

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 4/2004

Editorial	Praxisgebühr, Überweisung, Versorgungszentrum, Patientenbeauftragte ...	120
Berufspolitik	Es geht um mehr als um das Arbeitszeitgesetz	121
	Wachstumsmarkt Gesundheitswesen	124
	Anwendung der Praxisgebühr bei Asylbewerbern	124
	Ärzte aus 67 Nationen arbeiten in Sachsen	126
	Praxis-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen	127
	Mehr Gesundheitsversorgung mit weniger Medizinerinnen	127
	Impressum	131
	3. Kurs »Ärztliches Qualitätsmanagement« erfolgreich abgeschlossen	132
	Fachübergreifendes Fortbildungssemester Frühjahr 2004 eröffnet	132
	22. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern V. Zürich, A. Morgner-Miehlke, A. Deussen	133
	Das DIPOL® Curriculum der Studienjahre 1 und 2	135
Mittelhefter	Berufsbildung der Arzthelfer/Arzthelferin	137 – 148
	U. Ravens, D. Dobrev Wie sollte der zukünftige Medizinstudent ausgebildet werden?	149
	K. Lautenschläger, M. Müller, M. Meurer Problemorientiertes Lernen im praktischen Jahr – »klinisches Denken und Verstehen«	151
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelfer/Arzthelferin«	156
	Fortführung der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin	156
	Konzerte und Ausstellungen	157
	11. Dresdner Ärzteball	157
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	157
Verschiedenes	Gründung eines Sächsischen Bündnis gegem Depression	157
	Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte	160
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Joachim Pfeiffer zum 80. Geburtstag	158
	Prof. Dr. med. habil. Bernhard Kunath zum 65. Geburtstag	159
	Unsere Jubilare im Mai	161
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Karl Bock	162
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	163
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juni 2004	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 „Gesundheitslotse Sachsen“: www.gesundheitslotse-sachsen.de

Praxisgebühr, Überweisung, Versorgungszentrum, Patientenbeauftragte – ein Alptraum meiner schlaflosen Nächte?

Zweifelsohne hat uns bereits das Werden der, ich will nicht zählen wievielen, „Gesundheitsreform“ wie immer beschäftigt. Allerorten hörte und schimpfte man über die Praxisgebühr. Ich erinnere an das Gezeter um die Öko-Steuer und andere klammheimliche Geldbeschaffungsmechanismen des Staates. Was ist denn nun von dem „Protest“ in der Bevölkerung übrig geblieben? Man bezahlt, die Ärzteschaft weist treu und brav darauf hin, das sei ja nicht auf ihrem „Mist“ gewachsen und imaginäre Politiker, von denen die Mehrheit der treuen Bürger durch die Mattscheibe getrennt ist oder die aber vielleicht auch den Schutz der Mattscheibe genießen, werden nicht müde, die Schuld ebenfalls den anderen zuzuschieben, man müsse ja so handeln, weil... Nun mal ehrlich, was ist nach zwei Monaten (Verfassung des Artikels) an kurzfristigen Erfahrungen übrig geblieben:

1. Die „Praxisgebühr“ – sicher hat jeder von uns am Patienten tätigen Ärzten seine Erfahrungen mit „Zahlungsunwilligen“ gemacht, die Mehrheit unserer Patienten aber zahlt bereitwillig – es ist doch für die Gesundheit! Als Hausarzt sehen viele Kollegen keinen Unterschied in den Fallzahlen zum Vergleichsquartal (I/03), im Gegenteil scheint der Trend doch eher zu einer Vermehrung der Konsultationen zu führen, da jeder für seine Facharztbesuche eine Überweisung benötigt und da ja die 10 EUR einmal gezahlt sind, kann man gleich noch mehrfach im Quartal den Arzt konsultieren. Es mag stimmen, dass eine sinkende Scheinzahl für Facharztpraxen zu konstatieren ist, wogegen die in der öffentlichen Presse verglichenen Zahlen und Trends doch offensichtlich gegenüber dem 4. Quartal 2003 massive Vorzieheffekte unterschlagen! Und was ist die Folge: Die Kasierung der „Praxisgebühr“ fordert einen deutlichen Mehraufwand an Bürokratie. Die Folgen einer höheren Konsultationszahl mit Qualitätsverlust in der Patientenbetreuung bis hin zu Honorareinbußen sind hinlänglich bekannt.

2. Kurzfristig steigt die bürokratische Belastung in der Hausarztpraxis und nicht zuletzt auch der Verwaltungsaufwand in der Facharztpraxis durch die gegen Strafe (10 EUR) eingeführte Pflicht zur Vorlage eines Überweisungsscheines. Der Anspruch der Gesetzlichkeit, den Hausarzt hier als Lotsen zu etablieren – bereits bevor „Hausarztmodelle“ favorisiert werden, bedarf eines Kraftaktes in der ärztlichen Praxis, welcher ohne Ausgleich stattfindet. Ich will unterstellen, dass durch die kostenneutrale Einführung von Hausarztmodellen so erprobt und erleichtert werden soll.

3. Mit Inkrafttreten des GMG (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – übrigens der falsche Titel, denn nicht die GKV sondern die Versorgungsstrukturen werden „modernisiert“) wurde immer wieder moniert, dass keine Ausführungsbestimmungen, selbst nicht für kurzfristig greifende Änderungen – Chronikerregelung, Fahrtkostenerstattung, rezeptfreie Medikamente – bestehen, so wurde wieder ein Stück aus dem Tollhaus inszeniert. Hatte doch der bis zum 31. 12. 2003 eingesetzte „Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen“ bereits eine strenge Formel für die Chronikerregelung gefunden, so wurde diese vom Bundesgesundheitsministerium zurückgewiesen. Noch bevor der neue Ausschuss arbeitsfähig war, führten Drohgebärden aus dem BMGS zu Spannungen im Verhältnis. Folge ist nun eine „Chronikerregelung“, welche den Vergleich mit einem „Superweichspüler“ nicht scheuen muss. Fraglich, ob so eine Kostenersparnis durchgesetzt werden kann.

4. Ebenso treffen uns Ärzte die Nöte der Erklärung unseres Ordnungsverhaltens in Hinblick auf rezeptfreie Arzneimittel. Bereits lange vor Inkrafttreten des Gesetzes ist aus ärztlicher Sicht darauf verwiesen worden, dass hier Regelungen getroffen werden müssen, da es sonst zu Verwerfungen kommt. Die Unzulänglichkeiten bemerkend, wurde in letzter Minute eine mehr als mehrdeutige Übergangsregelung geschaffen. Leidtragender bleibt hier wieder der Patient, der entweder tiefer in die Tasche greifen muss oder nebenwirkungsbehaftetere Medikamente schluckt. Vielerlei noch in der Folgezeit auf die Patienten- und Ärzteschaft zukommende Beschränkungen sind in ihren Ausprägungen und Auswirkungen nicht abzusehen. Welche anderen Wege könnte es geben? Es bleibt unbenommen, jahrelange Forderungen der Ärzteschaft nach Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der GKV (z. B. Sterbegeld) sind umgesetzt worden. Eine Stärkung der Patientensouveränität kann nicht gesehen werden. Die Installation eines Beamten- und Beraterapparates – genannt Patientenbeauftragte – bemäntelt dieses wesentliche Element nicht. Patientensouveränität sollte aber nicht damit verwechselt werden, dass jeder Arzt die Verantwortung für sein Tun trägt. Selbst der proklamierte mündige Patient benötigt sach- und fachgerechte Beratung und Betreuung. Der Patient muss aber auch wissen, und das ist ein gesellschaftlicher Prozess, dass er auch für sich selbst in einem hohen Maße Verantwortung trägt. Das kann bis dahin gehen, dass zum

Beispiel spürbare erhöhte Aufwendungen zur Sozialversicherung notwendig werden, wenn offensichtliche, nicht krankheitsbedingte Gesundheitsrisiken bestehen oder entsprechendes Verhalten betrieben wird. So ist es sicherlich konsensfähig in einer breiten Masse der Bevölkerung, dass Erkrankungen, die hauptsächlich durch persönliches Fehlverhalten mitverursacht sind, bei fortgesetztem Fehlverhalten (zum Beispiel persistierender Nikotinabusus bei COPD) zum Ausschluss aus der Solidargemeinschaft führen könnten. Es ist aus meiner Sicht unverantwortlich, dass bereits heute Menschen – ohne dass ein gesellschaftlicher Diskurs geführt wurde, aus der Solidargemeinschaft ausgeschlossen werden, indem sie infolge ihrer Erkrankung „tiefer in die Tasche greifen müssen“. Ein anderes Beispiel – kurzfristig könnten Ausgaben für Arzneimittel eingespart werden, wenn, wie in den meisten Ländern üblich, nur der halbe Mehrwertsteuersatz erhoben würde. Der Verwaltungsaufwand könnte deutlich reduziert werden, wenn nur die durch übereifrige und überschießende Bürokraten eingeführten Belastungen gesenkt werden und die notwendigen Verwaltungen in weniger Krankenkassen zusammengefasst werden. Ebenso bietet die deutsche Ärzteschaft, wie auch nicht zuletzt das Bündnis Gesundheit 2000, genügend weitere Ansätze zur Gestaltung einer echten „Gesundheitsreform“ und das nicht im Sinne des Lobbyismus. Fazit ist:

– Kurzfristige Einsparungen sind mit den Maßnahmen dieses Gesetzes nicht zu erreichen. Preiserhöhungen im Niedrigpreisbereich der Arzneimittel (jahrelang wurde die Ärzteschaft gedrängt „billig“ zu verordnen) fressen Senkungen im Bereich der hochpreisigen Arzneimittel auf – Rechnungen und Gegenrechnung sind aus dem BMGS bisher noch nicht öffentlich gemacht.

– Mehraufwand an Verwaltung kann nicht kostenneutral erfolgen.

– Schnellschussartige Einführung neuer, nicht erprobter Versorgungsstrukturen wird Opfer fordern.

Zu guter Letzt bleibt die Frage: Ist es denn überhaupt notwendig, im Schnellschuss unüberlegte Gesetzlichkeiten zu verabschieden? Wir haben doch erfahren müssen, dass das Defizit der GKV in 2003 trotz „Vorzieheffekt“ im 4. Quartal 2003 um fast 2 Mrd. EURO geringer ausgefallen ist, als angenommen – wer lügt denn hier?

Erik Bodendieck
Vorstandsmitglied, niedergelassener Arzt

Es geht um mehr als um das Arbeitszeitgesetz

Obwohl der Tag immer noch 24 Stunden hat und die Stunde 60 Minuten, so hat man doch den Eindruck, die Zeit läuft im Vergleich zu früher schneller. Was gestern noch aktuell war, ist heute schon wieder veraltet; Fakten, die heute bei der Meinungsbildung eine Rolle spielen, sind morgen schon wieder hinfällig. Auch bei dem Thema Arbeitszeitgesetz hat sich seit September 2003 die Sachlage wieder und wieder geändert, und es fällt schwer, den Überblick zu wahren.

Der aktuelle Stand: Es wird eine Übergangsfrist von 2 Jahren geben. Bis 2005 sollen nochmals das Nötige und das Machbare hinterfragt werden. Die europäische Kommissarin für Gesundheit und Soziales hat den Ländern der Europäischen Union Hausaufgaben aufgegeben, und für uns Ärzte bleibt vorläufig alles, wie es ist. Wo der Lauf der Zeit keine Pause macht, sollte wir Ärzte innehalten und resümieren.

Doch muss man hierbei über das Thema Arbeitszeitgesetz hinausschauen, denn hinter dem Problem des Arztberufes und seiner Belastung verbirgt sich mehr als die Gesetzeslage zur Arbeitszeit. Man muss sich im klaren sein, dass es bei diesem Thema um die Gesundheit geht, und zwar um die des Patienten und um die des Arztes.

Will man mit Gesundheitsreformen die Behandlung des Patienten effizienter machen, so hat dies direkte Auswirkungen auf den Arztberuf. Will man den Arztberuf inhaltlich oder zeitlich umgestalten, so hat das eine direkte Auswirkung auf die Patientenbetreuung.

Es steht außer Frage, die Arbeitszeit wird sich bei Ärztinnen und Ärzten, insbesondere bei den im Krankenhaus arbeitenden zunächst nicht verändern.

Doch was ist mit dem Problem, dass Patienten durch die zeitliche Überlastung der Ärzte einem höheren Risiko für Behandlungsfehler ausgesetzt sind? Was ist mit dem Problem, dass mehr und mehr junge Ärzte entweder ins Ausland gehen oder einen Quereinstieg in andere Berufsfelder suchen, weil sie die Arbeitsbelastung und die Arbeitsform, nicht mehr hinnehmen wollen? Was ist mit dem Problem, dass die Unzufriedenheit der Ärzte steigt, dass sie mehr und mehr Verwaltungsaufgaben übernehmen müssen und immer weniger patientenorientiert arbeiten können? Was ist mit der Ost-West-Abwanderung, die den Nachwuchsmangel an Jungen Ärzten hier in Sachsen noch verstärkt?

All diese Fragen waren Grundlage einer beginnenden öffentlichen Auseinandersetzung, die jedoch bald auf das „Inkrafttreten des Arbeitszeitgesetzes: Ja oder Nein“ reduziert wurde. Dieses Arbeitszeitgesetz mit Pro und Kontra ist ein Teilaspekt in einer Diskussion, in der es aber um viel mehr geht als um Schichtmodelle, Bereitschaftsdienst etc.

Hier geht es um die Vernachlässigung und die Negation der Gefahr der Selbst- und der Fremdgefährdung bei zu hoher Arbeitsbelastung, und zwar nicht nur bezüglich der Zeit, sondern auch der Entwicklung des Verhältnisses Patientenzahl gegenüber Anzahl der

Ärzte im Krankenhaus oder in der Praxis. Der jetzt schon bestehende akute Medizinermangel in Krankenhäusern und Praxen steht außerhalb der Frage bzw. der Entscheidung hinsichtlich des Arbeitszeitgesetzes (AZG).

Und es geht um die seit langem, vor allem während der letzten ca. 150 Jahre antrainierte, medizinisch-historisch und nicht zuletzt militärisch geprägte Opferbereitschaft – und das meist weniger den Patienten, sondern mehr und mehr den Vorgesetzten und der Verwaltung gegenüber. Dies alles sind keine angenehmen Diskussionsthemen, denn zum einen deckt

diese Diskussion etwas auf, was bisher nur unter vorgehaltener Hand gesagt wird. Zum anderen entglorifizieren diese Diskussionen das bestehende Arztbild in der Gesellschaft. Der Arzt: Auch nur ein Mensch.

Das Bild des Arztberufes ist im Wandel begriffen, und das sowohl aus Sicht von Ärzten als auch von Patienten. Die Forderung von Ärzten nach mehr Lebensqualität statt reiner Aufopferung, die Forderung nach weniger hierarchischen Strukturen und mehr ein kollegiales Miteinander oder die Forderung nach weniger Verwaltungsaufwand und mehr Zeit für den Patienten beinhaltet eine Infragestellung bestehender Normen, Strukturen und Aufgaben- und Gelderverteilungen.

Gleichzeitig fühlen sich Patienten mehr und mehr in einer Massenabfertigungsanlage anstatt in einem patientenorientierten Gesundheitssystem, wobei der Patient mehr und mehr zahlen muss, die Leistungen dafür gleichzeitig abnehmen.

Auch die Veränderungen in der EU bergen weitere Spannungsfelder, denn nach neuen EU-Richtlinien sind die Diplome der neuen EU-Länder ab dem Beitritt Mai 2004 anzuerkennen und in die Liste der gleichwertigen Ausbildungen aufzunehmen. Dies ermöglicht die Arbeit als Arzt in Deutschland. Soweit, so gut aber: Somit werden viele Kliniken Gehälter frei verhandeln können und diese Ärzte für ein besseres Gehalt als in ihren Herkunftsländern, aber weniger Geld als deutsche Ärzte einstellen (was zum Teil schon längst geschieht). Somit verschlechtert sich die Versorgung der Bevölkerung der Beitrittsländer und die Stimmung unter den Kollegen in Deutschland wird sich nicht eben bessern. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser durch DRGs wird diese Veränderung beschleunigen. Somit bedarf es nicht nur eine Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes. Es bedarf grundsätzlicher Veränderungen im Bereich des Arztberufes und diese sollten unabhängig der 2-Jahresfrist jetzt angestrebt werden. Der Ausschuss „Junge Ärzte“ hat bezüglich Ärztemangel im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 1/2004, einige Lösungsvorschläge aufgezeigt. Der weitere Diskussions- und Handlungsbedarf bleibt gewaltig.

Mascha Lentz
für den Ausschuss „Junge Ärzte“
E-Mail: junge-aerzte@web.de

Arbeitszeitgesetz:**Aufgeschoben ist nicht aufgehoben.****Suche nach Lösungswegen fern von der Gesetzeslage!**

Vorerst bleibt alles so wie es ist. Krankenhäuser können freiwillig das Schichtmodell einführen, müssen es aber nicht. Zumindest nicht in den nächsten zwei Jahren, und bis dahin kann sich die Gesetzeslage wieder verändern. Der Ausschuss „Junge Ärzte“ will hier Pro und Kontra des Arbeitszeitgesetzes aufführen und damit die Diskussion über mögliche Lösungswege anregen. Wie können Dinge auch ohne Arbeitszeitgesetz verändert werden?

Vorteile:

- keine 24-, 32- oder 36-h Dienste mehr (mit nachlassender Konzentration und Gefahr von Kunstfehlern),
- endlich Anerkennung – und damit zumindest verbale Wertschätzung – der Dienstzeit als Arbeitszeit; es ist eben nicht Ruhezeit.
- Anerkennung der tatsächlich geleisteten Arbeit (bisher haben Ärzte und Schwestern das schon lange kränkelnde Gesundheitswesen durch Leistung unvergüteten Arbeitsmehraufwandes kompensiert),
- flexiblere Dienstzeiten mit Einführung des Schichtdienstmodells und damit zum Beispiel für halbe Stellen attraktiver,
- weniger Überstundenanhäufung,
- mehr Freizeit, jedoch Schichtdienst (unterschiedlich bewertet bei Ärzten).

Nachteile:

- deutliche Zunahme der Dienstfrequenz aus Mangel an Arbeitskräften (die nicht vorhanden sind und die Kliniken werden auch kein großes Interesse haben, viele zusätzliche Kollegen einzustellen), darunter leidet zum Beispiel die Familienfreundlichkeit und der Freizeitgewinn,
- Schichtdienst (Unterschiedlich bewertet bei Ärzten),
- Informationsverlust durch häufigeren Personalwechsel,
- in der Ausbildung sieht man nur Abschnittsweise (zum Beispiel nachts) die Patienten und kann so schlecht den Krankheitsverlauf studieren,
- Lohneinbuße von meist ca. einem Viertel des Monatsgehalts (das Grundgehalt müsste erhöht werden).

Mascha Lentz
für den Ausschuss „Junge Ärzte“
E-Mail: junge-aerzte@web.de

Wachstumsmarkt Gesundheitswesen



Prof. Dr. Eberhard Wille stellt die Prognosen für die Sozialsysteme bis 2050 vor.

Zu einem Bündnistag hatte das „Bündnis Gesundheit 2000“ am 24. März 2004 nach Berlin eingeladen. Neben zahlreichen Vertretern der Landesbündnisse, darunter auch aus Sachsen, waren zahlreiche Bundespolitiker dieser Einladung gefolgt. Im Podium der Veranstaltung diskutierten unter anderem Gudrun Schaich-Walch (SPD) und Wolfgang Zöllner (CDU/CSU) zu-



Die Regierungskoalition im Podium: Gudrun Schaich-Walch (SPD, Bundestagsfraktion) und Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen, re.)

sammen mit Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen) und Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der Bundesärztekammer) über den Arbeitsmarkt Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Eberhard Wille vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen machte zu Beginn die Problemlage deutlich: „Bleiben die Sozialsysteme so wie sie sind, dann würden die Sozialversicherungsausgaben bis zum Jahr 2050 auf 65 Prozent steigen. Der eingeschlagene Reformkurs war deshalb notwendig“. Auf den Hinweis von Prof. Dr. Hoppe, dass durch Teile der Gesundheitsreform der Wachstumsmarkt Gesundheitswesen gebremst wird, derzeit arbeiten rund 4,1 Millionen Menschen in diesem Bereich, entgegnete Frau Schaich-Walch mit dem Argument, dass es noch andere Arbeitsmärkte zu berücksichtigen gäbe. „Im übrigen wird der Reformkurs beibehalten, weil er richtig ist.“, so Frau Schaich-Walch. Etwas weniger optimistisch reagierte Wolfgang Zöllner: „Wäre die CDU/CSU nicht in der Opposition gewesen, dann hätte es die Reform in der Form nicht gegeben. Es war ein Kompromiss“. Einer Meinung waren im Podium alle darüber, dass das Gesundheitswesen nur dann ein Wachstumsmarkt bleibt, wenn es mittelfristig ein neues Krankenversicherungssystem in Deutschland gibt. Denn dieser personalintensive Bereich lässt sich mit den bisherigen Maßnahmen nicht weiter adäquat finanzieren. „Mehr Gesundheit mit weniger Geld, wie es sich ein Teil der Bevölkerung vorstellt, wird nicht möglich sein. Im Gegenteil: Die Krankenversicherung der Zukunft wird aus einer Grundpauschale, Wahlmöglichkeiten und Zusatzversicherungen für persönliche Bedürfnis-

se bestehen. Und sie wird weder Bürgerversicherung noch Kopfpauschale heißen, denn diese Begriffe sind inzwischen ideologisch negativ besetzt.“, so Wolfgang Zöllner.

Das „Bündnis Gesundheit 2000“ hatte vor dieser Diskussionsveranstaltung eine Resolution verabschiedet (www.buendnis-gesundheit-sachsen.de). Darin fordert es, die Beschäftigungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen dauerhaft zu sichern, die Prävention als eigene Säule der Gesundheitsversorgung aufzubauen und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken sowie die bürokratischen Reglementierungen im Gesundheitswesen radikal abzubauen. Ob die Forderungen auch Wirkungen entfalten, wird sich zeigen. Aber das dieses Bündnis aus 37 Verbänden und Körperschaften bereits seit fünf Jahren existiert und nicht wie von der Politik 1999 vorhergesagt, heillos zerstritten ist, lässt hoffen. Für den Herbst 2004 wird noch ein Strategiepapier vorbereitet, welches Handlungsoptionen für den Fortgang des Reformprozesses eröffnen soll.

In Sachsen wird das Bündnis auf Landesebene bis zum Sommer ein Faltblatt für Patienten mit den wichtigsten Leistungsbegrenzungen durch die Gesundheitsreform erarbeiten. Gleichzeitig wird es ein Gespräch mit der Sächsischen Staatsministerin für Soziales zu den Fragen neuer Versorgungsstrukturen und Ärztemangel in Sachsen geben.

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

Anwendung der Praxisgebühr bei Asylbewerbern

Mitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales: Mit Einführung des **GKV-Moder-nisierungsgesetz (GMG)** ist seit dem 1. Januar 2004 die so genannte „Praxisgebühr“ in Höhe von 10 EUR von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht aus Überweisung aus demselben Kalenderquartal erfolgt,

zu zahlen. Ausgenommen sind die gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen. Leistungsempfänger (Asylbewerber) nach § 1 a und 3 a AsylbLG unterfallen nicht dieser Regelung, sie erhalten im Krankheitsfall weiterhin die eingeschränkten Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen nach § 4 AsylbLG und legen dafür einen Behandlungsschein (der örtlich zuständigen Behörde) vor. Diese sind von der Praxisgebühr befreit und müssen im Krankenhaus

oder beim Medikamentenkauf keinerlei Zuzahlungen leisten. Auch nichtverschreibungspflichtige Medikamente können – wie bisher – ohne Zuzahlung oder Eigenleistung beansprucht werden.

Den vollen Wortlaut der Mitteilung finden Sie unter www.slaek.de und im Heft 4 der KVS-Mitteilungen, welches am 20.4.2004 erscheint.

Dr. Wedekind, Abteilungsleiter
Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Ärzte aus 67 Nationen arbeiten in Sachsen

Im Zuge einer sich abzeichnenden Unterversorgung im ländlichen Bereich wurden immer wieder Diskussionen um eine verstärkte Anwerbung ausländischer Ärzte geführt, um die Versorgungslücken im stationären wie ambulanten Bereich schließen zu können. Aussagefähige Analysen, wie viele ausländische Ärzte in Sachsen tätig sind und wie sich die Anteile verändert haben, gab es bisher nicht. Aus diesem Grund wurden von der Sächsischen Landesärztekammer die Jahre 2001 und 2003 unter diesem Gesichtspunkt analysiert und ausgewertet. Ausgangspunkt war die Annahme, dass im Jahr 2001 eine intensive öffentliche Diskussion um das Thema „Ärztmangel in Sachsen“ begann und bis über das Jahr 2003 hinaus andauerte. Den Daten der Sächsischen Landesärztekammer ist aber nicht zu entnehmen, aus welcher Motivation heraus die ausländischen Ärzte nach Sachsen gekommen sind. Es kann sich um familiäre wie auch berufliche Gründe handeln. Die vorliegenden Zahlen lassen dennoch einen tendenziellen Rückschluss auf das Thema „Ärztmangel“ sowie die Anwerbung ausländischer Ärzte in Sachsen zu.

Kurzfassung der Ergebnisse

607 ausländische Ärzte aus 67 Nationen sind bei der Sächsischen Landesärztekammer zum 31. Dezember 2003 (2001: 254) angemeldet. Daraus ergibt sich eine Zunahme an ausländischen Ärzten in Sachsen im Vergleich zum Jahr 2001 um 39 %. Der Anteil dieser Ärzte an den insgesamt in Sachsen berufstätigen Ärzten stieg von 1,5 % im Jahre 2001 auf 3,6 %

im Jahre 2003. Von diesen arbeiten 437 Ärzte im Krankenhaus und 36 in der Niederlassung. 39 arbeiten in sonstigen Bereichen und 95 Mediziner gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach.

Besonders deutlich ist festzustellen, dass Mediziner aus Osteuropa den größten Anteil an dieser Entwicklung haben. Denn der meiste Zuwachs ist bei Ärzten aus Polen, Russland, Tschechien und der Ukraine zu verzeichnen (siehe Tabelle und Abbildung). Damit bestätigt sich die Vermutung über eine zunehmende Anzahl vor allem osteuropäischer Ärzte in Sachsen.

Arbeitsverhältnisse nach Ländern (Auswahl)

Polen: Von den 95 polnischen Ärzten arbeiten 87 in stationären und 2 in ambulanten Einrichtungen. Vier polnische Ärzte sind in einer sonstigen Anstellung und nur zwei haben keine Anstellung.

Russland: 43 russische Ärzte arbeiten im Krankenhaus und acht haben eine sonstige Anstellung. 23 von ihnen haben keine Anstellung in Sachsen.

Ukraine: Von den 48 Ärzten aus der Ukraine arbeiten 24 im Krankenhaus und fünf in einer sonstigen Anstellung. 19 haben keine Anstellung.

Tschechien: Die 43 Ärzte aus der Tschechischen Republik verteilen sich mit 39 Ärzten auf den stationären und mit vier Ärzten auf sonstige Anstellungen.

Bulgarien: Von den 41 bulgarischen Ärzten arbeiten 28 im Krankenhaus und 5 in der

Niederlassung. Acht Ärzte gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach.

Die Mehrheit der ausländischen Ärzte geht einer beruflichen Tätigkeit nach und befindet sich zum Beispiel nicht in der Arbeitslosigkeit oder im Erziehungsurlaub. Das positive Verhältnis zwischen arbeitenden und nicht berufstätigen Ärzten sowie das Anstellungsverhältnis lässt Rückschlüsse auf die Personalsituation vor allem im stationären Bereich zu, weil die Mehrheit der berufstätigen ausländischen Ärzte in diesem Sektor tätig ist. Krankenhäuser schließen offensichtlich auftretende Personallücken mit Medizinerinnen aus Osteuropa. Erleichternd hinzu kommt, dass es im stationären Sektor unter rechtlichen Gesichtspunkten sehr viel einfacher ist, ausländische Ärzte einzustellen als im niedergelassenen Bereich.

Bei den Ärzten im stationären Bereich kann es sich um Fachärzte oder auch um Ärzte in Weiterbildung handeln, die einen befristeten Arbeitsvertrag haben. Eine detaillierte Analyse ist durch die Statistik nicht möglich.

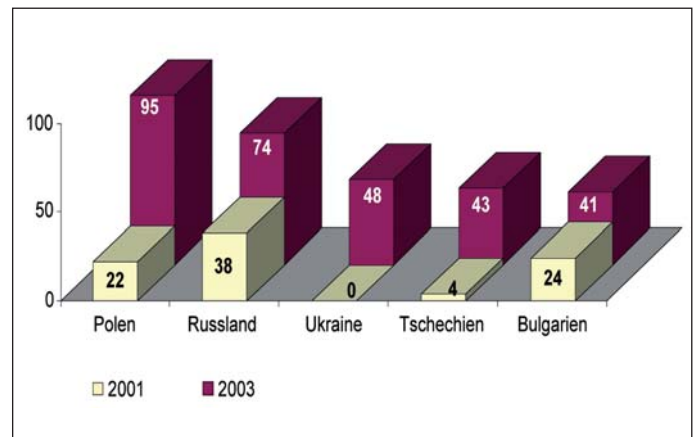
Die Auswertung bestätigt die Annahme, dass vor allem aus Osteuropa Ärzte nach Deutschland kommen und Personallücken mit Medizinerinnen aus dieser Region geschlossen werden. Mediziner aus Westeuropa sind nur unterdurchschnittlich vertreten. Eine auffällige Steigerung für diese Region konnte nicht ermittelt werden.

Knut Köhler
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Sächsische Landesärztekammer

Tabelle: Zuwachs ausländischer Ärzte nach Ländern (Auswahl)

Länder Auswahl	2001	2003	Zunahme(n)
Polen	22	95	73
Russland	38	74	36
Ukraine	0	48	48
Tschechien	4	43	39
Bulgarien	24	41	17
Slowakei	11	26	15
Österreich	7	21	14
Syrien	14	20	6
Griechenland	16	16	0
Irak	11	15	4
Italien	10	13	3

Abbildung: Zuwachs ausländischer Ärzte nach Ländern (Auswahl)



Praxis-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselsstörungen

Unter der Schirmherrschaft der Sächsischen Landesärztekammer hat die Fachkommission Diabetes Sachsen in Zusammenarbeit mit einem unabhängigen wissenschaftlichen Beirat von Experten verschiedener Fachdisziplinen eine Praxisleitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselsstörungen erarbeitet. Zur Erhöhung der Qualität und Akzeptanz dieser Leitlinie haben ausgewiesene Experten verschiedener Fachbereiche aus ganz Deutschland mitgewirkt. Hervorzuheben ist auch die Mitarbeit von Fachärzten für Allgemeinmedizin. Ziel ist es, diese Leitlinie in Sachsen und in ganz Deutschland zu verbreiten, da bisher keine derartigen Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselsstörungen vorliegen. Damit hat eine über 1 1/2 Jahre dauernde, umfassende Diskussion mit Generalisten und Spezialisten aus Sachsen und ganz Deutschland auf der Basis nationaler und internationaler Studienergebnisse ihren Niederschlag gefunden. Die Leitlinie zeigt einerseits den aktuellen Wissensstand und gibt klare Hinweise für die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen. Andererseits stellt sie auch eine Grundlage

für die Diskussion mit den Kostenträgern dar. Die vorliegende Leitlinie ist unserer Meinung nach eine wichtige Voraussetzung, um im Zusammenwirken zwischen Hausärzten, Schwerpunkt-Einrichtungen, Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die Behandlung von Patienten mit Fettstoffwechselsstörungen qualitativ weiter zu verbessern und ökonomisch vertretbar zu gestalten. Damit liegt auch für die ärztlichen Körperschaften und die Kostenträger eine übersichtliche, transparente Leistungsbeschreibung auf dem modernen Stand der Medizin vor, die Notwendiges von Verzichtbarem trennt. Fettstoffwechselsstörungen sind wegen der mit dieser Krankheit in hohem Maße assoziierten arteriosklerotischen Folgeerkrankungen oder auch der Gefahr einer Pankreatitis gefährliche Erkrankungen, die einer rationalen Diagnostik und Therapie zugeführt werden müssen. Ein effektives Vorgehen spart letztlich auch Kosten für unsere Solidargemeinschaft. Nutzen wir gemeinsam im Interesse unserer Patienten dieses Instrument. Es ist vorgesehen, wichtige Teile dieser Leitlinie auf der diesjährigen Tagung der Sächsi-

schen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien vorzustellen. Das Heft kann über das Bestellformular der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, unter der Tel.-Nr. 0351 3177133 und Fax-Nr: 0351 3177233 sowie über E-Mail: leitlinien@imib.med.tu-dresden.de bezogen werden.

- Prof. Dr. med. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Bereich Endokrinopathien und Stoffwechselkrankheiten
Universitätsklinikum der TU Dresden
- Prof. Dr. med. Markolf Hanefeld
Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer
Forschungsbereich Endokrinologie und Stoffwechsel an der TU Dresden
- PD Dr. med. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Bereich Endokrinopathien und Stoffwechselkrankheiten
Universitätsklinikum der TU Dresden
- Dr. med. Ulrike Rothe
Institut für Medizinische Informatik und Biometrie
Universitätsklinikum der TU Dresden

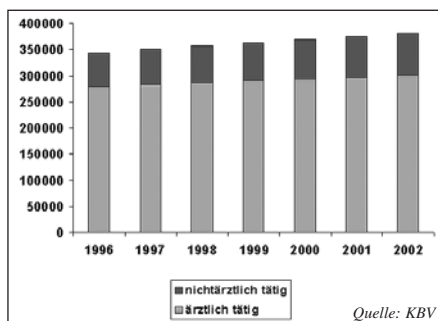
Mehr Gesundheitsversorgung mit weniger Medizinern

Tutzinger Forum

Anmerkungen zum Rückgang bei Ärztinnen und Ärzten

Was ist der Dauerbrenner dieser Zeit: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte arbeiten an der Leistungsgrenze. Die Politik beschreitet den Weg des Regelungswahns. Formulare, Daten- und Aktenberge gehören zum Alltag der me-

Abb. 1: Ärzte mit und ohne ärztliche(r) Tätigkeit



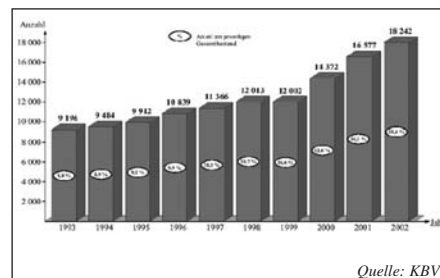
dizinischen Praxis. Ein Arzt muss nicht nur etwas von Medizin, sondern auch von Verwaltung, Codierung, Computern und vor allem Ökonomie verstehen. Viele Kollegen sehen in ihrem Beruf nicht mehr den Traum der jungen Jahre. Trotzdem ist in den vergangenen Jahren die Zahl der Ärzte in Deutschland stetig gewachsen.

Arztzahlenentwicklung in Deutschland

Dennoch sind viele Ärzte ausgebrannt und werfen das Handtuch bereits vor dem Rentenalter. Und damit verlieren wir ein wichtiges Potenzial unserer medizinischen Versorgung. Zwischen 1993 und 2002 ist der Anteil der über 59jährigen aller berufstätigen Ärzte um ca. 77 Prozent gestiegen, was eine zunehmende Überalterung anzeigt.

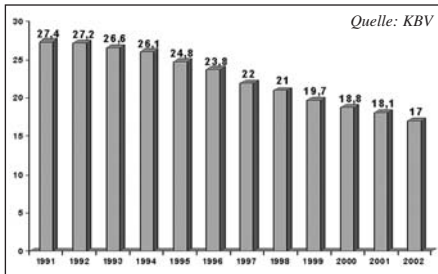
Das Durchschnittsalter sowohl der Vertrags- als auch der Krankenhausärzte steigt konti-

Abb. 2: Bestand an Vertragsärzten über 60 Jahre



nuierlich an. Diese Entwicklung ist dadurch begründet, dass der Anteil der Jungärzte drastisch zurückgeht. Mittlerweile ist nur noch jeder sechste berufstätige Arzt unter 35 Jahre alt. Damit droht der deutschen Ärzteschaft die Gefahr der Überalterung sowie ein Nachwuchsproblem. Diese Entwicklung wirft bereits jetzt ihre Schatten voraus! Die frei werdenden Stellen können nicht mehr besetzt werden, denn

Abb. 3: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte



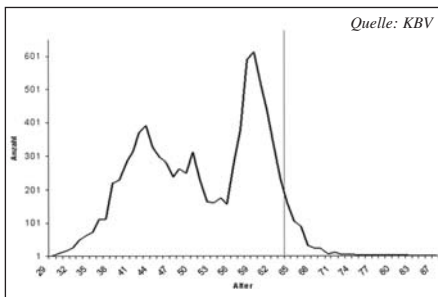
eine Ärzteschwemme, wie das zurückliegend vielerorts behauptet wurde, gibt es schon lange nicht. Man kann bei Ausschreibungen nicht mehr aus dem Vollen schöpfen. Wir müssen deutschlandweit zunehmend einen Ärztemangel konstatieren. Perspektivisch wird sich das Problem besonders in Ostdeutschland verschärfen. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, die Arbeitslosigkeit von Ärzten beträgt erfreulicherweise nur 2 %, und schnelle Lösungen sind nicht in Sicht. Die deutsche Ärzteschaft ist überaltert und hat zugleich gravierende Nachwuchssorgen. Besonders betroffen sind von diesem Problem die Haus-/Allgemeinärzte, die Kinderärzte, Chirurgen, Laborärzte und Arbeitsmediziner.

Alterstruktur der Ärzte in den Neuen Bundesländern

Die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte hat im Zeitraum 1995 bis 2000 in den alten Bundesländern um 0,7 % und in den neuen Bundesländern um 3,2 % abgenommen. Zusätzlich werden in den nächsten 5 bis 10 Jahren voraussichtlich 40 Prozent aus dem Berufsleben ausscheiden.

Aus der Altersstruktur der Hausärzte lässt sich ablesen, dass in den Jahren 2009 bis 2011 genauso viele Ärzte in den Ruhestand gehen werden wie im doppelten Zeitraum zuvor.

Abb. 4: Altersstruktur der Hausärzte in den NBL



Es müssen jetzt die Weichen gestellt werden, damit es am Ende des Jahrzehnts nicht bundesweit zum Kollaps der hausärztlichen Versorgung kommt.

Zunächst war eine grundlegende Analyse notwendig, warum der Arztberuf in Klinik und Praxis offensichtlich zunehmend unattraktiv geworden ist. In Studien und Umfragen wurde nach den Ursachen geforscht und in der Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) valide Antworten gegeben. Die 2. Auflage dieser grundlegenden Analyse kommt zu dem deprimierenden Schluss, dass: „Dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte ausgehen“. Dramatisch ist dabei die Tatsache, dass immer weniger Medizinstudenten ihr Studium zum Abschluss bringen und immer mehr Absolventen eines Studiums der Humanmedizin letztlich nicht ärztlich tätig werden.

Der Nachwuchs fehlt

Der „Verlust“ an Medizinstudenten im Studienverlauf liegt zwischen 30 bis 40 Prozent. In dieser unverträglich hohen Quote befinden sich Studienabbrecher und Studienwechsler sowie eine etwa gleich große Zahl von Studienabsolventen, die jedoch nicht in die AiP-Phase eintreten und offensichtlich in alternative Berufsfelder gehen.

Dringender Handlungsbedarf besteht damit besonders in den Neuen Bundesländern, da hier durch überproportionales Ausscheiden von Rentnern und Ruheständlern einerseits und fehlendem Nachwuchs andererseits in naher Zukunft die hausärztliche Versorgung zusammenbrechen wird. Gegenwärtig bestehende regionale Versorgungsengpässe werden sich auf dem Hintergrund erhöhter Behandlungserfordernisse infolge Langlebigkeit, Multimorbidität und medizinischen Fortschritts erheblich verschärfen!

Ein langes Leben und Multimorbidität brauchen mehr Ärzte

Die Ursachen für die Wandlung des Morbiditätsspektrums und der zunehmenden Multimorbidität der deutschen Bevölkerung liegen nicht zuletzt im medizinischen Fortschritt begründet. Daher sollen seine Auswirkungen im Folgenden näher beleuchtet werden. Mit der Anwendung von Erkenntnissen der medizinischen Grundlagenforschung und mit

Abb. 5: Verlust an Medizinstudenten Deutschland

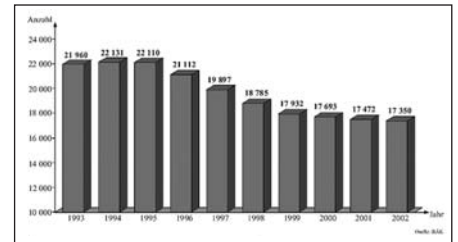


Abb. 6: Zahl der AiP

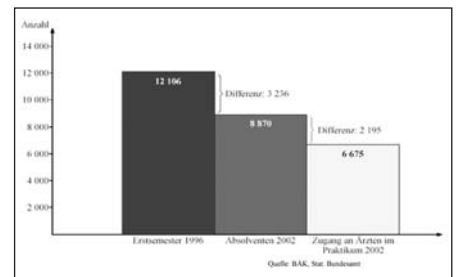
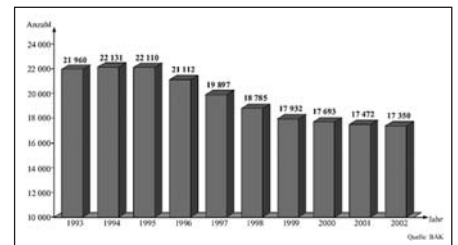


Abb. 7: Übersicht Schwund in Ausbildung



der Anpassung von technischen Fortschritten aus anderen Bereichen an medizinische Zwecke werden die Möglichkeiten der ärztlichen Heilkunst ständig erweitert: Bereits bisher verfolgte Ziele der Medizin können mit größerer Sicherheit oder für den Patienten weniger belastend erreicht und neue Gebiete können beschritten werden. Als Folge des Fortschritts ändert sich nicht nur das Spektrum der verfügbaren Verfahren, sondern auch das Leistungsvolumen. Früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden sind mit zunehmendem Fortschritt machbar und durchführbar geworden.

Darüber hinaus haben bewährte Diagnose- und Therapieverfahren eine andere Qualität erlangt. Verbesserte Therapieverfahren führen zur Senkung des Behandlungsrisikos und können nun an Patienten angewandt werden, die zuvor nicht therapierbar waren. Gerade in den

letzten beiden Dekaden hat sich das Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Methoden drastisch erweitert. Bedingt durch diese Expansion der medizinischen Möglichkeiten ergibt sich ein größeres Anwendungsfeld für die ärztliche Heilkunst. Dies lässt aber die Zahl der Ärzte, die für die medizinische Betreuung der Bevölkerung notwendig ist, ansteigen.

Leider kontrastiert die aktuelle Ärzteepidemiologie dazu äußerst negativ!

Einer geringen Zahl arbeitslos gemeldeter Ärzte stehen zunehmende Stellenangebote gegenüber. Im November 2001 gab es 3.600 und 2003 4.800 offene Stellen in Deutschland. Die Abwanderungsbewegung von AiP und Jungärzten in die alten Bundesländer und das europäische Ausland wegen günstige-

ren Arbeits- und Lebensbedingungen (volles Arztgehalt, Wohnung, Sprachkurs, soziales Umfeld etc.) führt zusätzlich zu einem Verlust an Fachkräften. Eine Zuwanderung ausländischer Ärzte hat nur in geringem Maße stattgefunden, wobei in den letzten fünf Jahren verstärkt Ärzte aus der ehemaligen Sowjetunion und dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland gekommen sind. Vor allem in den ländlichen Regionen wird sich der Ärztemangel auswirken und später auch auf Ballungsgebiete übergreifen.

Handlungsoptionen gegen den Ärztemangel

Es bedarf einer konzertierten Aktion von Selbstverwaltung, Kassen und Politik, um die fatale Entwicklung zu stoppen und möglichst

umzukehren. Ganz generell muss der Arztberuf im säkularen Medizinbetrieb von Praxen, Kliniken und im öffentlichen Gesundheitsdienst in materieller und ideeller Hinsicht deutlich attraktiver gestaltet werden. Insbesondere bedarf es besserer Vergütungen und Arbeitsbedingungen sowie weniger Regularien und Bürokratismus, damit sich junge Leute wieder stärker für den Arztberuf interessieren. Dringlich ist die differenzierte perspektivische Feststellung des Ärztebedarfes in Deutschland. Gelingt es nicht, mit geeigneten Maßnahmen die fatale Entwicklung umzudrehen, so wird es zu unübersehbaren Folgewirkungen mit Versorgungsnotstand in Deutschland kommen. Vordergründig wird die Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern gefährdet sein.

Der Arztberuf wird weiter unattraktiv, und der Ärztemangel in Deutschland wird sich verschärfen. Denn gerade die jungen Medizinsolventen werden es sich reiflich überlegen, eine Tätigkeit unter den derzeit schlechten Rahmenbedingungen aufzunehmen. Die Bewerberzahlen für das Medizinstudium sind 2003 zwar so hoch wie seit 17 Jahren nicht gewesen. Dazu beigetragen haben sicher die deutschlandweiten Diskussionen über den Ärztemangel und freie Arztpraxen sowie reichlich freie Arztstellen in Deutschland, die den jungen Menschen eine berufliche Perspektive eröffnet haben. Doch ob alle Studienanfänger auch Arzt werden und bleiben, scheint zweifelhaft, wenn diese erst einmal den Klinikalltag mit allen seinen Facetten kennen gelernt haben.

Eine Zuspitzung der medizinischen Versorgungslage vor allem auf dem Land ist zu erwarten. Schilder mit der Aufschrift „Wir nehmen keine neuen Patienten mehr auf!“ sind in den neuen Bundesländern keine Seltenheit mehr. Mit besonderer Blindheit geschlagen müssen diejenigen sein, die noch behaupten, einen Ärztemangel gibt es nicht und wird es in absehbarer Zeit auch nicht geben. Zu diesem Fehlschluss ist leider auch die Wido-Studie zur ärztlichen Unterversorgung gekommen. Das Einfrieren der Gehälter von Ärzten durch eine Nullrunde vor einem Jahr war deshalb das absolut falsche Signal. Ostdeutschland hat schon die geringste Vergütung und die niedrigsten Punktwerte bei mehr Arbeitsstunden. Die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik wird den Exodus von jungen Ärzten von Ost nach West und in das westeuropäische Ausland verstärken und unsere düsteren Prognosen vom Ärztenotstand sehr viel früher eintreten lassen als erwartet. All unsere Bemühungen, den bisherigen Abwärtstrend zu stoppen, laufen mit den aktuellen Sparvorschlägen ins Leere. Schon jetzt sind nach einer Umfrage der „Ärzte Zeitung“ 70 Prozent der Kollegen in ihrem Beruf unzufrieden. 37 Prozent würden sogar den Arztberuf nicht mehr wählen. Vor allem stören sich 94 Prozent an der Bürokratie, 82 Prozent am Honorar und 68 Prozent an der Einschränkung ihrer Therapiefreiheit. Und 50 Prozent der Ärzte in Deutschland würden ihren Beruf nicht an junge Abiturienten weiterempfehlen. Unser Augenmerk muss gerade deshalb mehr denn je auf dem medizinischen Nachwuchs liegen, damit nicht mehr Gesundheitsversorgung durch weniger Mediziner erfolgen muss.

Effektive Aus-, Weiter- und Fortbildung

Was kann man also entgegen setzen? Eine gut strukturierte und effektive Aus-, Weiter- und Fortbildung in einem sicheren soziokulturellen und familienfreundlichen Umfeld. Von jeher besteht seitens der ärztlichen Standesorganisation der Landesärztekammern und Bundesärztekammer ein überragendes Interesse an den Grundlagen und Qualitäten ärztlicher Ausbildung, weil nur ein möglichst umfassend ausgebildeter approbierter Arzt auch Garant für eine solide anschließende Facharztweiterbildung darstellt, an die sich dann eine berufsbegleitende qualifizierte Fortbildung anschließen kann. Erst dieser harmonische Dreiklang von Aus-, Weiter- und Fortbildung bestimmt Leistungsstand und Qualität der Ärzteschaft.

Und so ist es Ausdruck von Anspruch und Verantwortung an den ärztlichen Beruf in einer sich rasant entwickelnden Naturwissenschaft und Medizin, dass sich bis 2003 mindestens acht deutsche Ärztetage intensiv und regelmäßig mit den Ausbildungsordnungen befasst haben und Anregungen zu deren Weiterentwicklung vorgeschlagen haben.

Die Philosophie einer Reform lautet: Weniger Theorie, dafür mehr Ausbildung in der medizinischen Praxis! Dabei geht es nicht allein um quantitative Verschiebungen von theoretischen zu praktischen Wissensinhalten. Entscheidend wird sein, wie es gelingt, Theorie als notwendige Handlungsvoraussetzung verständlich zu machen und praxisnah zu vermitteln. Hier ein günstigeres Verhältnis zwischen Theorie und Praxis zu erreichen, ist das ehrgeizige Ziel der novellierten Approbationsordnung, die seit dem 1. Oktober 2003 in Kraft ist:

- praxisnahes Studium mit Aufzeigen beruflicher Perspektiven in der kurativen Medizin,
- evidenzbasierte Lehre mit intensivem Praxis- und Forschungsbezug (POL),
- Abschaffung des AiP ab 1. 10. 2004, klare Übergangsregelungen,
- Verbesserung des PJ, stärkere Einbeziehung akademischer Lehrkrankenhäuser und Praxen,
- Evaluation der universitären Lehre,
- keine Kapazitätsreduktion.

Die wichtigsten Neuerungen in der 2003 novellierten Approbationsordnung tragen den

Versorgungserfordernissen einer langlebigen multimorbiden Bevölkerung Rechnung. Stichworte dazu sind Allgemeinmedizin-, Geriatrie- und Public-Health-Probleme.

Am Ende der ärztlichen Ausbildung sollte ein rundum gebildeter Basisediziner stehen, der sich berufen fühlt, in eine spezialisierte ärztliche Weiterbildung einzutreten, um nach der bestandenen Facharztprüfung möglichst langfristig kurativ tätig zu sein.

Auch wenn die Umsetzung dieser Novelle aufgrund der angespannten Personalsituation in der Lehre mühevoll ist, sind die Erfahrungen der ersten Wochen sowohl von Studenten als auch Dozenten sehr positiv.

Was wünschen sich junge Ärzte

Ausgehend von neuen gesetzlichen Regelungen wie dem GMG, EuGH-Urteil und der Bundesärzteordnung gibt es weitere Maßnahmen, die geeignet erscheinen, ein gutes Betriebsklima für Jungärzte in den Weiterbildungskliniken zu erreichen:

- Weiterbildungskonzeption,
- Teilzeitangebote,
- kooperative Arbeitsplatzatmosphäre,
- langfristige Verträge,
- finanzielle Rahmenbedingungen,
- Überstundenregelung.

Trotz einer klar strukturierten und organisierten Bildungsordnung für Ärzte und guter Chancen auf dem Arbeitsmarkt ist es in Deutschland trotzdem gegenwärtig nicht sonderlich attraktiv, kurativ ärztlich tätig zu werden.

Die Gründe sind bekannt: Reglementierung, Bürokratisierung und Diffamierung des Berufsstands sowie negative Pauschalaussagen von Politik und Krankenkassen. Hinzu kommt die eben eingeführte Gesundheitsreform. Sie schreibt unverkennbar die Rationierung/(Zuzahlung, Leistungsausgrenzung) von Gesundheitsangeboten fest. Auch hier sind alle Beteiligten am System direkt oder indirekt betroffen.

Für die Hauptziele der Reform im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarztmodellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnung der Krankenhäuser benötigen wir für eine langlebige multimorbide Bevölkerung in Deutschland nicht weniger sondern mehr ärztliches und pflegerisches Personal,

um auch die Chancen, die mit dem Gesetz gegeben sind, ausnutzen zu können.

Berufsausübung und Vergütung

Deshalb müssen die ideellen und materiellen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit im kurativen Bereich attraktiver gestaltet werden, damit sich junge Menschen wieder stärker in der Patientenversorgung engagieren. Das gilt im besonderen Maße natürlich für die Fragen und Regelungen der Berufsausübung sowie der Vergütung.

Berufsausübung

- Anerkennung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern als Arbeitszeit,
- Unterstützung und Einführung neuer Arbeitszeitmodelle, gerade auch für Ärztinnen,
- Reduzierung von Überstunden und der Arbeitsbelastung in Kliniken,
- Schaffung neuer Stellen,
- Vermeidung steigender Bürokratisierung des Arztberufes, Entlastung von Verwaltungsaufgaben,
- Wiedereinstiegsseminare für Ärztinnen nach Elternzeit,
- Gewinnung ausländischer Ärzte, um freie Stellen in den Kliniken zu besetzen,
- Lockerung der Niederlassungsregelungen für Nicht-EU-Bürger.

Vergütung

- bessere Grundvergütung der Ärzte; Zeitzuschläge realisieren,
- Beseitigung des West-/Ost-Gefälles in der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit,
- AiP sofort, spätestens zum 1. 10. 2004, höhergruppieren (BAT 2),
- Vergabe zinsgünstiger Existenzgründerkredite für niederlassungswillige Jungmediziner.

Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung in Sachsen

Wegen der Dringlichkeit der Gesamtproblematik reduzierter ärztlicher medizinischer Sicherstellung in Hausarztpraxen, Kliniken und öffentlichem Gesundheitsdienst wurde im Freistaat Sachsen ein Gesprächsforum und Aktionsbündnis aller auf Landesebene im Gesundheitswesen Verantwortlichen beim Sächsischen Ministerium für Soziales gegründet. Nach subtilen Defizitanalysen wurden in drei Gesprächsgruppen Lösungsansätze zur Verbesserung der Lage erörtert, die der 76. Gesundheitsministerkonferenz und dem Kabinett der Sächsischen Staatsregierung 2003 zugelei-

tet wurden. Es bleibt zu hoffen, dass viele der guten Vorschläge und konstruktiven Lösungsansätze zur Stabilisierung der ärztlichen, medizinischen Sicherstellung recht bald realisiert werden.

Zusammenfassung

Summa summarum kann festgestellt werden, dass die deutsche Ärzteschaft überaltert und zugleich ein Nachwuchsproblem hat. Bedingt durch die Altersstruktur werden immer mehr Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Besonders ausgeprägt wird die Situation im Bereich der Hausärzte sein. Dort wird es zu drastischen Versorgungsengpässen – in erster Linie in den neuen Bundesländern – kommen, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Ganze Landstriche werden ohne Hausarzt dastehen.

Wegen leichteren Erkrankungen werden dann relativ kostenintensive Krankenhausaufenthalte notwendig, da die Betreuung durch den Hausarzt nicht mehr gegeben ist.

Sehr dramatisch ist die Tatsache, dass immer weniger Medizin-Studenten ihr Studium zum Abschluss bringen und immer mehr Absolventen eines Studiums der Humanmedizin letztlich nicht ärztlich tätig werden.

Aufgrund der Nachwuchsentwicklung treten bereits jetzt Engpässe im Krankenhausbereich auf. Besonders betroffen vom Ärztemangel ist Ostdeutschland. Der Ärztemangel im Krankenhausbereich wird dazu führen, dass die Krankenhäuser Wartelisten einführen werden.

Insgesamt impliziert dies, dass die Medizinerbildung praxisnäher und die Arbeitsbedingungen der Ärzte, sowohl im Krankenhausbereich als auch im ambulanten Sektor, attraktiver gestaltet werden müssen (insbesondere angemessene Vergütung, weniger Regulierungen und Bürokratismus), damit sich junge Menschen wieder stärker für den Beruf des Arztes interessieren. Geschieht dies nicht, ist die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr.

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

Dieser Vortrag wurde am 12. Februar 2004 in der Evangelischen Akademie Tutzingen gehalten.

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.

Redaktionsassistentz: 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 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

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

ISSN: 0938-8478

3. Kurs »Ärztliches Qualitätsmanagement« erfolgreich abgeschlossen

Vom 23. 9. 2003 bis 28. 2. 2004 lief in unserer Ärztekammer das Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ in fünf Wochenblöcken ab. Dieser Kurs, der inhaltlich durch Vorgaben der Bundesärztekammer seine inhaltliche Struktur erfährt, soll Ärzte mit den Problemen eines internen Qualitätsmanagements in Kliniken, Praxen und sonstigen medizinischen Strukturen vertraut machen.

Inhaltlich ist dieses Curriculum von vielfältigen Fragen der Methodik des Qualitätsmanagements, der Prozessanalyse innerklinischer Abläufe, betriebswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Fragestellungen bestimmt. Aspekten der Personalpolitik der interkollegialen und interdisziplinären Kommunikation wird eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Einen wesentlichen Anteil an der Fortbildung haben Vorstellungen von qualitätssichernden (externen und internen) Maßnahmen unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete.

In Sachsen hat dieser Kurs zwei Besonderheiten. Einmal können ärztliche Kollegen auf Grundlage der sächsischen ärztlichen Weiterbildungsordnung eine Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erwerben und zum anderen müssen alle Kursteilnehmer eine Projektarbeit vorlegen und verteidigen, die sich aus einem Problem des eigenen Betriebes, der eigenen Arztpraxis ableiten lässt.

Diese Projektarbeiten haben sich auch in diesem Kurs wieder vielfältigen Themen zuge-



wandt und teilweise – abgesehen von den regelhaft ausgesprochen praxisrelevanten Inhalten – ein beachtliches wissenschaftliches Niveau erreicht.

Thematisiert wurden Fragen wie Mitarbeiterbefragungen zur Betriebszufriedenheit, zur Gestaltung von Arbeitszeitabläufen im Lichte der neuen EU-Richtlinie, zum Risikomanagement auf Intensivstationen, zu Patientendatenmanagementsystemen, zur Diabetikerbetreuung im Konflikt von DMP und altem sächsischen Diabetesvertrag, zur externen Qualitätssicherung und vieles anderes mehr.

Die Teilnehmer – meist Chef- und Oberärzte sowie niedergelassene Kollegen – konnten mit diesen, ihren eigenen Beiträgen, außerordentlich befruchtend an der Kursgestaltung mitwirken.

Die wissenschaftliche Leitung (Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Frau Dr. med. Maria Eber-

lein-Gonska, Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath) hat den vielen Referenten vorwiegend aus den beiden sächsischen Universitätskliniken, aus den wirtschaftswissenschaftlichen und anderen Bereichen der TU Dresden und den auswärtigen Referenten und Kommunikationstrainern für ihren Einsatz nur herzlichen Dank zu sagen.

Der Kurs ist von den Teilnehmern sehr positiv aufgenommen worden. Eine Evaluation aller Veranstaltungsteile soll Qualität sichern helfen und dafür sorgen, dass der nächste Kurs noch erfolgreicher ablaufen kann.

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

Fachübergreifendes Fortbildungssemester

Frühjahr 2004

Am 3. März 2004 wurde das diesjährige Frühjahrsfortbildungssemester eröffnet.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. Peter Bräunig, Herrn Prof. Dr. Ulrich Stölzel, Frau Dr. Hella Wunderlich wurde ein Programm zu „funktionellen Störungen“ in der allgemeinen Praxis vorbereitet. Am ersten Tag des Curriculums führte der Vorsitzende der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Herr Prof. Dr. Otto Bach, in das Curriculum ein, wobei er insbesondere auf die Bedeutung des Sächsischen Fortbildungszertifikates im Lichte des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes einging. Darüber wird im „Ärztblatt Sachsen“ an anderer Stelle genauer zu berichten sein.

Das Fortbildungssemester wurde im fachlich-medizinischen Teil mit einem Vortrag von

Frau PD Dr. Aike Hessel/Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Leipzig eingeleitet. Sie sprach über „Epidemiologie und gesundheitspolitische Bedeutung psychosomatischer Störungen“.

Wie die Autorin auch anhand eigener Studien belegen konnte, handelt es sich bei den Somatisierungsstörungen (Störungen mit körperlichen Beschwerden ohne fassbaren Organbefund am von den Beschwerden erfassten Organ), um eine der häufigsten und aus gesundheitsökonomischer Sicht kostspieligsten funktionellen Störungen. Die Referentin belegte in ihrem sehr umfassenden und eloquent vorgetragenen Beitrag, dass moderne Forschung neben den tiefenpsychologisch fassbaren Ursachenelementen auch körperliche Teilursachen in bestimmten Hirnstrukturen

und genetischen Faktoren die Störungsbilder mit verursachen. Ausführungen zur Epidemiologie und zu Therapiestrategien rundeten einen gelungenen Auftaktvortrag ab. In den folgenden Wochen sollen uns Beiträge zu funktionellen Störungen unterschiedlicher Fachgebiete (aus der Gynäkologie, Innere Medizin, HNO-Heilkunde und Schmerzmedizin) folgen. Wir laden alle Kolleginnen und Kollegen zu den Vorträgen (mittwochs 19.00 Uhr bis zum 12. 5. 2004 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer) herzlich ein. Die Teilnahme wird jeweils mit zwei Punkten für das Sächsische Fortbildungszertifikat bewertet.

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

22. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
27. März 2004

Die überwiegende Mehrzahl der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen – 25 von 29 Vorsitzenden –, alle Mitglieder des Vorstandes und die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer waren der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Ärzteschaft zur aktiven Teilnahme an der 22. Tagung gefolgt.

Schwerpunkthemen des Berichtes des Kammerpräsidenten, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, und der sich anschließenden regen und konstruktiven Diskussion über die „**Aktuelle Gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage**“ waren die angestrebten Ziele, die allgemeinen Folgen und die Besonderheiten des **Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)**.

Ziele sind unter anderem die Krankenversicherungsbeiträge unter 13 Prozent zu senken, die versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen zu streichen, eine Kassengebühr zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenkassen einzuführen, das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubrechen, medizinische Versorgungszentren einzurichten und durch DRG an Krankenhäusern und durch die Einführung von DMP das Gesundheitswesen nach ökonomischen Größen auszurichten.

Folgende negative Fakten dieser 6. Gesundheitsreform der letzten 12 Jahre zeichnen sich bereits jetzt eindeutig ab:

- Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit,
- Fremdbestimmungen ärztlicher Berufsausübung,
- Wartelisten für die Erstbehandlung in den ärztlichen Praxen und für die Durchführung von elektiven Operationen.

Eine geschlossene schlagkräftige Selbstverwaltung ist gerade jetzt von entscheidender Bedeutung. Wir kommen nicht darum, an der Gesundheitsreform mitzuarbeiten. Der Generaltrend diese Reform ist ein Weg in die richtige Richtung.

Die wichtigsten Aufgaben der Selbstverwaltung müssen bei der Umsetzung des GMG weiterhin sein:

- Ärzte müssen auch in Zukunft definieren, was gute Medizin ist.
- Jeder Patient muss weiterhin die Möglichkeit haben, an dem medizinischen Fortschritt teilhaben zu können.
- Sicherung einer von Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten.

- Aktivierung einer Versorgungsforschung unter Leitung der medizinischen Fachgesellschaften zu erzielen.
- Schulterchluss mit den Fachgesellschaften zu erreichen.

Durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte erneut eine sehr kritische Einschätzung des **Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2**. Es besteht unverändert die Forderung nach Einbeziehung von bewährten Leitlinien als fachliche Basis regionaler Programme. Damit wird sichergestellt, dass bereits positiv evaluierte Versorgungsstrukturen erhalten bleiben. Für nicht eingeschriebene Patienten darf die bestehende Versorgung nicht infrage gestellt werden. Die auf Initiative der Fachkommissionen Diabetes der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Ende 2003 durchgeführte Meinungsumfrage von 1569 Ärzten – 1193 Hausärzten, 94 Schwerpunkt-Diabetologen, 282 Hausärzten, die sich nicht am DMP Diabetes beteiligen – hat ergeben, dass nur vier Prozent der Hausärzte und zwei Prozent der Schwerpunkt-Diabetologen dieses Programm als hilfreich für die Patientenversorgung ansehen. 37 Prozent der Hausärzte und 54 Prozent der Schwerpunkt-Praxen bemerken eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung. 98 Prozent der Befragten fordern eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes. Fazit der erstellten **Berichte der Kreisärztekammern über ihre Tätigkeit im Jahr 2003**: Ein Ärztemangel wird in 80 Prozent aller Kreisärztekammern und das mangelnde Engagement an der Kammerarbeit vor allem von jüngeren Ärzten festgestellt. Die Organisation

des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes erfolgt in den meisten Kreisärztekammern problemlos.

Novellierung der Weiterbildungsordnung

Professor Dr. Gunter Gruber,

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Prof. Dr. Gunter Gruber stellte die strukturellen und inhaltlichen Neuerungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung vor, die auf der nächsten Kammerversammlung in Sachsen angenommen und dann nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in das Landesrecht umgesetzt werden soll. Sie könnte am 1. Januar 2005 in Kraft treten.

Herr Prof. Dr. Gruber ging dabei auch auf Probleme, die bei der Umsetzung zu erwarten sind sowie auf vorwiegend redaktionelle Änderungsvorschläge ein, die der Kammerversammlung zur Annahme vorgeschlagen werden.

Die Details zu dieser Thematik sind bereits im „*Ärzteblatt Sachsen*“, Heft 1/2004, auf den Seiten 13 bis 16 veröffentlicht worden.

Fortbildungspflicht – Pflichtfortbildung

Professor Dr. Otto Bach,

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat bezüglich der ärztlichen Fortbildung neue organisatorische Verhältnisse geschaffen. Ärzte müssen ihre Fortbildung zukünftig nachweisen. Fortbildung soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse sowie die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen. Die ärztliche Fortbildung schließt außerdem Me-

thoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein. Herr Professor Dr. Bach berichtete über die Maßnahmen, die sich für die Kammer aus dieser Entwicklung ergeben. Unter anderem muss die derzeit geltende Satzung des Sächsischen Fortbildungszertifikates modifiziert und den bundeseinheitlichen Standards angepasst werden. Dies soll auf der 31. Kammerversammlung im November 2004 geschehen. Das Fortbildungszertifikat ist nach Ansicht der Bundesärztekammer und auch nach Meinung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer der wichtigste Fortbildungsnachweis. Absprachen mit Fachakademien zur Transportierung dort erworbener CME-Punkte müssen erfolgen. In Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird über ein koordiniertes Vorgehen beraten.

Probleme und Tendenzen der Qualitätssicherung (stationär/ambulant)

Dr. Maria Eberlein-Gonska,

Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 4. Februar 2004 lautet die Überschrift „Deutschland bei Qualitätssicherung im Krankenhaus weltweit führend“. Dabei werden die Einführung eines Qualitätsberichtes ab dem Jahr 2005 sowie die Mindestmengenvereinbarung als besondere Meilensteine der Qualitätssicherung herausgestellt. Jedoch auch der niedergelassene Bereich bleibt nicht „verschont“; eine Konsequenz des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist die verpflichtende Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements auch für den vertragsärztlichen Bereich.

Damit „blüht“ das „Geschäft Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ und reicht von Angeboten zur Erarbeitung eines Qualitätsberichtes bis hin zur Zertifizierung von niedergelassenen Praxen. Demzufolge erhebt sich die grundsätzliche Frage, inwieweit der gesetzgeberische Auftrag das Grundanliegen von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement unterstützt, welches vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wie folgt definiert wurde: *Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren.*

Wer sonst als die Ärzteschaft kann Klarheit in die Zielstellung und damit in die hierfür



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska

notwendigen Strukturen, Verfahren und Instrumente bringen und dies vor dem Hintergrund einer sektorübergreifenden Umsetzung?!

Qualitätssicherung vor dem Hintergrund sinkender Obduktionszahlen

Dozent Dr. habil. Roland Goertchen,

Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Leichenöffnungen an deutschen Krankenhäusern um die Hälfte zurückgegangen. Die durchschnittliche Sektionsfrequenz für Krankenhäuser in Sachsen ist mit 6 % ermittelt worden. Außerhalb der Einrichtungen sind Obduktionen eine Seltenheit und beschränken sich auf private Anträge der Angehörigen oder der Gesundheitsämter, letztere vorwiegend unter Berufung auf das Bundesseuchengesetz. Der Rückgang der Sektionen hat viele Ursachen, eine ist der Wandel in der Einstellung zur Krankheit, zum Tod und zur Leichenöffnung; einem Störfaktor eines auf Konsum eingestellten Lebens. Hinzu kommt eine unzureichende Gesetzgebung; so ist allein die Verab-



Dozent Dr. habil. Roland Goertchen

schiedung eines Transplantationsgesetzes ohne Bezug zu einem Obduktionsgesetz paradox. Unumstritten ist, dass nicht wenig von der Einstellung der Ärzte zur Obduktion abhängt. So werden allein in 30 % der Fälle keine Sektionsanträge gegenüber Angehörigen ausgesprochen. Das Angehörigen-Gespräch sollte nicht dem jüngsten Assistenzarzt überlassen werden. Hinzu kommt, dass 30 % von stationären Einrichtungen weder eine Letalitätsstatistik führen und zu 40 % gar nicht über einen Sektionssaal verfügen. Es bleibt bei der Forderung nach einer Sektionsfrequenz von 30 % als eine Säule der Qualitätssicherung. Die Obduktion ist die letzte ärztliche Handlung zu Gunsten des Patienten und der Allgemeinheit und damit eine Fortsetzung der Kontrolle über den Tod, als eine Angelegenheit menschlicher Würde.

Aktuelle Probleme der Qualitätssicherung nach der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung

Diplomphysiker Klaus Böhme,

Ärztliche Stelle Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung

Die Umsetzung von europäischen Grundnormen in deutsches Recht erforderte die Novellierung der Röntgenverordnung (2002) und der Strahlenschutzverordnung (2001). Die neu gefassten Verordnungen enthalten auch eine Reihe von Änderungen, die den medizinischen Zweig betreffen. Im Bereich der Strahlenschutzverordnung werden Ärztliche Stellen für die Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin und in der Strahlentherapie gefordert. Die Arbeit dieser Stellen begann in Freistaat Sachsen im Januar 2004. Aufträge und Ziele der Ärztlichen Stellen sind Qualitätskontrollen zur Sicherstellung, dass die medizinischen Standards eingehalten werden, die Anlagen zur Behandlung den Qualitätsstandards entsprechen und die Strahlenexposition so gering wie möglich gehalten wird. Für die bereits seit längerem etablierte Ärztliche Stelle nach Röntgenverordnung erweiterte sich der Aufgabenbereich insbesondere hinsichtlich der Kontrolle und Dokumentation der Einzel- und/oder Mittelwerte der Patientenexposition auf Einhaltung der vom Bundesamt für Strahlenschutz erstellten Diagnostischen Referenzwerte, der Überprüfung der rechtfertigenden Indikation sowie der Einbeziehung der Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Behandlung von Menschen.

klug

V. Zürich¹, A. Morgner-Miehlke², A. Deussen¹

Das DIPOL[®] Curriculum der Studienjahre 1 und 2

TU Dresden
Medizinischen Fakultät

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden hat seit dem Studienjahr 2000/01 das Curriculum für die Ausbildung der Medizinstudenten schrittweise reformiert. Nachdem zunächst die Studienjahre 3 bis 5 umgestaltet wurden, begann die Reform des vorklinischen Curriculums zum Wintersemester 2003/04. Seit diesem Zeitpunkt gilt auch eine neue Approbationsordnung für Ärzte, die eine Veränderung im Studienablaufplan bedingt. Die vorliegende Übersicht fasst einige wesentliche Gesichtspunkte der vorklinischen Studienreform an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, die die geänderte Approbationsordnung voll implementieren, zusammen.

Hintergrund für die Reform

Das traditionelle Curriculum wies wie das anderer medizinischer Fakultäten eine dominierende Bedeutung im Erwerb von Faktenwissen und eine Betonung der fachgebietsbezogenen Systematik auf. Es darf bezweifelt werden, ob dies den heutigen Anforderungen an eine zukunftsweisende Ausbildung in der Medizin genügt. Ohne ein sicherlich notwendiges Faktenwissen und die Vorteile didaktischer Systematik in Frage stellen zu wollen, so ist der systematische Wissenserwerb von Einzelfakten sicherlich keine hinreichende Voraussetzung für eine später erfolgreiche ärztlich-praktische Tätigkeit. Allein quantitativ ist der Wissensdurchsatz in der Medizin heute so hoch, dass zurzeit etablierte Verfahrensweisen bereits in absehbarer Zeit nicht mehr gültig sein müssen. Der heutige Student muss daher mit Hinblick auf einen kontinuierlichen und mit hoher Geschwindigkeit ablaufenden Wandlungsprozess ausgebildet werden. Moderne Curricula müssen die Studierenden zu einem lebenslangen und eigenständig motivierten Lernen anleiten.

In Bezug auf eine fachbezogene Systematik kann festgestellt werden, dass die Wissensanwendung zunächst einmal nicht innerhalb definierter Fachgebiete, die eher aus strukturell-verwaltungstechnischen Ursachen bestehen, erfolgt, sondern einer auf den Fall/das Individuum (den Patienten) gerichteten Integration bedarf. Dies gilt insbesondere für die Grundlagen, die zum Beispiel in den Fächern Physiologie, Physiologische Chemie, Anatomie und Medizinische Psychologie vermittelt werden. Nur die Integration der hier vermittelten In-

halte in die jeweilige klinische Situation erlaubt eine sinnvolle Wissensanwendung und Wissensschärfung. Die traditionelle Ausbildung berücksichtigt dies jedoch höchst unzureichend während des Studiums und überlässt diese Aufgabe vorwiegend der Integrationsfähigkeit des/der einzelnen Studierenden nach dem Staatsexamen. Gerade die Anwendung von Grundwissen im Einzelfall bedarf aber einer detaillierten Anleitung und beständigen Korrektur durch einen erfahrenen Lehrer/Mentor.

Grundstruktur des reformierten Curriculums

In Anbetracht dieser Mängel des traditionellen Medizincurriculums wurde ein neues Konzept der vorklinischen Ausbildung entworfen. Das reformierte Curriculum des ersten Abschnittes des Medizinstudiums (früher vorklinisches Studium) orientiert sich an den in der Abbildung 1 dargestellten allgemeinen Leitlinien.

3 Hauptziele

Wissens- und Fertigungsfundament für die Studenten in den naturwissenschaftlichen Grundlagen mit longitudinaler Integration

Kombination fachbezogener strukturierter und interdisziplinärer Lehrveranstaltungen

Integration klinischer Aspekte mit „lifesciences“ Aspekten

Abb. 1

In einer ersten Phase, die helfen soll, den Übergang von der Schule zum universitären Lernen zu erleichtern, wird besonderes Augenmerk auf die Schulung eigenverantwortlichen Lernens und die Vermittlung naturwissenschaftlicher Inhalte, die im späteren Curriculum und in der klinischen Medizin von besonderer Bedeutung sind, gelegt. Neben einer longitudinalen Integration einzelner Fachgebiete, zum Beispiel Chemie, Biochemie, Pathobiochemie und Klinische Chemie wird hierbei einer horizontalen Integration zwischen den Fachgebieten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. So soll der Student nicht mehr nur die einzelnen Gefäße, zum Beispiel die verschiedenen Koronargefäße, korrekt benennen können (Anatomie), sondern er soll

gleich zu Anfang verstehen lernen, weshalb diese Gefäße für die Energieversorgung des Myokards wichtig sind, über welche Regulationsmechanismen dies normalerweise erreicht wird (Physiologie) und welche Defizite aus einer Störung dieser Zusammenhänge resultieren können (Durchblutungsstörung → Energiedefizit → Infarkt, Pathophysiologie). Deshalb wird den Studierenden bereits sehr frühzeitig in anwendungsorientierten Seminaren ein „Blick über den Zaun“ ermöglicht, wobei typische klinische Fälle herangezogen werden.

Module in den Studienjahren 1 und 2

Modul 1

Naturwissenschaftliche Grundlagen der Medizin: Naturwissenschaftliche Grundprozesse, Grundprinzipien und Struktur-Funktionsbeziehungen in der Biologie, Chemie, Physik

Modul 2

Patient und Arzt: Medizinpsychologische, soziologische und klinische Aspekte der Arzt-Patienten-Situation und von Gesundheit und Krankheit

Modul 3

Der menschliche Körper I: Erlernen der Methodik der kompletten körperlichen Untersuchung auf Grundlage anatomischer Strukturen der makroskopischen und mikroskopischen Ebenen

Modul 4

Der menschliche Körper II: Molekulare und funktionelle, regulatorische Grundlagen des Lebens, komplexe Körperfunktionen und Stoffwechselleistungen

Abb. 2

Unterrichtet werden die 15 nach Approbation notwendigen Leistungsnachweise (Scheine) bis zum ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (früher Physikum) im Rahmen von 4 Modulen (Abb. 2), die nach didaktischen Gesichtspunkten definiert wurden und helfen sollen, einerseits Fachgrenzen aufzulösen, andererseits eine Integration des Grundlagenwissens in den klinischen Kontext vorzubereiten. Wichtig ist hierbei, dass dies in einer für den Anfänger bereits nachvollziehbaren

¹ Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

² Medizinische Klinik und Poliklinik I, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

Form geschieht, da hiervon die Eigenmotivation des Studierenden entscheidend abhängig ist. Es sei an dieser Stelle betont, dass die Reform des Curriculums natürlich nicht nur Auswirkungen auf die Studierenden hat, sondern die Fakultät voll einbezieht. Man darf sogar konstatieren, dass der einzelne Student den begonnenen Umstrukturierungsprozess aus Gründen eines fehlenden Vergleichs eventuell gar nicht wahrnehmen wird, während auf der Dozentenseite erhebliche Neuorientierungen werden stattfinden müssen. Nachfolgend sollen die inhaltlich-integrativen Änderungen im reformierten Curriculum an Beispielen exemplarisch dargestellt werden.

Kommunikation und Teamfähigkeit

Wie in traditionellen Curricula besteht in der Startphase des Medizinstudiums ein Fokus in der Wissensvermittlung der naturwissenschaftlichen Grundprozesse und Grundprinzipien in der Medizin (Modul Naturwissenschaftliche Grundlagen). Biologie, Chemie und Physik vermitteln in inhaltlich abgestimmten Themenblöcken mit Querverbindungen zu den einzelnen Fachgebieten die theoretischen Grundlagen und die Einführung in experimentelle Fähigkeiten und Fertigkeiten. „Arzt sein“ setzt aber nicht nur die Abrufbarkeit biomedizinischen Wissens voraus. Es beinhaltet auch die Fähigkeit zur Kommunikation, Entscheidungskompetenz, sozialen Kompetenz sowie das Beherrschen ärztlicher Untersuchungstechniken. Diese Kompetenzen werden in ihrer Bedeutung auch so von der WHO (1996) in ihrer Definition der Ansprüche an den „Arzt der Zukunft“ genannt. Die Vermittlung dieser wichtigen Kompetenzen der medizinischen Professionalität ist in den letzten Jahren im Rahmen der Medizinerbildung leider zunehmend vernachlässigt worden. Daher soll die zukünftige Medizinerbildung an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus neben der Interdisziplinarität und dem Integrationsvermögen auch die Kommunikation und die Teamfähigkeit intensiv vermitteln. Einen Schwerpunkt der Reform stellt daher die Integration klinischer, psychologischer und soziologischer Aspekte dar. Dies geschieht in einem interdisziplinären Ansatz, in dem frühzeitig die Vermittlung klinischer Fähigkeiten mit den Schwerpunkten Anamnesegespräch und körperliche Untersuchung umgesetzt wird. Erreicht wird dies durch eine Lehrbeteiligung der klinisch tätigen ÄrztInnen an der Ausbildung in den beiden ersten Jahren

des Studiums zum Beispiel im Rahmen des „Praktikum(s) zur Einführung in die Klinische Medizin“, welches Bestandteil des Moduls 2 und 3 (Abb. 2) ist und im Folgenden detaillierter beschrieben werden soll.

Das Modul Arzt – Patient beginnt am Tag 1 des ersten Fachsemesters und stellt eine interdisziplinäre Lehrveranstaltung der „Einführung in die klinische Medizin“, Medizinischen Psychologie und Soziologie dar, wobei der Schwerpunkt hier auf der Beziehung Arzt-Patient liegt. Vermittelt wird den Studierenden die Vielschichtigkeit dieser Beziehung und die maßgeblichen Einflussfaktoren kultureller, sozialer, ökonomischer, psychologischer oder entwicklungsgeschichtlicher Art. Das Kursziel besteht in dem Erlernen des Verständnisses, wie eine Beziehung zwischen Arzt und Patient etabliert werden kann, welchen Gesetzmäßigkeiten sie unterliegt, welchen Einfluss Störfaktoren haben und wie man diese erkennt und mit ihnen umgehen kann – sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus der Sicht des Patienten. Auf der Basis der theoretischen Konzepte der Arzt-Patient Beziehung, wie sie durch die Med. Psychologie und Soziologie vertreten werden, wird parallel die Technik des Patientengesprächs und der Anamneseerhebung geübt. Themen sind hierbei zum Beispiel: „Wie erhebe ich die jetzige Anamnese? Warum ist die Familienanamnese wichtig? Oder wie spreche ich sensible Themen wie Drogenabhängigkeit oder Sexualität an?“ Durch Rollenspiele und auch durch den Einsatz standardisierter Patienten soll dies so praxisnah wie möglich gestaltet werden.

Im Modul Der menschliche Körper I liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung körperlicher Untersuchungstechniken in direkter Beziehung zum Kurs der makroskopischen Anatomie (Präparierkurs). Spezielle klinisch-anatomische Seminare und Übungen sollen hier den Transfer von strukturell-präparatorischem Wissen auf die körperliche Untersuchungstechnik am Patienten bahnen. Als Beispiel sei das Seminar „Gefäßsystem“ angeführt. Hier werden auf der Basis des anatomischen Wissens klinische Themen wie arterieller Pulsstatus oder Pulsqualitäten, Orte der Puls palpation, Orte und Technik der venösen Punktion sowie exemplarisch klinische Beispiele (zum Beispiel paVK) behandelt. Das Modul Der menschliche Körper II baut auf den strukturellen Erkenntnissen des vor-

ausgehenden Moduls auf und behandelt zunächst systematisch die molekularen und funktionellen Grundlagen des Lebens. Im Zentrum stehen die Zellbiochemie, die Molekularbiologie und Zell- und Organphysiologie. Nach dieser fachsystematisch orientierten Grundlagenvermittlung schließen sich integrativ-fachübergreifende Themenblöcke mit den folgenden inhaltlichen Schwerpunkten an:

- Grundlagen der Regulation und Koordination von Zell- und Organfunktionen,
- Grundlagen komplexer ZNS- und Sinnesleistungen,
- komplexe Körperfunktionen und Stoffwechselleistungen.

Diese Themenkomplexe nehmen umfangreich auf klinische Fragestellungen Bezug und werden primär von der Physiologie und Physiologischen Chemie in enger Abstimmung und unter Beteiligung von Anatomie, Medizinischer Psychologie und klinischen Fachdisziplinen behandelt.

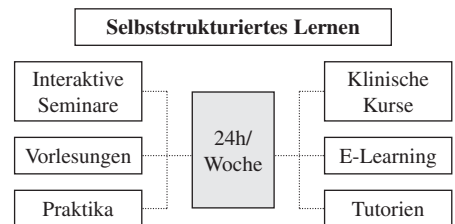


Abb. 3

Die Abbildung 3 gibt einen Überblick über die in den beiden ersten Studienjahren genutzten Ausbildungsmodalitäten. Neben der systematischen Vorlesung werden insbesondere Seminare mit strukturierter (anwendungsbezogener) Aufgabenstellung und praktische Übungen in Kleingruppen abgehalten. So werden im Modul „Der menschliche Körper II“ zeitlich kohärent die Vorlesungen, Seminare und Praktika zunächst zu den grundlegenden Eigenschaften von Zellen, Geweben und Organen behandelt. Nachfolgend wird dies erweitert durch Seminare und Praktika, die kliniknahe funktionsdiagnostische Untersuchungen (zum Beispiel EKG, Kreislauf, Lungenfunktionsdiagnostik, Spiroergometrie, EMG, EEG) zum Inhalt haben. Die praktischen Übungen erfolgen in Gruppen mit maximal 4 Studenten. Nach dem Praktikum werden die Ergebnisse in der Gruppe disku-

Fortsetzung auf Seite 149

Berufsbildung der Arzthelfer/Arzthelferin

(Beschlüsse des Berufsbildungsausschusses
„Arzthelferinnen“ und des Vorstandes der
Sächsischen Landesärztekammer)

Inhaltsverzeichnis

- I. Anzahl der Auszubildenden

- II. Eignung der Ausbildungsstätte

- III. Verkürzung der Ausbildungs-
und Umschulungszeit

- IV. Fortbildungscurriculum „Dialyse“
für Arzthelferinnen

I. Anzahl der Auszubildenden

Der Berufsbildungsausschuss „Arztshelferinnen“ hat gemäß § 58 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz am 29.11.2003 und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 04.02.2004 nachstehenden Beschluss zur **Anzahl der Auszubildenden** gefasst:

1. Zur Sicherung der Qualität der Ausbildung entsprechend § 22 Abs. 1 Nr. 2 Berufsbildungsgesetz (Eignung der Ausbildungsstätte) wird Folgendes festgelegt:
 1. Grundsätzlich ist in jeder Praxis je Ärztin/Arzt nur eine Auszubildende oder eine Umschülerin zu beschäftigen.
 2. Auf eine Auszubildende oder eine Umschülerin kommt eine ausgebildete Arztshelferin oder eine ihr gleichgestellte Fachkraft. Diese muss während der Ausbildungs-/Umschulungszeit anwesend sein.
 3. Die nächste Auszubildende/Umschülerin ist grundsätzlich erst nach Beendigung des Ausbildungs-/Umschulungsvertrages einzustellen.

2. Dieser Beschluss gilt analog für die Berufsausbildung zum Tierarztshelfer/zur Tierarztshelferin.
3. Inkrafttreten
Dieser Beschluss tritt ab 01.01.2004 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Beschluss vom 18.12.1992 außer Kraft.

Dresden, den 29.11.2003

Dr. med. Bernhard Ackermann Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses „Arztshelferinnen“ Arbeitgebervertreter	Gisela Reißig Stellvertretende Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses „Arztshelferinnen“ Arbeitnehmervertreterin
--	---

Dresden, den 04.02.2004

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Lutz Liebscher Schriftführer
--	--

II. Eignung der Ausbildungsstätte

Der Berufsbildungsausschuss „Arztshelferinnen“ hat gemäß § 58 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz am 29.11.2003 und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 04.02.2004 nachstehenden Beschluss zur **Eignung der Ausbildungsstätte** gefasst:

1. **Eignung einer Arztpraxis als Ausbildungsstätte**
 1. Grundsätzlich ist in jeder Praxis je Ärztin/Arzt nur eine Auszubildende oder eine Umschülerin zu beschäftigen.
 2. Auf eine Auszubildende oder eine Umschülerin kommt eine ausgebildete Arztshelferin oder eine ihr gleichgestellte Fachkraft. Diese muss während der Ausbildungs-/Umschulungszeit anwesend sein.
 3. Die nächste Auszubildende/Umschülerin ist grundsätzlich erst nach Beendigung des Ausbildungs-/Umschulungsvertrages einzustellen.
2. **Eignung anderer Ausbildungsstätten als Arztpraxen, insbesondere arbeitsmedizinische Dienste, Krankenhäuser**
 1. Die Voraussetzungen von 1. Nr. 1 gelten entsprechend.
 2. Die Ausbildungsstätte weist gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer in geeigneter Weise nach (z. B. Besuch der Ausbildungsberaterin), dass die personelle, räumliche und organisatorische Ausstattung und die Patientenbetreuung mit einer Arztpraxis vergleichbar sind.
 3. Die Einrichtung verpflichtet sich im Ausbildungsvertrag, die Auszubildende grundsätzlich sechs Monate in Arztpraxen ausbilden zu lassen. Die Fachrichtungen werden durch die Sächsische Landesärztekammer festgelegt. Die ausbildende Einrichtung legt eine entsprechende Regelung mit den Arztpraxen über die Rotation der Sächsischen Landesärztekammer vor.
3. Dieser Beschluss gilt analog für die Berufsausbildung zum Tierarztshelfer/zur Tierarztshelferin.

4. **Inkrafttreten**
Dieser Beschluss tritt ab 01.01.2004 in Kraft.

Begründung:

Dieser Beschluss dient der Ausgestaltung des § 22 Berufsbildungsgesetz – Eignung der Ausbildungsstätte.

- (1) Auszubildende dürfen nur eingestellt werden, wenn
 1. die Ausbildungsstätte nach Art und Einrichtung für die Berufsausbildung geeignet ist.
 2. die Zahl der Auszubildenden in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze oder zur Zahl der beschäftigten Fachkräfte steht, es sei denn, dass andernfalls die Berufsausbildung nicht gefährdet wird.
- (2) Eine Ausbildungsstätte, in der die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten nicht im vollen Umfang vermittelt werden können, gilt als geeignet, wenn dieser Mangel durch Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte behoben wird.

Dresden, den 29.11.2003

Dr. med. Bernhard Ackermann Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses „Arztshelferinnen“ Arbeitgebervertreter	Gisela Reißig Stellvertretende Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses „Arztshelferinnen“ Arbeitnehmervertreterin
--	---

Dresden, den 04.02.2004

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Lutz Liebscher Schriftführer
--	--

Soweit in diesem Beschluss zur Bezeichnung der betroffenen Personen generisch die weibliche oder die männliche Form verwendet wird, gilt die Regelung jeweils auch für das andere Geschlecht.

III. Verkürzung der Ausbildungs- und Umschulungszeit

Der Berufsbildungsausschuss „Arztthelferinnen“ hat gemäß § 58 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz am 29.11.2003 und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 04.02.2004 nachstehenden Beschluss zur **Verkürzung der Ausbildungs- und Umschulungszeit** gefasst:

I. Grundsätze

Die Dauer der Ausbildungs- und Umschulungszeit im Beruf „Arztthelfer/Arztthelferin“ beträgt gemäß § 2 der „Verordnung über die Berufsausbildung zum Arztthelfer/zur Arztthelferin“ vom 10.12.1985 grundsätzlich drei Jahre.

Ausbildung und Umschulung sind grundsätzlich im dualen System durchzuführen.

Die Anteile

- theoretischer Unterricht in einer Schule und
 - betriebliches Praktikum in einer Arztpraxis
- sollen zeitlich gleichgewichtig sein.

II. Verkürzung der Ausbildungs- und der Umschulungszeit

Im Sinne einer Sicherstellung der Qualität der Ausbildung und unter Bezugnahme auf die Regelungen anderer Landesärztekammern kann eine Verkürzung der dreijährigen Ausbildungszeit grundsätzlich nur bei Erfüllung folgender Bedingungen von der Sächsischen Landesärztekammer genehmigt werden:

1 Verkürzung der Ausbildungszeit

1.1 Gemäß § 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf Antrag die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass die Auszubildende das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung werden festgelegt:

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

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

1.2 Gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der dreijährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung werden festgelegt:

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

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

2 Dauer der Umschulungszeit

Die Maßnahmen der beruflichen Umschulung müssen nach Inhalt, Art, Ziel und Dauer den besonderen Erfordernissen der beruflichen Erwachsenenqualifizierung entsprechen.

2.1 Dauer der Umschulung

Auf Grund der persönlichen Situation, des Alters, der Lebenserfahrung und einer abgeschlossenen Berufsausbildung kann gemäß § 29 Abs. 2

Berufsbildungsgesetz für Umschülerinnen von vornherein generell eine sechsmonatige Verkürzung vorgesehen werden, das heißt, die Dauer der Umschulungsverträge beträgt dann 2¹/₂ Jahre.

2.2 Leistungsbonus

Zusätzlich können besonders leistungsfähige Umschülerinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung auf Antrag vorzeitig gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz zur Abschlussprüfung zugelassen werden (maximal zusätzliche Verkürzung von sechs Monaten).

2.3 Umschülerinnen mit Fachberuf¹

Zusätzlich zur Verkürzung der Umschuldauer nach Ziffer 2.1 kann die Umschuldauer für Umschülerinnen mit Fachberuf gemäß § 29 Absatz 2 Berufsbildungsgesetz um weitere sechs Monate verkürzt werden. Die maximal mögliche Verkürzung der Umschulungszeit beträgt 12 Monate. Eine weitere Verkürzung ist nicht möglich.

2.4 Umschulung in bestimmten, speziell dafür vorgesehenen schulischen Einrichtungen

Die Umschulung in bestimmten, speziell dafür vorgesehenen schulischen Einrichtungen kann in Ausnahmefällen nach Anhören des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ unter den nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen genehmigt werden, wenn

- die Gesamtdauer nicht unter einer zweijährigen Dauer erfolgt,
- in dieser Umschulung der praktische Teil mit einem halben Zeitanteil der Gesamtumschulungszeit fest integriert ist und unter Anleitung von Ärzten und qualifiziertem Fachpersonal in Arztpraxen durchgeführt wird,
- die betriebliche Umschulung im Einzugsgebiet nicht möglich ist,
- die Anzahl der Ausbildungsplätze damit nicht verringert wird,
- der Inhalt und die Qualität dieser Umschulung dem Inhalt und der Qualität der Ausbildung im dualen System gleichwertig sind,
- die Lehrkräfte ihre Qualifikation nachgewiesen haben.

¹ Fachberufe im Sinne dieses Beschlusses sind:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| – Krankenschwester | – Audiologieassistentin |
| – Kinderkrankenschwester | – Zahnarztthelferin |
| – Hebamme | – Tierarztthelferin/Arztthelferin |
| – Medizinisch-technische Assistentin | – Krankengymnastin |
| – Masseurin | – Medizinisch-technische Laborassistentin |
| – Röntgenassistentin | – Krippenerzieherin |
| – Stomatologische Schwester | – Physiotherapeutin |
| – Orthoptistin | – Medizinische Dokumentationsassistentin |
| – Altenpflegerin | |

III. Dieser Beschluss gilt analog für die Berufsausbildung zum Tierarztthelfer/zur Tierarztthelferin.

IV. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt ab 01.01.2004 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Beschluss vom 16.12.2000 außer Kraft.

Dresden, den 29.11.2003

Dr. med. Bernhard Ackermann Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses „Arztthelferinnen“ Arbeitgebervertreter	Gisela Reißig Stellvertretende Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses „Arztthelferinnen“ Arbeitnehmervertreterin
--	---

Dresden, den 04.02.2004

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Lutz Liebscher Schriftführer
--	--

Soweit in diesem Beschluss zur Bezeichnung der betroffenen Personen generisch die weibliche oder die männliche Form verwendet wird, gilt die Regelung jeweils auch für das andere Geschlecht.

IV. Fortbildungscurriculum der Sächsischen Landesärztekammer „Dialyse“ für Arzthelferinnen

Der Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ hat gemäß § 58 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz am 29.11.2003 und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 04.02.2004 nachstehenden Beschluss zum **Fortbildungscurriculum „Dialyse“ für Arzthelferinnen** gefasst:

Inhalt

- I. Dauer und Gliederung**
- II. Zulassung zur Fortbildung**
- III. Ziele**
- IV. Überblick über Fächer und Stundenverteilung des Unterrichts**
- V. Inhalte des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts**
- VI. Abschluss**
- VII. Übergangsregelung**
- VIII. In-Kraft-Treten**

Anlage

Inhalte des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts einschließlich Stoffsammlung zum Curriculum

I. Dauer und Gliederung

Das Fortbildungscurriculum „Dialyse“ für Arzthelferinnen wird für die Dauer von **120 Stunden** in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs, des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts sowie einer fachpraktischen Unterweisung („Praktikum“) durchgeführt.

Unterricht: 80 Stunden

Praktikum: 40 Stunden in strukturierter und dokumentierter Form in einer oder mehreren „fremden“ Einrichtung(en); diese Einrichtung(en) muss (müssen) durchschnittlich mindestens 10 PD-Patienten und/oder 60 HD-Patienten betreuen.

II. Zulassung zur Fortbildung

Die Teilnahme setzt einen erfolgreichen Abschluss als Arzthelferin oder einen Abschluss als Krankenschwester/Krankenpfleger oder Sprechstundenschwester und eine mindestens sechsmonatige patientennahe ununterbrochene Tätigkeit in der Dialyse voraus.

III. Ziele

Die Arzthelferin soll unter Anweisung und Verantwortung des Arztes Nierenersatztherapie qualifiziert vorbereiten, durchführen und nachbereiten. Sie soll insbesondere

- über das medizinische, pflegerische und technische Grundlagenwissen verfügen
- die technischen Geräte pflegen und beherrschen
- den Arzt in der Durchführung der Nierenersatztherapie unterstützen
- fachgebietsbezogene Hygienemaßnahmen durchführen und überwachen
- Abweichungen von der Norm erkennen, darauf adäquat reagieren und über Notfallkompetenz verfügen
- die psychosoziale Betreuung der Patienten und Angehörigen im Dialyse-Team fach- und situationsgerecht durchführen

- organisations- und verwaltungsbezogene sowie qualitätssichernde Aufgaben wahrnehmen.

IV. Überblick über Fächer und Stundenverteilung des Unterrichts

1. Krankheitslehre	10 Stunden
2. Nierenersatz-Therapie	30 Stunden
3. Gefäß- und Peritonealzugänge	5 Stunden
4. Hygiene	4 Stunden
5. Wasseraufbereitung	2 Stunden
6. Notfälle	4 Stunden
7. Pflege	10 Stunden
8. Psychosoziale Betreuung durch das Dialyse-Team	5 Stunden
9. Qualitätssicherung, Organisation, Verwaltung	5 Stunden
10. Dokumentation, Recht, Datenschutz	5 Stunden
Gesamt	80 Stunden

V. Inhalte des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts

Die Inhalte des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts der Fortbildung einschließlich Stoffsammlung sind in der Anlage geregelt.

VI. Abschluss der Fortbildung

Die Fortbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen, die aus einem schriftlichen Prüfungsteil von höchstens 45 Minuten und einem mündlich-praktischen Prüfungsteil von höchstens 30 Minuten besteht. Zur Prüfung sind der Nachweis und ein Bericht über das Praktikum vorzulegen. Über das erfolgreiche Bestehen der Prüfung erhält die Teilnehmerin ein Zertifikat der Sächsischen Landesärztekammer.

Im Übrigen gelten die Vorschriften gemäß §§ 7 – 13, 16, 19 ff. der Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin.

VII. Übergangsregelung

Wer am 30.04.2005 eine mindestens dreijährige ununterbrochene patientennahe Tätigkeit in der Dialyse **sowie** eine regelmäßige interne und/oder externe Fortbildung nachweisen kann, ist von der Verpflichtung zur Teilnahme am 80-stündigen Lehrgang befreit. Die Prüfung ist in diesen Fällen bis spätestens 30.04.2007 abzulegen.

Wer am 30.04.2005 eine mindestens zehnjährige ununterbrochene patientennahe Tätigkeit in der Dialyse **sowie** eine regelmäßige interne und/oder externe Fortbildung nachweisen kann, ist von der Verpflichtung zur Teilnahme am Lehrgang und an der Prüfung befreit.

VIII. In-Kraft-Treten

Das Fortbildungscurriculum „Dialyse“ für Arzthelferinnen tritt ab 01.01.2004 in Kraft.

Dresden, den 29.11.2003

Dr. med. Bernhard Ackermann Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferinnen“ Arbeitgebervertreter	Gisela Reißig Stellvertretende Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferinnen“ Arbeitnehmervertreterin
---	--

Dresden, den 04.02.2004

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Lutz Liebscher Schriftführer
--	--

Soweit in diesem Curriculum zur Bezeichnung der betroffenen Personen generisch die weibliche oder die männliche Form verwendet wird, gilt die Regelung jeweils auch für das andere Geschlecht.

Anlage:

Inhalte des fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichts einschließlich Stoffsammlung zum Curriculum

(Enthält die verbindlichen Inhalte des Unterrichts gemäß Ziffer V.)

1. Krankheitslehre 10 Stunden

- 1.1 Krankheitsbilder
 - 1.1.1 Glomeruläre Nierenerkrankungen
Glomerulonephritiden:
akut – chronisch
primär – sekundär
Diabetische Glomerulosklerose
Arteriosklerotische Glomerulosklerose/Nephrosklerose
 - 1.1.2 Vasculäre Nierenerkrankungen
Makroangiopathie
Mikroangiopathie
 - 1.1.3 Interstitielle Nierenerkrankungen
Pyelonephritis
Refluxnephropathie, Steine, Harnabflussstörungen
Toxische Nephritis
 - 1.1.4 Angeborene Nierenerkrankungen
Zystennieren
Nierenhypoplasie, einseitige Nierenaplasie
- 1.2 Symptome
Proteinurie
Hämaturie
Dysurie
Nierenschmerzen
Ödeme
Hypertonie
- 1.3 Diagnostik
 - 1.3.1 Urin
Schnelltest – Stix
Sediment
Clearance
Eiweißgesamtausscheidung
Oligurie, Anurie, Polyurie
 - 1.3.2 Blut
Kreatinin
Harnstoff
Blutzucker
Phosphat
AP
Blutbild
Elektrolyte
Eiweiß
Blutgasanalyse
 - 1.3.3 Bildgebende Verfahren
Ultraschall
Computertomographie
Kernspintomographie
Angiographie
Szintigraphie
 - 1.3.4 Sonstige Untersuchungen
Vorgeschichte
Körperliche Untersuchung
- 1.4 Chronische Niereninsuffizienz
 - 1.4.1 Kompensierte Retention
Definition, Klinik
 - 1.4.2 Präterminale Niereninsuffizienz

Definition, Klinik

- Vorbereitung zur Dialysetherapie
 - 1.4.3 Folgen der chronischen Niereninsuffizienz
Anämie
Azidose
Hyperparathyroidismus
Hypertonie
Ödeme
 - 1.4.4 Terminale Niereninsuffizienz – Urämie
Einleitung der Nierenersatztherapie
 - 1.4.5 Vorbeugung einer chronischen Niereninsuffizienz
Frühzeitige Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, die zur Niereninsuffizienz führen
Hypertonie
Diabetes mellitus
Harnwegsinfekte
Urologische Erkrankungen
Nephrotoxische Substanzen und Medikamente
- #### 2. Nierenersatz-Therapie 30 Stunden
- 2.1 Physikalisch-technische Grundlagen
 - 2.1.1 Diffusion
Membran-Diffusion
Aufbau – Eigenschaften einer semipermeablen, selektiven Membran
Diffusion abhängig von Temperatur, Konzentrationsgefälle, Größe der Membranporen, Molekülgröße der Stoffe, Zeit
Blutseite – Dialysatseite
 - 2.1.2 Konvektion
Konvektiver Stofftransport an der Dialysemembran
Druckgefälle, Porengröße, Molekülgröße
 - 2.1.3 Ultrafiltration – Osmose
Entfernung von Wasser aus dem Blut
Prinzip der Filtration allgemein
Filtration durch die Dialysemembran
Druckgefälle, Porengröße
 - 2.1.4 Adsorption
Aktivkohle
Apherese
 - 2.2 Dialysatoren
„Schnittstelle“ Mensch – Maschine
Charakteristika von Dialysatoren
Dialysator-Typen:
Kapillar-Dialysatoren
Platten-Dialysatoren
Cellulose und Modifikationen
Synthetische Membranen
Symmetrische – Asymmetrische Membranen
Highflux- Lowflux
Blutseite
Dialysatseite
Gegenstromprinzip
 - 2.3 Hämodialyse
 - 2.3.1 Hämodialysegeräte
Single-Pass-Systeme
Batch-Systeme
 - 2.3.2 Blutseite
Druck- und Flussverhältnisse zwischen Patient und Blutpumpe („arteriell“)
Druck- und Flussverhältnisse zwischen Dialysator und Patient („venös“)

	Bauchfellentzündung (Peritonitis) Katheterassoziierte Komplikationen: Katheterinfektion (exit site- und Tunnelinfektion) Katheterdislokation/-obstruktion Hydrostatische Komplikationen Metabolische Komplikationen	natürliche Interponate Shuntkomplikationen Postoperativ: Nahtinsuffizienz Blutung Thrombosierung Infektion Perigraft-Reaktionen Im Verlauf: inadäquate Ausreifung der Fistel, Shunt-, Training“ Fehlpunktion, Hämatombildung Stenosierung und Thrombosierung Shuntaneurysma Stealsyndrom / Ischämiefolgen venöse Abflussstörungen durch Shunt behandlungsbedürftige Nachblutung nach Punktion
2.10	Andere Verfahren	
2.10.1	Apherese Prinzipien der verschiedenen Adsorptionsmethoden: Chemische Bindung Immunologische Bindung Zytapherese Substanzen, die entfernt werden sollen: LDL-Cholesterin Fibrinogen Antikörper Andere Indikationen für Aphereseverfahren	3.1.4 Katheter temporär/dauerhaft Allgemeines/warum benötigt (ANV, dekompensierte Niereninsuffizienz) Zentralvenenkatheter – Shaldonkatheter V. jugularis interna, V. subclavia, V. femoralis Punktionstechnik = Seldinger-Technik Demers-Katheter: Besonderheit, Dauernutzung als Ultima ratio Portsysteme Komplikationen zentraler Zugänge bei Anlage: Fehlpunktion, Blutung, Pneumothorax im Verlauf: Infektion, Fehllage, Blutung, Luftembolie, Thrombosierung
2.10.2	Kontinuierliche Verfahren Prinzip im Gegensatz zu intermittierenden Verfahren Indikationen Kontinuierliche arteriell-venöse Hämofiltration (CAVH) Kontinuierliche veno-venöse Hämofiltration (CVVH) Kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse (CVVHD oder CVVHDF) Schwierigkeiten – Komplikationen	
2.11	Nierentransplantation Chronizität der Nierenerkrankung auch mit Transplantat Durchlässigkeit der Nierenersatzverfahren Eignung Empfänger Lebend-/Totspende Verläufe nach Transplantation Abstoßung	3.2 Peritonealzugang 3.2.1 Kathetertypen 3.2.2 Implantation Präoperative Vorbereitung, Implantationstechniken, postoperatives Management 3.2.3 Pflege des Katheters Schriftlich fixierte, anerkannte Verfahren
3.	Gefäß- und Peritonealzugänge 5 Stunden	4. Hygiene 4 Stunden
3.1	Gefäßzugänge	4.1 Allgemeine Hygienemaßnahmen
3.1.1	Grundlagen Voraussetzung für die Blutreinigung Ausreichender Blutfluss (ca. 250 ml/min) Punktion einer arterialisierten Vene Punktion einer Hohlvene	4.1.1 Vermeidung von Infektionen Hauptwege der Übertragung von Erregern: Hände Tröpfchen Stichverletzung Wasserteil Dialysemaschine Ringleitung Umkehrosmose
3.1.2	Eigene Gefäße Nutzung vorhandener Gefäße, Schonung der Gefäße, Gefäßtraining Gefäßanastomosen (End- zu Seit, End- zu End, Seit- zu Seit) Ort der Anlage von peripher nach zentral, Bevorzugung der oberen Extremität Unterarm („Cimino-“, Ellbeuge (= Cubital) Shuntvorverlagerung OP-Zeitpunkt, Shuntentwicklung Nutzung des Gefäßzuganges Beispiele mit Darstellung des Blutflusses Punktionstechniken: Areal-, Strickleiter-, Knopfloch-, Gegenstrompunktion, Ciminofistel, Cubitalfistel, Blutstillung und Verband Shuntpflege / Shunthygiene	4.1.2 Patientenschutz und Personalschutz und 4.1.3 Bereichskleidung häufige Händedesinfektion Einmalhandschuhe bei An- und Ablegen und Nadelkorrektur Scheuer- Wischdesinfektion mit Handschuhen bei allen Verschmutzungen mit Blut, Dialysat, Körperflüssigkeiten und Sekreten Schutzkleidung über Bereichskleidung bei Körperhygiene/ Inkontinenz Benutzung von Mundschutz, Schutzbrille, Schürze Konsequente aktive Immunisierung der Mitarbeiter gegen Hepatitis B Hygiene- und Desinfektionspläne Maßnahmen im Küchenbereich keine Personalmahlzeiten im Funktionsbereich
3.1.3	Heterologer Gefäßersatz Kunststoffinterponate geradstreckig, Schleife (Darstellungen), Punktionsbesonderheiten	

<p>4.2 Spezielle Hygienemaßnahmen</p> <p>4.2.1 Wasseraufbereitung Kontamination Permeat mit Wasserkeimen Probleme: stehendes Wasser, Stichelung, Toträume Maßnahmen: automatisierte Spülzyklen regelmäßige chemische oder Hitzedesinfektion Osmose und Ringleitung seltene Diskonnektion der Geräte Kontrollen Bakteriologie Permeat Untersuchung auf Pyrogene</p> <p>4.2.2 Dialysegeräte Wasserteil, Toträume, Standzeiten, bakterienfreundliches Milieu (Dialysat, insbesondere Glucose) häufiges Diskonnektieren, Schwachpunkt Hansen-Kupplung Maßnahmen: Desinfektion: chemische/Heißluftdesinfektion nach jeder Behandlung Flächendesinfektion nach jeder Behandlung evtl. Desinfektionsfüllung in Standzeiten evtl. Sterilfiltration Dialysat Regelmäßige Kontrollen Bakteriologie Dialysat Abnahmetechniken</p> <p>4.2.3 Gefäßzugänge - Katheter Waschen Shuntarm: Sprüh-/Wischdesinfektion, sterile Tupfer Einwirkzeit, Einmalhandschuhe, Schweigen bei Punktion Abdrücken der Punktionsstelle mit sterilem Tupfer Katheteranschlüsse auf steriler Unterlage lagern Katheteranschlüsse desinfizieren, Einwirkzeit Mundschutz Patient und Personal Sterile Konnektion mit Schlauchsystem Dialyseende mit Reinigung und Inspektion Steriler Verbandwechsel Kathetereintritt</p> <p>4.2.4 Umgang mit infektiösen Patienten HBs-Ag positive Patienten: Betreuung nur durch Anti-HBs positive Mitarbeiterin Vollständige Trennung der Behandlungsräume, Toiletten, Dialysemaschinen, RR-Messgeräte, Stethoskope, Patientengeschirr, Bereichswäsche Keinerlei Wechsel von Verbrauchsmaterial und Personal zwischen gelbem und weißen Bereichen Bereichskittel über Dienstkleidung, Empfehlung andere Farbe Grundsätzlich Benutzung von Einmalhandschuhen mit Wechsel nach jedem Patientenkontakt Kennzeichnung und getrennte Reinigung der Bereichswäsche Getrennte Entsorgung aller Materialien als C-Müll nach Abfallbeseitigungs-Gesetz HCV-Ak positive Patienten Vollständige Trennung der Dialysemaschinen Schutzkleidung über Bereichskleidung Grundsätzlich Gebrauch von Einmalhandschuhen mit Wechsel nach jedem Patientenkontakt Weitere Infektionen (z.B. HIV, Tbc, MRS) Regelungen nach Absprache mit Hygieniker</p>	<p>5.2 Enthärter-Anlage Austausch von Kalzium und Magnesium gegen Natrium</p> <p>5.3 Umkehrosmose-Anlage Prinzip, Permeat, Rückspülung</p> <p>5.4 Permeat-Versorgung</p> <p>5.4.1 Ringleitungen Toträume, Stichelungen, Biofilm, Standzeiten</p> <p>5.4.2 Tanksysteme Vor- und Nachteile</p> <p>6. Notfälle 4 Stunden</p> <p>6.1 Besonderheiten der Dialyse</p> <p>6.1.1 Extrakorporaler Kreislauf Labile Kreislaufsituation</p> <p>6.1.2 Antikoagulation Dynamische Veränderungen im Wasser- und Elektrolythaushalt während der Behandlung Fehlerhaftes Dialysat/Permeat/Auswirkung auf mehrere/alle Patienten Dialysat asservieren</p> <p>6.1.3 Vor- und Zusatzerkrankungen Herz-Kreislauf, Diabetes, Karzinome</p> <p>6.2 Klinische Erscheinungsbilder</p> <p>6.2.1 Frühe Anzeichen Blutdruckabfall, Blutdruckanstieg Vorbotten Schockzustand: Gähnen, Schwitzen, Bewusstseins-trübung, Atemnot, akuter Schmerz, Schüttelfrost, Fieber</p> <p>6.2.2 Hypotonie Volumen-Mangel, evtl. ultrafiltrationsbedingt Blutverlust nach außen (Nadeln, Schlauchsystem, Blutleck Filter) Blutverlust nach innen (intestinal, Perikard, Hämatome) Blutdrucksenkende Medikamente, besonders vor Dialyse Herzrhythmusstörungen, bradykard und tachykard Herzinfarkt, Pumpversagen</p> <p>6.2.3 Kardialer Notfall Herzrhythmus-Störungen (KHK, Kalium, Calcium) Angina pectoris, Myokardinfarkt Kardiogener Schock, Pumpversagen Kreislaufstillstand, Reanimation</p> <p>6.2.4 Stoffwechsel – Elektrolytstörungen Hypoglykämie, Hyperglykämie Calciumentgleisung, Hartwassersyndrom Natriumentgleisung, besonders bei HF und HDF Kaliumentgleisung</p> <p>6.2.5 Pulmonaler Notfall Asthma-Anfall Luftembolie, insbesondere bei An- und Ablegen, zentralvenöser Zugang</p> <p>6.2.6 Hämolyse Schlauchsystem (Knick) Dialysat (Temperatur, Desinfektionsmittelreste) Blut-Transfusion</p> <p>6.2.7 Anaphylaxie ETO, ACE-Hemmer – Highflux-Membranen Medikamente</p> <p>6.2.8 Cerebraler Notfall Krampfanfall: Epilepsie, Hypertensive Krise, Ischämie Apoplex Dysäquilibrium Cerebraler Atemstillstand</p>
<p>5. Wasseraufbereitung 2 Stunden</p> <p>5.1 Leitungswasser Trinkwasserverordnung Härtegrade Vorfiltersysteme</p>	

<p>6.3 Sofortmaßnahmen Schocklagerung Freie Atemwege sichern Ultrafiltration stoppen, QB minimieren Gefäßzugang sichern, am Patienten bleiben Fallabhängig: Volumenzufuhr, evtl. Ablegen, Gefäßzugang belassen Verdacht auf Anaphylaxie und Hämolyse: Extrakorporales Blut verwerfen Sauerstoffgabe Nasensonde HF, RR, Atmung, Blutzucker überprüfen evtl. Reanimation beginnen Arzt rufen Betreuung der übrigen Patienten sichern</p>	<p>Die Empathie und Wahrhaftigkeit des Personals Das Prinzip Hoffnung gegenüber dem Patienten Der Umgang mit dem aggressiven Patienten</p>
<p>7. Pflege 10 Stunden</p> <p>7.1 Aufnahme eines neuen Patienten Die Pflege-Anamnese: Einbeziehung der Angehörigen Bisheriger Lebensrhythmus – Aktivitäten Leben mit dem Dialyse-Rhythmus Individuelle Pflegeprobleme</p> <p>7.2 Pflege während der Behandlung Appetit, Körpergewicht Körperlicher Pflege- und Hygienestatus Zustand der Haut, Juckreiz, Kratzspuren Zustand der Füße (Diabetiker!), ärztliche Fußvisite Zustand der Zähne Passagere – dauerhafte Desorientiertheit Passagere – dauerhafte Interesselosigkeit, Apathie Allgemeine Müdigkeit, mögliche Ursachen: Schlafstörungen – Restless legs Medikamenten-Nebenwirkungen Medikamenten-Missbrauch Inadäquate Dialyse Anämie Körperliche Behinderungen – Hilfestellungen Allgemeine Beweglichkeit – Rollstuhl ... Erblindung Obstipation, Durchfälle, Inkontinenz Verständnisprobleme: Schwerhörigkeit Sprachprobleme bei Ausländern Cerebralsklerose Ess- und Trinkgewohnheiten: Der Vieltrinker Kalium- und Phosphorprobleme Kochsalz-Einschränkung evtl. Pflegedokumentation nach Kategorie A1 bis A3 und S1 bis S3</p>	<p>8.1.2 Psychische Situation des chronisch Kranken Phasenhafter Verlauf Akutphase: Dialysebeginn, neuer Lebensabschnitt Übergangsphase, Besserung, Akzeptanz, Stabilisierung Chronische Phase: Abhängigkeit, Sinnfragen, Hoffnung, Ängste, Verluste, Einschränkungen des Patienten, sexuelle Aktivitäten Mögliche Reaktionsmuster des Patienten: Resignation, Rückzug, Depression Aggression Übertriebene Annahme, Euphorie Übertriebene Anspruchshaltung Geforderte Zuwendung – Schmerz-Syndrom</p> <p>8.1.3 Lebenssituation des chronisch Kranken und häusliches Umfeld Selbstständigkeit, örtlich-zeitlich-körperlich Trinkgewohnheiten Selbstwertgefühl Soziale Bindungen Beruf, Hobby Leistungsfähigkeit, körperlich und geistig Häusliches Umfeld: Wer versorgt wen, Abhängigkeiten zu Hause Schnelle und korrekte Information der Angehörigen Überbesorgte Angehörige, notwendige Distanz</p> <p>8.1.4 Begleitende Hilfsangebote Hilfsangebote bei Problemen (z. B. finanzielle Situation, Rente, Krankenkasse, Taxi) Einbeziehen der Angehörigen in die Versorgung Patientenverbände und Selbsthilfegruppen Sportgruppen</p> <p>8.2 Dialyse-Team Verständnis Lebensqualität: Korrekte Technik ist nicht alles Dialyse macht nicht „gesund“</p> <p>8.2.1 Patient als Mittelpunkt Dienstleistungs-Gedanke Patienten-Erwartungen an das Team</p> <p>8.2.2 Umgang im Team Teamarbeit – Teamgeist Übergabeproblematik – Informationsfluss Aufarbeiten von Problemen in Teambesprechungen, Einzelgesprächen Ehrlichkeit gegenüber sich selbst und dem Team Hierarchien (notwendig im Fachlichen/Konfliktquelle im Sozialen) Gruppen- und Cliquesbildung im Team, der Sündenbock Abgrenzung Gespräch – Klatsch – Mobbing Umgang mit Kritik und Beschwerden</p>
<p>8. Psychosoziale Betreuung durch das Dialyse-Team 5 Stunden</p> <p>8.1 Umgang mit Patienten und Angehörigen 8.1.1 Gesprächsführung und Kommunikation Der Patient als eigenverantwortliche Person Das Dialysepersonal als beratende, helfende Personen Das grundsätzliche Annehmen eines Patienten Patientenwünsche, Flexibilität und Dialyseorganisation Das „offene Ohr“ für allerlei Patientenprobleme Das Problem der Vertrautheit und nötigen Distanz</p>	<p>9. Qualitätssicherung, Organisation, Verwaltung 5 Stunden</p> <p>9.1 Qualitätssicherung 9.1.1 Strukturorientierte Qualität Räumliche Ausstattung Personelle Ausstattung Technische Ausstattung Qualitäts-Handbuch Systematische Kontrollen und Standards Besondere Probleme:</p>

<p>Nicht nüchtern Patient in der Mittag-Abendschicht Absetzen Alu-Phosphatbinder vor Labor Alu Absetzen Eisen i. v. vor Labor Eisen Absetzen Medikamente vor Talspiegel</p> <p>9.1.2 Prozessorientierte Qualität Patienten-Information, Patienten-Beobachtung, klinischer Zustand Individuelle Dialyse: UF-Raten, Profile, Dialysat, Sollgewicht, Dauer, Frequenz, Blutfluss Möglichst wenig Unterbrechungen Dialyse (Alarmer!) Qualität Permeat und Dialysat: Anforderungen, Abnahme, Mess-Systeme, Desinfektions-Systeme: Chemisch – Heiß – UV Reinheit Permeat, Leitfähigkeit Allgemeine Hygiene Sachgerechter Materialumgang Kontrollen Gefäß- und Peritonealzugang Training und Betreuung der Heimdialysepatienten Festgelegte Routine für Labor, sonstige technische Untersuchungen, körperlichen Status Meldung zur Transplantation Dienst-, Urlaubs- und Bereitschaftsplan Dialysepersonal und Hilfspersonal für Zentrum und LC</p> <p>9.1.3 Ergebnisorientierte Qualität Labor-orientiert: Kt/V, S-Albumin, durchschnittlicher HB, EPO-Bedarf, Kontrolle Hyper-Phosphatämie, Kontrolle Hyperparathyroidismus, Neuinfektionen Hepatitis-B und C Patienten-orientiert: Gut eingestellter Blutdruck, möglichst wenig Medikamente, Kreislaufstabilität an Dialyse, Anzahl der RR-Abfälle Ernährungszustand, Appetit subjektive und objektive Leistungsfähigkeit, Sport? Schlafstörungen, Restless-legs Neuropathien Morbidity – Infektionen – Krankenhauseinweisungen Mortalität Shunt-Komplikationen, Anzahl der Fehlpunktionen Erhaltung Nierenrestfunktion</p> <p>9.2 Strukturen und Funktionen in der Dialyse 9.2.1 Dialyseformen Unterscheidung Zentrums-, zentralisierte Heim- und Heimdialyse 9.2.2 Patienten-Aufnahme Vorstellen des Dialyse-Teams Unterrichtung über Ablauf im Allgemeinen Besonderheiten des Zentrums Trinkmengen Schwesternrufanlage 9.2.3 Versorgung des Patienten im Zentrum Organisation Taxis, Transportscheine, Wartezonen Organisation regelmäßige Untersuchungen (siehe Qualitätssicherung) Organisation Beköstigung der Patienten 9.2.4 Versorgung des Heimdialyse-Patienten Logistik Technische und medizinische Betreuung Rufbereitschaft</p> <p>9.3 Organisation der Dialyse 9.3.1 Patientenbezogene Schichtplanung Organisation der Patienten-Schichten unter Beachtung von Pflege- und Betreuungsaufwand und sozialer Umstände Vorhalten freier Plätze möglichst in jeder Schicht</p>	<p>9.3.2 Planung Personaleinsatz Dienst-, Urlaubs- und Bereitschaftsplan Dialysepersonal und Hilfspersonal für Zentrum und LC (oder ZHD = Zentralisierte Heimdialyse) Organisation definierter Verantwortlichkeiten aller Mitarbeiter Organisation Einarbeitung neuer Mitarbeiter Organisation regelmäßige Teambesprechungen und Fortbildungen inkl. Notfall-Training</p> <p>9.3.3 Arbeitsabläufe Zentrumsbezogenes Vorgehen Feste Einarbeitungs-Protokolle und Einarbeitungs-Paten</p> <p>9.3.4 Urlaubs- und Gastpatienten Personal stellt sich vor bei Erstkontakt Zentrumseigene Abläufe dem Patienten darlegen</p> <p>9.4 Organisation von Beratung und Training 9.4.1 Patienten-Einweisung und Beteiligung Zentrumbezogenes Vorgehen Patienten-Beteiligung anstreben</p> <p>9.4.2 Patientenschulung Ernährung Diabetes Blutdruckeigenmessung Selbstkontrolle Shunt Medikamenten-Einnahme Soziales</p> <p>9.4.3 Training zur Heimdialyse Fester Trainingsplan auch außerhalb der Routinedialysen Einbeziehung der Partner Langjährig erfahrenes Personal</p> <p>9.5 Abfall-Beseitigung Müll-Trennung inkl. „Gelber Sack“ bzw. „Grüner Punkt“ Dialyse-Müll Typ B Dialyse-Müll Typ C Entsorgung Nadeln und spitze Gegenstände</p> <p>9.6 Lagerhaltung und Materialwesen Hauptlager, Handlager, Materialströme, Verantwortlichkeiten, Bestellwesen, Prüfung Lieferscheine – Rechnungen, Sparsamkeit, Preisbewusstsein</p> <p>9.7 Abrechnung</p> <p>10. Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz 5 Stunden</p> <p>10.1 Dokumentation und Auswertung Gesetzliche Dokumentationspflicht Abzeichnung von Dokumentationen immer mit Namenskürzel Geräte-Bücher Technische Einweisungen Untersuchungen Rohwasser, Permeat, Dialysat gemäß Empfehlungen Sterilisationsvorgänge, Sterilgutlagerung mit Datum Öffnung/Ansatz Med.-Lösungen (Heparin) mit Datum Hygienepläne Überprüfung Medikamentenschrank (Apotheker?) Überprüfung Notfall-Medikamente und Geräte gemäß Liste Technische Einweisungen, Ausbildungs-, Kenntnisstand Mitarbeiter HD-Protokolle: Maschinentyp- und interne Nummer Maschinen-Test Shuntfunktion</p>
--	--

An- und Ablegen
 Blutdruckverlauf
 Besondere Ereignisse
 Stündlich QB, TMP, venöser Druck, Leitfähigkeit, Profile
 Filtrertyp
 Antikoagulation, Zustand Filter nach HD
 Dialysezeit
 Dialyseart (DN, SN, Bic, HD, HF, HDF, sequ. UF)
 Ärztliche Visite
 Unverträglichkeiten - Allergien der Patienten
 PD-Protokolle:
 Zu Hause, täglich:
 RR, Gewicht, UF-Menge
 PD-Lösungen und Menge
 Auslauf-Qualität
 Besondere Ereignisse
 Ärztliche Kontrolle:
 Klinischer Zustand
 Labor
 Kt/V (Woche)
 Hypertonie-Kontrolle
 Katheter-Exit

- 10.2 Datenschutz
 umfassende Schweigepflicht
 Papiermüll und Datenschutz
 EDV und Datenschutz
- 10.3 Gesetzliche Grundlagen und Haftung
 relevante Teile des Strafrechts, Zivilrechts
 Delegation und Haftung
 Patientenaufklärung
 Patientenverfügung
 Medizinproduktegesetz (MPG)
- 10.4 Arbeitsschutz
 Impf- und Antikörperstatus aller Mitarbeiter
 Mutterschutz, Arbeitsschutzgesetz,
 Unfallverhütungs-Vorschriften (UVV)
 Transfusionsgesetz

Erläuterungen zum Fortbildungscurriculum der Sächsischen Landesärztekammer „Dialyse“ für Arzthelferinnen

Arzthelferinnen unterstützen seit Jahren zusammen mit examinierten Pflegekräften die Arbeit der niedergelassenen Nephrologen und nephrologisch tätigen Ärzte. Mit ihrer unterschiedlichen Ausbildung ergänzen sich Arzthelferinnen und examinierte Pflegekräfte sehr gut, sofern beide in die speziellen Erfordernisse der ambulanten Dialyse eingearbeitet werden. Bei wachsendem Bedarf von qualifizierten Mitarbeitern in diesem Einsatzbereich wurde zur Sicherung der Strukturqualität der Versorgung unter Federführung der Bundesärztekammer gemeinsam mit Vertretern der Deutschen Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte (DDnÄ), des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation (KfH) und der Patienten-Heimversorgung (PHV) ein entsprechendes Curriculum entwickelt. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie (DAGKN) als zuständige ärztliche Fachgesellschaft und die Verbände der Arzthelferinnen und der Krankenschwestern waren unmittelbar beteiligt.

Arzthelferinnen sind auf Grund der laut Ausbildungsverordnung vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte nicht von vornherein für die Mitwirkung in der Nierenersatztherapie ausreichend qualifiziert. Sie bieten allerdings gerade auf Grund ihrer breit gefächerten Ausbildung und der

Einsatzmöglichkeiten in der Arztpraxis gute Voraussetzungen für eine zusätzliche Spezialisierung in der ambulanten Dialyse. Durch eine Fortbildungsmaßnahme sind systematische qualifikatorische Voraussetzungen zu schaffen, die über das „Learning by doing“ oder vereinzelte Fortbildung innerhalb oder außerhalb der Praxis hinausgehen und die den fachlichen Ansprüchen, die i. S. der Sicherung und Förderung der Strukturqualität der medizinischen Versorgung an das Assistenzpersonal gestellt werden müssen, genügen.

Das vorliegende Curriculum ist allerdings nicht als eine obligatorische Maßnahme, sondern als ein sinnvolles und zweckmäßiges Angebot zu verstehen, um in der ambulanten Dialyse mit einem bundesweit geltenden Standard die erforderlichen Voraussetzungen für eine einheitliche Mindestqualifikation des Personals bis spätestens 30.04.2007 zu schaffen.

Die *Ziele* der Fortbildung sind in Form von Kenntnis- und Fertigkeitenzielen formuliert. Sie lassen sich in ein übergreifendes Leitziel, nämlich die qualifizierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Nierenersatztherapie unter Anweisung und Verantwortung des Arztes zusammenführen. Das Aufgabenspektrum besteht in der Mitwirkung bei der Durchführung der Nierenersatztherapie mit allen damit zusammenhängenden Maßnahmen der Vor- und Nachbereitung, der Gerätebetreuung und der Hygienemaßnahmen, der psychosozialen Betreuung der Patienten und Angehörigen im Team und in der Wahrnehmung organisations- und verwaltungsbezogener sowie qualitätssichernder Aufgaben.

Der *Umfang* des Curriculums beträgt 120 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs und integriert 80 Stunden fachtheoretischer und fachpraktischer Unterricht sowie 40 Stunden Praktikum. Das Praktikum ist in einer oder mehreren Einrichtungen abzuleisten, die nicht mit der Arbeitsstelle identisch sein sollen. In Frage kommen Einrichtungen, in denen durchschnittlich mindestens 10 Patienten durch Peritonealdialyse und/oder 60 Patienten durch Hämodialyse versorgt werden. Eine Kooperation mehrerer Dialyseeinrichtungen ist möglich, um diese Anforderung zu erfüllen.

Für die *Zulassung* zur Fortbildung werden ein Abschluss als Arzthelferin sowie sechs Monate patientennahe sowie ununterbrochene Berufserfahrung in der Dialyse vorausgesetzt. Das Curriculum steht auch Krankenschwestern/Krankenpflegern und Sprechstundenschwestern mit entsprechender Berufserfahrung offen.

Inhaltlich ist die Fortbildung in 10 Themenkomplexe gegliedert, die gemäß dem Leitziel zeitlich gewichtet und sachlich substantiiert sind. Aus der curricularen Gliederung ergeben sich hinreichende Vorgaben für eine Lehrgangskonstruktion unter didaktischen Gesichtspunkten, die Aufgabe der jeweiligen Veranstalter sein muss. Anlage des Curriculum ist eine systematische Stoffsammlung im Sinne von verbindlichen Mindestinhalten des Lehrgangs.

Die Qualifikation in der ambulanten Dialyse ist durch eine *Prüfung* nachzuweisen, die sich aus einem schriftlichen Prüfungsteil von 45 Minuten und einem mündlich-praktischen Prüfungsteil von bis zu 30 Minuten zusammensetzt. Über die bestandene Prüfung ist von der Sächsischen Landesärztekammer ein Zertifikat auszustellen.

Übergangsweise ist bei Nachweis einer mindestens 3-jährigen ununterbrochenen patientennahen Tätigkeit in der Dialyse **sowie** bei Nachweis kontinuierlicher Fortbildung zum Stichtag 30.04.2005 die Teilnahme am Lehrgang nicht verpflichtend. Die Prüfung muss in solchen Fällen allerdings spätestens bis zum 30.04.2007 abgelegt sein. Arzthelferinnen, die an diesem Stichtag mindestens 10 Jahre ununterbrochen und patientennah in der Dialyse tätig waren **und** eine kontinuierliche Fortbildung nachweisen, gelten im Sinne dieses Curriculums als qualifiziert.

Dresden, 2004

Fortsetzung von Seite 136

tiert und unter Leitung des wissenschaftlichen Betreuers zu weiteren strukturellen und funktionellen sowie klinischen Zusammenhängen in Beziehung gesetzt.

Fachbezogene Vorlesungen, Seminare und Praktika werden durch die Fachgebiete integrierende und auf Kliniktransfer orientierte Seminare vervollständigt. Auch die Lehrmodalität E-Learning hat im Rahmen der Terminologie Eingang in das reformierte Curriculum gefunden. Neben den klassischen Medien werden in den unterschiedlichen Fachgebieten zunehmend IT-Medien zur Unterstützung der Vermittlung der Studieninhalte genutzt werden. Schließlich richtet sich ein besonderes Augenmerk auf die Etablierung von Freiräu-

men für ein umfassendes eigenverantwortliches Lernen. Daher wurde die Zahl der strukturierten Lehre (Summe alle Veranstaltungen pro Studienjahr) auf 24 Stunden pro Semesterwoche begrenzt.

Zusammenfassung

Das reformierte Curriculum an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus betont die frühzeitige Vermittlung klinischer Fähigkeiten unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Grundlagen ärztlichen Handelns. Ein wesentlicher Ansatz hierfür stellt das Longitudinalprogramm, Arzt-Patient-Kommunikation-Gesellschaft dar, welches bereits im ersten Fachsemester mit der Anamnese-schulung beginnt. Von den Grundlagen der Körperstruktur im Rahmen des Präparierkurses wird frühzeitig

der Bogen zur Technik der körperlichen Untersuchung geschlagen. Die Grundlagen der Zell- und Gewebefunktion werden vor dem Hintergrund klinischer Funktionsstörungen vertieft und über traditionelle Fachgrenzen hinweg auf klinische Problemstellungen angewandt. Das reformierte Curriculum an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus soll einen Beitrag zu einer Mediziner-ausbildung leisten, die den heutigen Anforderungen nach Flexibilität und Eigenverantwortlichkeit besser gerecht wird.

Adresse für Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Andreas Deussen,
 Institut für Physiologie,
 Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
 der TU Dresden,
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

U. Ravens, D. Dobrev

Wie sollte der zukünftige Medizinstudent ausgebildet werden?

TU Dresden
 Medizinische Fakultät
 Institut für Pharmakologie
 und Toxikologie

Arztbild im Wandel

Das gewandelte Arztbild in den westlichen Industrieländern stellt hohe Anforderungen an den Medizinstudenten, der seinen Beruf im 21. Jahrhundert ausüben soll (5). War früher der Allgemeinarzt in der Einzelpraxis, der alles wusste und konnte, Leitbild für die ärztliche Tätigkeit, wird in Zukunft die gemeinschaftliche Behandlung und Betreuung von Patienten in Gesundheitszentren immer mehr an Bedeutung gewinnen. Der „ärztlichen Erfahrung“ als Grundlage für eine therapeutische Entscheidung von früher stehen heute die in klinischen Studien gewonnenen Erkenntnisse der „Evidence-based Medicine“ gegenüber. Gehörte es zum Berufsethos des vergangenen Jahrhunderts, immer auf dem neuesten Wissensstand zu sein, müssen sich die zukünftigen Ärzte Qualitätskontrollen unterziehen. Die Aura der Unfehlbarkeit eines einzelnen Arztes wird durch multidisziplinäres Problemlösen ersetzt (Abb. 1).

Die neue Approbationsordnung

Auf die gewandelten Anforderungen an das zukünftige Arztbild hat der Gesetzgeber nun mit der lange erwarteten neuen Approbationsordnung vom 27. Juni 2002 reagiert. Sie trat

zum 1. Oktober 2003 in Kraft und ersetzt die Approbationsordnung vom 14. Juli 1987. Das neue Ziel der medizinischen Ausbildung ist definiert als ein „wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildeter Arzt, der zur eigen verantwortlichen und selbständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“. Dementsprechend hieß es in der alten Approbationsordnung: ein „auf der Grundlage einer naturwissenschaftlichen Ausbildung zum selbständigen ärztlichen Handeln und zur kritischen Weiterbildung befähigter Arzt“. Man mag darüber spekulieren, warum der Gesetzgeber den Begriff eines zum „selbst-

ändigen ärztlichen Handeln“ befähigten Arztes durch den eines zur „selbständigen Berufsausübung“ befähigten ersetzt hat. Wir würden den Begriff „ärztliches Handeln“ mehr als Ausdruck einer gesamten Lebenseinstellung interpretieren, während wir die „Berufsausübung“ eher mit einem perfekten Handeln in Verbindung bringen. Durch den Begriff „wissenschaftliche“ statt „naturwissenschaftliche“ Ausbildung sollen weitere Wissenschaften wie Sozialwissenschaften, Psychologie oder Ökonomie in die Ausbildung einbezogen werden. Auch die Fähigkeit zu „ständiger Fortbildung“ ist gesetzlich verankert. Besonders wichtig ist aber die Festschreibung der

Arztbild im Wandel

20. Jahrhundert	21. Jahrhundert
<ul style="list-style-type: none"> • Einzelpraxis • Autonomie • Ärztliche Erfahrung • Neuester Wissensstand • Unfehlbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszentrum • Teamarbeit • „Evidence-based Medicine“ • Qualitätskontrolle • Multidisziplinäre Problemlösung

Abb. 1: Arztbild im Wandel

praktischen Ausbildung im Gesetz und hierzu werden sehr präzise Vorgaben gemacht. Die Ausbildung im klinischen Teil des Medizinstudiums soll in Form von praktischen Übungen, Seminaren und fächerübergreifende Vorlesungen erfolgen, ergänzt durch die Arbeit in gegenstandsbezogenen Studiengruppen. Zu den praktischen Übungen gehören der Unterricht am Krankenbett, Praktika und Blockpraktika. Im Unterricht am Krankenbett sind die Gruppengrößen, in denen die Studierenden an die praktische Tätigkeit am Patienten herangeführt werden, gesetzlich vorgegeben: bei Patientendemonstrationen dürfen maximal sechs, bei der Patientenuntersuchung nur drei Studierende anwesend sein. Hier hat der Gesetzgeber bereits einen möglichen Engpass erkannt, denn er schreibt vor, dass „unzumutbare Belastungen des Patienten durch den Unterricht zu vermeiden sind“. Die Umsetzung der neuen Approbationsordnung in eine universitätsspezifische Studienordnung, an der alle Medizinischen Fakultäten in Deutschland fieberhaft arbeiten, stößt mit den verbindlichen Gruppengrößen auf enorme organisatorische Engpässe.

Für den klinischen Abschnitt sind 476 Unterrichtsstunden am Krankenbett vorgeschrieben. Um diese Stundenzahl in Gruppen zu drei (Patientenuntersuchungen) oder zu sechs (Patientendemonstrationen) zu leisten, sind bei einer Studentenzahl von 180 pro Jahr etwas weniger als 20 Lehrkräfte während der zwei mal 14 Semesterwochen Vollzeit (!) beschäftigt. Geht man von einem Lehrdeputat für Assistenten von vier Semesterwochenstunden aus, werden 191 Lehrkräfte gebraucht, bei 8 SWS 96. Diese Zahlen erhöhen sich natürlich entsprechend, wenn mehr Studierende zugelassen werden.

Aus der neuen Approbationsordnung ergeben sich auch andere Schwerpunkte bei den Lehrinhalten. Nach wie vor sind solide theoretische Grundlagen gefordert, wenn auch auf einer wissenschaftlichen Basis, deren Schwerpunkt von den Naturwissenschaften zu allgemeinen Wissenschaften verlagert scheint. Großen Wert wird auf den Erwerb praktischer Fertigkeiten gelegt. Die damit verbundene Belastung für die Patienten kann durch den Einsatz von sogenannten „standardisierten“ Patienten oder von Simulatoren gemildert werden. Als standardisierte Patienten eignen sich wieder gesunde Menschen oder gar

Schauspieler, die eine bestimmte Symptomatik vortäuschen. An ihnen lässt sich auch hervorragend die Patient-Arzt-Beziehung bei der Anamneseerhebung, und somit soziale Kompetenz einüben.

Reformen des Medizinstudiums an der TU Dresden

Neben den gesetzlichen Vorgaben ergibt sich die Dringlichkeit grundlegender Reformen in der medizinischen Ausbildung nach unserem Dafürhalten zwingend aus dem exponentiellen Wachstum des medizinisch relevanten Faktenwissens, den hohen Qualitätsanforderungen und dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen. Die Bewältigung der Flut an neuen medizinischen Erkenntnissen ist nur durch neue Lern- und Lehrmethoden, die Kernkompetenzen wie Motivation, Lernen im Zusammenhang und Denken in Konzepten in den Vordergrund stellen, möglich. Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus als Reformfakultät des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft beschreitet hier seit einigen Jahren neue Wege in der Mediziner-ausbildung (2). Wir haben uns medizindidaktische Erkenntnisse zunutze gemacht und bereits vor der neuen Approbationsordnung mit der Umstrukturierung des Medizinstudiums begonnen. Unser Konzept sieht ein Hybridmodell aus traditioneller Vorlesung, Tutorien mit problem-orientiertem Lernen (POL) und Praktika vor, bei denen die bereits erwähnten standardisierten Patienten und die Simulatoren ausgiebig eingesetzt werden. Der Unterricht ist in möglichst fächerübergreifenden Blöcken von 3 bis 11 Wochen organisiert, in denen alle drei Unterrichtsformen thematisch eng aufeinander abgestimmt sind.

Kernstück des Unterrichts sind die Tutorien (3). In Gruppen von 6 bis 8 Studierenden müssen klinisch relevante Probleme gelöst werden (Abb. 2). Die Studierenden bekommen einen Papierfall, der sich an einer tatsächlichen Krankengeschichte aus dem Universitätsklinikum orientiert, und sollen anhand von selbst identifizierten Lernthemen den Fall in zwei bis drei Sitzungen aufarbeiten. Unterstützt werden sie dabei von einem eigens hierfür ausgebildeten Tutor, der im Wesentlichen durch geschicktes Lenken der Gruppe dafür zu sorgen hat, dass die für den jeweiligen Papierfall vorgesehenen Lernziele erreicht werden. Diese Lernform soll die Motivation, Lernen im Zusammenhang, Team-



Abb. 2: Das Tutorium mit den „Papierfällen“

arbeit und Selbststudium fördern. In der Diskussion geht es hauptsächlich um die Konzepte der Lösungsfindung, die Detailfragen müssen ohnehin im Selbststudium angeeignet werden.

Lernpsychologische Untersuchungen haben schon längst die Bedeutung von Lernen im Zusammenhang und von Motivation für das Erinnern des Gelernten klar herausgestellt. Wir möchten dies am Beispiel einer Untersuchung von Bransford und Johnson (1), zitiert nach dem Maastrichter Medizindidaktiker Schmidt (4) erläutern. Zwei Gruppen von Oberschülern sollten folgenden Text auswendig lernen:

„Eine Zeitung ist besser als eine Illustrierte. Ein Strand ist ein besserer Ort als die Straße. Zuerst ist es besser zu laufen statt langsam zu gehen. Es könnte sein, dass wiederholte Versuche notwendig werden. Es braucht ein wenig Geschicklichkeit, ist aber leicht zu lernen. Sogar kleine Kinder können Spaß daran haben. Einmal erfolgreich, treten kaum Komplikationen auf. Vögel kommen nur selten zu nah. Regen dagegen durchweicht im Nu. Probleme macht es auch, wenn zu viele Leute das gleiche tun. Man braucht viel Platz. Solange alles klar geht, kann es sehr still und friedlich sein. Ein Felsen könnte als Anker dienen. Wenn sich aber die Dinge losreißen, bekommst Du keine zweite Chance.“

Es ist offensichtlich, dass dieser Text etwas seltsam anmutet. Liest man ihn dagegen im Zusammenhang mit dem Titel „Einen Drachen basteln und fliegen lassen“, ergibt er auf einmal einen Sinn. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass die Schüler, die den Text im Zusammenhang mit dem Titel gelernt hatten, signifikant mehr des auswendig Gelernten

wiedergeben konnten, als diejenigen, die den Text ohne einen Zusammenhang lernen mussten. Dieses Lernen im Zusammenhang soll durch die im Tutorium gelösten Papierfälle, gefördert werden. Darüber hinaus werden die Studierenden zu Teamarbeit und Selbststudium angehalten.

Eine jede Studienreform erweckt Erwartungen und stößt auf Widerstände sowohl bei den Studierenden als auch bei den Lehrenden. Die Studenten erwarten absolute Pünktlichkeit und gute Vorbereitung der Lehrenden, optimale Vermittlung von Faktenwissen, erstklassige didaktische Gestaltung, Praxisrelevanz des Unterrichts und Vermittlung von prüfungsrelevantem Wissen. Widerstände entstehen aufgrund von Befürchtungen, dass zu wenig prüfungsrelevantes Wissen vermittelt werden könnte, oder aus Angst vor schlechten Examennoten und damit eingeschränkten Berufsaussichten. So manchem Studierenden fällt es schwer, das passive Verhalten während des Unterrichts aufzugeben, und viele halten die Diskussionen bei der Auseinandersetzung mit dem Lehrstoff schlichtweg für Zeitverschwendung. Auch bei den Lehrenden sind typische Erwartungen und Widerstände aus-

Wie sollte der zukünftige Medizinstudent ausgebildet werden?

Lernziele

- Fachübergreifendes Denken
- Gute theoretische Grundkenntnisse
- Praktische Fertigkeiten
- Soziale Kompetenz

Ausrichtung

- Problemorientiert am Lehrgegenstand

Beschränkung

- der theoretischen Grundlagen auf medizinisch relevante Ausbildungsinhalte

Abb. 3: Zukünftige Medizinerbildung

zumachen. So erwarten sie große Begeisterung bei den Studierenden, rege Mitarbeit und Pünktlichkeit. Selbstverständlich müssen die Lehrinhalte im Selbststudium nachbereitet werden. Konservative Lehrkräfte halten systematische Grundlagen für unerlässlich bei dem Erwerb von Fachwissen und sehen ein Minimum an solchem als Voraussetzung für jegliche sinnvolle Diskussion an. Viele sträuben

sich gegen den großen zeitlichen Aufwand, der mit einer Umgestaltung des Studiums verbunden ist. Als letzter Punkt muss die immer noch fehlende akademische Anerkennung eines Engagements in der Lehre erwähnt werden.

Wir möchten die Frage, wie der zukünftige Medizinstudent ausgebildet werden sollte, wie folgt beantworten (Abb. 3): Als Lernziele möchten wir fächerübergreifendes Denken, gute theoretische Grundlagen, praktische Fertigkeiten und soziale Kompetenz definieren. Die Ausbildung sollte problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. Die theoretischen Grundlagen sollten sich insbesondere auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte beschränken.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Ursula Ravens
Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4586300, Fax: 0351 4586315
E-mail: ravens@rcs.urz.tu-dresden.de

K. Lautenschläger¹, M. Müller², M. Meurer³

Problemorientiertes Lernen im praktischen Jahr – »klinisches Denken und Verstehen«

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Einleitung

Die Einführung neuer Curricula in der Medizinerbildung hat zu erheblichen inhaltlichen und formalen Veränderungen in der Lehre und im Lernen geführt. In Dresden wurde seit 1997 ein neues Curriculum etabliert, welches Reformen im Rahmen der bestehenden Approbationsordnung umsetzt und seit 2004 in allen sechs Studienjahren integriert ist. Praxisorientierung steht gleichberechtigt neben theoretischem Wissenserwerb, neue Lehr- und Lernmethoden ergänzen sich mit bewährten, Expertenwissen und Lernen in der Peergroup werden gleichermaßen genutzt. Neben bewähr-

ten traditionellen Lehrmethoden (Vorlesung, Praktikum) wurden Tutorien nach dem problemorientierten Lernen (POL) eingeführt. Nach Umsetzung der Reform in den Studienjahren 1 bis 5 stand die Reformierung des Praktischen Jahres aus, das per se weniger der Kritik von Theorielastigkeit ausgesetzt war, als die Jahre 1 bis 5. Allerdings gab es wenige begleitende Lehrveranstaltungen, die den Studierenden die Einordnung der ersten klinischen Erfahrungen in den theoretischen Hintergrund erleichtert haben. Für dieses PJ-spezifische Ziel mussten neue DIPOL®-Elemente etabliert werden. Hierbei nahm die

Förderung interdisziplinären Denkens und Arbeitens wie auch bei den etablierten DIPOL®-Kursen eine zentrale Stellung ein.

2002 entwickelten sich die ersten Ideen zur Einführung des Programms. In Zusammenarbeit mit Harvard Medical International wurde 2003 ein erstes Konzept erstellt und dessen Einführung in Dresden projektiert. Für die Vermittlung des ersten Moduls wurde im November 2003 ein Workshop zum Thema „Lehre im praktischen Jahr“ durchgeführt, auf dem das Konzept erneut diskutiert und weiter verbessert wurde. Als besonders gewinn-

¹ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinikum „Carl Gustav Carus“, Dresden

² Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Uniklinikum „Carl Gustav Carus“, Dresden

³ Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Uniklinikum „Carl Gustav Carus“, Dresden

bringend hat sich die Teilnahme der Lehrkrankenhäuser herausgestellt. Ab Mitte 2004 sind weitere Workshops zu den anderen Modulen des DIPOL® im PJ in Vorbereitung.

Ziel des Programms

Das Programm „klinisches Denken und Verstehen“ verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele. Formal sollen alle an der Lehre beteiligten Einrichtungen enger in die Lehre eingebunden werden. Gleichzeitig soll die partnerschaftliche Bindung zwischen Lehrkrankenhäusern und Universitätskliniken vertieft werden. Fernziel ist eine hochwertige, flexible und moderne Medizinerbildung. Für die Studierenden soll die Lehre im PJ transparenter, Lehrinhalte klarer strukturiert und Zuständigkeiten nachvollziehbarer werden. Den Lehrenden sollen Methoden und Hilfsmittel an die Hand gegeben werden, um mit den bekannten Schwierigkeiten in der Lehre besser umgehen zu können. Inhaltliches Ziel des Programms ist die Strukturierung und Bewertung theoretischen Wissens durch praktische Erfahrungen. Umgekehrt sollen die Studierenden auch lernen, praktische Handlungsanweisungen auf der Basis theoretischen Wissens zu erarbeiten und Strategien zur Problemlösung zu entwickeln und anzuwenden. Zur Vermittlung dieser Ziele bieten sich die im jeweiligen Fach häufigsten Krankheitsbilder oder Problemkonstellationen an.

Das Programm

Neben dem Programm „klinisches Denken und Verstehen“ werden zwei weitere neue Lehrmodule eingeführt. Einerseits werden simulatorbasierte Trainingseinheiten für alle PJ-Studentinnen und Studenten eingeführt, Andererseits werden Logbücher zur Lernzieldefinition entwickelt. Außerdem wird an der Unterstützung durch elektronische Ressourcen gearbeitet und ein webbasiertes PJ-Lernportal projektiert.

Das Programm „klinisches Denken und Verstehen“ gliedert sich wiederum in die drei Module: „Fallsupervision“ (DIPOL®-FS) „Clinical Reasoning Learning“ (DIPOL®-CRL) und „Balintgruppenarbeit“ (DIPOL®-Balint). Idealerweise werden die Module durch zusätzliche Lehrveranstaltungen der einzelnen Kliniken und Lehrkrankenhäuser ergänzt.

1. Fallsupervision

Einmal monatlich finden regelmäßig zwei Unterrichtseinheiten von 45 Minuten für jeweils 6 Studierende statt. Die Einheiten werden de-

zentral von den einzelnen Ausbildungsstätten veranstaltet. Es ist empfehlenswert, dass Einrichtungen den Unterricht zusammen veranstalten, um bei wenigen PJs effizienter arbeiten zu können. Der Aufwand für die Übungsleiter beträgt etwa drei Stunden pro Monat (inkl. Vorbereitung) zuzüglich einer einmaligen Ausbildung zum Übungsleiter (etwa zwei Tage) und jährliche Booster-Lehrgänge (0,5 bis 1 Tag/a). **Vorbereitung:** Der Übungsleiter bittet zwei der Studierenden jeweils einen Fall zur Vorstellung vorzubereiten – gegebenenfalls mit seiner Beratung. Eine Auswahlhilfe für die Fälle kann folgende Liste sein:

- Fälle, an denen oben genannte Ziele erarbeitet werden können.
- Fälle, die dem PJ-Studierenden besonders schwierig, typisch oder wichtig erscheinen.
- Fälle, die dem PJ-Studierenden bislang in der praktischen Erfahrung nicht begegnet sind, aber relevant sind.
- Fälle, bei denen aus Sicht des PJ-Studierenden (ärztliche) Fehler aufgetreten sind. Optimalerweise ist die Akte und andere Unterlagen des Patienten vor Ort. Der Studierende muss zu seinem Fall zwei Fragen an die Runde der Kommilitonen vorbereiten.

Durchführung: Der Fallvorstellung durch den Studierenden schließt sich eine oder mehrere offene Fragen oder Diskussionspunkte an. Danach haben alle Anwesenden die Möglichkeit für Fragen nach weiteren Fakten oder zum näheren Verständnis, die direkt beantwortet werden sollen. Im Anschluss erarbeitet die Gruppe die Antworten auf die geäußerten Fragen oder eine Strategie die Antworten zu erhalten. Die **Übungsleitung** achtet auf die Diskussionsstruktur und darauf, dass die Studenten sich nicht „verzetteln“ (raten, Problemvermeidung aus Unkenntnis, irrelevantes Abschweifen etc.). Sie sorgt dafür, dass aufgeworfene Fragen oder Diskussionspunkte tatsächlich beantwortet, bzw. behandelt werden, die Zeit eingehalten wird (Vorstellung und Sachfragen etwa 10 bis 15 Minuten, Diskussion etwa 20 bis 25 Minuten, Zusammenfassung etwa 5 Minuten) und gibt eine abschließende konstruktive Rückmeldung und Zusammenfassung. Es schließt sich ein zweiter Fall an, nach welchem die DIPOL®-FS mit der Verabredung zum nächsten Termin endet.

2. Clinical Reasoning Learning (CRL)

Die Lehrmethode Clinical Reasoning (CRL) wurde seit 1987 in Frankreich entwickelt (Chamberland M, 1998; damals unter der Ab-

kürzung ARC für „apprentissage du raisonnement clinique“) und von anderen Forschern weiterentwickelt (Corcos J, 2001; van Gessel E, 2003). Um das klinische Denken zu trainieren wird hierbei neben die klinische Praxis die Möglichkeit zur strukturierten und kontrollierten Reflexion gestellt. Auch CRL basiert auf Lernen in der Peergroup unter fachkundiger Aufsicht und verwendet tatsächliche Krankengeschichten sowie speziell vorbereiteten Fälle. Im Folgenden wird ein auf Dresdner Bedürfnisse angepasstes DIPOL®-CRL dargestellt. Die organisatorischen Voraussetzungen und der Aufwand sind ähnlich der Fallsupervision (siehe oben), allerdings wird die Entwicklung von Fällen hinzukommen.

Vorbereitung: Zu einem vorbereiteten Fall gehören die Krankengeschichte, alle klinisch bedeutsamen Befunde (schriftlich oder bildlich) und eine differenzierte Therapieplanung. Auch differentialdiagnostische Überlegungen sollten abgedeckt sein. Die Übungsleitung sollte den Fall gut kennen und die Patientenrolle im Anamneseteil souverän einnehmen können. Fälle sollten die Hauptdiagnosen des jeweiligen Fachgebietes beinhalten und ohne ausgefallene Verläufe auskommen. Die Fälle werden in der Fakultät gesammelt und stehen den Ausbildungsstätten als Pool zur Verfügung. **Durchführung:** Ablauf und Aufgaben in einer DIPOL®-CRL Einheit (45 Minuten) sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Drei Studierende stellen sich zu Beginn als „Arzt“ oder „Ärztin“ zur Verfügung während für die Anamnese die Übungsleitung die Patientenrolle übernimmt.

Im DIPOL®-CRL Modul sollen unterschiedliche klinische Einschätzungen durchaus zugelassen werden. Falsche Aussagen werden abschließend von der Übungsleitung geklärt. Bei der **Anamneseerhebung** muss jede gewünschte Information begründet werden und wird nur bei gegebener klinischer Relevanz mitgeteilt. Über die klinische Relevanz entscheiden die Kommilitonen. Die Anamnese soll zielgerichtet und nicht allumfassend sein und mit Vorstellung einer Arbeitshypothese enden. Die Gruppe kann offen gebliebene Fragen klären und die Arbeitshypothese kommentieren.

Die **Diagnostik** wird ohne „Patienten“ angeordnet (zum Beispiel körperliche Untersuchungen, Labortests, apparative Untersuchung, gegebenenfalls konsiliarische Beratung etc.), deren Indikation für die Klärung der Arbeitshypothese jeweils begründet werden muss (bei

Laboruntersuchung jeder einzelne Laborwert!). Untersuchungsergebnisse werden nur mitgeteilt, wenn die Gruppe die Indikationsstellung als begründet ansieht. Die Diagnosestellung leitet zur Diskussion offener Fragen über. Die Gruppe kommentiert die Diagnosestellung.

Die **Therapieplanung** wird genauso präzise und kleinschrittig durchgeführt (Wirkstoff/Dosierung/Darreichungsform, Indikation, Therapiefrequenz, Dringlichkeit etc.) und begründet (Wirkung/Nebenwirkung, Prognose, Compliance, Durchführbarkeit, Alternativen, etc.). Die Gruppe beurteilt die Indikation und „lässt die Maßnahme zu“. Die Therapieplanung wird eher einen Diskussionscharakter annehmen.

Die **Übungsleitung** ist für die Einhaltung der formalen Regeln (insbesondere Zeiten, Redeteile, Zielorientierung, Umgangston etc.) und für die inhaltliche Korrektur bei Fehlern verantwortlich. Letztere sollten vor allem durch Fragen die Gruppe zu einer realistischeren Einschätzung führen. Die spielerisch-herausfordernde Komponente des DIPOL®-CRL begegnet uns an vielen Stellen des DIPOL®, ist aber für die herkömmliche Medizinerbildung in Deutschland untypisch. Obwohl seit geraumer Zeit der positive Zusammenhang zwischen Freude am Lernen und Lernerfolg nachgewiesen und bekannt ist (Gräsel C, 1997), konnten spielerische Elemente bislang nur wenig Eingang in unsere Ausbildung finden.

3. Balintgruppenarbeit

Das Konzept der Balintgruppe ist in der Literatur ausführlich beschrieben (<http://www.balintgesellschaft.de>; Köllner, V.; 2003). Die Balintgruppenarbeit wird in das praktische Jahr als DIPOL®-Balint integriert, um den Studierenden die Möglichkeit zu eröffnen sich der Beziehungsebene im ärztlichen Handeln unter professioneller Anleitung zu nähern. Gleichzeitig soll die Professionalität insbesondere gegenüber sich selbst und Kollegen gefördert und eine Sensibilisierung der sozialen und emotionalen Wahrnehmung angestrebt werden. Letztere ist eine Voraussetzung für eine adäquate ärztliche Reflexionsfähigkeit ist. DIPOL®-Balint teilt sich in einen fakultativen und einen obligatorischen Teil. Seit 1999 wird für PJler eine fakultative Balintgruppe angeboten und zusätzlich nehmen alle Studierenden einmalig im gesamten PJ an einem 2-Tage-Block zur Heranführung an die Balintgruppenarbeit teil. In diesem Block werden die Grundlagen von Balintgruppenarbeit

Tabelle 1: Ablauf und Aufgaben eines DIPOL®-CRL-Falles

		Studierende	Übungsleitung	Dauer
Begrüßung, Einführung			Regeln	1 – 2 min
Anamnese	Erhebung Arbeitshypothese Fragen/Rückmeldung	Student A Gruppe		15 min
Diagnostik	Anordnung Diagnosestellung Fragen/Rückmeldung	Student B Gruppe		10-12 min
Therapieplan	Planung Fragen/Rückmeldungen	Student C Gruppe		10-12 min
Abschlussrückmeldung			Zusammenfassung, Rückmeldung	3-5 min

und interaktionsbezogener Fallarbeit (IFA) vermittelt und fünf Balintgruppen durchgeführt. Ziel ist ein Verständnis für Möglichkeiten und Grenzen der Balintgruppenarbeit zu fördern und die Beziehungsebene als Störfaktor und als hilfreiches Diagnostikinstrument einzuführen. DIPOL®-Balint wird zentral von der Fakultät veranstaltet. Zum DIPOL®-Balint hat eine Diskussion begonnen und es besteht die Hoffnung einer breiten Beteiligung von Fachkollegen aus dem klinischen und niedergelassenen Bereich.

Ausblick

Die Einführung DIPOL®-FS und DIPOL®-CRL soll im Jahr 2004 erfolgen. Gleichzeitig hat sich die Einbeziehung möglichst vieler Lehrer und Ausbildungsstätten in die Entwicklung des Programms als zentral für dessen Qualität und Durchführbarkeit erwiesen. Die Diskussion wird auch weiterhin Zeit in Anspruch nehmen. Es sollen Bemühungen unternommen werden, den Austausch neben der Gremienarbeit und den Workshops auch über andere Kanäle niedrigschwellig zu ermöglichen (zum Beispiel Diskussionsforen, Konsultation mit PJ-Beauftragten, oder ähnliches). Ziel ist ein Abgleich von Interessen, Möglichkeiten und Unzufriedenheiten bei gleichzeitiger Förderung notwendiger Veränderungen. Mit einer vollständigen Einführung der beiden genannten Methoden kann realistischsterweise frühestens 2005 gerechnet werden. Gemessen an anderen Bemühungen um Änderungen des Curriculums sind drei Jahre (2002 bis 2005) für die Einführung des Programms „klinisches Denken und Verstehen“ ein akzeptabler Zeitraum. DIPOL®-Balint ist

aufgrund der fehlenden ausgebildeten Balintgruppenleiter noch eine große Herausforderung. Der fakultative Teil ist bereits gut etabliert. Die rege und kontroverse Diskussion zu allen vorgestellten Methoden zeigt das hohe Interesse nach einer qualitativ hochwertigen Lehre und macht Mut, auf dem Weg der gemeinsamen Veränderung weiter voranzuschreiten.

Zusammenfassung

Seit 1997 wurde an der medizinischen Fakultät Dresden ein neues Curriculum zur Medizinerbildung etabliert. Ein Hauptaspekt dabei war die Integration problemorientierter Lehrmethoden (POL). Es wird die Entwicklung und Einführung des Programms „klinisches Denken und Verstehen“ für das Praktische Jahr vorgestellt, welches in das Modell des Dresdner Integrativen Praxisorientierten Lernens (DIPOL®) integriert ist. Es basiert vor allem auf Peer-Learning (Lernen unter Kommilitonen) unter Fachaufsicht und besteht aus drei Modulen: „Fallsupervision“, „Clinical Reasoning Learning (CRL)“ und „Balintgruppenarbeit“. Abschließend werden Ergebnisse eines Workshops der Uniklinik Dresden zu Lehrformen im praktischen Jahr dargestellt, an dem Vertreter der Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken teilgenommen haben.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:
Kai Lautenschläger
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Psychosomatische Poliklinik
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel: 0351 4582070, Fax: 0351 4585713, E-Mail:
kai.lautenschlaeger@uniklinikum-dresden.de

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelfer/Arzthelferin«

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

Montag, den 5. Juli 2004, 8.00 – 10.00 Uhr

Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für
Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für
Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für
Wirtschaft und Soziales
Carl-von-Ossietzky-Str. 13 - 16, 02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

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

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10, 04860 Torgau

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **31. Mai 2004** zu erfolgen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 7 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse nach § 32 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Fortführung der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin

Mit großer Erleichterung haben wir zur Kenntnis genommen, dass die Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin für die Jahre 2004 bis 2006 fortgesetzt wird und beschlossene Sache ist. Nun liegt es also an den weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzten, die Fördermöglichkeiten restlos auszuschöpfen und den jungen Ärztinnen und Ärzten eine Chance zu geben, ihre Weiterbildung, gerade im hausärztlichen Bereich, zu absolvieren. Die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin ist die einzige Weiterbildung, die zwingend einen Abschnitt der Weiterbildung im niedergelassenen Bereich vorschreibt. Deshalb sind die Weiterbildungsassistenten für Allgemeinmedizin besonders auf den guten Willen der niedergelassenen Allgemeinmediziner, Pädiater, Chirurgen und der anderen anrechenbaren Fachrichtungen angewiesen. Die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis kann ohne Schwierigkeiten bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt werden. Wenn wir bedenken, welche gravierenden Auswirkungen der vielzitierte Ärztemangel gerade im hausärztlichen Bereich jetzt schon zeigt, hätten wir hier die Möglichkeit,

durch eine verstärkte Weiterbildung in diesem Bereich, diesen Problemen entgegenzuwirken.

Ging man schon zum Ende des Jahres 2003 davon aus, dass die Förderung weitergeführt wird, mit Rundschreiben der Kassennärztlichen Bundesvereinigung vom 28. Januar 2004 erreichte uns die amtliche Nachricht, dass dem so ist.

Auf einige Neuerungen, insbesondere auf die Punkte 4.d, 4.e, 5, 6, 7 und 8 im § 4 (1) möchten wir hinweisen. Den Anträgen ist weiterhin beizufügen:

4.d eine Erklärung des antragstellenden Vertragsarztes, wonach er nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der zuständigen KV eine Auslistung der an den Weiterzubildenden gezahlten Förderbeträge zusendet,

4.e eine Erklärung des Weiterbildungsassistenten, wonach er nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der zuständigen Kassennärztlichen Vereinigung (KV) eine Auflistung der an ihn gezahlten Förderbeträge zusendet,

5. der Nachweis einer Besetzung der Stelle mit einem Bewerber, der sich mit einer dem Antrag beizufügenden schriftlichen Erklärung

verpflichtet, der zuletzt zuständigen KV jeweils zu Beginn eines Jahres eine schriftliche Mitteilung über die Inhalte der Weiterbildungsabschnitte des letzten Jahres zu übersenden,

6. der Nachweis einer Besetzung der Stelle mit einem Bewerber, der sich mit einer dem Antrag beizufügenden schriftlichen Erklärung verpflichtet, bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die zuletzt zuständige KV zu informieren,

7. der Nachweis einer Besetzung der Stelle mit einem Bewerber, der sich dahingehend erklärt, die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.

8. der Nachweis einer Besetzung der Stelle mit einem Bewerber, der mit einer dem Antrag beizufügenden schriftlichen Erklärung der Verwendung der gemäß § 9 dieser Vereinbarung benötigten Daten zustimmt. Datenschutzrechtliche Vorgaben sind zu berücksichtigen.

Insbesondere sind auch die Neuaufnahmen der Absätze 2., 3. und 4 in den § 10 zu beachten: Die Vertragspartner werden nach Ablauf eines

Jahres überprüfen, ob eine Aufnahme von Steuerungselementen zur Erhöhung des Wirkungsgrades der Förderung gemäß dieser Vereinbarung notwendig ist. Die Vertragspartner werden begleitend zu diesem Vertrag die Weiterentwicklung des Weiterbildungsrechts mit der Einführung einer Hausarztqualifikation prüfen und, falls erforderlich, den Vertrag an das neue Weiterbildungsrecht anpassen.

Die Vertragspartner vereinbaren außerdem, die Aufteilung der Stellen auf die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf den Nachbesetzungsbedarf zu prüfen und ggf. anzupassen. Anträge auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin können bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gestellt werden. Die Änderung zur Vereinbarung zur Förde-

rung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung wurde im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 101), Heft 7 vom 13. Februar 2004, Seite C 372 ff, veröffentlicht. Für Anfragen stehen wir Ihnen unter der Telefon-Nr. 0351 8267-311 gern zur Verfügung.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen

Konzert

Sonntag, 2. Mai 2004, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Von der Klassik bis zur Moderne

Es musiziert das Akkordeonensemble des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e. V. in Vorbereitung auf das 8. Internationale Welt-Musik-Festival in Innsbruck (10. bis 13. Juni 2004)

Programmänderungen
bleiben vorbehalten.

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Werner Juza
Linie und Farbe
bis 9. Mai 2004

Gerda Lepke
Dresdner Skizzen
Arbeiten zu Dresdner Motiven
12. Mai 2004 bis 11. Juli 2004

Vernissage:

Donnerstag, 13. Mai 2004, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Iona Schellenberg,
Dresden, Kunstpublizistin

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Horst Kötter
Magie des Lichtes
28. April 2004 bis 6. August 2004

Vernissage:
Mittwoch, 28. April 2004, 19.00 Uhr

11. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden beehrt sich einzuladen zum
»Orangenball«

am Spätsommerabend des 28. Augustes 2004 um 19 Uhr
unter Palmen und Orangen in die

Orangerie Schloß Pillnitz

Um baldmögliche Kartenreservierung wird höflich gebeten bei **Frau Riedel**,
Sächsische Landesärztekammer, PF 100465, 01074 Dresden, Tel. 0351 8267-426, E-Mail kaek-dd@slaek.de.
Der Preis der Ballkarte beträgt 65 EUR, für A&ÄiP und arbeitslose Kolleginnen und Kollegen 40 EUR.

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 3. 5. bis 21. 5. 2004 nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon 0351 8267411, zur Verfügung.

Gründung eines Sächsischen Bündnis gegen Depression

Etwa 20 % aller Menschen erkranken zumindest einmal im Leben an einer Depression. Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lassen zudem erkennen, dass die Prävalenz depressiver Störungen ansteigt, vor allem bei jüngeren Menschen, so dass im Jahr 2020 die Depression eine der häufigsten Erkrankungen in den Industriestaaten sein wird. Nicht zu vernachlässigen ist das Suizidrisiko

bei diesem Krankheitsbild. In Deutschland bringen sich mehr als 11.000 Menschen im Jahr um. In Sachsen ist die Selbstmordrate besonders hoch.

Zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen lädt die Initiativgruppe Sächsisches Bündnis gegen Depression zu einer Informationsveranstaltung am **26. 5. 2004**, 16 Uhr, im Kasino der Bezirksstelle der Kassenärztli-

chen Vereinigung Sachsen, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, ein. Ein Referent vom Bündnis gegen Depression e.V. aus München, Herr Dipl.-Psych. Althaus, wird über die bisherigen positiven Ergebnisse berichten. Anschließend soll der Verein „Sächsisches Bündnis gegen Depression“ gegründet werden.

Dr. Hartmut Kirschner, Radeberg

Prof. Dr. med. habil. Joachim Pfeiffer zum 80. Geburtstag



Am 24. März 1924 wurde Joachim Pfeiffer in Chemnitz geboren. Die Kindheit in einem wohlbehüteten bürgerlichen Elternhaus verlief harmonisch und ließ noch keine Schatten der späteren Ereignisse ahnen.

Von 1930 bis 1934 besuchte der fröhliche und begabte Junge die Volksschule, von 1934 bis 1942 das Gymnasium in Chemnitz.

Gleich nach dem Abitur erfolgte die Einberufung zur Wehrmacht, 1943 begann im Rahmen der Militärärztlichen Akademie das Medizinstudium in Berlin, später in Innsbruck. Nach dem Ende des Krieges schloss er 1949 das Studium an der Universität in Mainz ab. Im gleichen Jahr erfolgte hier die Promotion zum Dr. med. und die Approbation wurde erteilt. Obwohl 1949 die Tätigkeit als Pflichtassistent aufgenommen werden konnte, kehrte Joachim Pfeiffer 1950 in seine sächsische Heimat zurück und setzte die begonnene Weiterbildung in Leipzig am Krankenhaus St. Georg fort. 1954 Facharztanerkennung für Röntgenologie und Strahlenheilkunde und damit der Beginn seiner Tätigkeit am Universitäts-Röntgen Institut Leipzig, der späteren Radiologischen Klinik und Poliklinik.

1963 Habilitation mit einer Arbeit zum Thema „Funktionsdiagnostik am Magen und am Zwölffingerdarm“.

Unabhängig von dieser Thematik verlagerte der junge Dozent seine Tätigkeitsschwerpunkte auf die Strahlentherapie. Dank seiner Initiative wurden gemeinsame „Tumorsprechstunden“ mit anderen onkologisch arbeitenden Kliniken inauguriert und entfalteten eine für die betroffenen Patienten segensreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Jetzt beginnt auch eine sehr intensive Lehrtätigkeit, zumal die Studenten sehr bald diese Vorlesungen schätzen lernten: Neben der Vermittlung von fachspezifischem Wissen war es die persönliche Ausstrahlung des Hochschullehrers Pfeiffer, seine vorbildhafte Vermittlung ärztlich-ethischer Grundlagen, gepaart mit einem augenzwinkernden Humor, der niemals eine tiefe Ernsthaftigkeit verdrängen wollte, was seine Beliebtheit begründete. Dazu kam noch die Tatsache, dass er trotz zunehmender Ideologisierung der Universität seiner eigenen Überzeugung stets treu geblieben ist. Für eine solche Haltung hatte die überwiegende Mehrzahl der Studentinnen und Studenten sehr gute Antennen! Und sie begriffen sicherlich intuitiv, dass hier ein Mann stand, dem der studentische Unterricht am Herzen lag und der in ihm die Erfüllung einer Lebensaufgabe erkannte.

Nur wer die Strukturen der damaligen Zeit kennen gelernt hat und sie vor allem nicht vergessen hat, dem wird klar sein, dass die Leitungsgremien der Universität einem solchen Hochschullehrer nur mit erheblichen Misstrauen begegneten. Die „Kaderschmiede des Sozialismus“ sah eigentlich keinen Grund, solche Persönlichkeiten zu fördern. Eine ehrenvolle Berufung an den Lehrstuhl für Kinder-Radiologie Tromsø/Norwegen wurde ohne stichhaltige Begründung abgelehnt. Eine Einstufung als „Reisekader“ erfolgte nie. Nicht zählbare Herabsetzungen bis hin zu Demütigungen gehörten zum beruflichen Alltag. Es ist in erster Linie seiner Ehefrau Renate geb. Streif zu verdanken – das Ehepaar feierte im vergan-

genem Jahr die Goldene Hochzeit –, dass sie unter Einbeziehung guter Freunde ihrem Mann zu Hause eine Insel schaffen konnte, die ihm Kraft und Durchstehvermögen gegeben haben. Hier entstanden 3 Monographien sowie 164 Publikationen und Vorträge.

1987 musste eine Herzoperation erfolgen, die unvermeidbare Invalidisierung beendete eine ärztliche Tätigkeit, deren oberster Leitstern die Pflichterfüllung war.

Doch wurde unserem Jubilar noch eine – wenn auch späte – Genugtuung zu Teil: Nach der Wiedervereinigung unseres Vaterlandes und der demokratischen Erneuerung der Universität erfolgte 1992 die Ernennung zum Honorarprofessor. So wurde fast 40 Jahre nach der Habilitation doch noch einer ausgleichenden Gerechtigkeit zum Siege verholten. Es darf aber bei aller persönlichen Freude und Genugtuung nicht vergessen werden, dass nicht alle Kolleginnen und Kollegen mit vergleichbaren persönlichen Schicksalen solche Genugtuung erfahren konnten.

Der Verfasser dieser Laudatio bekennt an dieser Stelle, dass ein vor über 40 Jahren begonnener gemeinsamer beruflicher Weg letztlich in eine Freundschaft führen konnte, an dessen Anfang aber die ärztliche Haltung des 10 Jahre älteren Kollegen, mit seiner Toleranz und Zuverlässigkeit für mich eine ungeheure Vorbildwirkung hatte.

Und wenn ich mich heute an dieser Stelle zum Sprecher zahlreicher Kolleginnen und Kollegen machen durfte, überbringe ich in ihrer aller Namen Herrn Prof. Dr. med. habil. Joachim Pfeiffer mit dem Gefühl der Dankbarkeit die herzlichsten Glück- und Segenswünsche. Mögen ihm noch viele Jahre an der Seite seiner verehrten Frau beschieden sein. Mögen diese Jahre mit Gesundheit, kleinen und großen Freuden und mit harmonischen Stunden gesegnet sein.

Prof. em. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt,
Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Bernhard Kunath zum 65. Geburtstag

Am 23. Dezember 2003 beging Herr Prof. Dr. Bernhard Kunath seinen 65. Geburtstag, Anlass für uns, zu gratulieren, aber auch zu danken für jahrzehntelanges unermüdliches Wirken als Arzt, Wissenschaftler und Lehrer. Geboren und aufgewachsen in Dresden studierte er von 1956 bis 1962 Humanmedizin in Leipzig und Dresden und promovierte 1963 in Dresden zum „Dr. med.“

Nach der Pflichtassistenten in Schmalkalden begann er die Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Mühlhausen. Am 1. Januar 1964 nahm Dr. Kunath seine Tätigkeit an der Klinik für Psychiatrie und Neurologie (unter dem Direktorat von Herrn Prof. Dr. med. habil. E. Lange) an der Medizinischen Akademie Dresden, jetzt Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, auf, der er mittlerweile seit über 40 Jahren verbunden ist. Obwohl seit 1967 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und in beiden Fachdisziplinen über Jahre als leitender Oberarzt tätig, galt der Neurologie, speziell den hereditären und neuromuskulären Erkrankungen, schon frühzeitig sein besonderes klinisches und wissenschaftliches Interesse. Folgerichtig war deshalb 1964 die Einrichtung einer Spezialsprechstunde für Patienten mit Morbus Wilson, die er bis jetzt selbst führte. Die Präsentation von Langzeitbehandlungsergebnissen, über die in diesem Umfang und dieser Kontinuität nur wenige verfügen, fand international Beachtung und Anerkennung. 1966/67 folgte die Einrichtung einer Spezialambulanz für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, mit der Dr. Kunath zeitgleich die Elektromyographie im damaligen „ostsächsischen Raum“ etablierte und über Jahre allein vertrat. Auch auf gesamtdeutscher Ebene zählt die Ambulanz zu den ältesten und größten Einrichtungen dieser Art, in der über die Jahre, seit Anfang der 70iger Jahre interdisziplinär, tausende Patienten untersucht und zum Teil betreut wurden. Es ist Dr. Kunaths Verdienst, dass die Dresdner Einrichtung, gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern im Klinikum, als erste Einrichtung in den neuen

Bundesländern 1993 anerkanntes Muskelzentrum der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke wurde.

Hochspezialisierte Betreuung und die Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen waren für Dr. Kunath stets untrennbar miteinander verbunden. Zahlreiche Datenbanken wurden erstellt, Patienten und Konduktorinnen mit X-chromosomal rezessiv-vererbaren und anderen Dystrophien, myotoner Dystrophie Typ I und II, hereditären motorisch-sensiblen Neuropathien und Myasthenie wurden charakterisiert. Sein spezielles „neuromuskuläres Interesse“ schlug sich auch in seiner Habilitationsschrift (1982) nieder, in der er das Krankheitsbild der episodischen muskulären Lähmungen mit myotonen Zeichen in bislang nicht berichtetem Umfang mit einem Stammbaum über 8 Generationen mit 54 Betroffenen charakterisierte.

1985 wurde Dr. Kunath zum Dozenten für Neurologie und Psychiatrie ernannt, nach einer zwischenzeitlichen apl-Professur 1992 zum ordentlichen Professor für Neurologie berufen. Von 1990 bis 1996 war Dr. Kunath Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums. In schwierigen Zeiten des Umbruchs waren es besonders sein unermüdlicher Einsatz für die Entwicklung der Klinik sowie seine persönliche Integrität und Kollegialität, für die ihn all seine Mitarbeiter schätzten.

Über Jahrzehnte hat Dr. Kunath maßgeblich an der studentischen Ausbildung mitgewirkt und viele Kollegen in der Ausbildung begleitet, sei es nun klinisch oder als zertifizierter Ausbilder der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie. Stets war er darauf bedacht, nicht nur Fachwissen, sondern auch Grundprinzipien ärztlichen und kollegialen Verhaltens zu leben und zu vermitteln. Als „Doktorvater“ erwarb er sich bei seinen Doktoranden Anerkennung und Respekt. Ferner war Dr. Kunath in zahlreichen Fachgesellschaften (unter anderem auch Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Neuromuskuläre Erkrankungen der Gesellschaft für Humangenetik der DDR) und Gremien der Fakultät vertreten, über 12 Jahre hatte er den Vor-

sitz der Ethikkommission am Universitätsklinikum inne. Hervorzuheben ist auch seine jahrzehntelange persönliche und wissenschaftliche (Morbus Wilson/neuromuskuläre Erkrankungen) Verbundenheit mit Kollegen der Klinik für Neurologie der Universität Leipzig. Die Mitarbeiter der Sprechstunde für neuromuskuläre Erkrankungen und der Abteilung Elektrophysiologie der Klinik für Neurologie haben Dr. Kunath als geradlinigen, stets loyalen, humorvollen und weit über die Medizin hinaus interessierten Menschen kennen und schätzen gelernt. Auch in schwierigen Zeiten ist er sich immer treu geblieben, sei es, als er in Vorwendezeiten eine Ehrenmitgliedschaft der Argentinischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie und eine Berufung in den wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke nicht annehmen durfte, oder als Neubefahrungen am Universitätsklinikum es erforderlich machten, die Klinikleitung nach 6-jähriger erfolgreicher Tätigkeit abzugeben. Der „Ansturm“ auf seine Ambulanz in den letzten Wochen hat gezeigt, wie hoch seine Patienten, für die er mehr, als nur ein guter und kompetenter Arzt war, ihn schätzen und ihm auch in Dankbarkeit verbunden sind. Wir gehen davon aus, dass Dr. Kunath als Mitglied und ärztlicher Berater der Landesgruppe Sachsen der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke, zu deren Gründung und Entwicklung er wesentlich beigetragen hat, und als Vorsitzender des ärztlichen Beirates der Landesgruppe Sachsen der Deutschen Multiple Sklerose-Gesellschaft seinen Patienten auch weiter zur Verfügung stehen wird. Für die Zeit nach seinem Ausscheiden aus der Klinik wünschen wir Dr. Kunath und seiner Frau Gesundheit, Lebensfreude und Energie, um all die Vorhaben – Reisen, „Ausflüge“ in Kunst, Geschichte, Politik und vieles andere mehr - realisieren und genießen zu können.

Dr. Ulrike Reuner

Im Namen aller Mitarbeiter der Sprechstunde für neuromuskuläre Erkrankungen und der Abteilung Elektrophysiologie der Klinik



Foto: Berthold

Der Frühling

Die Sonne glänzt, es blühen die Gefilde,
Die Tage kommen blütenreich und milde,
Der Abend blüht hinzu, und helle Tage gehen
Vom Himmel abwärts, wo die Tag entstehen.

Das Jahr erscheint mit seinen Zeiten
Wie eine Pracht, wo sich Feste verbreiten,
Der Menschen Tätigkeit beginnt mit neuem Ziele,
So sind die Zeichen in der Welt, der Wunder viele.

Friedrich Hölderlin (1770-1843)

Das Redaktionskollegium wünscht den
Leserinnen und Lesern des
„Ärztblatt Sachsen“ ein frohes Osterfest.

Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte

Sterbekultur im Krankenhaus

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
Die bereits dritte Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte der Region Ost wird in diesem Jahr durch die Sächsische Landesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation zum Thema „Sterbekultur im Krankenhaus“ veranstaltet. Das Nachdenken über den Umgang mit Tod und Sterben ist im Bereich der Intensivmedizin sicherlich ein Teil unserer Arbeit. Wir wissen aber aus unseren Erfahrungen, dass es häufig Unsicherheiten und Ängste gibt mit dem Tod als ein Teil des Lebens sowohl aus medizinisch-ethischer Sicht als auch in zunehmendem Maß auch juristischer Sicht umzugehen.

Vor allem ist die Frage nach dem „richtigen Umgang“ mit Trauernden auch im Hinblick auf die rechtlichen Grundlagen der Schweigepflicht und dem Informationsrecht der Angehörigen ein viel diskutiertes Thema. Wir möchten Ihnen Handlungssicherheit und Anleitung für den Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen geben. Wir laden Sie als Transplantationsbeauftragte und natürlich auch alle anderen Kolleginnen und Kollegen im ärztlichen und pflegerischen Bereich, die mit diesem Thema konfrontiert werden, zu einem regen Erfahrungsaustausch ein.

Termin: 6. 5. 2004
Tagungsort: Sächsische Landesärztekammer, Plenarsaal

Ablauf:

- 11.00 Uhr Begrüßung
Prof. Dr. Heinz Diettrich,
Ehrenpräsident der Sächsischen
Landesärztekammer
- 11.10.Uhr Aktuelles zur Organspende in
der Region Ost
Dr. Christa Wachsmuth,
Geschäftsführende Ärztin
der DSO Region Ost
- 11.30 Uhr Von der Hirntoddiagnostik bis
zur Organspende – eine
Juristische Interpretation
Prof. Dr. Hans Lilie, Halle;
Dr. Lutz Wohlrab, Leipzig;
Nils-Horst Hildebrandt, Dresden
- 13.45 Uhr Ethische Aspekte der
Transplantationsmedizin
Prof. Dr. Jörg Schubert, Jena
- 14.05 Uhr Interpretation von Trauerphasen
ein Hilfsmittel im Umgang mit
Angehörigen
Dr. Bernd Weinert, Leipzig
- 14.25 Uhr Praktische Beispiele vom
Umgang mit trauernden
Angehörigen im Krankenhaus
N.N
- 14.45 Uhr Mein Leben durch Dich
Dr. Günter Sielaff, Dresden

Dr. Christa Wachsmuth
Deutsche Stiftung Organtransplantation,
Region Ost

Unsere Jubilare im Mai

Wir gratulieren

- | | | |
|---|---|--|
| <p>60 Jahre</p> <p>02. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manitz, Ulf
01744 Dippoldiswalde</p> <p>05. 05. Dr. med. Schöler, Gunhild
01109 Dresden</p> <p>05. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wolf, Heiner
01309 Dresden</p> <p>06. 05. Leistner, Lothar
04509 Zschepan</p> <p>07. 05. Dr. med. Zappek, Karin
08451 Crimmitschau</p> <p>09. 05. Dr. med. Brecht, Wolfgang
01744 Dippoldiswalde</p> <p>09. 05. Dr. med. Heinrich, Wolf-Rüdiger
01187 Dresden</p> <p>09. 05. Dr. med. Mattausch, Rolf
08289 Schneeberg</p> <p>13. 05. Falke, Gisela
01277 Dresden</p> <p>17. 05. Dr. med. Barnert, Gerhard
08064 Zwickau</p> <p>17. 05. Koch, Helmer
08261 Schöneck</p> <p>18. 05. Prof. Dr. med. habil. Engelmann, Lothar
04279 Leipzig</p> <p>18. 05. Dr. med. Martin, Heidemarie
01069 Dresden</p> <p>19. 05. Diestel, Ingrid
04416 Markkleeberg</p> <p>21. 05. Dipl.-Med. Lehmann, Ulrich
08468 Friesen</p> <p>21. 05. Panda, Christine
01309 Dresden</p> <p>23. 05. Dr. med. Höfig, Gerd
01589 Riesa</p> <p>24. 05. Dr. med. Friedberg, Roland
01445 Radebeul</p> <p>26. 05. Jahn, Roland
04552 Neukirchen</p> <p>27. 05. Dr. med. Schönherr, Winne
01445 Radebeul</p> <p>31. 05. Dr. med. Schwipps, Regine
01723 Kesselsdorf</p> <p>65 Jahre</p> <p>01. 05. Dr. med. Schüller, Margrit
08648 Bad Brambach</p> <p>02. 05. Dr. med. Holm, Werner
09130 Chemnitz</p> <p>03. 05. Dipl.-Med. Schönstein, Hans-Jochen
08523 Plauen</p> <p>04. 05. Dr. med. Ilius, Dieter
01129 Dresden</p> <p>05. 05. Bade, Gunter
01814 Bad Schandau</p> <p>05. 05. Dr. med. Große, Heinrich
04668 Grimma</p> <p>05. 05. Mint, Heinz
09569 Oederan</p> <p>05. 05. Rieder, Peter
04357 Leipzig</p> <p>05. 05. Dr. med. Schmidt, Klaus Walter
04651 Bad Lausick</p> <p>07. 05. Walther, Rosita
01705 Freital</p> <p>08. 05. Seeger, Brigitte
01454 Radeberg</p> <p>08. 05. Dr. med. Wolf, Helmut
09114 Chemnitz</p> <p>09. 05. Dr. med. Gerber, Lutz
09337 Callenberg/Meinsdorf</p> <p>09. 05. Dr. med. Himmel, Dieter
04157 Leipzig</p> <p>09. 05. Prof. Dr. med. habil. Stiehl, Peter
04157 Leipzig</p> <p>11. 05. Löscher, Barbara
01809 Heidenau</p> <p>12. 05. Dr. med. Vetterlein, Klaus
09126 Chemnitz</p> <p>13. 05. Dr. med. Müller, Peter
01773 Altenberg</p> <p>14. 05. Dr. med. Rühling, Klaus
08393 Meerane</p> | <p>14. 05. Dr. med. Tellschaft, Dieter
14913 Zellendorf</p> <p>14. 05. Dr. med. Treuhoff, Ingrid
09130 Chemnitz</p> <p>14. 05. Dr. med. Walther, Siegfried
09387 Jahnsdorf</p> <p>15. 05. Dr. med. Wolf, Erika
09114 Chemnitz</p> <p>16. 05. Hoffmann, Barbara
02827 Görlitz</p> <p>16. 05. Dr. med. Müller, Uta
01662 Meißen</p> <p>16. 05. Dr. med. Vagt, Gerhard
01279 Dresden</p> <p>19. 05. Dr. med. Kolbe, Brunhilde
04316 Leipzig</p> <p>19. 05. Dr. med. Rosch, Christine
09116 Chemnitz</p> <p>20. 05. Dr. med. Engel, Elke
04279 Leipzig</p> <p>20. 05. Dr. med. Schmiedt, Rosemarie
09599 Freiberg</p> <p>22. 05. Dr. med. Beckert, Wolfgang
04758 Oschatz</p> <p>22. 05. Dr. med. Stichel, Wolfgang
01796 Pirna</p> <p>24. 05. Dr. med. Böhm, Irmgard
08523 Plauen</p> <p>24. 05. Jungbluth, Klaus
01844 Neustadt</p> <p>24. 05. Dr. med. Kauth, Erika
04103 Leipzig</p> <p>25. 05. Dr. med. habil. Müller, Konrad
09123 Chemnitz</p> <p>26. 05. Herrmann, Sigrid
01705 Freital</p> <p>31. 05. Dr. med. Rothenberg, Gert
04229 Leipzig</p> <p>70 Jahre</p> <p>01. 05. Dr. med. Ludwig, Martha
04105 Leipzig</p> <p>03. 05. Däumer, Doris
01326 Dresden</p> <p>04. 05. Dr. med. Kunze, Peter
01309 Dresden</p> <p>05. 05. Dr. med. Herold, Klaus
01705 Freital</p> <p>06. 05. Prof. Dr. med. habil. Haake, Karl-Wilhelm
04229 Leipzig</p> <p>07. 05. Dr. med. Goßrau, Gerhard
01239 Dresden</p> <p>07. 05. Dr. sc. med. Kollande, Gerold
04159 Leipzig</p> <p>10. 05. Dr. med. Büchner, Helga
04279 Leipzig</p> <p>12. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Matz, Martin
01309 Dresden</p> <p>13. 05. Dr. med. Wolz-Unterdörfer, Ursula
01259 Dresden</p> <p>14. 05. Dr. med. Martsch, Maria
09212 Limbach-Oberfrohna</p> <p>17. 05. Dr. med. Trütsch, Arnold
01309 Dresden</p> <p>20. 05. Dr. med. Rotermundt, Fredo
04107 Leipzig</p> <p>20. 05. Dr. med. Schüler, Hans
04347 Leipzig</p> <p>23. 05. Henkel, Renate
01217 Dresden</p> <p>26. 05. Dr. med. Frach, Gudrun
01324 Dresden</p> <p>31. 05. Dr. med. Oertel, Günter
08527 Plauen</p> <p>75 Jahre</p> <p>08. 05. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf</p> <p>08. 05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden</p> <p>08. 05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Großbothen</p> <p>14. 05. Dr. med. Dieckmann, Barbara
04103 Leipzig</p> | <p>15. 05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01067 Dresden</p> <p>16. 05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz</p> <p>25. 05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig</p> <p>28. 05. Dr. med. Rudau, Dietlind
04357 Leipzig</p> <p>80 Jahre</p> <p>07. 05. Dr. med. Arendt, Maja
04109 Leipzig</p> <p>19. 05. Dr. med. Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser</p> <p>30. 05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz</p> <p>81 Jahre</p> <p>02. 05. Dr. med. Hentschel, Gerhard
01796 Pirna</p> <p>05. 05. Dr. med. Görner, Liselotte
01809 Dohna</p> <p>05. 05. Dr. med. Seyferth, Thea
09573 Leubsdorf</p> <p>22. 05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz</p> <p>30. 05. Dr. med. habil. Popp, Wolfgang
09130 Chemnitz</p> <p>82 Jahre</p> <p>04. 05. Dr. med. Küchenmeister, Ursula
01587 Riesa</p> <p>10. 05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen</p> <p>16. 05. Dr. med. Trefftz, Friederike
01099 Dresden</p> <p>20. 05. Dr. med. Rangs, Erika
08525 Plauen</p> <p>83 Jahre</p> <p>14. 05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna</p> <p>15. 05. Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida</p> <p>25. 05. Dr. med. Ziesch, Georg
01920 Schmeckwitz</p> <p>29. 05. Dr. med. Knappe, Otto
01809 Heidenau</p> <p>30. 05. Dr. med. Schwandt, Roland
01558 Großenhain</p> <p>31. 05. Dr. med. Neumann, Johann-Gottfried
01156 Dresden</p> <p>84 Jahre</p> <p>02. 05. Dr. med. Abdank, Renate
09337 Hohenstein-Ernstthal</p> <p>85 Jahre</p> <p>04. 05. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden</p> <p>09. 05. Dr. med. Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach</p> <p>18. 05. Dr. med. Thomas, Karl
01259 Dresden</p> <p>23. 05. Dr. med. Mählein, Wolfgang
09366 Stollberg</p> <p>86 Jahre</p> <p>30. 05. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard
08523 Plauen</p> <p>92 Jahre</p> <p>10. 05. Dr. med. Nauer, Dorothea
02826 Görlitz</p> <p>15. 05. Dr. med. Lorenz, Hannchen
08529 Plauen</p> <p>93 Jahre</p> <p>01. 05. Dr. med. Barthel, Franz
09112 Chemnitz</p> |
|---|---|--|

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Karl Bock

* 22. 05. 1922

† 07. 01. 2004



Im Alter von 81 Jahren verstarb in Leipzig am 7. Januar 2004 Prof. Dr. Karl Bock. Die Zeit seines Ruhestandes war durch Krankheit geprägt, die sich schon in den letzten Berufsjahren angekündigt hatte. Deshalb musste er leider frühzeitig seine Aktivitäten zunehmend und sehr viel weiter einschränken als es seinen weitgespannten Interessen entsprochen hätte. Aber bis zuletzt hatte er regen Anteil an der weiteren Entwicklung seiner Wirkungsstätte sowie an dem persönlichen Schicksal der früheren Kolleginnen und Kollegen genommen.

Bei seiner Emeritierung 1989 konnte er auf ein erfülltes Berufsleben zurückblicken.

Er wurde in Brandis, Kreis Grimma, also in der Nähe seines späteren beruflichen Wirkens geboren und verbrachte hier auch Kinder- und Jugendjahre. Medizin studierte er in Jena, Halle und Leipzig, unterbrochen durch Militärdienst und Kriegsgefangenschaft von 1940 bis zum Staatsexamen 1948. Im selben Jahr erfolgte die Promotion. Seine ärztliche Tätigkeit begann er als Assistenzarzt im Leipziger Krankenhaus St. Georg. Bald wandte er sich jedoch der Pädiatrie zu. 1951 begann seine Tätigkeit in der Universitätskinderklinik. Einen nachhaltigen Einfluss hat hier auf ihn Albrecht Peiper ausgeübt, der die Klinik bis 1958 leitete. Zu jener Zeit war dies die größte Kinderklinik im deutschen Sprachraum mit täglich 300 ambulanten Patienten und über 500 Betten, die sich komplizierend auf mehrere Standorte verteilten. Diese Außenstellen waren im Krieg entstanden. Sie konnten erst nach und nach, die letzte Ende der 90er Jahre, aufgegeben werden. Karl Bock gehörte zu der

Generation, deren Biographie vor zwei Diktaturen abließ. Krieg ist ihm nicht erspart geblieben. Die Jahre des Studiums und die frühen Berufsjahre in der Nachkriegszeit waren geprägt durch materiellen Mangel, Improvisation und zäh erungene Fortschritte. Dies betraf alle Bereiche des privaten, aber auch des beruflichen Lebens. Diese Situation begleitete mit wechselnder Intensität die gesamte berufliche Laufbahn. Aber Karl Bock war nicht der Mensch, der sich von Widrigkeiten klein kriegen ließ. Sie forderten ihn heraus. Und er lebte unermüdet – auch in Zeiten schwerer persönlicher Belastung – vor, wie man mit Konsequenz, Einsatz, Bescheidenheit und strenger Disziplin die anstehenden Aufgaben und Probleme angeht und bewältigt. Hier hat er durch sein persönliches Beispiel zahlreiche Mitarbeiter, Ärzte wie Schwestern, nachhaltig geprägt. Diese Haltung steht als Vermächtnis neben seinen speziellen Leistungen als Kinderarzt und Kinderkardiologe. Als 1. Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor hat Prof. Dr. Karl Bock über viele Jahre seinen Schwerpunkt nicht nur in der Kinderkardiologie gesehen, sondern sich gleichermaßen für die gesamte Pädiatrie verantwortlich gefühlt und ein großes Spektrum an klinischen und organisatorischen Aufgaben bewältigt. Berühmt und von manchen gefürchtet waren seine Visiten, bei denen er stets den klinischen Befund in den Mittelpunkt stellte, kritisch hinterfragte und oft genug selbst erhob. Zu seinem Arbeitspensum gehörte auch ein großer Teil der Pädiatrie-Vorlesungen, die er mit großem Engagement erledigte. Das Themenspektrum seiner Publikationen reichte ebenfalls weit über die Kinderkardiologie hinaus.

Zudem betreute er zahlreiche Doktoranden mit Themen aus der Pädiatrie und später überwiegend aus der Kinderkardiologie.

In der Mitte der 50er Jahre begannen in Berlin, Göttingen, München und eben auch in Leipzig die ersten Ärzte, sich intensiver mit Herzerkrankungen bei Kindern zu beschäftigen.

Karl Bock gehörte damals zusammen mit G. Gruner, der Leipzig bald verließ, zu den Ersten in diesem neuen aufregenden und komplizierten Teilgebiet der Kinderheilkunde in Deutschland, und er hat die weitere Entwicklung bis zu seiner Emeritierung im Osten Deutschlands maßgeblich gestaltet. Wegzeichen dieser Entwicklung sind die Habilitationsschrift „Die vektorielle Deutung des EKG bei angeborenen Vitien“ (1960). Die Berufung zum ordentlichen Professor folgte dann 1966. Die Mono-

graphie „Missbildungen des Herzens und der großen Gefäße“ war eines der ersten deutschsprachigen Bücher zu dieser Thematik. Sie erschien 1974 und war das Ergebnis der Arbeit und Erfahrungen in der Leipziger kardiologischen Arbeitsgemeinschaft. Hier waren die interdisziplinären Bemühungen des Kinderkardiologen mit denen des Kardiologen H. Trenckmann, des Pathologen F. Spreer und des Herzchirurgen M. Herbst zusammengefloßen. Später setzte sich dieser interdisziplinäre Ansatz in der Arbeitskonzeption des Herzzentrums fort. Neben den regionalen Leistungen sind aber auch weiterreichende Aktivitäten zu nennen. Nach vorbereitenden Bemühungen unter Leitung von K. Bock entstand Anfang der 70er Jahre aus einer Arbeitsgruppe die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Kardiologie in der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Seit 1972 fanden jährliche Tagungen bzw. Symposien dieser Arbeitsgemeinschaft statt, trotz Schwierigkeiten zunehmend auch mit internationaler Beteiligung. Zu den Leistungen dieser Arbeitsgruppe gehörte auch die Etablierung und Anerkennung der Kinderkardiologie als Subspezialgebiet der Kinderheilkunde mit der Schaffung von entsprechenden Weiterbildungsrichtlinien.

Trotz aller Schwierigkeiten gelang es Karl Bock in seiner Leipziger Abteilung internationale Kontakte auch für seine Mitarbeiter zu knüpfen und ihre Entwicklung auch auf diese Weise zu fördern. Die Beziehungen innerhalb der Association of European Pediatric Cardiologists wurde für die Arbeitsgemeinschaft Kinderkardiologie in der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR ebenso fruchtbar wie für die Abteilung in der Leipziger Universitätskinderklinik. Der Abschluss einer Institutsvereinbarung mit dem Kinderherzzentrum in Prag Motol hat für die Mitarbeiter der Abteilung nicht nur die Tür zur Welt um einen Spalt geöffnet, sondern die Arbeit und Entwicklung fachlich und menschlich bereichert und Nachwirkungen bis in die Gegenwart gebracht.

Öffentliche Ehrungen hat Karl Bock nie angestrebt. Politische Winkelzüge zur Förderung der beruflichen Karriere waren ihm fremd. Dennoch hat er zahlreiche Auszeichnungen erhalten.

Alle, die mit ihm zusammen gearbeitet haben, werden sich an den Menschen und Kollegen Prof. Dr. Karl Bock dankbar erinnern.

Prof. Peter Schneider, Leipzig



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

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

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Chemnitzer Land

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/C018

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C019

Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/C020

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 5. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Orthopädie; Reg.-Nr. 04/C021
Facharzt für Orthopädie; Reg.-Nr. 04/C022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 4. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D017

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
Reg.-Nr. 04/D018

Bautzen

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D019

Riesa-Großenhain

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D020

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/D021

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 5. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Anästhesiologie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/L010

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 04/L011

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 04/L012

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 04/L013

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/L014

Facharzt für Chirurgie

(Teil einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/L015

Facharzt für Innere Medizin
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg. Nr. 04/L016
Facharzt für Chirurgie; Reg.-Nr. 04/L017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 5. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 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 Dresden

**Görlitz-Stadt/
Niederschlesischer Oberlausitzkreis**
Facharzt für Innere Medizin*)
in Weißwasser
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: ab sofort
Facharzt für Innere Medizin*),
in Weißwasser
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: IV/2004 bis I/2005
Hoyerswerda-Stadt/Kamenz
Facharzt für Allgemeinmedizin*),
in Bernsdorf
geplante Praxisabgabe: ab sofort

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Seiffhennersdorf
geplante Praxisabgabe: ab sofort

Riesa-Großenhain

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
in Riesa
geplante Praxisabgabe: 1. 3. 2005

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Altenberg
geplante Praxisabgabe: ab sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (0351) 8828330.

KVS Landesgeschäftsstelle