht interaktiv-seminaristisch vermitteln lässt. Der Frontalvortrag müsste aber nicht nur fachlich-inhaltlich, sondern auch didaktisch gut – d. h. nicht zu überladen und mit Thesen/Merksätzen/Zusammenfassungen („Handouts“) gestützt – sein, was ich leider auch bei prominenten Dauer-Vortragsreisenden immer wieder vermisse (Beispiele verfügbar). Es fragt sich m. E. nachdrücklich, ob wirklich – wenn schon nicht immer, so doch wenigstens meistens – das Beste getan wird.

Der besondere Stellenwert von krankenzugehörigen problemorientierten Seminaren sollte stärker deutlich gemacht und gefördert werden.

Zum Schluss gilt jedenfalls: Der Mensch lebt von der Hoffnung; diese ist aber leider ziemlich oft trügerisch! So sollen und wollen wir auch glauben, dass der Mensch auf das Vernünftig-

tige/Gute hin angelegt ist; zugleich zeigt uns aber leider die Alltagserfahrung in der Welt, wie in der eigenen Seele, dass er dieser Anlage/Bestimmung viel zu wenig – so gut wie nicht? – gerecht wird. Geben wir trotzdem die Hoffnung nicht auf!

Damit genug für diesmal, dazu stets kollegial-herzliche Grüße
von Ihrem
Detlef Müller

Herrn
Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3

01324 Dresden

Ihr Schreiben vom 14. Juni 2003

Lieber Herr Kollege Müller,
lassen Sie mich auf Ihr neuerliches Schreiben nur insofern reagieren, dass ich Ihnen mitteile, welche Kollegen bisher unser Zertifikat erworben haben.

Es sind mit dem Tag genau 897 Ärzte.
Nach Facharztbereichen aufgeschlüsselt entfallen (Angabe der ersten fünf der Rangreihe):

- Allgemeinmedizin 25,90 %
- Innere Medizin 18,80 %
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe 6,68 %
- HNO-Heilkunde 5,71 %
- Chirurgie 5,71 %

Mit 70,1 % stehen niedergelassene Kollegen im Vordergrund, die ja auch sicher mehr auf Außenangebote von Fortbildung angewiesen sind, als Kollegen in klinischen Betrieben.

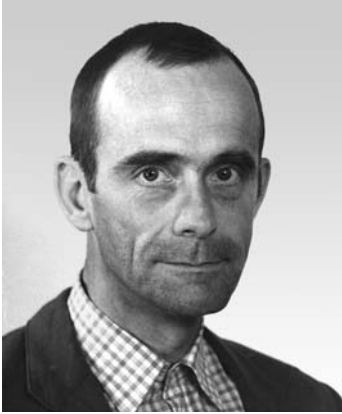
Insofern ist eine wichtige Zielpopulation natürlich der niedergelassene Kollege bzw. der sonstige als ausgebildeter Facharzt tätige Mediziner.

Herzlichen Dank für Ihr großes und förderliches Interesse!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

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

Professor Dr. med. habil. Peter Felix Matzen zum 65. Geburtstag



Am 29. Juli 2003 begeht Professor Dr. med. habil. Peter Felix Matzen seinen 65. Geburtstag.

Geboren in Berlin, Einschulung in Rathenow, Abitur in Halle (Franckesche Stiftungen). Danach in Leipzig Medizinstudium (1956 – 1962), Promotion, Chemiestudium (1962 – 1969) mit Abschluss Diplomchemiker.

Pflichtassistent, Assistenzarzt an der Universitätsfrauenklinik (1963 – 1966) und dann die Entscheidung, Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie in der Klinik des Vaters – wo sonst? Damit erhielt er ab 1966 die Ausbildung in einer Klinik, in der die heute wieder angestrebte Zusammenführung von Orthopädie und Traumatologie in einer perfekten hochqualifizierten Form in kollegialer – teilweise freundschaftlicher Zusammenarbeit mit den

in den chirurgischen Kliniken tätigen Kollegen durchgeführt wurde.

In diesem Umfeld wurde „P.F.“ Facharzt (1970), Oberarzt (1972) und 1976 Dr. sc. med. (Habilitation). Erst 1981 erhielt er die *Facultas docendi* (*venia legendi*), und erst 1987 wurde er a.o. Dozent, 1990 a.o. Professor und 1992 Hochschullehrer Neuen Rechts mit einer C3-Professur für Kinderorthopädie.

Mit den politischen Veränderungen 1990 kam auf ihn eine Vielzahl neuer Aufgaben zu: an erster Stelle die kommissarische Übernahme des Klinikdirektorats. In dieser Zeit gelangten nun zur Verfügung stehende moderne Operationsverfahren (neue Modelle von zementlosen Knie- und Hüftendoprothesen, die Verriegelungsnagelung usw.) zur Einführung.

Nach Berufung in die Personalkommission wurde er deren Sprecher und hatte einen wesentlichen Anteil an der Erneuerung des Bereichs Medizin der Leipziger Universität. Er war über mehrere Wahlperioden Mitglied des Fakultätsrats.

Jetzt ist er Vorsitzender einer Facharztprüfungskommission Orthopädie bei der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied im Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ und Vorsitzender der Promotionskommission Orthopädie/Sportmedizin der Universität Leipzig.

Im klinischen Bereich: Leiter der Kinderorthopädischen Ambulanz und Station der Klinik sowie einer Erwachsenenstation, auf der die Rheumachirurgie konzentriert ist sowie Hüft- und Knieendoprothesen ausgeführt werden. Seine in der umfangreichen praktischen Tä-

tigkeit gewonnenen Erfahrungen ermöglichten es ihm, nicht nur Bücher zur Patienteninformation sondern vor allem 2002 das Lehrbuch „Praktische Orthopädie“ (eine Weiterführung der Orthopädie für Studierende) als eines der wenigen „Einmannbücher“ in der Orthopädie/Traumatologie zu verfassen – eine gewaltige Fleißarbeit und Darstellung der „Leipziger Schule“.

An diese Stelle gehörte jetzt sein Operationskatalog. Die Breite und der Umfang der durchgeführten Eingriffe würden bei dem wenig reisefreudigen, dafür täglich am Operationstisch stehenden Operateur den Rahmen sprengen.

Nun rückt der Tag näher, an dem die tägliche Arbeit im Operationssaal und in der Ambulanz wegfallen, so daß er Zeit hat, sich ganz seinen schriftstellerischen Neigungen, seinem Sommerdomizil in Caputh und der Erziehung seines lebhaften Hundes zu widmen.

Seine Frau und seine Freunde werden versuchen, ihm diese Umstellungsphase zu erleichtern. Möge er vor allem weiterhin – auch ohne Sport – (oder wie er mit seinem verschmitzten Humor sagt, gerade deswegen) dafür gesund bleiben.

A. Dippold

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünscht Herrn Prof. Dr. med. habil. Peter Felix Matzen auch weiterhin beste Gesundheit, volle Schaffenskraft und Wohlergehen.

Professor Dr. med. habil. Siegfried Kiene zum 70. Geburtstag



Siegfried Kiene wurde am 16. 7. 1933 in Frankfurt/Oder geboren.

Er studierte nach dem Abitur von 1953 bis 1958 Medizin an der Universität Rostock und promovierte 1959, arbeitete danach zwei Jahre als Assistenzarzt am Pathologischen Institut Rostock, wechselte 1961 in die Chirurgische Klinik der Universität zu Prof. Dr. Schmitt und wurde 1965 Facharzt für Chirurgie. 1967 folgte der erfolgreiche Abschluss seiner Habilitation und 1970 die Berufung zum Hochschuldozenten und die Übertragung der Leitung der Abteilung „Chirurgische Infektion“ der Chirurgischen Klinik der Universität Rostock.

1977 wurde Siegfried Kiene zur Übernahme der Lehrstühle für Chirurgie an den Universitätskliniken in Greifswald und anschließend in Leipzig 1985 berufen. Nach dem Ausscheiden aus der Universität Leipzig 1992 übernahm Siegfried Kiene für sechs Jahre die medizinische Leitung und zugleich das Ärztliche Direktorat des Onkologischen Fachkrankenhauses „Marienstift“ in Schwarzenberg/Erzgebirge. Ende 1998, nach Vollendung des 65. Lebensjahres, ging er in Pension, blieb aber bis zum Jahre 2002 chirurgisch aktiv tätig als Gastoperateur, national und international als Berater bei Einrichtungen von Krankenhäusern, so beispielsweise in China und Jemen. Auch

bei Fortbildungsveranstaltungen wissenschaftlicher onkologischer Fachgesellschaften, wie der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V., stand und steht Siegfried Kiene als Autor und Referent immer zur Verfügung. Seine glänzende Rhetorik und menschliche Wärme begeistern sein Auditorium stets aufs Neue.

Zu seinen äußerst vielseitigen und beachtenswerten klinischen Arbeitsgebieten gehörten die Gefäßchirurgie, die Chirurgie der Infektionen, die Neurotraumatologie, die Verbrennkrankheit und Verbrennungsbehandlung, die gesamte Abdominalchirurgie, die kolorektale Chirurgie und schließlich die Palliativbehandlung Krebskranker.

Prof. Dr. Kiene hat 153 wissenschaftliche Arbeiten publiziert, 55 Bücher und Buchbeiträge verfasst, 282 wissenschaftliche Vorträge gehalten.

Beauftragt durch die Gesellschaft für Chirurgie der DDR war er Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft „Verbrennungen“, nationaler Vertreter im Vorstand der INTERNATIONAL SOCIETY FOR BURN INJURIES (ISBI), Vorsitzender der Regionalgesellschaft für Chirurgie zu Leipzig und schließlich Gründungsvorsitzender der Stiftung Coloplast.

Im Wissen um seine hervorragenden fachlichen und wissenschaftlichen Leistungen, seine bemerkenswerte Ausstrahlung als Hochschul-lehrer und Arzt, den seine Patienten besonders

durch den warmherzigen Umgang verehren, bringen wir dem Jubilar zu seinem 70. Geburtstag ein hohes Maß an Respekt entgegen. Wir wünschen Herrn Prof. Dr. Kiene Gesundheit, geistige Frische und immer den nötigen Optimismus für neue Herausforderungen.

In kollegialer und menschlicher Verbundenheit
 Prof. Dr. med. habil. Günter Schmoz
 Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie im Diakonie-Krankenhaus Hartmannsdorf
 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Detlef Quietzsch
 Vorsitzender der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V.

Unsere Jubilare im September

Wir gratulieren

60 Jahre		13.09.	Dipl.-Med. Siegmund, Uwe 08121 Silberstraße	26.09.	Sturm, Ulrike 09125 Chemnitz
01.09.	Dipl.-Med. Hartenstein, Klaus 02763 Bertsdorf	14.09.	Dr.sc.med. Hering, Christian 01796 Pirna	28.09.	Enge, Ingrid 01458 Ottendorf-Okrilla
02.09.	Ackermann, Annemarie 09337 Hohenstein-Ernstthal	14.09.	Lommatzsch, Horst 08060 Zwickau	28.09.	Dr. med. Kadler, Wilfried 04774 Dahlen
02.09.	Dipl.-Med. Kimmel, Gisela 01814 Bad Schandau	14.09.	Dr.med. Schaumberg, Reinhard 09376 Oelsnitz	28.09.	Prof. Dr.sc.med. Sauermann, Wolfgang 01307 Dresden
05.09.	Dr.med. Große, Egon 09405 Zschopau	17.09.	Dr.med. Sieber, Hannelore 09456 Annaberg-Buchholz	30.09.	Dr. med. Kluge, Jutta 04668 Grimma
05.09.	Dr.med. Werner, Gerlinde 04827 Machern	18.09.	Cristell, Donald Michael 04289 Leipzig	30.09.	Schneider, Petra 02977 Hoyerswerda
06.09.	Dipl.-Med. Huhn, Maria 01189 Dresden	19.09.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Herrmann, Ulf 01445 Radebeul	30.09.	Dr.med. Stephan, Dietrich 08248 Klingenthal
06.09.	doctor medicinae universae/Medizinische Universität Budapest Lenk, Ursula 01561 Schönfeld	19.09.	Dipl.-Med. Korb, Hans-Günter 04157 Leipzig		65 Jahre
06.09.	Dr.med. Schlegel, Detlef 01728 Bannewitz	19.09.	Dr.med. Leidner, Michael 08645 Bad Elster	04.09.	Prof.Dr.med.habil. Heidrich, Lothar 04463 Großpösna
06.09.	Schültke, Ursula 09128 Chemnitz	19.09.	Dr.med. Lohs, Joachim 09127 Chemnitz	06.09.	von Großmann, Anke 08058 Zwickau
07.09.	Dr.med. Siebert, Maria 01587 Riesa	19.09.	Prof. Dr. med. habil. Plöttner, Günter 04155 Leipzig	06.09.	Simowa, Gertrud 01558 Großenhain
09.09.	Dr. med. Strauß, Wolfram 04277 Leipzig	20.09.	Prof.Dr.med.habil. Schmidt, Frank 04155 Leipzig	08.09.	Dr.med. Günther, Eva-Maria 01594 Heyda
10.09.	Dr.med. Harksel, Britta 04860 Torgau	21.09.	Dr.med. Vogel, Wolfgang 04539 Groitzsch	09.09.	Dr.med. Herold, Karl-Heinz 08525 Plauen
11.09.	Dr.med. Buschnakowski, Christoph 04668 Grimma	22.09.	Köhler, Rosemarie 01445 Radebeul	09.09.	Dr. med. Pochodzaj, Klaus 08349 Erlabrunn
11.09.	Dr.med. Teubner, Stefan 01454 Radeberg	23.09.	Dr.med. Borowski, Marianne 08248 Klingenthal	10.09.	Dr.med. Kallauch, Günter 02708 Niedercunnersdorf
12.09.	Dr. med. Auerbach, Dorrit 09353 Oberlungwitz	23.09.	Dr.med. Oehlert, Ralf 01326 Dresden	11.09.	Dr.med. Lerchner, Nelly 04416 Markkleeberg
12.09.	Prof.Dr.med.habil. Gross, Peter 01309 Dresden	25.09.	Dr.med. Schneider, Christine 04746 Hartha	13.09.	Dr.med. Boxberger, Dieter 04288 Leipzig
12.09.	Schiefer, Thea 08340 Erla	25.09.	Dr.med. Seewald, Inge 04209 Leipzig	16.09.	Löhnert, Ursel 01454 Radeberg
12.09.	Dr.med. Tautz, Barbara 01827 Graupa	26.09.	Dr.med. Lobeck, Gunhild 01326 Dresden	16.09.	Dr. med. Mehlhorn, Jürgen 09366 Niederdorf

- 16.09. Stöber, Eva-Maria
04736 Waldheim
- 21.09. Dr. med. Ohrt, Gabriele
04463 Großpösna
- 22.09. Dr.med. König, Wolfgang
01855 Sebnitz
- 22.09. Dr.med. Uhlig, Ingrid
09130 Chemnitz
- 24.09. Neßmann, Marianne
04442 Zwenkau
- 24.09. Dipl.-Med. Päßler, Edda
09116 Chemnitz
- 25.09. Dr.med.habil. Altmann, Ernst
01328 Dresden
- 25.09. Dr.med. Beyrich, Roselore
04158 Leipzig
- 27.09. Dr.med. Gärtner, Anita
01328 Dresden
- 28.09. Dr.med. Friedrich, Johannes
01324 Dresden
- 28.09. Dr.med. Kayser, Horst
04349 Leipzig
- 28.09. Stein, Günter
01728 Rippien
- 29.09. Dr.med. Stolzenburg, Ulrich
01728 Possendorf
- 30.09. Dr.med. Hausmann, Christine
01239 Dresden
- 30.09. Reuter, Wolfgang
08432 Steinpleis/Werdau
- 70 Jahre**
- 01.09. Dr.med. Meier, Gudrun
01326 Dresden
- 08.09. Dr.med. Gutsmuths, Frank-Jörg
04158 Leipzig
- 08.09. Dr.med. Schindler, Ludwig
09496 Marienberg
- 09.09. Dr.med. Gräbner, Anny
09350 Lichtenstein
- 13.09. Dr.med. Kösser, Christa
04277 Leipzig
- 14.09. Dr. med. Eisengarten, Klaus
01259 Dresden
- 19.09. Dr.med. Heimann, Günter
08058 Zwickau
- 22.09. Dr. med. Peterhansl, Heinz
02943 Weißwasser
- 27.09. Prof.Dr.med.habil. Raue, Wolfgang
04299 Leipzig
- 29.09. Dr.med. Klemm, Brigitte
02694 Pließkowitz
- 30.09. Dr.med. Hellmessen, Ute
04651 Bad Lausick
- 75 Jahre**
- 06.09. Doz. Dr. med. habil. Schleusing, Gottfried
04416 Markkleeberg
- 10.09. Dr.med. Burkhardt, Hannelore
09366 Stollberg
- 15.09. Dr.med. Roick, Waltraud
09465 Sehma
- 22.09. Dr. med. habil. Bürkman, Inge
04159 Leipzig
- 22.09. Prof. Dr. med. habil. Dr. paed.
Israel, Siegfried
04105 Leipzig
- 80 Jahre**
- 16.09. Dr.med.habil. Woratz, Günter
09456 Annaberg-Buchholz
- 19.09. Dr.med. Aermes, Harry
04105 Leipzig
- 22.09. Dr. med. univ. Schmidt, Gert-Peter
01109 Dresden
- 28.09. Prof. em. Dr. med. habil.
Oeken, Friedrich-Wilhelm
04229 Leipzig
- 82 Jahre**
- 05.09. Dr. med. Olbrich, Hildegund
02625 Bautzen
- 06.09. Dr.med. Spielmann, Volker
04316 Leipzig
- 20.09. Prof. Dr.med.habil. Lange, Ehrig
01067 Dresden
- 83 Jahre**
- 12.09. Dr.med. Zacharias, Horst
01187 Dresden
- 21.09. Prof. em. Dr. med. habil.
Barke, Reinhard
01326 Dresden
- 84 Jahre**
- 03.09. Dr. med. Münchow, Hildegard
01445 Radebeul
- 06.09. Dr.med. Fronius, Ingrid
01187 Dresden
- 12.09. Dr.med. Hisek, Ludwig
01239 Dresden
- 19.09. Dr.med. Nicolai, Margarete
09599 Freiberg
- 23.09. Dr.med. Woratz, Ursula
09456 Annaberg-Buchholz
- 30.09. Prof.Dr.med.habil. Feudell, Peter
04179 Leipzig
- 85 Jahre**
- 14.09. Dr.med. Bockelmann, Elfriede
04105 Leipzig
- 86 Jahre**
- 02.09. Dr.med. Hanzl, Werner
02763 Zittau
- 15.09. Dr.med. Heintze, Hans-Georg
08606 Oelsnitz
- 88 Jahre**
- 16.09. Dr.med. Meixner, Alfred
01816 Bad Gottleuba
- 94 Jahre**
- 14.09. Mitko, Regina
04435 Schkeuditz
- 30.09. Dr.med. Pastor, Herbert
01737 Tharand

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz 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 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Telefon 0341 22555-0, Telefax: 0341 22555-25
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
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 Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

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

ISSN: 0938-8478

K. G. Krishnan, D. Mucha, Th. Pinzer, G. Schackert

Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Läsionen des Plexus brachialis

TU Dresden
Medizinische Fakultät
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie

Zusammenfassung

Traumatische Plexus brachialis-Läsionen treten häufig bei jungen Männern, in der Regel nach Motorrad- oder Skiunfällen auf. Die Paresen sind bereits während der Phase der intensivmedizinischen Betreuung zu erkennen. Bei offenen Traumata soll die Exploration und Rekonstruktion des Plexus brachialis sofort erfolgen und es soll, in Abhängigkeit von verletzten Strukturen, intraoperativ interdisziplinär vorgegangen werden. Bei geschlossenen Läsionen ist eine möglichst frühe Revision dann erforderlich, wenn keine Zeichen einer klinischen Reinnervation im Zeitraum von 3 Monaten nach dem Unfallhergang vorhanden sind. Verschiedene Methoden zur Rekonstruktion des Plexus brachialis sind möglich. Diese werden im Detail dargestellt. Die Wahl der Rekonstruktionsmethode hängt vom intraope-

rativen Befund ab. Deshalb sollten alle Rekonstruktionsoptionen offen gehalten werden und Gegenstand der Patientenaufklärung sein. Früh- sowie Spätergebnisse zeigen, daß es in mehr als 80% der Fälle möglich ist, eine befriedigende Funktion der oberen Extremitäten wiederherzustellen, besonders wenn die Operation in frühen Phasen der Degeneration stattfindet. Bei Verzögerung oder Nichtvorhandensein einer Nervenregeneration ist es möglich, die nutzbare Funktion des Armes und der Hand durch Ersatzoperationen, wie Sehnen- oder Muskeltransfer, zu erreichen.

Schlüsselwörter: Plexus brachialis, periphere Nerven, Mikroneurochirurgie, Nervennaht, Nerventransfer, Muskelersatzoperation

Einführung

Posttraumatische Läsionen des Plexus brachialis treten häufig bei Männern im jungen oder mittleren Lebensalter auf. In der Regel sind die Paresen durch ein Hochgeschwindigkeits-trauma verursacht (z.B. Motorrad-, Skiunfälle) und häufig von Traumata anderer Körperregionen begleitet. Die Paresen sind bereits in der intensivtherapeutischen Phase der posttraumatischen Behandlung festzustellen (Terzis et al. 1999, 2000; Midha 1997). Die Läsionen werden als obere, erweiterte obere, mittlere, vollständige und periphere Plexusparesen klassifiziert (Alnot 1977; Brunelli 1991, 1992).

Elektromyographische (EMG) Untersuchungen sind relativ sensitiv hinsichtlich der Höhenzuordnung der Läsionen. Mehr als 50% der magnetresonanztomographischen (MRT) Interpretationen zeigen eine Diskrepanz zu intraoperativen Befunden.

In Abhängigkeit von Höhe und Art der Läsion kann der geschädigte Plexus brachialis mit verschiedenen Methoden rekonstruiert werden. Neurolyse und Nerveninterponate werden häufig bei Zerrungen und Rupturen der Plexusnerven genutzt. Bei Wurzelaustrissen sind Nerventransferoperationen indiziert. In diesen Fällen werden die intakten Nerven des ipsilateralen Plexus (intraplexualer) oder Nerven des zervikalen Plexus sowie Intercostalnerve (extraplexualer Nerventransfer) verwendet.

Die Ergebnisse der Plexusrekonstruktion sind von dem Ausmaß des Traumas und Zeitpunkt des Eingriffes abhängig. Die besten Resultate werden durch frühe Exploration und Rekonstruktion erreicht. Nach der initialen Rekonstruktion sind aktive physiotherapeutische Maßnahmen (inkl. Elektrotherapie) unerlässlich. Außerdem sind engmaschige EMG-Kontrollen des Therapieerfolges notwendig, um das weitere Prozedere zu bestimmen.

Ersatzoperationen zur Funktionsrekonstruktion, wie Sehnentransfer, Muskeltransfer etc., sollen dann zum Einsatz kommen, wenn keine deutliche klinische Besserung in 1-1,5 Jahren nach der Erstoperation auftritt. Um die Möglichkeit eines solchen operativen Vorgehens offenzuhalten, bevorzugen wir in unserer Klinik den extraplexualen Nerventransfer statt des intraplexualen, um die funktionell intakten Muskeln der Plexus-Nachbarschaft zu einem späteren Zeitpunkt nutzen zu können.

In diesem Artikel präsentieren wir einen Überblick der Plexus brachialis-Chirurgie sowie einige Ergebnisse unserer Klinik.

Klassifikation

Läsionen des Plexus brachialis manifestieren sich klinisch als (a) obere Plexusläsion, bei der die C5-6-innervierten Muskeln betroffen sind (Mm. deltoideus, supra- et infraspinatus, biceps brachii), (b) erweiterte obere Plexuslä-

sion (C5-7-Wurzeln), bei der man zusätzlich eine N. medianus-Schwäche findet, (c) komplette Plexusparesen (keine Sensibilität sowie Motorik der ganzen betroffenen oberen Extremität) und sehr selten (d) untere Plexusläsion, bei der die C8-Th1-Wurzeln geschädigt sind. Außerdem kann der Schaden eines peripheren Anteils des Plexus brachialis eine Plexusparesen simulieren (periphere, simulierende Plexusparesen) (Alnot 1977; Brunelli 1991, 1992). Vom operativen und prognostischen Gesichtspunkt ist es wichtig, die Wurzelaustrisse von Rupturen der Anteile des Plexus brachialis zu unterscheiden.

Klinische Manifestationen der Armplexus-Läsionen

Die klinischen Merkmale einer Armplexus-Läsion sind in der Regel bereits in der Phase der intensivmedizinischen Betreuung zu beobachten. Nach Stabilisation des Allgemein-

zustandes werden die Paresen im Verlauf der Zeit entweder deutlicher oder rückläufig (wobei sich innerhalb von 2 Monaten der Muskelkraftgrad vom M0 zu mindestens M3 verbessern soll). Das typische Bild einer oberen Armplexus-Lähmung ist die Denervation von mehreren Rotator-Manschettens-Muskeln des Schultergelenkes, M. deltoideus und M. biceps brachii. Bei solchen partiellen Armplexus-Läsionen zeigen Muskelgruppen, die durch den N. medianus und den N. radialis innerviert sind, einen Kraftgrad von M3 – M4+.

Bei der klinischen Untersuchung muss man die denervierten Muskelgruppen identifizieren und auf Zeichen eines Wurzelausrisses oder Reinnervation achten. Einige Beispiele: Scapula alata mit einer intakten M. trapezius-Innervation spricht für einen C5- oder C6- bzw. C7-Wurzelausriss; ein positives Horner-Zeichen (Enophthalmos, Miosis, Ptosis und trockene, nichtschwitzen Gesichtshaut der ipsilateralen Seite der Läsion) legt einen zervikalen oder thorakalen Wurzelausriss mit sympathischer Denervation nahe. Ein positives supraklavikuläres Tinel-Zeichen zeigt, daß die Verbindung zwischen dem involvierten Nerven und dem ZNS intakt ist. Ein Zwerchfelhochstand (inspiratorische und expiratorische Röntgenbilder des Thorax) beweist eine hochgelegene Plexusläsion nahe am Verlauf des N. phrenicus. Außerdem sollten die Schulter- und Armmuskeln im Einzelnen geprüft und die entsprechenden Kraftgrade festgelegt werden. Um den Kraftgrad zu dokumentieren benutzen wir das System der British Medical and Research Council:

M0 – keine Muskelkontraktion

M1 – Muskelkontraktion sichtbar, aber ruft keine Gelenkbewegungen hervor

M2 – Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft

M3 – aktive Bewegung gegen Schwerkraft

M4 – aktive Bewegung gegen Widerstand

M5 – normale Bewegung.

Nicht immer ist es präoperativ möglich, zwischen dem Läsionstyp (Wurzelausriss oder –ruptur) zu differenzieren. Die Zusammenfassung von Anamnese (insbes. der Unfallhergang und Begleitverletzungen), den Ergebnissen einer ausführlichen klinischen Untersuchung und apparativer diagnostischer Maßnahmen (z.B. EMG, NLG, MRT etc.) gibt ein allgemeines Bild der Läsionen und hilft, einen passenden operativen Eingriff zu planen. Trotz dieser Vorbereitungen ist der Chirurg häufig

mit überraschenden intraoperativen Befunden, die mit dem präoperativen Bild nicht korrelieren, konfrontiert. Deshalb soll der Patient über verschiedene Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Nervenrekonstruktion (Neurolyse, Nerven-Interponate, Nerventransfer etc.) in Abhängigkeit vom intraoperativen Bild aufgeklärt werden.

Apparative Diagnostik von Plexus brachialis-Läsionen

Wie bereits erwähnt, findet man trotz vorgeschalteter Diagnostik häufig intraoperative Befunde, die mit den präoperativen nicht korrelieren. Elektromyographische Untersuchungen der Muskulatur zu verschiedenen Zeitpunkten bieten ein dynamisches Ergebnis, ob ein Muskel reinnerviert wird oder nicht. Präzise und zielgerichtete EMG-Untersuchungen der paravertebralen Muskeln können auf den Typ der Läsion hinweisen. Mittels Magnetresonanztomographie (MRT) ist es möglich, die verschiedenen morphologischen Komponenten des Plexus brachialis darzustellen.

Elektrophysiologie

Die elektrophysiologischen Untersuchungen, wie Nervenleitgeschwindigkeitsmessung und F-Wellen-Antwort einzelner Nerven des Plexus brachialis, Elektromyographie einzelner Muskeln oder Muskelgruppen, spielen eine wichtige Rolle nicht nur in der Diagnostik der Nervenläsion, sondern auch hinsichtlich des postoperativen Nachweises der Reinnervation (Leffert 1988; Terzis et al. 1976). Zum Beispiel kann das Vorhandensein der gesunden EMG-Signale in den paravertebralen Muskeln der betroffenen Seite mit gleichzeitigem klinischen Bild einer kompletten Armplexuslähmung darauf hindeuten, daß es sich um keinen Wurzelausriss, sondern um eine Nervenruptur außerhalb des Wirbelkanals handelt. Die Spezifität der ENG-Diagnostik bei komplexen Plexuslähmungen ist aufgrund der technischen Durchführung sehr begrenzt und zudem untersucherabhängig (Liberson et al. 1987; McGillicuddy 1991). Das EMG von Zielmuskeln kann den Grad der Nervenläsion nachweisen. Zum Beispiel wird bei persistierender elektromyographischer Spontanaktivität des Zielmuskels in zwei Untersuchungen mit einem Zeitabstand von mindestens einem Monat die Indikation zur operativen Exploration des Nerven gestellt. Außerdem dient die EMG-Untersuchung dem Zweck, die Prognose der Reinnervation nach einer Nervenre-

konstruktion zu erfassen, obwohl letztlich nur das funktionelle Endergebnis zählt.

Magnetresonanztomographie

Die bildgebende Diagnostik des Plexus brachialis ist auf Grund seines komplexen anatomischen Verlaufes schwierig und erfordert gute Kenntnisse der topographischen Anatomie der zerviko-thorakalen Region. Deshalb sollte einer Bildgebung immer der Versuch zur klinischen Lokalisation der Schädigung vorausgehen. Das MRT als Methode der Wahl ermöglicht durch seine hohe Kontrast- und Ortsauflösung die direkte Plexusbeurteilung von der Wirbelsäule bis zu seiner intraaxillären Aufzweigung in die peripheren Nerven (Hayes et al. 1997). Es ist dem CT auf Grund des höheren Weichteilkontrastes und der in Schulterhöhe artefaktfreien Darstellung, insbesondere der retroklavikulären Plexusanteile, deutlich überlegen. Die beste anatomische Abgrenzbarkeit der Trunci und Faszikel ist durch den intrinsischen Kontrast des umgebenden Fettgewebes retroklavikulär und axillär gegeben. Die CT-Myelografie lässt keine Beurteilung des postganglionären Plexus zu und ist heute für diese Fragestellungen weitgehend durch das weniger zeitaufwendige, nicht-invasive MRT bzw. MR-Myelografie ersetzbar (Hems et al. 1999). Es sollte mit einem großen Untersuchungsfeld von der mittleren Halswirbelsäule bis zum kranialen Humerusschaft untersucht werden. Die Scans werden schräg koronar, axial und sagittal anguliert. Angewendet werden vor allem Inversionssequenzen mit Fettsuppression (z.B. STIR, TIRM) und T1-gewichtete Sequenzen. Bei den T1-gewichteten Sequenzen verwendet man Spin-Echo-Sequenzen mit Schichtdicken bis minimal 4 mm bzw. 3D-Gradientenecho-Sequenzen für Dünnschichtscans bis 1 mm als Grundlage für multiplanare Rekonstruktionen. Zur optimalen Darstellung der einzelnen Plexusabschnitte sollte die Angulierung der Scans bzw. der sekundären Rekonstruktionen dem jeweiligen Faserverlauf angepasst werden (Montanari et al. 1996).

Die mit dem MRT gut zu diagnostizierende Pseudomenigozele gilt als wichtiger Hinweis für den Wurzelausriss eines Spinalnerven (Hayes et al. 1997; Hems et al. 1999). Allerdings wird die Anzahl der ausgerissenen Nerven bei einer Sensitivität von 81% unterschätzt. Des weiteren sind Signaländerungen der tiefen posterioren paravertebralen Muskeln ein Indiz für Denervierung und deuten auf

eine Wurzel distortion hin. Postganglionäre Läsionen äußern sich durch Schwellung in T1-gewichteten bzw. Signalerhöhung des Plexus in T2-gewichteten Bildern. Läsionen der Trunci und Faszikel, insbesondere Distorsionen sind jedoch häufig nicht direkt nachweisbar. Die diffizile Beurteilung der Umgebungsstrukturen ist erforderlich. Ödeme, Weichteilhämorrhagien und vor allem deren Lokalisation geben zusätzliche Hinweise auf den Verletzungsmechanismus und die Lokalisation, die so präoperativ weiter eingegrenzt werden kann. Zur Detektion der genannten Veränderungen sollte das MRT im frühen subakuten posttraumatischen Stadium erfolgen. Das MRT des Plexus sollte im Anschluss an das MRT der Halswirbelsäule stattfinden. Damit können spinale Pathologien bzw. die intraspinalen Folgen eines Wurzelaustrisses (Ödem, Hämorrhagie) nachgewiesen werden. Zum anderen sollten Spinalnervläsionen z.B. durch einen traumatischen Bandscheibenvorfall ausgeschlossen werden.

Diagnostische Differenzierung der Armplexus-Läsionen

Die Differenzierung der Läsionen des Plexus brachialis kann am besten durch Fallbeispiele dargestellt werden. In unserer Einrichtung benutzen wir das sogenannte „Plexus-Blatt“ um die Ausfälle zu dokumentieren (Abb.1).

Außerdem werden die Ergebnisse auch in einem Schema des Plexus brachialis dargestellt, so daß die Ergebnisse der intraoperativen Stimulation leicht mit präoperativen klinischen Befunden verglichen werden können.

Fall Nr. 1: Obere Plexus brachialis-Läsion

Der Patient in Abb.2a hatte einen Motorradunfall erlitten. Die Muskelfunktionen, welche den C5- und C6-Wurzeln entsprechen (Schulterabduktion, Außenrotation und Ellenbogenflexion) waren ausgefallen. Die Nn. medianus, ulnaris et radialis – innervierten Muskeln zeigten Kraftgrade zwischen M3 und M4. Dreizehn Monate nach dem Unfall und nach Rehabilitation wurde der Patient, bei keiner Verbesserung der Paresen, in unserer Klinik zur operativen Therapie vorgestellt. Die chirurgische Exploration zeigte einen Ausriss der C5- und C6-Wurzeln. Es erfolgte eine Neurolyse aller Faszikel des Plexus brachialis und ein Nerven transfer vom N. accessorius spinalis zum Truncus superior (Abb.2b). Außerdem wurde ein Sehnen transfer von der Tendo musculi pectoralis major zur T. m. bicipitis brachii durch ein freies Fascia lata – Interponat in der gleichen Sitzung durchgeführt, da das Zeitintervall zwischen Unfall und Rekonstruktion des Plexus brachialis zu groß war, um eine erfolgreiche Regeneration nach Nervenrekonstruktion erwarten zu können (Abb.2c).

Vier Monate nach der Operation zeigte sich eine nutzbare Beugung des Ellenbogens (durch die Muskellersatzoperation). Aktive Physiotherapie wurde weiter fortgeführt.

Fall Nr. 2: Komplette Plexus brachialis-Lähmung

Dieser Patient erlitt einen kompletten Ausfall des Plexus brachialis nach einem Motorradunfall (Abb.3a links). Eine dislozierte Schlüsselbein-Fraktur sowie nichtdislozierte Querfrakturen des Processus transversus von HWK 4-6 wurden nach dem Unfall festgestellt. Der Arm was anästhetisch und motorisch schlaff, außerdem bestanden M3-Paresen der Mm. pectoralis major und latissimus dorsi (Abb.3a rechts). Vier Monate nach dem Unfall wurde die Exploration des Plexus brachialis durchgeführt, wobei wir ein Narbenkonglomerat von allen Faszikeln des Plexus brachialis mit komprimierenden freien Knochenfragmenten (Impingement) im subklavikulären Bereich fanden. Die Exzision des Konglomerates war erforderlich. Die Nervenwurzeln waren intakt. Die Neuromata der involvierten Nerven wurden reseziert und die Plexuskomponenten mittels N. suralis – Interponaten wiederhergestellt (Abb.3b). Bei einer solchen komplexen Rekonstruktion kann die Rückkehr nützlicher Funktionen mindestens 1 bis 2 Jahre dauern. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die

Regeneration hierbei ist die frühzeitige Rekonstruktion der Nerven. Außerdem muss mit mehreren Ersatzoperationen gerechnet werden.

Fall Nr.3: Erweiterte obere Plexus brachialis-Lähmung, Frühvorstellung

Dieser Patient erlitt einen kompletten Ausfall des Plexus brachialis nach einem Autounfall (Abb. 4 links). Drei Monate nach dem Unfall wurde die Exploration des Plexus brachialis durchgeführt. Diese zeigte C5- und C6-Wurzelausrisse (Avulsion) und eine Zerrung des Fasciculus posterior mit Neurombildung des N. axillaris. Die Rekonstruktion erfolgte durch Nerventransfer vom N. accessorius zu N. suprascapularis und von Nn. intercostales (III et IV) zu N. musculocutaneus. Zusätzlich wurde ein Neurom-in-Kontinuität des N. axillaris exzidiert und der Nervendefekt mittels N. suralis-Interponat rekonstruiert. Bereits 6 Monate nach der Operation hatte der Patient eine nützliche Funktionen des Armes unter aktiver Physiotherapie zurückerhalten (Abb. 4 rechts) und seine Arbeit als KFZ-Fahrer wieder aufgenommen. Eine frühe Exploration ermöglicht die Feststellung der Nervenläsionen und die Durchführung einer passenden Nervenrekonstruktion.

Operative Behandlung der Läsionen des Plexus brachialis

Die Indikation für die Exploration des Plexus brachialis ist in Abhängigkeit von der Dynamik der Reinnervationsentwicklung zu stellen. Bei geschlossenen Verletzungen wird im Verlauf von 2-3 Monaten nach dem Unfall deutlich, ob die Paresen persistieren oder eine initiale Entwicklung zum Stillstand kommt (Benassy et al. 1974; Ferenz 1988). Im letzten Fall, bei dem der Patient eine initiale Reinnervationsentwicklung aufwies, kann die Wartezeit maximal bis zu 6 Monate unter aktiver Physiotherapie und engmaschigen Kontrolluntersuchungen verlängert werden. Abbildung 5 zeigt die Zeitplanung, die in unserer Klinik propagiert wird.

Wie bereits erwähnt, soll sich der Chirurg bei der Exploration eines geschädigten Plexus einige Optionen für die Rekonstruktion offen halten (McGillicuddy 1991; Terzis et al. 1976, 1989, 1997). Die am häufigsten genutzten Nervenrekonstruktionsmethoden sind folgende:

1. Neurolyse (extern und faszikulär)
2. Intraplexuale Nervennaht (mit und ohne Nerveninterponat)

3. Nerventransfer (von intakten zu geschädigten Nerven: extraplexualer und intraplexualer Transfer)

Die Entscheidung, welche dieser Rekonstruktionsoptionen benutzt werden kann ist individuell und vom intraoperativen Befund abhängig. Die Rekonstruktionsmöglichkeiten werden nun im Einzelnen diskutiert.

Technik der Exploration des Armplexus

Operationen am Plexus brachialis werden in Allgemeinanästhesie durchgeführt. In der Regel revidieren wir nur die Anteile des Plexus brachialis, welche Ausfälle zeigen. Zum Beispiel bei klinisch eindeutiger oberer Plexusparese werden die C5-C7 - Wurzeln revidiert, unabhängig von den MRT- und EMG-Befunden. C8 und Th1 werden bei intakter Funktion nicht exploriert. Alle Trunci, Fasciculi und deren Verästelungen werden supra- und infraklavikulär freigelegt und direkt stimuliert, um sie zu identifizieren und mögliche anatomische Varianten feststellen zu können. In besonderen Fällen (z.B. anamnestisch Verletzung im Axillabereich) wird die Präparation dementsprechend erweitert. In Fällen eines kompletten Plexusausfalls werden alle Wurzeln exploriert.

Wir benutzen eine klassische „Zick-zack“-Inzision (Abb.6) und legen zuerst die Trunci im Bereich der lateralen Kante der Mm. scaleni frei. Diese neuralen Strukturen werden nach proximal und distal bis zur Darstellung der Läsion verfolgt.

In seltenen Fällen ist eine Klavikulotomie notwendig, um den subklavikulären Teil des Plexus brachialis freizulegen. Eine Klavikulotomie ist dann erforderlich, wenn nur einige subklavikuläre Nervenanteile verletzt sind und intakte Nervenstrukturen durch eine indirekte Präparation iatrogen verletzt werden könnten. In den meisten Fällen wird die subklavikuläre Freilegung von supra- und infraklavikulär mikrochirurgisch durchgeführt.

Intraoperative direkte Nervenstimulation

Die topographische Anatomie verschiedener Anteile des Plexus brachialis wird durch direkte Nervenstimulation festgestellt. Die freigelegten Nervenanteile werden mit einem bipolaren Nervenstimulationsgerät gereizt (Abb.7). Es ist möglich, eine motorische Antwort mit einer direkten Nervenstimulationsstärke von nur 0,2 mA zu erreichen. In stark vernarbten Nerven ist die Stimulationschwelle auf 1 mA oder mehr erhöht. Wenn eine motorische Ant-

wort durch eine Erhöhung der Stimulationsstärke erreicht wird, spricht man von einer Nervenfibrose oder Läsion-in-Kontinuität (Abb.8). In der Regel erniedrigt sich die Stimulationschwelle nach einer Neurolyse. In diesem Fall wird dann die weitere neuronale Manipulation beendet.

Die elektrische Reizung eines Nerven ruft keine Antwort hervor, wenn der Nerv oder dessen Wurzeln rupturiert sind. Die motorische Antwort auf elektrische Reizung ist nur bis ca. 48 Stunden nach dem Unfallhergang positiv. Nach Ablauf dieser Zeit ist ein rupturiertes distales Nervenende nicht mehr stimulierbar.

Die intraoperative Nervenstimulation im Rahmen der Plexuschirurgie wird nicht nur zur Prüfung der Stimulierbarkeit eines Nerven benutzt, sondern auch zum Identifizieren des Nerven selbst sowie seiner verschiedenen Anteile anhand einer möglichen Zielmuskelaktion. So lässt sich die Identität eines nicht-stimulierbaren Nerven durch seine topographische Beziehung zu seinem stimulierbaren und bereits identifizierten Nachbarn feststellen.

Ziele der Plexus brachialis-Rekonstruktion

Die Wiederherstellung der Ellenbogenbeugefunktion bis M4 oder M4+, so daß der Patient die Hand zum Gesicht ziehen kann, ist die wichtigste Komponente in der Plexus brachialis-Chirurgie. Obwohl einige Autoren von einer Ellenbogenbeugekraft von M5 berichten, ist dies in der Tat sehr selten zu erreichen. Die Wiederherstellung von einer Ellenbogenbeugekraft von M4 oder M4+ ist realistisch. Zur Wiedererlangung der Beugung im Ellenbogen, die funktionell gesehen Vorrang hat, können intakte Nerven oder Muskeln der Plexus-Nachbarschaft für den Transfer verwendet werden (Terzis et al. 1989, 1999, 2000, 2001).

Die Stabilität des Schultergelenkes hat eine wichtige Bedeutung, um den Gewinn der wiederhergestellten Ellenbogenbeugefunktion zu sichern. Dies erreicht man entweder mittels Nerventransfer zum N. suprascapularis und/oder N. axillaris, oder durch Sehnentransfer (z.B. T. mm. teres major et latissimus dorsi), oder, in weit fortgeschrittenen Paresen durch eine Schultergelenk-Arthrorese.

Gemäß ihrer Wichtigkeit ergibt sich für die weiteren motorischen Funktionen folgende Reihenfolge: Handgelenk- und Finger-Flexoren, sowie -Extensoren. Gelegentlich können auch diese während der Erstoperation rekons-

truiert werden. Aber meistens erfordert dies einen Zusatzeingriff zu einem späteren Zeitpunkt.

Methoden der Nervenrekonstruktion bei Plexus brachialis-Läsionen

Neurolyse

Bei einigen Arten der Läsionen-in-Kontinuität, bei denen die Nervenfasern vom Narbengewebe bedrängt werden, ist die Entlastung des intraneuralen Druckes mittels Nervenscheidenschlitzung (externe Neurolyse) oder Faserpräparation (faszikuläre Neurolyse) ausreichend, um eine funktionelle Erholung zu erreichen (Abb.9). Die funktionelle Unversehrtheit eines Nerven wird während der Neurolyse kontinuierlich durch direkte Stimulation überprüft. Eine Plexusläsion bei Patienten unter 50 Jahren, bei denen eine rechtzeitige Neurolyse als einzige Behandlungsmaßnahme erforderlich ist, zeigt die besten Ergebnissen (Besserung der Innervation bis M5) (Abb.10). Nach einer Neurolyse ist eine deutliche Abnahme der Schmerzsymptomatik und Verbesserung der Sensibilität unmittelbar postoperativ feststellbar. Die Muskelkraft jedoch kehrt erst in 2-3 Monaten nach der Operation zurück.

Nerveninterposition

Bei Rupturen von Anteilen des Plexus brachialis und struktureller Unversehrtheit der Wurzeln ist die Überbrückung von Nervendefekten mittels autologer Nerveninterponate die Methode der Wahl. Der am häufigsten benutzte Spendernerv als Kabelinterponat ist der N. suralis (Abb.11). In seltenen, komplexen und herausfordernden Fällen ist die gesamte Länge beider Nn. surales nicht ausreichend, um eine vernünftige Überbrückung zu erreichen. In solchen Fällen wird der N. saphenus oder N. cutaneus antebrachii medialis als zusätzlicher Interponatspender verwendet. Bei langbestehenden Lähmungen der handintrinsic Muskulatur ist der Einsatz des N. ulnaris als vaskularisiertes Kabelinterponat gerechtfertigt, da die feinmotorischen Funktionen der Hand sehr selten zurückkehren.

Das Problem der richtigen Anpassung von sensiblen und motorischen Faszikeln, besonders wenn die innere Nervenmorphologie zerstört ist, ist noch immer ungelöst. Dies ist nur möglich bei einer Operation in Lokalanästhesie (z. B. Bier'sche Blockanästhesie), also wachen Patienten und wenn die Verletzung nicht mehr als 48 Stunden zurückliegt. Plexus brachialis-Explorationen und Rekonstrukti-

onen sind aber komplexe Eingriffe. Daher ist eine solche Operation in Lokalanästhesie nicht durchführbar. Jedoch ist eine funktionelle Erholung möglich, wenn nur ca. 30-40% der motorischen Faszikel richtig adaptiert werden. Deshalb gilt bis heute die Regel, die innere Nervenmorphologie (z.B. Gefäßverlauf, Verlauf der Faszikelgruppen) als Landmarken zur Anpassung der Kabelinterponate zu nutzen.

Neurotisation

Dies ist eigentlich eine falsche Bezeichnung. Etymologisch gesehen bedeutet ‚Neurotisation‘ die Implantation von einzeln separierten Nervenfaszikeln in einen Muskelbauch, um diesen motorisch zu reinnervieren. Jedoch wird die Bezeichnung gewöhnlich für eine Nervenumleitung (einen Nerventransfer) benutzt. Beim Nerventransfer wird ein intakter Nerv durchtrennt und sein proximales Ende zum distalen Ende eines entwurzelten Nerven anastomosiert (Boulouednineet al. 2001). In Abhängigkeit vom Spendernerv wird der Nerventransfer wie folgt klassifiziert: (a) intraplexualer Nerventransfer (intakte und stimulierbare Nn. pectorales, N. thoracicus longus, N. thoracodorsalis als häufig benutzte Spendernerven) und (b) extraplexualer Nerventransfer (intakte Nerven des Plexus cervicalis oder thorakaler Höhen) (Abb.12).

Spendernerven für Nerventransfer

Der meist gebrauchte Spender ist der N. accessorius spinalis. Dieser wird in fast allen Fällen zur Reinnervierung des N. suprascapularis genutzt. Teile der Ansa cervicalis, N. hypoglossus und andere Nerven im Halsbereich werden seltener als Spender verwendet. Die Nn. intercostales III bis VI sind häufige Spender für den N. musculocutaneus oder N. axillaris, da diese sich in der topographischen Nachbarschaft finden. Die freigelegten Intercostalnerven werden zuerst stimuliert und die motorischen Faszikel separiert. Danach werden sie zum Achselbereich über einen subkutanen Tunnel umgeleitet, um mit den Empfängern anastomosiert zu werden. Üblicherweise sind 2 bis 3 motorische Intercostalnerven zum Transfer ausreichend (2 zum N. musculocutaneus und 3 zum Fasciculus lateralis). Der therapeutische Nutzen bei Verwendung von mehr als 3 Intercostalspendern ist bislang nicht bekannt.

N. thoracodorsalis, N. thoracicus longus und Nn. pectorales medialis et lateralis sind übliche intraplexuale Spendernerven. Wir verzich-

ten auf diese Option aus zwei Gründen: (a) die Möglichkeiten der plexusinnervierten Muskulatur, sich gegenseitig zu kompensieren, ist hierbei ausgeschlossen und (b) es ist wichtig, die intakten Mm. latissimus dorsi sowie teres et pectorales zu erhalten, da diese Muskeln zu einem späteren Zeitpunkt für Sehnen- oder Muskeltransfer eingesetzt werden können. Darüber hinaus unterstützt keine Studie die mögliche Überlegenheit eines intraplexualen Nerventransfers gegenüber dem extraplexualen.

Zusatzverfahren zur Wiederherstellung der Arm- und Handfunktion

Circa 60% aller Patienten, welche sich einer Plexus brachialis-Revision und Rekonstruktion unterzogen haben, benötigen mindestens eine Zusatzoperation zu einem späteren Zeitpunkt, um das funktionelle Ergebnis zu verbessern. In mehreren Fällen ist die bisher erlangte Muskelkraft nach dem Ende einer Nervenregeneration (1-2 Jahre nach der Nervenrekonstruktion) immer noch nicht ausreichend, um eine gewisse Selbständigkeit des Patienten zu erreichen. Häufig findet bei Patienten über 50 Jahre keine funktionell bedeutsame Nervenregeneration mehr statt. In solchen Situationen wird eine Ersatzoperation empfohlen (Terzis et al. 1978, 1978, 1989, 1999; Waters et al. 1999).

Das Prinzip ist die Unterstützung eines nicht funktionierenden Muskels (Muskelgruppe) durch den Transfer eines funktionell intakten Muskels („funktionelle Reanimation“). Dies wird durch Sehnen- oder Muskeltransfer (uni- und bipolar) oder mittels freiem vaskularisiertem Transfer von innervierten Muskeln erreicht. Die Grundvoraussetzung dabei ist, daß der Spendermuskel einen Kraftgrad von mindestens M4 hat. Einige Beispiele sind im Folgenden genannt.

Sehnentransfer (Abb.13) Bei irreparablen Nervenläsionen der oberen Extremität wird eine Verbesserung der Handfunktion durch Sehnentransfer erzielt. Zum Beispiel bei irreparablen und langbestehender N. radialis-Läsion werden einige Beugesehnen zum Daumenabduktor und zu Fingerextensoren umgeleitet. Als Spendersehnen dienen häufig die T. m. flexor carpi ulnaris, T. m. palmaris longus und T. m. flexor digitorum superficialis. Muskeltransposition (Abb.2c)

Ellenbogenflexion und Armabduktion können durch uni- oder bipolaren Muskeltransfer erlangt werden. Einige Beispiele: Bei Pecto-

ralis major zu Biceps brachii-Transfer werden alle Insertionen vom M. pectoralis major abgetrennt, so daß der Muskel nur durch sein Gefäßnervenbündel mit dem Körper verbunden ist. Nun wird der Muskel durch einen Subkutis-Tunnel vom akromioklavikulären zum Bicepssehnenbereich durchgezogen und an diesen Strukturen vernäht. Nach der Operation wird der Arm im Gilchrist-Verband für 3-4 Wochen immobilisiert. Bei Rekonstruktion der Schulterabduktion wird der M. latissimus dorsi in derselben Weise als Muskellappen abgehoben. Dieser wird dann, noch verbunden mit seinem Gefäßnervenpedikel, über den M. deltoideus gelegt und mit der Spina scapulae, dem akromioklavikulären Bereich und mit der Deltoideusehne verbunden. Das Schultergelenk wird in 90° abduzierter Position mit einer Salut-Schiene für 3-4 Wochen ruhiggestellt. Nach solchen Operationen

müssen sich die Patienten einer aktiven „Muskel-Umlern-Physiotherapie“ unterziehen.

Freier vaskularisierter und innervierter Muskeltransfer (Abb.14)

Der Spendermuskel wird als eine freie Lappenplastik mit seinem Gefäßnerven-Stiel abgehoben und vom Spenderbereich getrennt. Im Empfängergebiet wird der Muskel mit der gleichen Spannung, die er in situ hatte, angehängt und danach werden Blutkreislauf und Innervation der Lappenplastik mittels Mikroanastomosen etabliert. Stümpfe von bereits durchtrennten oder intakte motorische Nerven des Empfängergebietes werden benutzt, um den Nerven der Lappenplastik zu innervieren. Häufig verwendete Muskellappen sind M. gracilis, M. latissimus dorsi und seltener M. rectus abdominis sowie M. tensor fasciae latae. Fallabhängig werden solche Autotransplanta-

tionen zur Wiederherstellung der Ellenbogenbeugung, Handgelenk-, sowie Fingerbeugung benutzt und seltener zur Rekonstruktion der Fingerstreckung. Eine dynamische Reanimation der Gesichtsmuskulatur kann häufig mit einem ein- oder zweizeitigen Muskeltransfer erreicht werden.

Literatur beim Verfasser
 Dr. med. Kartik G. Krishnan
 (korrespondierender Autor)
 Dr. med. Thomas Pinzer
 Professor Dr. med. Gabriele Schackert
 Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden
 Dr. med. Dirk Mucha
 Abteilung für Neuroradiologie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden

Auswertung von Patienten mit Läsionen des Plexus brachialis

Neurochirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Dresden (Direktorin: Prof. Dr. G. Schackert)

Name: [REDACTED] Patienten Nr.: [REDACTED] Untersuchungsdatum: **10.06.01**
 Geburtsdatum: **27.11.1951** Seite: **LINKS** Prä-operative Untersuchung
 Ueberweisende(r) Institution/ Arzt: **Dr. G. [REDACTED]** Post-operative Untersuchung
 Unfalldatum: **12.01.2001** Art des Unfalls: **Autounfall** OPdatum: **14.06.01**

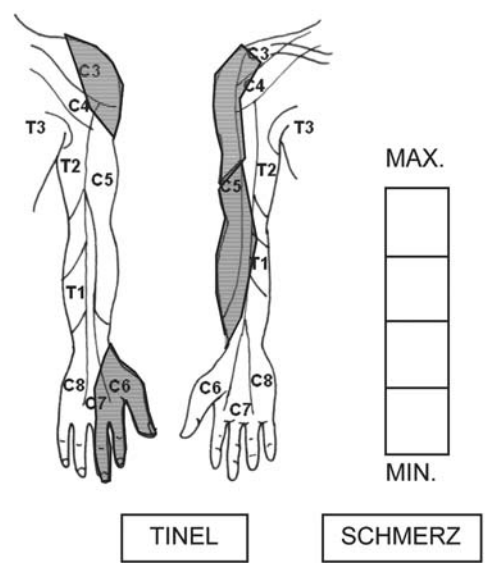
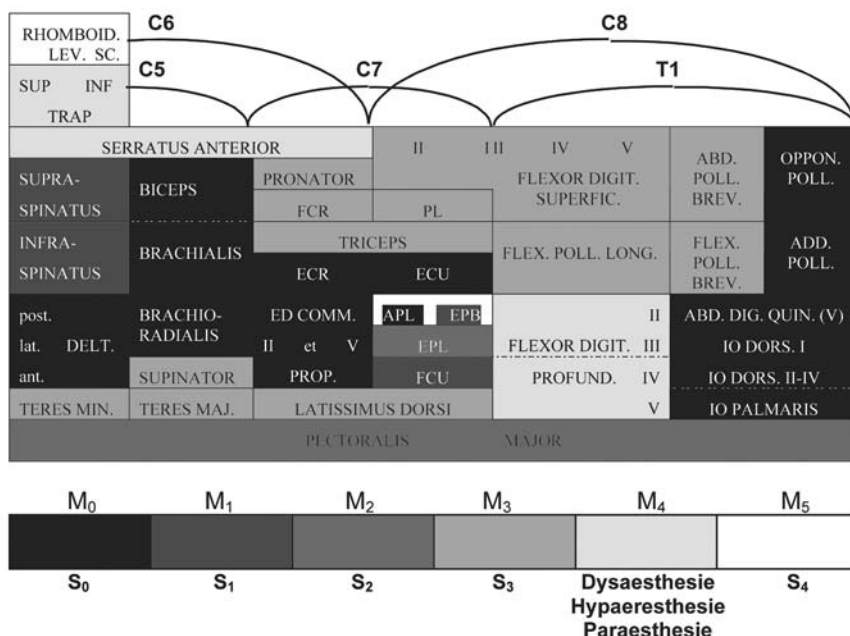


Abb. 1: „Plexus-Blatt“ zur Dokumentation der Ausfälle und des postoperativen Verlaufes. Hier Patient in Abb. 4.



Abb. 2a: Typisches Bild einer oberen Plexus-Lähmung nach Motorradunfall



Abb. 3a: Typisches Bild eines kompletten Ausfalles der durch den Plexus brachialis innervierten Muskulatur

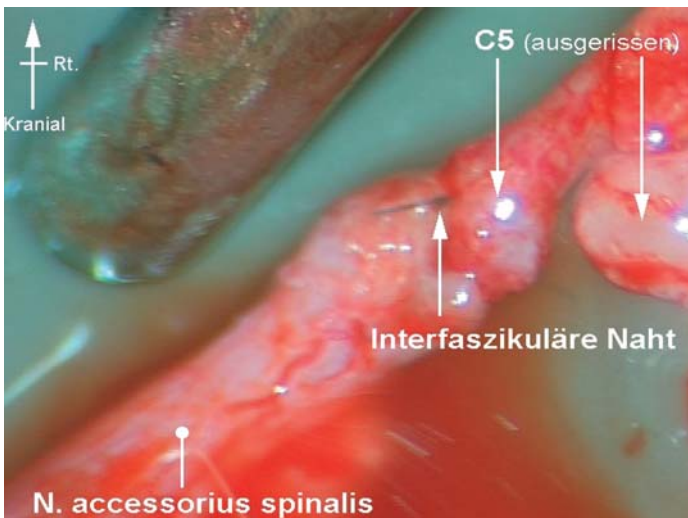


Abb. 2b: Intraoperatives mikrochirurgisches Bild eines Transfers des N. accessorius zum Truncus superior

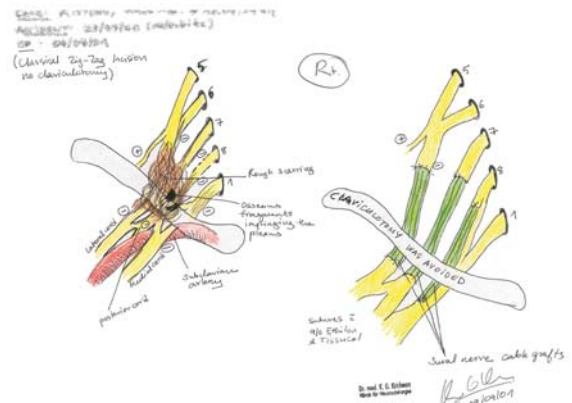


Abb. 3b: Rekonstruktionsschema beim Patienten in Abb. 3a (intraoperativ: komplette Ruptur der Plexus-Trunci)

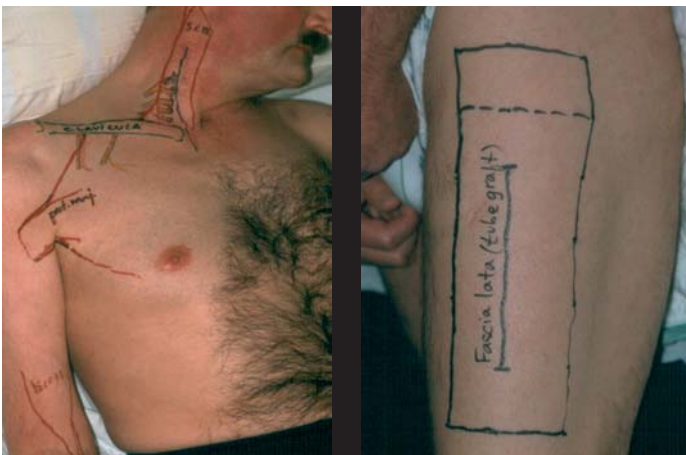


Abb. 2c: Planung der Ersatzoperation: unipolarer Muskeltransfer (M. pectoralis major zur Bicepssehne)



Abb. 4: Links: Präoperatives Bild einer erweiterten oberen Plexus brachialis-Lähmung nach Autounfall (vgl. Abb. 1) / Rechts oben & unten: Rückkehr der Schulter- und Ellenbeugenfunktionen nach der Operation

Indikationen und Zeitpunkt der Operation



Abb. 5: Zeitmanagement und Indikationsstellung zur Exploration des Plexus brachialis

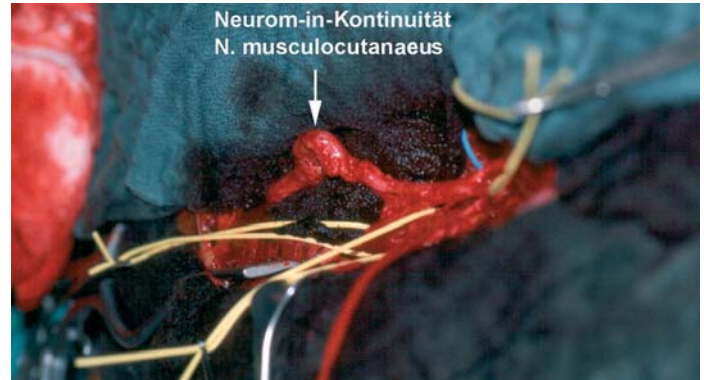


Abb. 8: Intraoperatives Bild eines Neuroms-in-Kontinuität des N. musculocutaneus



Abb. 6: Inzisionen zur Exploration des Plexus brachialis

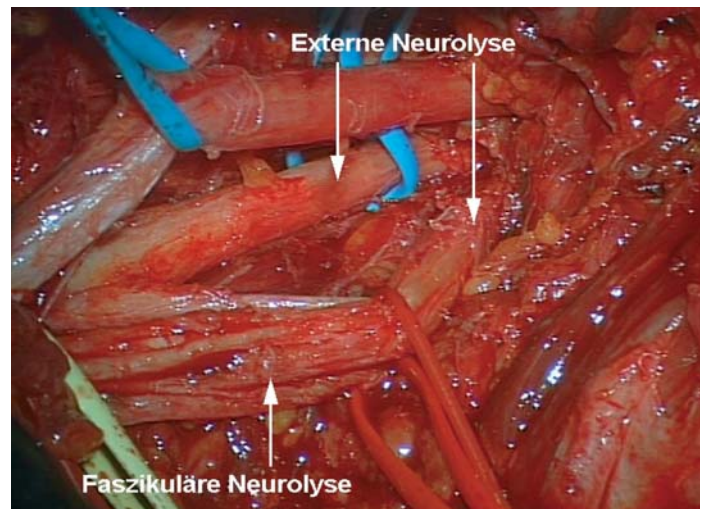


Abb. 9: Beispiel einer faszikulären und einer externen Neurolyse bei hochgradigem Plexusschaden. Abb. 10 – 14 Seite 282.

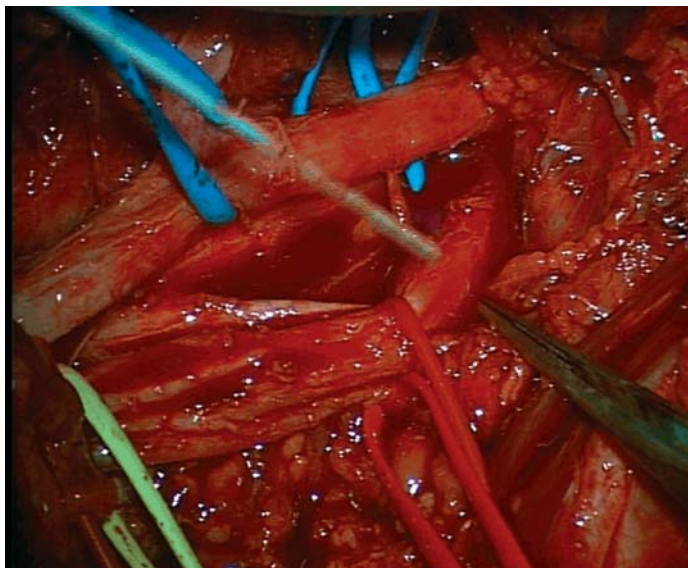


Abb. 7: Intraoperative Nervenstimulation



Abb. 10: Sehr gute Muskelfunktionen nach rechtzeitig durchgeführter Neurolyse des fibrosierten Plexus brachialis

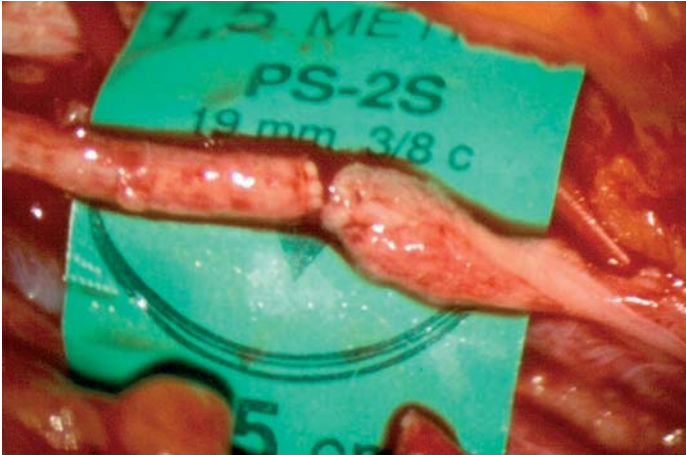


Abb. 11: Intraoperatives Bild einer Nerventransplantation vor interfaszikulärer Naht



Abb. 14: Beispiel einer freien vascularisierten und innervierten Muskelerersatzoperation, Planung der Abhebung des M. gracilis als eine isolierte Einheit mit Gefäß- und Nervenversorgung; Autotransplantation der Lappenplastik (links). Postoperative Wiederherstellung der Ellenbogen-, Handgelenk- und Fingerbeugefunktion (rechts).



Abb. 12: Planung (links) und intraoperatives Bild (rechts) eines Transfers der Nn. intercostales zum N. musculocutaneus

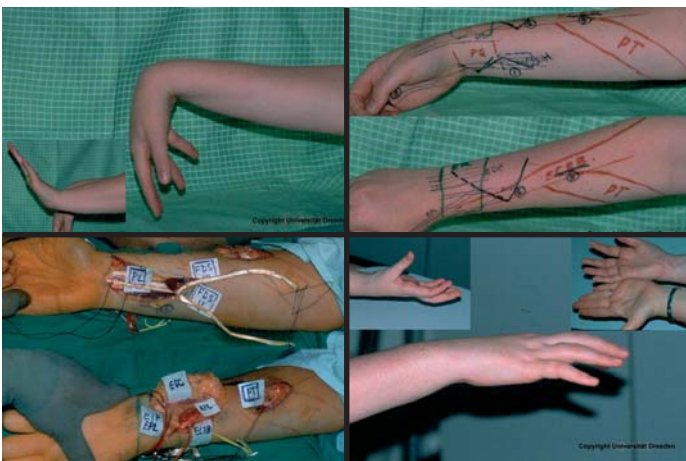


Abb. 13: Oben links: Chronische irreparable Lähmung des N. radialis (nach Oberarmfraktur)/Oben rechts: Planung einer Sehnenersatzoperation (Flexoren zu Extensoren-Transfer)/Unten links: Intraoperatives Bild des Sehnen-Transfers/Unten rechts: Postoperative Funktionswiederherstellung der Handgelenk- und Fingerextensoren