

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 5/2004

Berufspolitik	Gemeinsame Sitzung der Ausschussvorsitzenden	172
	Regionales Engagement gegen den Ärztemangel	173
	Schwarzbuch – Schwatzbuch – Schwachbuch	176
	Der Hausarzt der Zukunft – Vision und Wirklichkeit	177
	M. Müller, K. Lautenschläger, S. Weber, T. Koch	
	DIPOL® – Etablierung eines Interdisziplinären Simulatorzentrums zur Verbesserung der Ausbildung	178
	C. Haag	
	DIPOL® – Neue Prüfungsformen	180
	Impressum	181
	N. Lorenz, S. Bergmann	
	DIPOL® – Eine Plattform für lebendiges Faculty Development	182
Gesundheitspolitik	Kurse für ärztliche Projektleiter »Frühdefibrillation«	184
Amtliche Bekanntmachungen	Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig und Dresden, Registergericht	185
Mitteilungen der Geschäftsstelle	14. Sächsischer Ärztetag/30. Kammerversammlung am 25. und 26. Juni 2004	186
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	187
	Informationsveranstaltung für niedergelassene Ärzte	187
	Konzerte und Ausstellungen	187
	Gerda Lepke – Dresdner Skizzen. Arbeiten zu Dresdner Motiven	187
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	188
Originalien	A. Dippold, St. Schauer	
	Qualitätssicherung in der konservativen und perioperativen Kniegelenksbehandlung	189
	M. Vogtmann, J. Beer, A. Tannapfel, A. C. Rodloff, G. Hoheisel	
	Zur Differenzialdiagnostik und Therapie bei Husten, Fieber, Brustschmerz und einseitigem Pleuraerguss	191
Leserbriefe	Dr. med. Michael Burgkhardt	194
	Dr. med. Lothar Markus	194
	Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch	196
	Friedemann Schmidt	197
Verschiedenes	Berliner Gesundheitspreis	177
	Die Wirklichkeit des Reichs der Töne	197
	11. Dresdner Ärzteball	198
Peronalia	Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug zum 70. Geburtstag	199
	Prof. Dr. med. habil. Karl-Wilhelm Haake zum 70. Geburtstag	200
	Prof. Dr. med. habil. Christoph Vogtmann zum 65. Geburtstag	200
	Prof. Dr. med. habil. Joachim Schauer zum 65. Geburtstag	201
	Unsere Jubilare im Juni	202
Medizingeschichte	12 Jahre Haft für den Leibarzt	203
Glosse	Nur zehn Euro...	205
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juli 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

Gemeinsame Sitzung der Ausschussvorsitzenden

Dresden
31. März 2004



Dr. Rainer Kluge

„Die fachlich hoch spezialisierte und umfangreiche Tätigkeit der Ausschüsse an der Sächsischen Landesärztekammer kann durch eine stärkere Vernetzung effektiver gestaltet werden“, mit diesen Worten fasste der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Professor Dr. Jan Schulze, den Anspruch an die gemeinsame Sitzung der Ausschussvorsitzenden und des Vorstandes am 31. März 2004 zusammen. In der Diskussionsrunde wurde von den Teilnehmern der Wunsch unterstützt, ausschussübergreifend zusammenzuarbeiten. Die meisten Ausschüsse praktizieren dies bereits und laden sich regelmäßig kompetente Mitglieder anderer Ausschüsse zu ihren Sitzungen ein. Dennoch wurde deutlich, dass es vor allem bei der Bearbeitung von Fragen zur Qualitätssicherung, zur integrierten Versorgung sowie zur ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung



Dr. Eberhard Huschke (rechts)

notwendig ist, in Projektgruppen zusammenzuarbeiten. Als Ergebnis dieser projektbezogenen Arbeit sollten Vorschläge und Strategiepapiere für den Vorstand sowie Beschlussvorlagen für die Ärztagung entstehen. Die zukünftigen Aufgabenstellungen sind insbesondere in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext zu entwickeln und unter Gesichtspunkten der ärztlichen Ethik zu diskutieren.

Gerade bei der Qualitätssicherung sei dies nach den Worten von Frau Dr. Maria Eberleingonska (Ausschuss Qualitätssicherung) und Herrn Dr. Eberhard Huschke (Ausschuss Krankenhaus) denkbar. Dass es nicht immer möglich sein wird zu einem gemeinsamen Konsens zu kommen, machte Dr. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle deutlich: „Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist



Dr. Bernhard Ackermann

derzeit nicht möglich. Unikliniken und private Krankenhäuser haben die finanziellen Möglichkeiten der zertifizierten Qualitätssicherung, kommunale Krankenhäuser dagegen nicht immer“.

Im Bereich der ambulanten Versorgung muss dagegen über einen Hausarzt neuen Typs nachgedacht werden, weil durch die Gesundheitsreform und damit verbundene Strukturveränderungen ein neues Hausarztmodell im Entstehen ist. „Hierbei muss sich die Kammer auch als Berater engagieren“, so Dr. Bernhard Ackermann (Ausschuss „Ambulante Versorgung“).

Als besonders wichtig wurde auch eine verstärkte Darstellung der Arbeit der Ausschüsse in der Öffentlichkeit angesehen. Neben Artikeln im „Ärzteblatt Sachsen“ ist auch an Pressemitteilungen zu einzelnen Themen gedacht. Auch die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer kann stärker als Plattform für die Ausschüsse genutzt werden. Schon heute sind alle Ausschüsse unter www.slaek.de zu finden, aber aktuelle Meldungen könnten das Angebot interessanter gestalten. Frau PD Dr. Erfurt: „Signale zu setzen, ist oftmals der Anstoß für eine positive Wahrnehmung und Entwicklung“.

Welche Bedeutung eine solche gemeinsame Sitzung schon allein für den Informationsaustausch hat, zeigte die vollzählige Teilnahme aller 35 geladenen Vorsitzenden der Ausschüsse und Fachkommissionen.

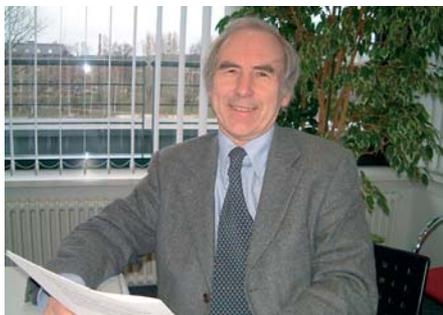


Gemeinsame Sitzung

Knut Köhler
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Sächsische Landesärztekammer

Regionales Engagement gegen den Ärztemangel

Kreisärztekammer
Torgau-Oschatz



PD Dr. med. habil. Peter Friedrich

Das Thema Ärztemangel in Sachsen beschäftigt die Sächsische Landesärztekammer bereits seit mehreren Jahren. Inzwischen sind erste Versorgungslücken vor allem auf dem Land für Patienten spürbar. Zudem finden immer mehr Ärzte keinen Nachfolger für die ländliche Haus- und Facharztpraxis. Auf Landesebene bemühen sich Politik und Selbstverwaltung um langfristige Lösungen für das Problem. Bis zu deren Umsetzung vergeht aber meist viel Zeit. Durch das Engagement vor Ort sind manchmal schnellere Lösungen greifbar. Dies könnte das Beispiel der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz zeigen. Im Interview mit dem „Ärzteblatt Sachsen“ Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Friedrich, Vorsitzender dieser Kreisärztekammer.

1. Wie ist die Situation der medizinischen Versorgung in Ihrer Region?

Durch einen Gesundheitsbericht der Amtsärztin Frau Dr. Helke Zirm, in den auch die Ergebnisse einer Befragung der niedergelassenen Ärzte eingeflossen sind, lassen sich sehr detaillierte Aussagen zur Versorgungssituation machen. Als besonders dramatisch zeichnet sich die Situation im hausärztlichen Bereich ab. So waren im Jahre 2002 59 Hausärzte in der ambulanten Versorgung des Kreisärztekammerbereiches Torgau-Oschatz tätig. Am 7. Juli 2003 gab es laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung nur noch 56 hausärztlich tätige Ärzte in unserem Landkreis. 51,3 % dieser als Hausarzt niedergelassenen Ärzte waren zu diesem Zeitpunkt über 60 Jahre alt, das heißt von weniger als der Hälfte der derzeit tätigen Hausärzte müsste im Jahre 2008 die gesamte Primärversorgung der Bevölkerung abgesichert werden – denn Praxisnachfolger gibt es nicht, und schon gar nicht für einen strukturschwachen ländlichen Raum wie Torgau-Oschatz. Je jünger die Ärzte sind, desto eher wollen sie übrigens ihre Praxis auf-

geben – auch ein Ergebnis der Umfrage. Die 50 – 59-jährigen Hausärzte wollen sich mit 63 Jahren in den Ruhestand begeben, die unter 50-jährigen bereits mit 61 Jahren. Als Ursache wird die Angst vor zu erwartender und persönlich nicht zu kompensierender Mehrbelastung angegeben, die sich durch die Praxisaufgabe älterer Kollegen natürlich verstärkt. Besonders problematisch war die Situation im Raum Dommitzsch. Seit Oktober 2003 wurde die Region nur noch von einem 65-jährigen Hausarzt versorgt. Die KV konnte jetzt einen Allgemeinmediziner in die Region vermitteln. Bei seiner Entscheidung für Dommitzsch hat eine große Rolle gespielt, dass die Kommune die Bedingungen für diesen Kollegen sehr günstig gestaltet hat. Aber auch in anderen Regionen unseres Landkreises droht die Situation zu eskalieren. Leider müssen unsere

Hausärzte zusätzlich zu ihrem belastenden Arbeitsalltag auch noch den verständlichen Unmut der Bürger ertragen, wenn sie außerhalb der Notfallversorgung die Betreuung neuer Patienten ablehnen, weil einfach die „Schmerzgrenze“ erreicht ist.

In der fachärztlichen ambulanten Versorgung des Landkreises Torgau-Oschatz bestehen laut Bedarfsplanungsrichtlinie zur Zeit keine wesentlichen Probleme. Eine gewisse Unterversorgung ist im Bereich der Orthopäden und der Augenärzte zu erwarten. Wir haben uns allerdings die Frage gestellt, ob die mittlerweile über 10 Jahre alte und im Zusammenhang mit einem „Überschuss“ an Ärzten erstellte Planungsgrundlage noch als aktuell bezeichnet werden kann. Die bekannten demografischen Veränderungen haben uns natürlich auch eine veränderte Morbidität erbracht – und das ganz

besonders im Osten, wo die Überalterung wegen verstärkter Abwanderung von Menschen im arbeitsfähigen Alter wesentlich deutlicher zu Tage tritt als in den Alt-bundesländern.

In den drei Krankenhäusern des Landkreises scheint die Gefahr des Ärztemangels momentan nicht aktuell zu sein. Allerdings werden auch bei uns zunehmend ausländische Ärzte angestellt. Inwieweit das EuGH-Urteil zur Arbeitszeit noch einmal eine Verschärfung der Situation bedeuten wird, muss abgewartet werden.

2. Welche Ursachen sehen Sie für die aktuell schwierige Lage?

Die Attraktivität des Arztberufes ist in den letzten Jahren deutlich gesunken. Offensichtlich macht sich zunehmend Resignation breit die mit psychischem Dauerstress, zunehmendem administrativen Aufwand – hier sei an DMP und Praxisgebühr erinnert, begründet wird. Aber auch die Tatsache, dass die ärztliche Tätigkeit zunehmend ausschließlich unter finanziellen Zwängen erfolgen muss, dauernder finanzieller Regressdruck durch Labor-, Medikamenten- und sonstige Budgets spielen eine Rolle dabei. Hinzu kommen fehlende Planungssicherheit durch ständig wechselnde Regularien, außerdem lange Bestellintervalle für chronisch Kranke, fehlende Zeit für Patientengespräche und -zuwendung. Was immer wieder als besonders frustrierend erlebt wird, ist die Verallgemeinerung negativer Verhaltensweisen einzelner Ärzte, einseitige Schuldzuweisungen für steigende Kosten im Gesundheitswesen durch Politik und Medien, was sich insgesamt negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirkt. Die Bereitschaft unter diesen Bedingungen zusätzlich wirtschaftliches Risiko zu tragen, ist nicht mehr in ausreichendem Maße vorhanden.

3. Wie wird sich diese Situation aus Ihrer Sicht in den kommenden fünf Jahre verändern?

In den nächsten fünf Jahren wird sich voraussichtlich im Landkreis Torgau-Oschatz ein absoluter Notstand der hausärztlichen Versorgung entwickeln. Die ambulante fachärztliche Versorgung scheint, wie bereits erwähnt, nach Bedarfsplanungsrichtlinie derzeit nicht akut gefährdet. Die demografische Realität wird uns allerdings noch längere Wartezeiten, insbesondere bei Orthopäden, Internisten und Psychiatern bescheren. Die Nachfolge eines wahrscheinlich in den nächsten fünf Jahren ausscheidenden HNO-Arztes muss unbedingt gesichert werden, gleichfalls die eines Augenarztes.

4. Welche Ideen gegen den Ärztemangel gibt es auf kommunaler Ebene?

Auf Initiative von Kreisärztekammer und Landratsamt fand am 29.November 2003 unter dem Thema „Medizinische Versorgung im Landkreis Torgau-Oschatz“ eine kommunale Gesundheitskonferenz statt. Sie definierte in ihrem Ergebnis kurzfristige, mittelfristige und lang-

fristige Ziele zur Sicherung der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgung im Landkreis Torgau-Oschatz. Unter Mitwirkung von Akteuren, Verantwortungsträgern und Betroffenen verschiedener Bereiche und Verantwortungsebenen – Bund, Land und Kommune – wurden in drei Workshops Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgung, zur Förderung und Verbesserung der Ausbildung zur Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und zur Förderung von Vernetzung ambulanter und stationärer Strukturen sowie der integrierten Versorgung erarbeitet.

5. Welche Vorschläge konnten oder können umgesetzt werden?

Derzeit wird in drei Arbeitsgruppen an der Umsetzung der verschiedenen Vorschläge gearbeitet. Dabei versuchen wir, möglichst viele unserer Kammermitglieder einzu beziehen.

Im Rahmen der kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgung im Landkreis Torgau-Oschatz betrifft das Möglichkeiten wie:

- eine regionalisierte Budgetierung des Honorarvolumens (in diesem Zusammenhang wird immer wieder auch die Frage des zins- und tilgungsfreien Praxiskredits diskutiert, wozu konträre Auffassungen existieren),
- die Eröffnung der Möglichkeit, dass ältere Ärzte die ihre Praxis aufgegeben haben, stundenweise in hausärztlichen Praxen tätig sein können – dies im Zusammenhang mit einer Änderung der Angestellten-Ärzte-Richtlinie,
- Steuerung der Regressforderung-Anpassung an unterschiedliche demografische Bedingungen,
- Einbeziehung aller Ärzte in den Notfalldienst, auch der Nicht-Kassenärzte,
- kommunale Angebote zu günstigen Ansiedlungen von Ärzten,
- die Unterstützung der Ansiedlung von Ärzten durch regionale Wirtschaftsförderungsprogramme,
- Hospitation von Auszubildenden der Krankenkassen in Arztpraxen zum besseren gegenseitigen Verständnis und zur aktiven Unterstützung in den Praxen,
- gezieltere Steuerung von Neuniederlassungen durch die Zulassungsgremien unter Bevorzugung strukturschwacher Gebiete.

Als mittelfristig wirksam halten wir Maßnahmen zur Förderung zur Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin. Dabei geht es um:

- Einbindung von kommunalen Angeboten zur definitiven Ansiedlung von künftigen Hausärzten in ein Weiterbildungskonzept,
- Anerkennung möglichst vieler hausärztlicher Praxen als Lehrpraxen für die studentische Ausbildung der Hochschulen – in diesem Zusammenhang enge Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig, selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin,

- Schaffung finanzieller Anreize für Studenten, ihre Praktika im Landkreis zu absolvieren, um damit eine Bindung an Praxen und Praxisinhaber zu erreichen,
- Schaffung von Netzen und Rotationsstellen in Kliniken und Praxen für Weiterbildungsassistenten zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin – in diesem Zusammenhang Erarbeitung eines abgestimmten Weiterbildungskonzeptes zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin,
- Unterstützung von Promotionen von Weiterbildungsassistenten für Innere und Allgemeinmedizin,
- zielgerichtete, in verschiedenen Medien eingebundene Werbekampagnen für die Ansiedlung von Hausärzten im Landkreis.

Trotz sehr differenter Meinungen halten wir die Vernetzung ambulanter Strukturen und die integrierte Versorgung für eine langfristig durchaus wirksame Zielstellung. Dabei befassen wir uns derzeit mit der Erarbeitung von auf den Landkreis abgestimmten und auf einzelne Diagnosen bezogenen Kooperationskonzepten.

6. Welche Einrichtungen müssten dabei zusammen arbeiten und welche stärkere Unterstützung wird gewünscht?

Koordinierend sollte neben der Kreisärztekammer unbedingt das Gesundheitsamt als Behörde des Landratsamtes Torgau-Oschatz wirken. Die begonnene Zusammenarbeit von Mitgliedern politischer Gremien sowie öffentlicher Verwaltungen der verschiedenen Verantwortungsebenen, Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, der Sächsischen Landesärztekammer, Sächsischer Krankenhausgesellschaft, Universität Leipzig, Ärzten des stationären, ambulanten und öffentlichen Gesundheitswesens, Krankenhausverwaltungen und Patientenvertretern soll auf jeden Fall fortgesetzt werden.

Die Initiativgruppe „Medizinische Versorgung im Landkreis Torgau-Oschatz“ der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz wünscht sich im Zusammenhang mit ihren Bemühungen, dass Vorschläge, Anfragen, Anträge und Initiativen schneller, eben dem zunehmenden Druck entsprechend, aufgegriffen und beraten werden.

7. Welche Maßnahmen sollte und muss die Politik ergreifen?

Wir wünschten uns, wie bereits erwähnt, mehr spürbare Unterstützung bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben und wir wünschten uns mehr Realitätsbezug in Hinsicht auf die Situation im Osten Deutschlands. Für uns unverständlich ist die Diskussion von Hausarztmodellen, die von den Krankenkassen durch Wegfall der Praxisgebühr belohnt werden sollen. In unserer Region findet die Erstkonsultation in mindestens 90% der Fälle in der Hausarztpraxis statt. Kommen die restlichen 10% nun auch noch auf die fehlenden Hausärzte zu, verschärft sich die Situation noch ein Stück. Das Positive einer primären hausärztlichen Versorgung ist mit Sicherheit nicht von der Hand zu weisen und diskussionswürdig – nicht aber unter völliger Verkennung oder Ignoranz der realen Situation vor allem in ländlichen Gebieten Ostdeutschlands.

Vielen Dank für das Gespräch!

Knut Köhler, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Sächsische Landesärztekammer

Schwarzbuch – Schwatzbuch – Schwachbuch

Da haben wir es wieder: Kaum glaubt man an ein Ende der Eiszeit zwischen Regierung und Ärzten, denkt an produktive Gespräche über die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, da wird, von langer Hand vorbereitet, ein Sammelsurium an Un- und Halbwahrheiten den medizinischen Leistungserbringern um die Ohren gehauen, dass man sofort an Tinnitus glauben muss. Ein Buch war es, was da im Hause der Bundesgesundheitsministerin das Licht der Welt erblickte und dafür herhalten musste, die eigenen handwerklichen Fehler und die verpasste Aufklärung der Bevölkerung über die Gesundheitsreform zu kaschieren. Gerade feierte man noch die ersten 100 Tage Reform mit viel Eigenlob, schon holte man zum Schlag gegen diejenigen aus, die sowieso schon mit allen erdenklichen Gesetzgebungsproblemen am Jahresanfang zu kämpfen hatten: Ärzten, Arzthelferinnen, Krankenschwestern und Pflegekräften. Es wäre müßig, den Wahrheitsgehalt des Schwarzbuches zu diskutieren, denn den besitzt es nicht. Es wäre

unter dem Niveau der deutschen Ärzteschaft, sich auf die diffamierende Diskussion über dieses Schwachbuch einzulassen. Man würde den Journalisten nur zweifelhaften Stoff für großformatige Zeitungen liefern. Vielmehr ist doch nach dem „Warum?“ zu fragen. Warum erstellt eine Bundesregierung ein „Schwarzbuch gegen die Gesundheitsreform“? Warum ein Machwerk bestehend aus anonymen Behauptungen, nicht nachweisbaren „Fällen“ und vollkommen verdrehten Sachverhalten? Warum werden in einem laufenden Reformprozess die wichtigsten Partner so unqualifiziert attackiert? Es gibt nur eine Antwort: Es musste nach Praxisgebühr und erhöhten Zahlungen sowie sinkenden Vertrauens der Wähler ein neuer Kriegsschauplatz geschaffen werden, welcher von den eigenen Fehlleistungen ablenkt und das öffentliche Interesse auf einen neuen Feind richtet. In der Geschichte findet man immer wieder Beispiele für diese Form der Ablenkungstaktik, aber auf einem höheren Niveau. Man denke nur an Napoleon oder Bismarck.

Ist das nun die neue Kommunikationskultur des 21. Jahrhunderts? Gehört es demnächst zum Alltag, dass hochbezahlte Werbefirmen alte Kopien und Handzettel für die Regierung in Büchern binden? Wenn ja, dann wird die Kultur der Sprache und der Werte vor neue Aufgaben gestellt. Goethe und Schiller haben ausgedient. Undurchsichtige Halbwahrheiten besitzen einen höheren Stellenwert als Fakten. Zur Diskussionskultur gehört, dass man aufrichtig argumentiert und den Gegner mit lauterem Mittel attackiert. Die Demokratie ist auf Wahrheit und die Prinzipien der Aufklärung verpflichtet. Doch wenn anonyme Schreiben als Belege und Sekundärquellen sowie eigene Pressemeldungen wie Fakten verwendet werden, dann wird eine Regierung unglaubwürdig, auch in den Augen ihrer Wähler.

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

Der Hausarzt der Zukunft – Vision und Wirklichkeit

Ausschuss
Ambulante Versorgung

Am 6. September 2003 fand die erste und konstituierende Sitzung des Ausschusses in der Wahlperiode 2003/2007 statt, auf der unter anderem folgendes Schwerpunktthema für die Beratungen festgelegt wurde:

Der zukünftige Hausarzt, seine Ausbildung und Profilierung

Die medizinische Betreuung der Bevölkerung bedarf unter Beachtung des medizinischen Fortschrittes und unter den Bedingungen verknappter finanzieller Mittel in der Zukunft einer breiten basisärztlichen Erneuerung. Dazu hat der 106. Deutsche Ärztetag in Köln als Grundlage eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen. Der neue Basis- oder Hausarzt wird der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sein. Das zweistufige Modell der Bundesärztekammer zur Weiterbildung sieht einen Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin) und Facharzt (Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt „xy“) vor.

In den Ausschussberatungen wurden

- die Notwendigkeit neuer Strukturen für den Hausarzt,
- die neuen Aufgaben des Hausarztes,
- die Weiterbildung in der hausärztlichen Praxis,
- die Kritik des Berufsverbandes Deutscher Internisten und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am Modell der Bundesärztekammer ausführlich beraten.

Der Ausschuss ist bezüglich des Hausarztes neuen Typs der Meinung, dass zwei Jahre Weiterbildung in Innerer Medizin nicht ausreichen. Der Hausarzt müsse darüber hinaus in allen Fächern, besonders aber in Chirurgie, Pädiatrie, Ophthalmologie, Dermatologie, HNO eine angemessene Weiterbildung haben.

Der 2-jährigen Weiterbildung in einer hausärztlichen Praxis muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine kontinuierliche Kontrolle des dortigen Weiterbildungsassistenten wird erforderlich sein. Es sollte zum Beispiel ein Tagebuch geführt werden über die Tätigkeiten und erworbenen Fähigkeiten. Die weiterbildungsbefugten Ärzte sollten für ihre verantwortungsvolle Aufgabe gesondert geschult werden. Die persönliche Eignung, die gesundheitlichen Voraussetzungen, die fachlichen, organisatorischen und charakterlichen Fähigkeiten des Weiterbilders müssen ernsthaft überprüft und bewertet werden.

Um das Ziel der Schaffung eines neuen Hausarztes zu erreichen, hält der Ausschuss wichtige flankierende Maßnahmen für unerlässlich:

- Der neue Hausarzt muss zeitgleich mit der endgültigen Einführung der DRGs im Krankenhaus bereitstehen, also spätestens 2007. Da sich die stationäre Behandlung verkürzt wird und somit sich die ärztliche Versorgung des Patienten in den ambulanten Bereich verlagert, werden sich die Anforderungen an den

Hausarzt deutlich erhöhen. Gerade die Schnittstelle von stationärer zu ambulanter Behandlung stellt den neuralgischen Punkt dar, der reibungslos überwunden werden muss.

- Es werden sich nur dann eine ausreichende Anzahl junger Ärzte bereit finden, eine Hausarztztätigkeit aufzunehmen, wenn ausreichende finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Das im Krankenhaus eingesparte Geld muss für die ambulante Behandlung zur Verfügung stehen.

- Gleichzeitig mit den erweiterten Aufgaben in der Hausarztpraxis muss die Novellierung der Ausbildungsordnung für die Arzthelferinnen und die Weiterentwicklung zur Fachhelferin abgeschlossen sein, denn nur mit motiviertem und hochqualifiziertem Personal sind die neuen Aufgaben in der Arztpraxis zu erledigen.

Wir wollen, dass durch die erweiterten Kompetenzen des neuen Hausarztes seine Arbeit wieder mehr Gewicht erhält, seine Wertschätzung durch die Gesellschaft deutlich spürbar wird und so der ärztliche Stand nicht mehr dauernd in die Nähe von Schwindlern oder geldgierigen Hochstaplern gerückt werden kann.

Dr. med. Bernhard Ackermann
Vorsitzender des Ausschusses
„Ambulante Versorgung“

Berliner Gesundheitspreis

„Hausarztmedizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis“ lautet das Thema des „Berliner Gesundheitspreises 2004“, den der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin gemeinsam ausschreiben. Um die besondere Versorgungskompetenz und das Innovationspotential von Hausarztpraxen herausstellen zu können, geben die Initiatoren mit dem aktuellen Wettbewerb hierfür einen Rahmen. Durch den steigenden Anteil älterer Menschen ändert sich das Krankheitsspektrum; das erfordert eine wohnortnahe hochqualifiziert angelegte Versorgung, die mit Kliniken, Fachärzten und Pflegeeinrichtungen optimal vernetzt ist.

Der Berliner Gesundheitspreis mit einem Preisgeld im Gesamtvolumen von 50.000 Euro wird in diesem Jahr zum fünften Mal ausgeschrieben. Bewerber können sich hausärztliche Praxen und Praxisnetze mit besonders innovativen Versorgungs- und Beratungskonzepten aus dem gesamten Bundesgebiet. Der „Berliner Gesundheitspreis 2004“ will zukunftsweisende Modelle auszeichnen und diese einer breiten Öffentlichkeit bekannt machen.

Weitere Informationen sind zu erhalten:
Berliner Gesundheitspreis,
Geschäftsstelle,
Charlottenstraße 42,

10117 Berlin
Tel.: 030 25311009
Fax: 030 25311000
E-Mail: berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de

M. Müller¹, K. Lautenschläger², S. Weber¹, T. Koch¹

DIPOL[®] – Etablierung eines Interdisziplinären Simulatorzentrums zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Hintergrund

Das Medizinstudium nach der alten Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) wurde in der Vergangenheit häufig kritisiert. Besonders die Theorielastigkeit, der mangelnde klinische Bezug der Lehrveranstaltungen sowie die Tatsache, dass die Studierenden erst im fortgeschrittenen Stadium des Studiums am Krankenbett ausgebildet werden, sind als wesentliche Nachteile der mittlerweile abgelösten ÄAppO zu nennen. Zur Verbesserung des Medizinstudiums wurden an verschiedenen Fakultäten Modellstudiengänge oder ÄAppO-konforme Reformen etabliert. Mittlerweile wurde die neue Approbationsordnung verabschiedet, die unter anderem mehr Unterricht am Krankenbett, kleinere Gruppen in den Lehrveranstaltungen sowie interdisziplinäre Ausbildung in Querschnittsbereichen fordert. Das im „Ärzteblatt Sachsen“ bereits vorgestellte DIPOL-Curriculum griff der neuen Approbationsordnung bereits vorweg und etablierte umfangreiche Änderungen bezüglich der genannten Schwachstellen des Medizinstudiums in Zusammenarbeit mit Harvard Medical International. Um die praktische Ausbildung der Studierenden zu verbessern und auch schon in den ersten Jahren des Studiums die theoretische Ausbildung durch praktische Lehrelemente aufzuwerten, wurde an der Medizinischen Fakultät im Jahr 2002 das Interdisziplinäre Simulatorzentrum Medizin Dresden (ISIMED) etabliert. Im Folgenden wird der Einsatz der Simulatoren in der medizinischen Ausbildung geschildert.

Simulatortraining in Anästhesie und Notfallmedizin

In einem ersten Schritt wurde eine Arbeitsgruppe Simulator-Training Anästhesie und Rettungsmedizin (STAR) gegründet, die einen alten OP-Trakt mit 4 Operationssälen zur Nutzung für das Projekt übernahm. Des Weiteren wurde durch die Fakultät ein „Universeller Patientensimulator SimMan[®]“ der Firma Laerdal erworben. Hierbei handelt es sich um ein lebensgroßes Phantom mit vielen realitätsnahen Funktionen (Abb. 1). Entsprechend der Funktionen des Simulators kann dieser hauptsächlich in Lehrveranstaltungen der Anästhesie und Notfallmedizin eingesetzt werden. Im DIPOL-Curriculum wurde als Ersatz des „alten“ Praktikums Notfallmedizin die



Abbildung 1: Anästhesiesimulator im ISIMED

scheinpflichtige Veranstaltung Notfall-Verletzungen-Intensivmedizin implementiert. In einem der vier Praktika des Kurses wurde die Versorgung des polytraumatisierten Patienten trainiert. Die Studierenden trainierten drei Stunden an Hand von simulierten Fällen die präklinische Untersuchung, die Volumentherapie, die Narkoseeinleitung am Notfallort sowie die Behandlung von Komplikationen wie

beispielsweise die Entlastung eines Spannungspneumothorax.

In der neuen Approbationsordnung wird Anästhesie als Wahlfach angeboten, welches an der Dresdner Fakultät als zweiwöchiger Blockkurs durchgeführt wird. In diesem Kurs wird unter anderem die Einleitung einer Allgemeinanästhesie am Anästhesiesimulator geübt. Obwohl Studierende regelmäßig auch Praktika im Operationsaal absolvieren und auch einzelne Maßnahmen wie beispielsweise die Maskenbeatmung unter Aufsicht an Patienten durchführen können, ist ein risikofreies Üben nur am Simulator möglich. Darüber hinaus können die Studentinnen und Studenten am Simulator eine Narkoseeinleitung komplett selbstständig durchführen, was am Patienten gerade in einem frühen Stadium der Ausbildung nicht ermöglicht werden kann.

Einsatz von Simulatoren in theoretischen Fächern

Obwohl die bisher erworbenen Simulatoren für den Unterricht in der Anästhesie und Notfallmedizin konzipiert wurden, können sie auch in den theoretischen Fächern zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte eingesetzt werden. Als Pilotprojekt wurde im DIPOL-Kurs „Grundlagen der Pharmakotherapie“ ein interdisziplinäres Praktikum „Antiarrhythmika und EKG“ etabliert. Nach einer kurzen theoretischen Einführung über die Wirkung von Antiarrhythmika wurden durch die beiden Tutoren (ein Pharmakologe und ein Anästhesist) klinische Fälle mit Arrhythmien vorgestellt. Ein Advanced Life Support Phan-

Tabelle 1: Funktionen des Universellen Patientensimulators SimMan[®]

Organ(system)	Simulierte Funktionen/ Prozeduren
Atmung	Atemexkursionen, Atemgeräusche, CO ₂ in der Expirationsluft, Pneumothorax/Thoraxdrainage; Atemwegsmanagement inkl. schwierige Intubation und Koniotomie
Herz	Herzgeräusche, EKG, Defibrillation, Schrittmacher
Kreislauf	Blutdruck (Messung nach Riva-Rocci, invasive Messung), ZVD, tastbare zentrale und periphere Pulse, venöser Zugang
Abdomen	Darmgeräusche
Urogenital	Blasenkatheter
Extremitäten	Frakturen, Blutungen

¹ Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

² Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

tom (Heartsim 4000(r), Laerdal, München) wurde an ein EKG angeschlossen und die Herzrhythmusstörung auf dem Monitor dargestellt. Jeweils eine kleine Gruppe von Studenten erarbeitete eine Diagnose und applizierte daraufhin ein Antiarrhythmikum. Die Änderung des EKGs als Wirkung des Medikaments wurde von Simulator auf dem EKG dargestellt. Da das Praktikum in der Evaluation hervorragende Noten erhielt und die Beurteilung der Veranstaltung regelmäßig an der Spitze der Pharmakologie-Praktika lag, wurde in einer randomisierten Studie untersucht, ob sich der erhöhte Aufwand durch den Simulator lohnt oder ob das Antiarrhythmikapraktikum auch ohne den Simulator mit gleicher Qualität durchgeführt werden kann. Hierbei zeigte sich, dass die Studierenden, die am Simulator ausgebildet wurden, den klinischen Bezug der Veranstaltung und das Verhältnis von Theorie und Praxis signifikant besser beurteilten. Des Weiteren schätzen die Lernenden das Praktikum mit Simulator eher als geeignet ein, die Verbindung zwischen theoretischen Grundlagen und klinischen Ausbildungsinhalten herzustellen. In der Gruppe, die am Simulator ausgebildet wurde, waren die Studenten der Meinung, dass der EKG-Simulator hilft, den Stoff zu verstehen, dass der erhöhte technische Aufwand gerechtfertigt sei und dass das Gerät für den Einsatz in der Lehrveranstaltung geeignet ist.

Aus den überaus positiven Erfahrungen mit dem Einsatz der vorhandenen Simulatoren in theoretischen Fächern resultierten weiteren Vorhaben wie beispielsweise der Einsatz derartiger Geräte in der Physiologie. Da die Atmungs- und Kreislauffunktionen sehr realistisch dargestellt werden, können einige physiologische Regelkreise sehr gut simuliert werden.

Simulatortraining im Praktischen Jahr

Nachdem die Reform des Medizinstudiums in Dresden für die ersten fünf Studienjahre abgeschlossen ist, steht die Reform des Praktischen Jahres (PJ) noch aus. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Abschaffung des AiP, der knapper werdenden Ressourcen und des zukünftigen Ärztemangels wird eine hochwertige Ausbildung im PJ und eine bestmögliche Vorbereitung auf den Berufsanfang immer wichtiger. Nicht zuletzt hilft ein Engagement in diesem letzten Ausbildungsabschnitt bei der Rekrutierung von Nachwuchskräften aus den Reihen der PJ-Studierenden in der eige-

nen Einrichtung. Diese Problematik wurde von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) erkannt und bildete die Grundlage zur Bildung einer Ad Hoc Kommission „Lehre in der Anästhesie“. Um die studentische Lehre zu fördern, hat die anästhesiologische Fachgesellschaft in einem weltweit einzigartigen Projekt bundesweit allen Fakultäten einen Anästhesiesimulator (METI-ECS®, METI, USA) zur Verfügung gestellt. Dieses menschenähnliche Phantom zeichnet sich durch pharmakologische und physiologische Modelle aus. So ist beispielsweise die physiologische Reaktion der Blutgase auf Veränderungen der Atmung und Beatmung bereits programmiert, auch die Reaktion auf 80 verschiedene Pharmaka geschieht automatisch entsprechend der programmierten Modelle. Bestandteil der geplanten Reform des PJ an der Dresdner Fakultät, die als Projekt im Rahmen des Harvard Macy Program for Physician Educators 2003 erarbeitet wurde, ist die Integration des Interdisziplinären Simulatorzentrums Medizin in die Ausbildung. So soll jeder Studierende im Praktischen Jahr in einem ersten Schritt zwei Kurse am Simulator absolvieren. Zum einen wird ein Advanced Life Support Kurs für alle PJ durchgeführt. Die praktischen Fertigkeiten bei der Reanimation nehmen bekanntermaßen nach jedem Training rapide ab und sollten mindestens alle zwei Jahre aufgefrischt werden. Im Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät Dresden wird diese Frist – wie sicherlich an vielen anderen Fakultäten auch – eingehalten: Bis zum Physikum muss ein Erste-Hilfe Kurs absolviert werden, im dritten Studienjahr findet der Kurs „Akute Notfälle“ statt und im fünften Studienjahr werden die praktischen Reanimationskenntnisse im Kurs „Notfall-Verletzungen-Intensivmedizin“ nochmals aufgefrischt. Allerdings gibt es leider weder nach der alten noch nach der neuen Approbationsordnung die Verpflichtung zu einem Reanimationstraining im PJ, obwohl dies so kurz vor dem Start in das ärztliche Berufsleben sicherlich sinnvoll wäre.

Als zweite Veranstaltung wird den PJ-Studierenden ein Simulatortraining zu kritischen Situationen im Wahlfach angeboten. Dementsprechend wird im Wahlfach Pädiatrie und Kinderchirurgie ein Kurs zur Säuglings- und Kinderreanimation angeboten, im Wahlfach Dermatologie und HNO wird ein Training zu anaphylaktischen Reaktionen durchgeführt,

im chirurgischen Tertiär soll ein Trauma Life Support Kurs durchgeführt werden.

Das beschriebene Projekt bedeutet für die veranstaltenden Kliniken einen nicht unerheblichen Aufwand. Dementsprechend ist die Einbindung der verfügbaren Ressourcen von großer Bedeutung. So wurden in einem Trainingskurs Ende 2003 Tutoren der Lehrkrankenhäuser in einem Train-the-Trainer Workshop zum Advanced Life Support geschult. An einigen Lehrkrankenhäusern sind Reanimationsphantome verfügbar, so dass die Ausbildung dort dezentral stattfinden kann. Sehr wertvoll für den weiteren Ausbau von simulatorbasierten Lehrveranstaltungen für Studierende muss auch die Errichtung eines weiteren – nichtuniversitären – Simulatorzentrums mit einem universellen Patientensimulator SimMan® im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt bezeichnet werden. Über die Durchführung und Evaluation dieses Projektes wird nach Erhebung ausreichender Daten berichtet werden.

Ausblick in die Zukunft

Mit dem immer schneller voranschreitenden technischen Fortschritt werden in naher Zukunft immer mehr Geräte verfügbar sein, die sinnvoll in der medizinischen Ausbildung eingesetzt werden können. An der Medizinischen Fakultät Dresden ist für das laufende Jahr noch der Erwerb eines Full-Scale Anästhesiesimulators geplant, des Weiteren soll dem interdisziplinären Charakter des Simulatorzentrums dadurch Rechnung getragen werden, dass ein Endoskopie – Simulator sowie ein Laparoskopie – Simulator erworben werden. Diese Geräte werden nicht nur für Studierende sehr hilfreich sein, sondern können auch in der Weiterbildung von Ärzten und in Kursen für externe Kollegen eingesetzt werden. Um den Studierenden – unserem wertvollen ärztlichen Nachwuchs – die bestmögliche Ausbildung zu gewährleisten, sollten die technischen Neuerungen auf dem Gebiet der Simulation zeitnah verfolgt und auf einen sinnvollen Einsatz geprüft werden.

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Michael Müller DEAA
Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel. 0351 4580 2785, Fax. 0351 458 5897
Email: mueller@isimed.info
Internet: www.isimed.info

C. Haag

DIPOL® Neue Prüfungsformen

TU Dresden
Medizinische Fakultät
I. Medizinische Klinik

Ziele von Prüfungen sind neben der Wissensabfrage und Leistungskontrolle zur Entscheidung über Bestehen oder Nichtbestehen eines Kurses oder Studiums (summative Elemente einer Prüfung) auch die Bestimmung des Wissensstandes eines Studenten, um seine Lücken zu erkennen (formative Elemente). Für Lehrende kann eine Prüfung auch Aufschluss darüber geben, ob die Inhalte und Ziele des Kurses ausreichend vermittelt wurden. Die Art der Prüfung hat großen Einfluss auf das Lernverhalten der Studenten; wenn wir möchten, dass Studenten nicht nur Faktenwissen lernen, so sollten wir auch nicht nur Faktenwissen prüfen. Millers Pyramide des Wissen (Abb. 1) zeigt die verschiedenen Stufen; nicht nur das Faktenwissen, sondern auch die Anwendung des Wissens ist eine Fähigkeit, die einerseits gelehrt werden sollte, und andererseits auch mit spezifischen Tests überprüft werden sollte: so kann zwar „wissen“ im Sinne von Faktenwissen mit einem Test wie Multiple Choice Questions (MCQ) gut geprüft werden, Kenntnisse und Fertigkeiten in den Stufen „wissen wie“ oder „zeigen wie“ erfordern andere Prüfungsformen.

Neue Prüfungsformen im Studium der Humanmedizin haben das Ziel, nicht nur das reine Faktenwissen zu überprüfen, sondern auch die Fähigkeit des Studenten, einen Gedankengang zu entwickeln, pathophysiologische Zusammenhänge anzuwenden oder relevante praktische Fertigkeiten. Dabei sollte auch ein Bewertungssystem angewandt werden, das eine höhere Reliabilität aufweist als eine mündliche Prüfung.

Neben den Bemühungen, MCQ Prüfungen durch Erweiterung und komplexere Falldarstellungen sachgerechter zu machen und vor allem ohne Formulierungen, die die Lösung erraten lassen, sind Überlegungen für bessere schriftliche und mündliche Prüfungen angestellt worden. So gibt es schriftliche Prüfungen, die aus vielen offenen Einzelfragen bestehen, die vom Studenten kurz beantwortet werden sollen (short assay questions). Diese sind gut geeignet, neben Fakten auch die Problemlösung und das Begreifen von Zusammenhängen zu überprüfen, sind aber für die Prüfer sehr aufwändig in der Korrektur. Ebenso kann den mündlichen Prüfungen mit vorbereiteten Bewertungsbögen etwas von ihrer Subjektivität genommen werden. An der Medizinischen Fakultät der Technischen

Universität Dresden sind in vielen Kursen des DIPOL®-Programmes mündliche Fallprüfungen eingegangen. Dabei werden die Studenten von den Tutoren des Kurses einzeln geprüft an Hand von Fällen, die von den Kursdirektoren vorbereitet wurden und in einem klinischen Kontext einen Schwerpunkt des Kurses behandeln („wissen wie“). Der Bewertungsbogen enthält die möglichen Antworten und deren Punktwert, so dass der Prüfer in der Bewertung eine Vorgabe hat, die subjektive Beurteilung somit vermindert wird. Bei teilweise richtigen Antworten bleibt die Entscheidung zu einem gewissen Grade subjektiv; hier versuchen wir, durch gemeinsame Besprechungen der Prüfungen vor dem Prüfungstermin die Varianz in der Bewertung zu senken, um somit die Reliabilität zu erhöhen. Es werden pro Prüfung mehrere Fälle vorbereitet und jeder Student wird per Zufall einem Fall zugeordnet. Bei einer parallelen Prüfung in 10 bis 15 Gruppen können somit an einem Nachmittag alle Studenten eines Kurses geprüft werden mit den gleichen 6 bis 8 Fällen. Die Reliabilität einer Prüfung hängt noch mehr als von der Interrater-Reliabilität von der Anzahl der Teile oder Fälle in einer Prüfung ab. Eine höhere Reliabilität als eine mündliche Prüfung, eine Fallprüfung oder eine Prüfung mit kurzen, schriftlichen Antworten erreicht ein OSCE (Waas V. et al 2001). Der OSCE (objective structured clinical examination) hat sich als eine Prüfungsform etabliert, die im Medizinstudium das „zeigen wie“ bewerten kann. Sie wird international und inzwischen auch an einigen deutschen Fakultäten mit Erfolg durchgeführt.

Bei einem OSCE durchläuft der Student mehrere so genannte Stationen, die jede ein abgeschlossenes Thema oder Aufgabe zum Inhalt hat und die jeweils in einer vorgegebenen Zeit (meist 5 bis 15 Min.) absolviert werden muss. Alle Studenten durchlaufen die gleichen Stationen nacheinander in einem rotierendem System, so dass jeder der Studenten die gleichen Prüfungsthemen absolvieren muss, nur beginnt jeder Student an einer anderen Station. Jede Station wird von einem Prüfer geleitet, der jedem Studenten die gleiche Aufgabe stellt und dann nach einem vorgegebenen Bewertungsbogen beurteilt. Eine Station kann z.B. aus einer Anamneseerhebung bestehen. Idealerweise ist dann ein so genannter standardisierter Patient in der Prüfung, der die Rolle eines Patienten eingeübt

hat und sich verhält, wie ein Patient mit einer Erkrankung. Der Student erhebt die Anamnese, der standardisierte Patient antwortet auf die Fragen des Studenten, wird aber nur das beantwortet, was der Student gefragt hat. In die Bewertung einer solchen Station geht dann nicht nur ein, ob eine vollständige Anamnese erhoben wurde, sondern auch die Art und Weise, wie der Student mit dem Patienten kommuniziert hat. Am Ende fasst der Student das Ergebnis seiner Anamneseerhebung zusammen und kann dann sein nun folgendes diagnostisches Konzept erläutern. Es hat sich gezeigt, dass es für die Bewertung der Leistung des Studenten nicht relevant ist, ob er durch andere Studenten schon vorher weiß, dass dies zum Beispiel ein Fall einer Patientin mit einer akuten Pankreatitis ist. Bewertet wird nicht oder nur in einem geringen Maße, ob er den Fall löst, indem er die richtige Diagnose nennt, sondern ob er keine Aspekte einer Anamnese vergessen hat, wie er die Anamnese erhebt (offene Fragen, Eingehen auf Antworten des Patienten usw.) und ob er alle Differentialdiagnosen bei seinen weiteren Schritten beachtet.

Die einzelnen Stationen eines OSCE können sehr verschieden aufgebaut sein: so kann eine Station auch darin bestehen, an Hand eines Bildes die darauf abgebildete Hauterscheinung, ihre zugrunde liegende Krankheit und Behandlung zu erklären oder die Aufklärung für eine Operation durchzuführen, EKGs oder Röntgenbilder zu beurteilen. Auch die klinische Untersuchung kann unter Einbeziehung eines standardisierten Patienten überprüft werden.

Viele Untersuchungen zu der Prüfungsform OSCE haben gezeigt, dass eine gute Reliabilität mit 14 bis 18 Stationen zu erreichen ist (Toolbook of Assessment Methods 2000). Bei einer durchschnittlichen Dauer von 6 bis 8 Min. einer Prüfungsstation ist dies eine Dauer von 1 bis 2 Stunden pro Prüfling als Einzelprüfung. Diese lange Zeit hochkonzentriert zu arbeiten ist gleichzeitig auch eine Prüfung der Belastbarkeit eines Studenten.

Die Organisation eines OSCE erfordert eine sorgfältige Vorbereitung, damit die Zeiteinhaltung und das Zusammenspiel der einzelnen Stationen funktioniert. Auch der personelle Aufwand an dem Tag der Prüfung ist nicht zu vernachlässigen; allerdings können im Rahmen eines solchen OSCE mehrere Fächer an einem Tag geprüft werden.

Der im Sommer 2003 an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden durchgeführte OSCE im Rahmen des Kurses Ernährung-Stoffwechsel-Ausscheidung hat für beide Seiten (Lehrende und Studenten) den Vorteil gezeigt, dass mehrere Aspekte bzw. Wissensgebiete dieses großen Kurses geprüft wurden und die Aufgabenstellung die spätere Tätigkeit als Arzt reflektiert hat. Besonders eindrücklich zeigte sich, dass in einer auf die Kommunikationsfähigkeit des Studenten abgestimmten Station (Anamneseerhebung, Aufklärung zu einem Eingriff) trotzdem auch das vorhandene Faktenwissen überprüft werden konnte. So hängt ein gutes Aufklärungsgespräch auch davon ab, ob der Student die Indikationen, Vorgehensweise, mögliche Ergebnisse und Komplikationen einer Operation und deren Alternativen weiß.

Eine Prüfung des „Tun“ als Spitze der Miller'schen Pyramide ist bezüglich der Reliabilität und Validität sehr schwierig. Am besten eignet sich dafür noch die Portfolio-Analyse, das heißt dass jeder Student im Rahmen der praktischen Ausbildung ständig Buch führt über seine Tätigkeit und dokumentiert, wie oft und mit welchem Erfolg er eine Arbeit oder Technik auf Station gemacht hat unter der ständigen Supervision eines klinischen Lehrers.

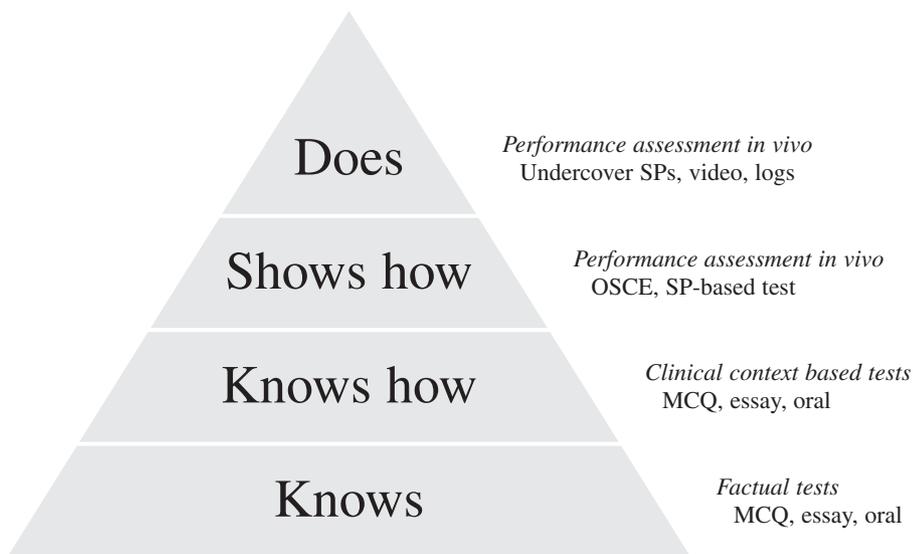


Abbildung 1: Miller's pyramid of competence (Miller GE 1990)
SP= standardized patients, OSCE= objektive strukturierte klinische Examinierung, MCQ= multiple choice questions

So wie sich im Medizinstudium auch andere Lehrformen wie problemorientiertes Lernen durchsetzen, sollten auch die Prüfungsformen den Lehr- und Lernzielen angepasst werden. Wir benötigen Ärzte, die sowohl Faktenwissen zur Verfügung haben, also auch die Fähigkeit zur Kommunikation und praktische Fertigkeiten aufweisen können. Diese Kenntnisse sollten aber auch mit darauf abgestimmten Methoden geprüft werden.

Zusammenfassung

Neben neuen Lehr- und Lernformen werden im Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden im Rahmen des DIPOL® Programmes auch neue Prüfungsformen wie OSCE (objective structured clinical examination) eingeführt, mit denen nicht nur das Faktenwissen von Medizinstudenten sondern auch ihre Kommunikationsfähigkeiten und praktische Fertigkeiten geprüft werden können.

Literatur beim Verfasser
Korrespondierender Autor:
Cornelie Haag
Medizinische Fakultät der
Technischen Universität Dresden
Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Ärztblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Telefon: 0341 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. Z. 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

N. Lorenz¹, S. Bergmann²

DIPOL® Eine Plattform für lebendiges Faculty Development

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Einführung

Im internationalen Vergleich haben deutsche medizinische Hochschulen und Universitäten zwar eine große Kompetenz in Forschung und medizinischer Versorgung, die Ausbildung zukünftiger Ärzte ist aber seit langem reformbedürftig. Eine aktive und systematische Entwicklung des Lehrkörpers (Faculty Development) spielte traditionell in Deutschland an medizinischen Fakultäten eine eher untergeordnete Rolle. Entsprechend wurde bisher der Stellenwert der Lehre in der Beurteilung einer individuellen akademischen Karriere in der Vergangenheit meist unterschätzt.

Traditionell spielte an deutschen medizinischen Fakultäten und Hochschulen eine aktive und systematische Ausbildung des Lehrkörpers auf dem Gebiet der Lehr- und Lernmethoden (Faculty development) eine eher untergeordnete Rolle. Spätestens mit der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) stellen moderne inhaltliche Akzente der ärztlichen Ausbildung und die geforderten Lehrformen an die Lehrenden aller Ebenen neue hochschulpäda-

gogische Anforderungen. In Dresden wurde mit der Entwicklung und Implementierung des Dresdner Reformcurriculums DIPOL® (Dresdner Integratives Problem/Praxis/Patienten-Orientiertes Lernen) in enger Zusammenarbeit mit der Harvard Medical School (Boston/USA) bereits vor mehr als 6 Jahren begonnen.

Mit der Überzeugung, dass die Ausbildung von Ärzten an deutschen Hochschulen und Universitäten in Zukunft nur dann effizient und international wettbewerbsfähig sein wird, wenn es gelingt, neben der Entwicklung des Lehrplans auch die Weiterentwicklung des Lehrkörpers (Faculty Development) aktiv zu betreiben, wurde mit dem Beginn der Reform in Dresden die Arbeitsgruppe „Lehrformen in der medizinischen Ausbildung“ gegründet. In dieser bereiten Mediziner, Psychologen und Wissenschaftler der Dresdner Fakultät in enger Zusammenarbeit mit Experten der Harvard Medical School Lehrende durch Trainingskurse, Workshops, Fort- und Weiterbildungen und Symposien auf die neuen Herausforderungen des DIPOL® Reformcurriculums vor.

Ziele des Faculty Development im DIPOL® Reformprogramm

Pädagogische Kompetenz im DIPOL® Reformprogramm

Die interdisziplinäre problem- und fallorientierte Herangehensweise an die fachlichen Ausbildungsinhalte in Tutorien, Fallseminaren und anderen interaktiven Lehrveranstaltungen verlangt nach einem fundierten Wissen über die zugrundeliegenden Lehr- und Lerntheorien, Kommunikationstechniken sowie nach Selbsterfahrung der Lehrenden in diesen Unterrichtformen. Das Dresdner Reformprogramm erfordert, dass sich fachlich kompetente Lehrende systematisch Schlüsselkompetenzen auf diesen Gebieten aneignen. Auch die mit der Reform des Praktischen Jahres neu implementierten klinischen Lehrformen (Falldiskussion und -supervision, Kleinstgruppenunterricht am Krankenbett, simulatorbasierte Trainingseinheiten) erfordern eine entsprechende hochschulpädagogische Ausbildung der Ausbilder (teach the teacher).

Motivation für das DIPOL® Reformprogramm

Die neuen Lehrformen in den interdisziplinären Modulen und Blockkursen führten zur Bildung neuer horizontaler und vertikaler Organisationsstrukturen der Lehre innerhalb der Fakultät. Gleichzeitig erfordert die Umsetzung des Reformcurriculums aber auch neue Wege der Motivation der Lehrenden aller Ebenen. Neben dem Kursdirektorium sind in jedem Modul oder Blockkurs verschiedene Arbeitsgruppen aktiv. So müssen unter anderem von einer „Fallschreibergruppe“ die den Tutorien und anderen fallbasierten Lehrveranstaltungen zugrunde liegenden Fälle erarbeitet werden. Nur wenn es in den Trainingskursen gelingt, genügend Lehrende auf allen Ebenen des akademischen Lebens für die aktive Mitgestaltung des Curriculums zu begeistern, können die Kurse und Module entsprechend personell hinterlegt werden.

Hidden Goals: „Versteckte Ziele“ des Faculty Developments im DIPOL® Reformprogramm

Faculty-Development-Aktivitäten als interdisziplinäre Kommunikationsplattform der Lehrenden ermöglichen den Mitgliedern der Fakultät, sich über neue Ideen, Überzeugun-

Abbildung 1: Schematisierter Stundenplan der Trainingskurse

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
9.00 Uhr	Einführung	Feedback Theorie	Evaluierung	Triple Jump Dritter Sprung
10.00 Uhr	DIPOL das Dresdner Modell	Problematorium	Fallschreiben Praxis II	OSCE
11.00 Uhr	Tutorium	Diskussion	Prüfungen	
12.00 Uhr		Medizinische Simulation		Multistation Übung
13.00 Uhr				
14.00 Uhr	Lerntheorie	Workshop (wechselnde Themen) z. B. Praktisches Jahr Lehrpraxen	Triple Jump Erster Sprung	Abschlussdiskussion
15.00 Uhr	Demotutorium		Microteaching	Fortbildung (wechselnde Themen) z. B. Gegenstandsbez. Studiengruppen, Stand. Patienten, Prüfungen
16.00 Uhr	Diskussion			
17.00 Uhr	Fallschreiben			
18.00 Uhr	Theorie und Praxis I			
	Vortrag	Praxis, Tutorials	Interaktives Arbeiten	

¹ Studiendekanat

² Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

gen aber auch Zweifel und Widerstände, die sich aus der Curriculumreform ergeben, auszutauschen. Im Ergebnis steigt die Bereitschaft der Fakultät und deren Mitglieder aktiv Veränderungen vorzunehmen oder zu fördern. Die intensive Beschäftigung mit modernen Lehrformen in der medizinischen Ausbildung bewirkte außerdem eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Themen. Eine große Anzahl von Publikationen der Dresdner medizinischen Fakultät hat heute aktuelle Themen und Untersuchungen aus allen Gebieten der medizinischen Lehre zum Inhalt. Indem so junge Fakultätsmitglieder die Möglichkeit erhalten innerhalb des DIPOL® Reformprogramms akademische Anerkennung zu erfahren, werden die Ansprüche und Ziele der Fakultät mit den persönlichen Ansprüchen und Zielen dieser Nachwuchswissenschaftler und -kliniker kombiniert.

Methoden des Faculty Developments im DIPOL® Reformprogramm Trainingskurse

Seit dem Jahr 2000 bietet die Medizinische Fakultät in Dresden ihren Mitgliedern einen umfassenden, mehrtägigen „Hands-on“-Kurs zur Lehre im DIPOL® Curriculum an. Inzwischen wurden die Trainingskurse von mehr als 400 Mitarbeitern absolviert. Die umfassende Teilnahme aller Lehrenden sichert die Qualität der Lehre in den DIPOL®-Blockkursen und -Modulen. Neben den eigenen Mitarbeitern nahmen wiederholt externe Teilnehmer von anderen Fakultäten oder außeruniversitären Einrichtungen teil.

Die Grundstruktur der Trainingskurse wurde in enger Zusammenarbeit mit Experten der Harvard Medical School entwickelt. Zu den Basiselementen gehören neben Vorträgen zur Theorie verschiedener Eckpunkte der medizinischen Lehre die praktische Arbeit in Tutorien, bei neuen Prüfungsformen, beim Fallschreiben und der Vortragsgestaltung. (Abb. 1 – Schematisierter Stundenplan).

Jeder einzelne Kurs fokussiert darüber hinaus auf aktuelle Probleme der Umsetzung des DIPOL® Curriculums, wie zum Beispiel Kursorganisation und -planung, Kursevaluation, Vorlesungen in einem problem- und fallorientiertem Curriculum, Kommunikation und Kommunikationstechniken sowie die Nutzung webbasierter Lehrformate. Stets ist ein großer Zeitanteil des Kurses Diskussionen in Anwesenheit von Dekan, Studiendekan und Vertretern der Kursleitungen vorbehalten.

Jeder Kursteilnehmer erhält am Anfang des Kurses durch die aktive Teilnahme an einem *Tutorium* (Kursteilnehmer in Begleitung eines erfahrenen Tutors) die Möglichkeit, sich selbst in die Situation eines Studenten zu versetzen und so Erfahrungen mit problembasiertem Lernen zu sammeln. In einem *Demonstrationstutorium* beobachten die Teilnehmer anschließend Studenten bei der Arbeit an demselben Fall und können so ihr eigenes Vorgehen mit dem studentischen vergleichen. Die gezielte Beobachtung erlaubt nicht nur die Analyse des ablaufenden Lernprozesses sondern auch das Erkennen und Erlernen spezifischer Kommunikationstechniken, die für einen erfolgreichen Tutor unabdingbar sind. Dieses Wissen wenden die Kursteilnehmer im Anschluss im sogenannten *Problematorium* an: Die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass künftige Tutoren auf bestimmte Situationen vorbereitet sein müssen, um als „Begleiter und Beschützer“ studentischer Tutorien einen maximalen Lernerfolg für die Gruppe zu sichern. In Rollenspielen üben die Kursteilnehmer im zweiten Tutorium unter Observation erfahrener Tutoren Verhaltensweisen im Umgang mit kritischen Situationen, so zum Beispiel der Versuchung als Tutor Fall- und Lerninhalte selbst zu erklären. Spezifisches Feedback (Rückmeldung) der Gruppe und der Ausbilder sichern den Lernerfolg.

Effektives, gezieltes und spezifisches Feedback für Lernende und Lehrende ist wesentlicher Bestandteil eines jeden modernen Curriculums. Die sogenannte *Microteaching Exercise* ist stets ein Höhepunkt der Dresdner DIPOL® Trainingskurse. In diesem von der Harvard Medical School übernommenen und für DIPOL® angepasstem Format üben die Teilnehmer die Gestaltung und den optimalen Einsatz von Feedback. Sie lernen den Ablauf der Rückmeldung kennen und erfahren die Bedeutung von Feedback für den Feedbackgeber und -nehmer. Dazu wird in kleinen Gruppen von jedem Teilnehmer ein 10-minütiger Kurzvortrag gehalten und auf Videoband aufgezeichnet. Die anschließende Selbstbeobachtung und -einschätzung wird mit einem strukturiertem Feedback durch die Gruppe kombiniert. So erhält jeder Teilnehmer wichtige Hinweise über seinen Vortrags- und Lehrstil. Mit der Einführung fakultätsinterner Prüfungen durch die neue ÄAppO gewinnt die Entwicklung und Implementierung der modul- oder kursbegleitenden Prüfungen eine große Bedeutung. Daher müssen den Lehrenden

theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen vermittelt werden. Die Vermittlung von theoretischen Grundlagen des Assessments und deren praktischen Anwendung durch Selbsterfahrung nimmt deshalb einen breiten Raum in den Trainingskursen ein. Aktuelle fall- und problembasierte Prüfungsformen wie *Triple Jump*, *Multistation Exercise* und *OSCE* (Objective Structured Clinical Examination) einschließlich des Einsatzes sogenannter Standardisierter Patienten wurden so erstmals in Dresden innerhalb des DIPOL® Trainingskurses praktiziert. Damit bieten die Trainingskurse den Lehrenden der Fakultät auch eine Experimentier- und Testplattform für neue Prüfungs- und Lehrformate.

Die Qualität der in den Tutorien verwendeten Fälle trägt entscheidend dazu bei, die angestrebten Lernziele zu erreichen. Deshalb werden die Teilnehmer in einer interaktiven Übung mit den Grundlagen des *Fallschreibens* für Tutorien und mit den wesentlichen Schritten zur Erarbeitung von interessanten, das Lernverhalten der Studenten stimulierenden Fällen vertraut gemacht. Jeder Kursteilnehmer erstellt während des Kurses das Konzept eines eigenen Falls, das gemeinsam in Trainings-Tutoriumsgruppen erprobt wird. Während der Fallschreiber als Tutor agiert, übernehmen die anderen Gruppenmitglieder die Rolle der Studenten. Auch hier ist das Feedback für den Tutor und Fallschreiber durch die Gruppenmitglieder und die Ausbilder wesentlicher Bestandteil der Übung. Der Erfolg des eigenen Falles stimuliert zur aktiven Mitarbeit in den Fallschreibergruppen.

Workshops

Ein lebendiges Faculty Development muss kontinuierlich alle Angehörigen der Dresdner Medizinischen Fakultät und auch deren assoziierte Institutionen (wie Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen) erreichen. Deshalb finden regelmäßig DIPOL® Workshops statt. So wurden alle Professoren der Fakultät in einem zweitägigen Workshop in DIPOL® eingeführt und mit den zugrunde liegenden Lehr- und Lerntechniken vertraut gemacht. Andere Workshops befassten sich mit Teilprojekten innerhalb des Curriculums. Klinische Lehrer aus den Lehrkrankenhäusern und des Dresdner Universitätsklinikums und Studenten im Praktischen Jahr erarbeiteten und diskutierten in einem Workshop die Umsetzung des Programms „Klinisches Denken und Verstehen“ im sechsten Studienjahr. Mit den Trai-

ningskursen haben die Workshops den hohen Anteil an Kleingruppenarbeit, Freiraum für Diskussionen und die Selbsterfahrung als Lernender und Lehrender gemeinsam.

Fort- und Weiterbildungen

Sich verändernde gesellschaftliche Bedingungen und neue Anforderungen an die Mediziner- ausbildung (hier sei nur auf die neue ÄAppO hingewiesen) bedingen nicht nur eine ständige Weiterentwicklung des DIPOL® Curriculums sondern erfordern auch die kontinuierliche Beschäftigung der Lehrenden mit aktuellen und neuen Aspekten der medizinischen Ausbildung. Deshalb fand die inzwischen umfassende Nutzung des Internets durch Studierende und Lehrende ihren Niederschlag in einer Weiterbildung zum Lehr- und Lernportal DIPOL® im Internet. Möglichkeiten, problembasiert Falldiskussionen mit Experten des jeweiligen Fachgebietes in größeren Gruppen durchzuführen, wurden in einer Weiterbildung „Gegenstandsbezogene Studien- gruppen“ erörtert. Weitere Themen beinhalteten die effektive und juristisch sichere Durchführung schriftlicher Prüfungen für fakultätsinterne Prüfungen, insbesondere das Erstellen von fallbasierten Multiple Choice Questions (MCQ) sowie den Themenkomplex „Standardisierte Patienten“.

Symposien

Im November 2003 fand ein Symposium der Dresdner Medizinischen Fakultät unter dem Titel „Konstanz und Veränderung der Lehr- formen in den verschiedenen Abschnitten des Curriculums“ statt.

Nach vier Jahren war es an der Zeit, Erfah- rungen zwischen den Kursen/Modulen aus- zutauschen: Manche Lehrenden hatten in den Modulen und Blockkursen innovative Lehr- formen entwickelt und Erfahrungen gesammelt, die unbedingt des Austausches bedurften.

Das Symposium trug damit dazu bei, Visio- nen zu bündeln und Anstöße für die weitere Entwicklung von DIPOL® zu geben. In der Folge sollen jährliche Symposien zu aktuel- len Themen der Ausgestaltung von DIPOL® eine Tradition werden.

Zertifizierung

Die erfolgreiche Teilnahme an einem DIPOL® Trainingskurs wird mit einem Harvard-Zerti- fikat bestätigt, zusätzlich erhalten die Teilneh- mer Punkte zum Erlangen des Fortbildungs- zertifikats der Sächsischen Landesärztekammer. Auch die Teilnahme an Fort- und Weiterbil- dungen, Workshops und Symposien wird ent- sprechend zertifiziert.

Ergebnisse, Ausblick

Die systematische Entwicklung des Lehrkör- pers ist notwendige Voraussetzung, eine sub- stantielle Reform der Mediziner- ausbildung in Deutschland zu erreichen. Die Herausfor- derung dabei ist es, alle Ebenen einer Fakul- tät anzusprechen. Ein lebendiges, aktives Fa- culty Development Programm kann dazu einen entscheidenden Beitrag leisten.

Der gestiegene Stellenwert der Lehre, indivi- duelle Anerkennung für Lehrende und die Belebung des akademischen Lebens an der Medizinischen Fakultät durch Zusammenar- beit im neuen Curriculum führten zu einem anhaltenden Interesse für Faculty Develop- ment Aktivitäten, wie die konstant hohen Teil- nehmerzahlen sowie die Ergebnisse der Kurs- evaluation belegen. Internationalisierung und Fortentwicklung des Dresdner Reformpro- gramms werden sich auch innerhalb neuer Fa- culty Development Aktivitäten niederschlagen müssen, damit DIPOL® erfolgreich bleibt.

Korrespondierender Autor
Dr. med. Norbert Lorenz
Studiendekanat der Medizinischen Fakultät
Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 856 2540 Fax: 0351 8562500
Email: lorenz-n@rcs.urz.tu-dresden.de

Kurse für ärztliche Projektleiter »Frühdefibrillation«

Der plötzliche Herztod ist die häufigste außer- klinische Todesursache in Deutschland. In über 90% der Fälle wird der Herz-Kreislaufstill- stand durch Kammerflimmern oder eine Kam- mertachykardie hervorgerufen. Wirksamste Behandlung dieser Herzrhythmusstörungen ist die sofortige Defibrillation – jede Minute nehmen die Überlebenschancen um 7 bis 10% ab. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes ist oft eine therapierefraktäre Asystolie eingetreten. Seit den 80er Jahren werden Defibrillatoren an- geboten, die zu defibrillierende EKG-Rhyth- men erkennen und über eine sehr hohe Ge- rätesicherheit verfügen. Die Anwendung die- ser Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED's) wird seit 1993 auch für qualifizier- tes nichtärztliches Personal im Rahmen von Frühdefibrillationsprojekten im Rettungsdienst von der Bundesärztekammer empfohlen.

Voraussetzungen ist die Leitung der Aus- und Fortbildung und die Qualitätssicherung der Frühdefibrillation durch den Ärztlichen Lei- ter Rettungsdienst.

Diese Empfehlung der Bundesärztekammer konnte bisher in Sachsen nicht flächendeckend umgesetzt werden. Im Rettungsdienst der Lan- deshauptstadt Dresden werden seit dem Jahr 2000 alle Mitarbeiter in der Frühdefibrillation durch das Brand- und Katastrophenschutzamt aus- und fortgebildet. Auch in den anderen sächsischen Großstädten existieren ähnliche Projekte. Die Einführung der Frühdefibrilla- tion durch nichtärztliches Rettungsdienstper- sonal in den Landkreisen scheidet oft am fehlenden Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, der jedoch im neuen „Sächsischen Gesetz über Brandschutz, Rettungsdienst und Kata-

strophenschutz“ gefordert wird. Die Geset- zvorlage wird im Sächsischen Landtag zur Zeit diskutiert.

Eine wesentliche Verbesserung der Überle- bensraten ist jedoch nur zu erreichen, wenn AED-Geräte durch entsprechend geschulte medizinische Laien zur Anwendung kommen. Die im „International Liaison Committee On Resuscitation“ (ILCOR) zusammengeschlos- senen internationalen Fachgremien für die Reanimation haben 1997 die Einführung der Frühdefibrillation durch Ersthelfer auch in der Öffentlichkeit gefordert. Diese Forderung wird in Deutschland durch die „Björn Steiger Stiftung“ unterstützt. Die Stiftung hat ermög- licht, dass AED-Geräte bereits zu einem Preis unter 2000 Euro erhältlich sind (www.kampf demherztod.de). Verschiedene Großbetriebe und

öffentliche Einrichtungen haben in den letzten Jahren AED-Geräte beschafft und Anwender ausgebildet.

Die Grundsätze der Ausbildung sind durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe im Juni vergangenen Jahres neu festgelegt worden. Nach den „Gemeinsamen Grundsätzen zur Aus- und Fortbildung von Ersthelfern in Frühdefibrillation“ erfolgt der AED-Grundlehrgang in 7 Unterrichtsstunden durch speziell qualifizierte Lehrkräfte, die jährlichen Aufbaulehrgänge in 2 bis 4 Unterrichtsstunden. Die dafür erforderliche Qualifikation können die Ausbilder in den Rettungsdienstschulen erwerben. Ein Frühdefibrillationsprojekt nach diesen Grundsätzen ist seit letztem Jahr erfolgreich in der Sächsischen Landesärztekammer eingeführt worden.

Die ärztliche Fachaufsicht ist aus der Sicht der Bundesärztekammer bei den Frühdefibrillationsprojekten unverzichtbar. Nach den aktuellen Empfehlungen der Bundesärztekammer sind die Voraussetzungen für die ärztlichen Leiter von Frühdefibrillationsprojekten:

- Überwachung der Aus- und Fortbildung,
- Kontrolle und Nachbereitung jedes Einsatzes eines Defibrillators durch nicht ärztliches Personal,
- regelmäßige Berichterstattung an den Träger des Aus- bzw. Fortbildungsprogrammes.

Für diese Aufgaben muss der ärztliche Ausbilder folgende Qualifikationen besitzen:

- notfallmedizinisch qualifizierte(r) Arzt/Ärztin mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Reanimation einschließlich Defibrillation,
- Erfahrungen in der Durchführung von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen,
- Berücksichtigung der Empfehlungen für die Wiederbelebung des „Deutschen Beirates für Erste Hilfe und Wiederbelebung - German Resuscitation Council“ bei der Bundesärztekammer.

Im Deutschen Ärzteblatt wurde festgestellt, dass die ärztlichen Kenntnisse in der Reanimation erhebliche Mängel aufweisen.

Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten auf dem Gebiet der Wiederbelebung seit Jahren durch das Angebot des 8-stündigen Kurses „Praktische Reanimationsübungen“, der von dem Arbeitskreis Reanimationsausbildung organisiert wird.

Ärztliches Engagement ist auch bei der **Einführung der Frühdefibrillation** in Sachsen notwendig. Deshalb wird erstmals **am 4. und 5. September 2004 in der Sächsischen Landesärztekammer** ein 16-stündiger Kurs „Frühdefibrillation für ärztliche Programmleiter“ angeboten.

Ziel ist es, im sächsischen Rettungsdienst die flächendeckende Einführung der Defibrillation durch nichtärztliches Personal zu unterstützen. In der Zukunft ist die Etablierung weiterer Frühdefibrillationsprojekte für medizinische Laien in Betrieben und in öffentlichen Einrichtungen zu erwarten. Diese Projekte müssen von engagierten und kompetenten Ärzten geleitet werden. In dem geplanten Kurs der Sächsischen Landesärztekammer besteht die Möglichkeit, die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben.

Literatur beim Verfasser
Anschrift des Verfassers

Dr. Ralph Kipke
Brand- und Katastrophenschutzamt Dresden,
SGL Ausbildung Rettungsdienst
Louisenstraße 14 – 16, 01099 Dresden
Tel.: 0172 7911302

Die Sächsische Landesärztekammer hat seit einem Jahr einen Defibrillator. Herr Dr. Kipke schulte bisher 23 Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer in der Bedienung und in der Anwendung eines Defibrillators. Es wurde im Heft 1/2004 des „Ärzteblatt Sachsen, Seite 17, darüber berichtet.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer
Sächsische Landesärztekammer

Eintragung in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

PR 81 – Partnerschaft:

Herr Dr. rer. nat. Jürgen Herrmann, Fachchemiker der Medizin, Diagnostische und experimentelle Mikrobiologie,

Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil.

Pietro Nenoff,

Facharzt für Laboratoriumsmedizin.

Gegenstand der Partnerschaft: Gemeinsame Ausübung der medizinisch-fachärztlichen Berufstätigkeit in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft als Fachchemiker der Medizin für diagnostische und experimentelle Mikrobiologie sowie als Facharzt für Laboratoriumsmedizin.

Jeder Partner vertritt einzeln. Partner: Herr Dr. rer. nat. Jürgen Herrmann, Fachchemiker der Medizin, Diagnostische und experimentelle Mikrobiologie, Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Pietro Nenoff, Facharzt für Laboratoriumsmedizin.

Assessor Michael Kratz, Rechtsreferent
Sächsische Landesärztekammer

Bekanntmachung der Eintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Dresden, Registergericht

PR 134: Partnerschaft: **Herr Dr. med. Wolfgang Klein, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie, Herr Dr. med. Uwe Wittig, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie,**

Herr Axel Klein, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie, Dresden.

Gegenstand der Partnerschaft: Gemeinschaftliche Ausübung der Heilkunde im vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich.

Partner: Herr Dr. med. Wolfgang Klein, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie, Dresden,

Herr Dr. med. Uwe Wittig, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie, Heidenau, Herr Axel Klein, Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie, Dresden OT Pennrich.

Assessor Michael Kratz, Rechtsreferent
Sächsische Landesärztekammer

14. Sächsischer Ärztetag/ 30. Kammerversammlung 25. und 26. Juni 2004

Der 14. Sächsische Ärztetag/30. Kammerversammlung findet am 25. und 26. Juni 2004 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal, statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung 30. Kammerversammlung Freitag, 25. Juni 2004, 14.00 Uhr

- 1. Eröffnung des 14. Sächsischen Ärztetages und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
- 2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
– dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
– dem Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer
- 3. Berufspolitisches Schwerpunktthema:
Medizinische Versorgung in Deutschland vor dem Hintergrund
des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)**
Vortrag: Dr. jur. Rainer Hess, Köln,
Gemeinsamer Bundesausschuss
1. Koreferat: Herr Blaßkiewitz, Leipzig
Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen
2. Koreferat: Dr. Stefan Windau, Leipzig
Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer
Podiumsdiskussion

Abendveranstaltung Freitag, 25. Juni 2004, 19.30 Uhr

Musikalischer Auftakt

Begrüßung

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2004 für die Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Grußwort:

Herr Staatssekretär Dr. Albin Nees,
Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Festvortrag:

„Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“

Referent: Dr. med. Manfred Lütz, Köln

Fortsetzung der 30. Kammerversammlung Sonnabend, 26. Juni 2004, 9.00 Uhr

- 4. Beschlussfassung über die Weiterbildungsordnung der
Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Prof. Dr. Gunter Gruber,
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

- 5. Beschlussfassung über die Außer-Kraft-Setzung von Satzungen**
- 5.1. Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst**
- 5.2. Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises
Ultraschalldiagnostik**
Bericht: Prof. Dr. Gunter Gruber,
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
- 6. Beschlussfassung über die Fortbildung und Prüfung zur
Arztfachhelferin/Arztfachhelfer (AFH)**
Bericht: Dr. Bernhard Ackermann,
Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses
Vorsitzender des Ausschusses Ambulante Versorgung
- 7. Finanzen**
- 7.1. Jahresabschlussbilanz 2003**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztl & Partner
- 7.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung
für das Jahr 2003**
- 7.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2004**
- 7.4. Änderung der Ordnung zur Zahlung von
Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von
Unterstützungen an die Kreisärztekammern**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
- 8. Bekanntgabe des Termins der 31. Kammerversammlung
und des 15. Sächsischen Ärztetages
(32. Kammerversammlung)**
- 9. Verschiedenes**

15. erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung Sonnabend, 26. Juni 2004, 14.00 Uhr

- 1. Eröffnung der 15. erweiterten Kammerversammlung und
Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. habil. Jan Schulze, Präsident
- 2. Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Ärzteversorgung**
- 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses**
Dr. Helmut Schmidt
- 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses**
Dr. Hans-Dieter Simon
- 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2003 und Diskussion**
Dipl.-Kfm. Wulf Frank
- 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2004**
Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht
- 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses, des
Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2003**
- 3. Satzungsänderungen**
Dr. Manfred Halm
- 4. Haushaltplan 2005**
Dr. Helmut Schmidt
- 5. Bekanntgabe des Termins der
16. erweiterten Kammerversammlung**
- 6. Verschiedenes**

Ende gegen 18.00 Uhr

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Nach erfolgreichem Auftakt möchten wir Sie am

Mittwoch, dem 2. Juni 2004, 15.00 Uhr

zu einer erneuten Veranstaltung in den Plenarsaal der Landesärztekammer, Schützenhöhe, einladen. Im Mittelpunkt steht die Tradition der Zeitmesserfabrikation im Müglitztal. Über „Die Geschichte des Glashütter Uhrenbaus von 1845 bis Heute“

referiert der Leiter des Uhrenmuseums in Glashütte, Herr Reichel. Wir freuen uns über Ihre rege Teilnahme. Im Anschluss besteht wieder die Möglichkeit zum gemeinsamen Kaffee, der je nach Teilnehmerzahl wieder im Foyer und Restaurant ausgerichtet wird. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Informationsveranstaltung für niedergelassene Ärzte

17. September 2004, 15.00 Uhr,
Sächsische Landesärztekammer
(Plenarsaal)

Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich

– zwischen Anforderung und Umsetzung –
Die Veranstaltung soll niedergelassenen Kollegen einen Überblick über die gesetzgeberischen Anforderungen und den damit verbundenen Qualitätsmanagementverfahren vermitteln

und dies gekoppelt an die Möglichkeit einer Zertifizierung.

Zur besseren Planung bitten wir um telefonische Anmeldung (Sächsische Landesärztekammer, Frau Rändler, Telefon 0351 8267-384).

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Qualitätsmanagement: Leiterin
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 2323, Fax: 0351 458-5847
E-Mail: Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de

Gerda Lepke – Dresdner Skizzen Arbeiten zu Dresdner Motiven

Seit Jahrzehnten gehört Gerda Lepke (Jg. 1939) zu den Künstlerinnen ostdeutscher Provenienz, die sich durch eine auffallend markante Handschrift auszeichnen. In gegenseitig fruchtbarer und spannungsreicher, zeitweiliger Partnerschaft mit dem Dresdner Maler und Grafiker Max Uhlig prägte sie einen ungewöhnlichen Duktus aus, der vom wie zufälligen Spritzer über kurze Pinselstriche bis zu schmalen, lang auslaufenden Linien reicht. Mit diesen Transparenz erhaltenden Mitteln kann die geborene Geraerin, die heute zwischen Dresden und ihrem Atelier in Gera pendelt, Eindrücke und Empfindungen visualisieren, sei es im wie aus Tausenden zufälligen und nicht zufälligen punktuellen Setzungen geschaffenen Porträt oder in Wirklichkeitsausschnitten vom Birnbaumzweig bis zum Gebüsch an der Elbe beziehungsweise einer Elblandschaft. Eine besondere Anregung bietet ihr immer wieder das barocke Erbe im Zwinger, in Moritzburg oder Großsedlitz. Wie seit den 70er Jahren im Berliner Pergamonmuseum

oder der Dresdner Skulpturensammlung antike Skulpturen zeichnet sie hier mit Leidenschaft die Permoserschen Skulpturen, besonders die Putten. Die Künstlerin erweckt in ihren Skizzen und Zeichnungen den Stein regelrecht zum Leben, bringt die Figuren zum Tanzen, wie die Besucher auch in der Ausstellung mit „Dresdner Skizzen“ werden feststellen können. Gerda Lepke studierte von 1966 – 1971 an der Dresdner Hochschule für Bildende Künste, wo sie unter anderem bei Herbert Kunze und Gerhard Kettner Anregung fand. 1993 erhielt sie den Kunstpreis der Stadt Dresden, 1997 war sie Gründungsmitglied der Sächsischen Akademie der Künste.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
12. Mai bis 11. Juli 2004
Vernissage
am Donnerstag, dem 13. Mai 2004, 19.30 Uhr**

Konzerte und Ausstellungen

Konzert

Sonntag, 6. Juni 2004, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Diplomkonzert Klavier

Bach/Busoni: Chaconne d-Moll BWV 1004; Mozart: Sonate C-Dur KV 330; Chopin: Sonate op. 35b-Moll; Prokofjew: Sonate Nr. 3 op. 28

Solistin: Henrike Enger (Klasse Prof. Gunther Anger)
Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

Werner Juza

Linie und Farbe
bis 11. Mai 2004

Gerda Lepke

Dresdner Skizzen

Arbeiten zu Dresdner Motiven
12. Mai 2004 bis 11. Juli 2004

Vernissage:

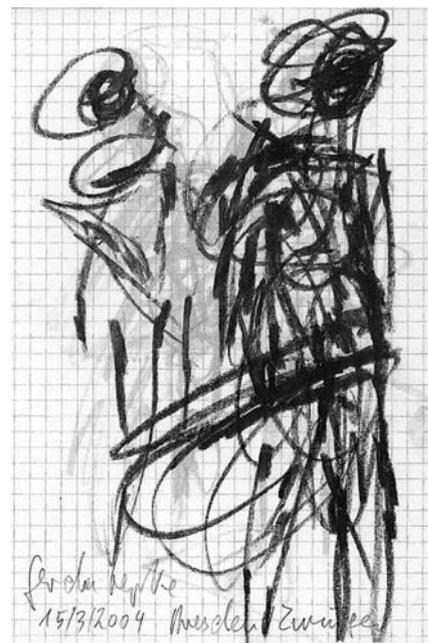
Donnerstag, 13. Mai 2004, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Ilona Schellenberg, Dresden,
Kunstpblizistin

Foyer der Sächsischen Ärztersorgung

Horst Kötter

Magie des Lichtes
bis 6. August 2004

Ausstellung





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 Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C023

Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C032

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 5. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C024

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/C025

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C026

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C027

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
(in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/C028, Reg.-Nr. 04/C029

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/C030

Zwickauer Land

Facharzt für Orthopädie, Reg.-Nr. 04/C031

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 6. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D022

Facharzt für Radiologie
Reg.-Nr. 04/D032

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 5. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D024

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/D025

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 04/D026

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D027

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D028

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie
Reg.-Nr. 04/D030

in Gemeinschaftspraxis mit
Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 04/D031

Riesa-Großenhain

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D029

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 6. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/L018

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/L019

Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Reg.-Nr. 04/L020

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 4. 6. 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 Chemnitz

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 1. 8. 2004

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*),
in Dresden-Gorbitz

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2005

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 31. 12. 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2. Halbjahr 2005
Facharzt für Allgemeinmedizin*),

in Langebrück

geplante Praxisabgabe: April 2005

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)

geplante Praxisabgabe: Januar 2005

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

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: ab 2005

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2004

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0351 2432153.

A. Dippold, St. Schauer

Qualitätssicherung in der konservativen und perioperativen Kniegelenksbehandlung

Zusammenfassung:

Untersuchungen zur Beseitigung der reflektorisch bedingten Funktionsstörung der Oberschenkelmuskulatur liegen vor. Die selektive elektrische Stimulation des Musculus vastus medialis mit wissenschaftlich erarbeiteten Stromparametern ermöglicht die Beseitigung des Muskelausfalls. Durch Messwerte (isometrische Maximalkraft, biologische Oberflächenaktivität) lässt sich die Wirksamkeit der Be-

handlung reproduzierbar objektivieren und der Behandlungsverlauf steuern. Krankengymnastische Maßnahmen und Unterarmgehstützen sind besonderen Befunden und Verläufen vorbehalten.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Kniegelenksbehandlung, Muskelbefundobjektivierung, Elektromechanotherapie

Erkrankungen und Verletzungen des Kniegelenkes bedingen eine Funktionsstörung der Oberschenkelmuskulatur, besonders des Musculus vastus medialis. Die Funktionsstörung ist reflektorisch bedingt (Andrade, 1965). Im histologischen Bild ist der reflektorische Ausfall der Faser II des Musculus vastus medialis darstellbar (Ziegan, Dippold, 1985). Bei der häufigen Chondropathia patellae (femoropatellares Schmerzsyndrom) ist enzymhistochemisch, biochemisch und strukturell eine frontale Dysbalance zwischen dem Musculus vastus medialis und dem Musculus vastus lateralis nachweisbar (Biskop, 1987). Etablierte Behandlungsmethoden im Bereich der Knierehabilitation sind nach Freiwald (1996) nach neueren Forschungen nicht mehr haltbar. Als Beispiel wird die PNF-Technik angeführt. Sommer und Schuster (1993) führten eine randomisierte Studie bei 90 Patienten nach Meniskusoperation durch. Danach zeigte die „unbehandelte“ Patientengruppe mit sofortiger Belastung des Beines einen komplikationslosen und schnelleren Genesungsprozess als die beiden mit unterschiedlicher Krankengymnastik behandelten Gruppen. Unter diesen Gesichtspunkten ist eine wissenschaftlich belegte, durch Messwerte steuerbare Therapie anzustreben. Von den drei Parametern: Gelenkbeweglichkeit, muskuläre – ligamentäre Stabilität und Gelenkreaktionslage (Schmerz, Schwellung, Erguss) ist nur der letzte Parameter für die Therapiesteuerung nicht durch Messwerte routinemäßig erfassbar. Kontaktthermometrie (Kästner, 1986) und Infrarothermometrie (Brenke, Weber, 1974) sind nicht nur zu aufwendig, sie weisen auch für die Einzelmessung zur Therapiegestaltung eine zu große Streuung auf. Mit dem Winkelmesser ist dagegen die Kniegelenksbeweglichkeit unkompliziert und reproduzierbar messbar. Für die Bandstabilität kann das KT 1000 bei Untersuchungsgruppen gute Aussagen ermöglichen. Für die Einzelmessung ist aber der Aufwand und die Fehlerbreite der Messung im Scheuba-Gerät unterlegen (Barth, 1994). Engmaschige Kontrolluntersuchungen

im Scheuba-Gerät sind unter Beachtung des Strahlenschutzes wiederum schwierig. Hinsichtlich sonografischer Kontrollmöglichkeiten im Routinebetrieb sollte die Entwicklung abgewartet werden. Für die therapiebegleitende Objektivierung der Muskelfunktion eignen sich isokinetische und isometrische Verfahren. Zur Tonusbestimmung ist die mittlere elektrische Muskelaktivität (biologische Oberflächenaktivität BOA) im Seitenvergleich gesund/krank hervorragend geeignet (Dippold, 1980; Tonak, 1982; Biskop, 1987; Krüger, 1993; Schirmer, 2001). Die Myotonometriestreuung ist dagegen zu groß (Tonak, 1982) und das MRT ermöglicht nur eine kostenaufwendige Momentaufnahme und damit keine Therapiesteuerung. Zur Beseitigung der bei allen Kniegelenkerkrankungen reflektorisch bedingten Funktionsstörung des Musculus vastus medialis und damit zur Beseitigung der auftretenden frontalen Dysbalance zwischen dem Musculus vastus medialis/Musculus vastus lateralis ist die selektive elektrische Stimulation des Musculus vastus medialis ausgezeichnet geeignet (Elektromyostimulation: EMS). Unabdingbare Voraussetzung ist dazu die maximal mögliche Anspannung des Muskels (Isometrie). Dabei empfehlen wir dem Patienten die Anspannung in einer Schlinge. Sie stellt eine Möglichkeit dar, isometrisch unabhängig von einem Kraftgerät zu trainieren. In Anlehnung an Edel (1975) wird das Verfahren „Isometrie“ und Myostimulation als Elektromechanotherapie (EMT) bezeichnet. Zur Entlastung des empfindlichen femoropatellaren Gleitlagers erfolgt die Behandlung in Kniestreckung. Die von Kanzler ermittelten, erst 1989 beschriebenen Stromparameter: 50 Hz, 0,7 ms Rechteckstrom sind nach den vorliegenden Untersuchungen (Koz, 1972; Dippold, 1980; Börnert, 1988; Krüger, 1993; Schirmer 2001) der Schlüssel zum Schloss des gestörten Reflexbogens. Der Therapiewert in mA ergibt sich beim verwendeten und getesteten Microstim-Gerät (Krüger, 1993) durch die Verdoppelung (Dippold, 1980) des eingangs ermittelten 10 ms-Wertes nach Fritzsche

(1977), das heisst durch die Verdopplung des Wertes, bei dem die erste Muskelkontraktion im Bereich des Musculus vastus medialis ausgelöst wird. Die individuelle Schmerztoleranz des Patienten ist besonders zu Beginn der Therapie zu beachten. Durch Kontrolluntersuchungen in anfangs 1 bis 2-wöchigem Abstand ist dieser Wert in der Mehrzahl der Fälle zu korrigieren. Thomas (2001) konnte zudem zeigen, dass durch den wiederholten Arzt/Patientenkontakt die Compliance für diese Behandlungsmethode deutlich verbessert wird. Für die Dokumentation und Behandlungssteuerung hat sich die Messung der isometrischen Maximalkraft (IMK) sowie der biologischen Oberflächenaktivität (BOA) bewährt (Dippold 1980). Behandlungsverläufe sind damit einfach, schnell und äußerst preisgünstig messbar wie Dippold (1980) an fünf Patientengruppen aufgezeigt hat. Schauer konnte aktuell bei einer bislang erfolglos behandelten homogenen Patientengruppe mit femoropatellarem Schmerzsyndrom die Wirksamkeit der Elektromechanotherapie (EMT) aufzeigen (Schauer, Dippold, 2002). Letzteres entspricht auch der Ansicht von Eriksson (2000) und den Ergebnissen von Werner (2000). Daraus ergibt sich folgendes Programm:

■ Aufstand ohne Unterarmgehstützen im Fersengang. Die Verordnung von Unterarmgehstützen ist abhängig vom Lokalbefund (Knorpelchirurgie, Knieendoprothesen) oder vom Allgemeinzustand (geriatischer Patient).

■ „Isometrie“ postoperativ 4 mal täglich 3 mal 10 Sekunden bei deutlicher Muskelfunktionsstörung, dazu Elektromechanotherapie (EMT) 2 mal täglich. – Pendelübungen am Bettrand bis 90° Kniebeugung.

Ist die 90° Kniebeugung erreicht – Pendelübungen in Rückenlage. Motorschiene nach Knieendoprothesenoperationen und Arthrolysen 2 mal täglich – dann Pendelübungen. Durch den Aufstand im Fersengang wird bereits eine aktive Anspannung der Oberschenkelmuskulatur erreicht. Die Durchführung der selbständigen Isometrie und EMT ist durch die Patienten schnell erlernbar. Im Rahmen

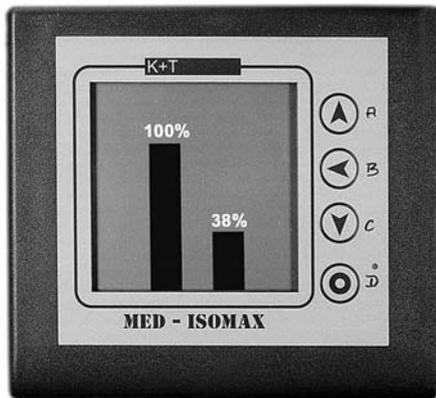


Abbildung 1: Anzeige auf dem Gerätedisplay von ISOMAX und BOAMAX/Novativ nach Messung der gesunden und erkrankten Extremität (gesunde Seite = 100 Prozent, erkrankte Seite – in diesem Beispiel 38 Prozent)

einer klinischen Kniegelenkskontrolle in den Folgetagen hat sich aus unserer Erfahrung eine einmalige gemeinsame „Therapieeinheit“ zur Besprechung von Fragen, Aufdeckung von kleinen Anwendungsfehlern und zur Behandlungsoptimierung der EMT als vorteilhaft herausgestellt. Die Verordnung von krankengymnastischen Maßnahmen ist angezeigt, wenn die auf dem Operationstisch erreichte (dokumentierte) Kniegelenksbeweglichkeit mit den oben genannte Maßnahmen nicht wieder erreicht wird (selten). Außer bei extremer Varusstellung der Beinachse ist die muskuläre Kompensation der Gonarthrose durch die regelmäßig auszuführende „Isometrie“ und Elektromechanotherapie (intermittierend) möglich. Bei einseitiger Gonarthrose lässt sich damit die muskuläre Seitendifferenz gesund – krank (IMK und BOA-Messung) beseitigen (Dippold, 1980). Bis zur eventuell erforderlichen Endoprothese ist der Zeitraum durch die muskuläre Kompensation überbrückbar. Einfach zu bedienende, preisgünstige Messplätze, welche eine wenig zeitaufwendige Objektivierung der muskulären Situation und damit auch die Motivation des Patienten ermöglichen, liegen jetzt vor (Schirmer, 2001). Die Seitendifferenz



Abbildung 2: Messposition zur Bestimmung der IMK mit dem ISOMAX
Messung im Liegen mit gestrecktem Kniegelenk
Messung im Sitzen mit gestrecktem Kniegelenk



Abbildung 3: Messposition zur Bestimmung der BOA des Musculus vastus medialis mit dem BOAMAX/Novativ (die Messposition entspricht der Übungsposition für die Elektromechanotherapie)

gesund – krank ist direkt ablesbar und speicherbar (Abb. 1). Zur Messung der isometrischen Maximalkraft (IMK) hat sich das „Isomax“-Gerät (Abb. 2) und für die Bestimmung der mittleren elektrischen Aktivität (biologische Oberflächenaktivität/Tonuslage) das „BOAMax“-Gerät (Abb. 3) in der Routine bewährt (Schirmer, 2001; Schauer, Dippold, 2002). Das Microstim-Gerät kann mit den eingebrachten Stromparametern (BMFT-Projekt) als Schlüssel für das Schloss des gestörten Reflexbogens gelten (Krüger, 1993). Der Verordnung/Behandlungszeitraum ist abhängig von der vorbestehenden muskulären Dysbalance. Mit dem beschriebenen Kraftmessplatz steht ein Instrument zur Verlaufskontrolle zur Verfügung. Folgende Zeiträume werden aus unserer Sicht empfohlen:

- 8 bis 12 Wochen bei femoropatellarem Schmerzsyndrom und konservativer Gonarthrosebehandlung,
- 4 bis 6 Wochen nach Arthroskopien infolge eines akuten Gelenkschadens,
- 4 bis 6 Monate nach operativen Kniegelenkeingriffen wie KTEP (intermittierende Therapie).

E. Payr schrieb 1934 treffend:

„Der Muskel ist bei der Entstehung eines bleibenden Gelenkschadens ebenso maßgeblich beteiligt wie dieses selbst. Man könnte viele kranke Gelenke funktionell retten, wenn man in den hierfür entscheidenden Frühstadien auch ihn zweckentsprechend behandeln würde. Dies geschieht heutzutage mit wenigen Ausnahmen nicht.“

Die jetzt vorhandenen Therapieverfahren und Objektivierungsmöglichkeiten gestatten nach den vorliegenden Untersuchungen am Kniegelenk eine wissenschaftlich begründete befundangepasste Basistherapie der reflektorisch bedingten Muskelfunktionsstörung.

Literatur beim Verfasser
Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Achim Dippold
Stormstraße 5, 04289 Leipzig

M. Vogtmann¹, J. Beer², A. Tannapfel³, A. C. Rodloff², G. Hoheisel⁴

Zur Differenzialdiagnostik und Therapie bei Husten, Fieber, Brustschmerz und einseitigem Pleuraerguss*

* Herrn Professor Dr. med. habil. Joachim Schauer zum 65. Geburtstag gewidmet

¹ Medizinische Klinik und Poliklinik I;

² Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie;

³ Institut für Pathologie, Klinikum der Universität Leipzig AöR;

⁴ August-Bebel-Str. 71, 04275 Leipzig.

Einleitung

Der im klinischen Alltag häufig beobachtete Pleuraerguss stellt gelegentlich ein erhebliches diagnostisches Problem dar. Eine kardial bedingte Ergussbildung ist bei internistischen, insbesondere älteren Patienten mit 30 bis 40 % am häufigsten (Light, R., W., 1995; Loddenkemper, R., 1986). Die Ursache kann jedoch vielfältig und neben einer pleuralen, pulmonalen oder anderen intrathorakalen Ursache Ausdruck verschiedenster Organdysfunktionen oder einer Systemerkrankung sein. Eine Ergusspunktion ist diagnostisch meist sinnvoll und therapeutisch bei Luftnot indiziert. Ergibt die Analyse der Ergussflüssigkeit ein Transsudat, so kann oftmals unter Einbeziehung weiterer Befunde eine kausale Beziehung zu chronischer Herzinsuffizienz, Leberzirrhose oder Niereninsuffizienz hergestellt und ohne weitere diagnostische Maßnahmen die Therapie der zugrundeliegenden Erkrankung eingeleitet werden. Handelt es sich bei dem Erguss jedoch um ein Exsudat, so kann neben selteneren Ursachen insbesondere eine neoplastische oder infektiöse Ätiologie vorliegen, zu deren Sicherung eine umfangreichere Diagnostik erforderlich sind. Nachfolgend berichten wir über einen jungen Patienten mit einseitigem Pleuraerguss und geringen Symptomen, bei dem die eingeleitete Therapie zunächst keine Besserung erbrachte.

Kasuistik

Anamnese

Der 25-jährige Medizinstudent berichtete über trockenen Husten und fünf Wochen zuvor kurzzeitig aufgetretene ziehende Schmerzen bei tiefem Einatmen im Brustkorb links. Vorübergehend hatte er nächtliches Schwitzen und Müdigkeit bemerkt, einmalig war abends eine erhöhte Körpertemperatur von 37,5 °C axillär aufgefallen. Wegen Luftnot bei körperlicher Anstrengung erfolgte die stationäre Aufnahme im Heimatkrankenhaus. Dort wurde klinisch und röntgenologisch ein Pleuraerguss links festgestellt. Eine ergänzende Computertomographie des Thorax zeigte neben dem voluminösen Erguss mit begleitender Kompressionsatelektase keine weiteren Auffälligkeiten (Abb. 1 a). Die Punktion ergab ein lymphozytenreiches Exsudat. Der Patient wurde antibiotisch mit Ciprofloxacin i.v. behan-



Abbildung 1a: Computertomogramm des Thorax mit massivem Pleuraerguss links und nahezu kompletter Kompressionsatelektase des linken Unterlappens ohne Zeichen einer parenchymatösen Infiltration.

delt, bei ausbleibender Befundbesserung erfolgte nach 10 Tagen die Überweisung zur weiteren Abklärung. Der Patient war immer gesund gewesen, war Nichtraucher ohne Alkoholabusus oder HIV-Risikoverhalten. Der letzte Auslandsaufenthalt lag ein Jahr zurück und hatte ihn zweimal im Rahmen eines humanitären Krankenpflegeeinsatzes nach Albanien geführt.

Klinischer Aufnahmebefund

Der Patient (Größe 195 cm, Gewicht 89 kg) befand sich in gutem Allgemeinzustand ohne kardiopulmonale Dekompensationszeichen. Die axillär gemessene Körpertemperatur betrug 37,0 °C, der Blutdruck 135/80 mm Hg, die Herzfrequenz 76/min bei auskultatorisch reinen Herztönen. Am symmetrisch gebauten Thorax waren die Atemexkursionen linksseitig eingeschränkt. Der sonst sonore Klopfeschall war über der unteren Thoraxhälfte links gedämpft mit nach lateral ansteigender kranialer Begrenzung, oberhalb fand sich ein schmaler Saum von Bronchialatmen. Das ansonsten reine Vesikuläratmen war über der kaudalen Hälfte des linken Thorax aufgehoben, ebenso der Stimmfremitus, es fand sich keine Bronchophonie. Der Abdominalbefund war unauffällig, insbesondere fanden sich keine Hinweise für eine Hepatosplenomegalie oder Aszites. Nirgends fanden sich Lymphknotenschwellungen oder Ödeme.

Klinisch-chemische Befunde

Auffällig war eine beschleunigte Blutsenkungsreaktion (19/34 mm) und ein mäßig erhöhtes

C-reaktives Protein (53 mg/l). Die Leukozytenzahl lag mit 8,3 Gpt/l bei regelrechter Differenzierung ebenso im Normbereich wie Hämoglobin (10,2 mmol/l), Hämokrit (0,49) und Plättchenzahl (295 Gpt/l). Eine Nierenfunktionsstörung konnte bei einem Serumkreatinin von 90 µmol/l und einem Serumharnstoff von 3,2 mmol/l ausgeschlossen werden. Gesamteiweiß (85,3 g/l) und Albumin (55,5 g/l) sowie Leberwerte waren ebenfalls normal. Die Serologie für Chlamydien, Mykoplasmen, Legionellen und Mykosen war unauffällig.

Ergänzende Untersuchungen

Die im Röntgenbild des Thorax sichtbare homogene Verschattung der unteren 2/3 des linken Hemithorax (Abb. 1 b) stellte sich sonographisch als großvolumige, echofreie Flüssigkeitsansammlung ohne wesentliche Pleuraverdickung oder Septenbildung dar. Die erneute Ergusspunktion erfolgte in Lokalanästhesie im 8. Interkostalraum der hinteren Axillarlinie links. Verwendet wurde ein Trokarsystem zur Entnahme von Pleurablindbiopsien (Nadel nach Cope). Anschließend wurde ein dünner Drainagekatheter zur vollständigen Ergussentleerung eingelegt. Der bernsteinfarbene Erguss erfüllte mit einem Gesamteiweiß von 55,6 g/l und einer LDH von 7,53 µmol/l's die Kriterien eines Exsudats (Gesamteiweiß_{Erguss/Serum} > 30,0 g/l Quotient Gesamteiweiß_{Erguss/Serum} > 0,5 und Quotient LDH_{Erguss/Serum} > 0,6). Das Differentialzellbild zeigte 82 % monozytäre Zellen, 17 % polymorphkernige Granulozyten und 1 % Mesothelien ohne Anhalt für maligne Zellen (Abb. 2). Im Pleurapunktat ließen sich weder mit den konventionellen bakteriologischen Untersuchungsmethoden noch mit denen der Tuberkulosedagnostik (Auramin-Rhodamin-Färbung, Kultur, Polymerase-Kettenreaktion [PCR] auf Mycobacterium-tuberculosis-Komplex [Amplicor® Roche]) Hinweise auf das Vorhandensein von spezifischen oder unspezifischen Erregern erbringen. In der Pleurablindbiopsie zeigte sich jedoch lichtmikroskopisch eine epitheloidzellige granulomatöse, nicht verkäsende Entzündungsreaktion ohne Nachweis säurefester Stäbchen (Abb. 3). Das nach fraktionierter Entleerung von insgesamt 2,5 l Erguss angefertigte Röntgenbild des Thorax zeigte eine gut entfaltete linke Lunge ohne Hinweis auf eine parenchymatöse Infiltration (Abb. 1 c).



Abbildung 1b: Röntgenothoraxaufnahme mit massivem Pleuraerguss links mit nach kranial ansteigendem lateralem Flüssigkeitssaum und leichter Mediastinalverdrängung nach rechts.

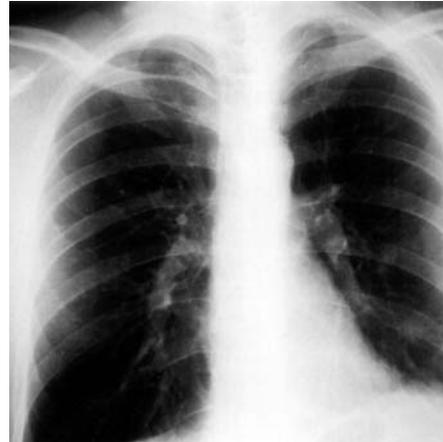


Abbildung 1c: Röntgenothoraxaufnahme nach Pleurapunktion mit noch geringem Resterguss und leichtem Zwerchfellhochstand links.

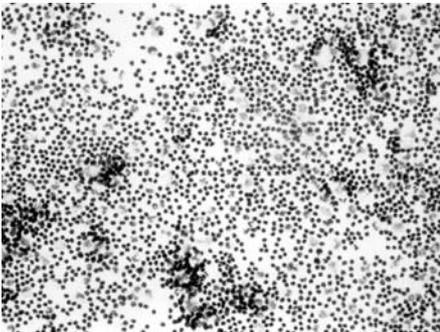


Abbildung 2: Zytologie der Pleuraflüssigkeit mit überwiegend monozytären Zellen (Hämatoxylin-Eosin, ursprüngliche Vergrößerung x 40).

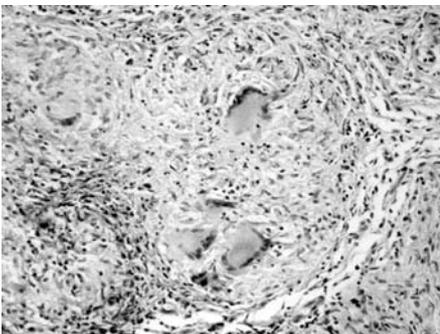


Abbildung 3: Pleurabiopptat mit schütterer lymphozytärer Entzündungsreaktion mit mehreren Granulomen und multinukleären Epitheloidzellen in halbmondförmiger Anordnung (Langhans' Riesenzellen) (Hämatoxylin-Eosin, ursprüngliche Vergrößerung x 40).

Die flexible Bronchoskopie ergab einen normalen endobronchialen Befund ohne säurefeste Stäbchen in der bronchoalveolären Lavage (BAL) und im Postbronchoskopieputum. Der Tuberkulinhauttest (PPD Merieux®) war mit einer Induration von 4,5 mm schwach positiv.

Therapie und Verlauf

Gestützt auf die Anamnese mit Tuberkulosekontakt in Albanien, das klinische Bild und die Befundkonstellation mit positivem Tuberkulinhauttest (ein Jahr zuvor negativ) und nicht-verkäsenden epitheloidzelligen Granulomen in der Pleurahistologie musste auch ohne spezifischen Erregernachweis die Diagnose einer Pleuritis exsudativa tuberculosa gestellt werden. Eine antituberkulotische Dreifach-Kombinationstherapie mit täglich 600 mg Rifampicin, 300 mg Isoniazid und 2,5 g Pyrazinamid wurde eingeleitet. Nach vollständiger Entleerung des Ergusses konnte die Thoraxdrainage noch am Aufnahmetag entfernt werden. Die Entlassung erfolgte bei völligem Wohlbefinden und subjektiv normaler Belastbarkeit bereits nach einer Woche. Ein Ergussrezidiv war thoraxsonographisch ausgeschlossen worden. Bei weiterhin günstigem Verlauf konnte nach zwei Monaten die folgenlose Abheilung der Pleuritis röntgenologisch dokumentiert werden. Die zwischenzeitlich eingetroffenen Kulturergebnisse der BAL waren nach 31 Tagen Bebrütung in der Flüssigkultur positiv (MB/BacT®, Organon Technika), die Festkultur zeigte nach sieben Wochen mäßiges Wachstum. Der angezüchtete Erreger wurde als Mycobac-

terium tuberculosis identifiziert und zeigte in der Empfindlichkeitstestung mit dem MB/BacT®-System Sensibilität für Isoniazid, Rifampicin, Streptomycin, Ethambutol und Pyrazinamid (Beer, J.; Küchler, R.; Rodloff, A., C., 1997). Da sich der Stamm als voll sensibel erwies, konnte die bisherige antituberkulotische Therapie beibehalten und acht Wochen nach Therapiebeginn als Zweifachkombination mit Rifampicin und Isoniazid für weitere vier Monate fortgesetzt werden.

Diskussion

Wir berichten über einen 25-jährigen Patienten, der flüchtig mit geringem Fieber, trockenem Husten und pleuritischen Schmerzen erkrankt war. Erst im weiteren Verlauf hatte sich mit Ansammlung eines großvolumigen einseitigen Pleuraergusses eine geringgradige Belastungsdyspnoe manifestiert, die Anlass zur stationären Aufnahme war. Bei der initialen Pleurapunktion konnte der Erguss als lymphozytenreiches Exsudat charakterisiert werden. Die antibiotische Therapie entsprach nicht den üblichen Empfehlungen und war erfolglos. Ein parapneumonischer Erguss bei bakterieller Pneumonie war zwar differenzialdiagnostisch zu erwägen, dagegen sprachen jedoch die nur geringgradige Entzündungsreaktion, insbesondere das Fehlen einer Leukozytose und eines pulmonalen Infiltrates. Letzteres wäre auch bei einer vorangegangenen Lungenembolie als mittelbare Ergussursache zu erwarten gewesen. Auch an eine maligne Genese war trotz des jugendlichen Alters des Patienten zu denken, insbesondere an ein Lymphom mit primärem oder sekundärem Befall des Pleuraraumes (Light, R., W., 1995; Berger, H., W.; Meija, E., 1973). Der makroskopische Aspekt der Pleuraflüssigkeit sprach gegen einen Chylothorax. Hinweise für eine Pankreas- oder Leberaffektion als Ergussursache fehlten ebenso wie Kriterien einer rheumatischen Systemerkrankung.

Der Kontakt zu Tuberkulosekranken im Rahmen der Tätigkeit in Albanien, die Konversion des Tuberkulinhauttests ließ jedoch gemeinsam mit der Symptomatik eine Pleuritis tuberculosa als wahrscheinlichste Diagnose erscheinen. Der Tuberkulinhauttest kann bei tuberkulöser Pleuritis initial zwar in bis zu 30 % der Fälle negativ sein, es kommt jedoch bei den meisten Patienten in den darauffolgenden sechs bis acht Wochen zu einer Konversion (Berger, H., W.; Meija, E., 1973). Das

Ansprechen auf die antituberkulotische Therapie bestätigte zusätzlich eine Pleuritis tuberkulöser Genese.

Einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Diagnose lieferte die Pleurablindbiopsie. Bei korrekter Durchführung durch den erfahrenen Untersucher ist diese Methode komplikationsarm und erlaubt eine histologische Klärung bei malignen oder tuberkulösen Ergüssen in 50 bis 80 % der Fälle (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, 1994). Die Pleurablindbiopsie kann in Lokalanästhesie in sitzender Position nach vorheriger Ultraschalllokalisation des Ergusses problemlos durchgeführt werden. Zur Verfügung stehen mehrere Nadeln, die hier verwendete Nadel war die nach Cope. Es sollten mehrere Pleuragewebeproben entnommen werden, wobei sich die Wahrscheinlichkeit einer positiven Aussage mit der Zahl der Biopate erhöht (Kirsch, C., M.; Kroe, D., M.; Azzi, R., L.; et al., 1997). Ein Biopat sollte zur Mykobakterienkultur eingesandt werden. Eine noch höhere diagnostische Treffsicherheit besitzt die Thorakoskopie, die bei weiterhin ungeklärter Ursache als nächster Schritt zu erwägen ist (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, 1994).

Die Tatsache, dass die Biopsie bei unserem Patienten keine verkäsigen Granulome zeigte, ist in Übereinstimmung mit Berichten über die Histopathologie granulomatöser Reaktionen bei Tuberkulose. So sind epitheloidzellige Granulomformationen ohne Verkäsung und ohne säurefeste Stäbchen übergehend in verkäsigen epitheloidzellige Granulome mit wenig säurefesten Stäbchen und schließlich verkäsigen nekrotisierenden Läsionen mit reichlich säurefesten Stäbchen beschrieben (Hoheisel, G., B.; Chan, B., K., M.; Chan, C., H., S.; et al., 1994). Der fehlende Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis* aus der Pleuraflüssigkeit und die negative PCR überraschten nicht, da im mikroskopischen Direktpräparat nur weniger als 10 % und in der Kultur zwischen 25 bis 70 % der Patienten positiv werden (Berger, H., W.; Meija, E., 1973; Stead, W., W.; Eichenholz, A.; Stauss, H., K., 1955). Die Kultur von Pleurabiopaten ist häufiger positiv als diejenige der Pleuraflüssigkeit (Berger, H., W.; Meija, E., 1973), eine Biopsiekultur war bei unserem Patienten jedoch nicht ange-

legt worden. In einer Studie an 84 Patienten mit Pleuraergüssen tuberkulöser und anderer Genese hatte die Kultur der Pleuraflüssigkeit eine Sensitivität von 52,8 %, die Kultur der Pleurabiopsie von 69,8 % und die Biopsiehistologie von 77,3 %, die PCR in der Pleuraflüssigkeit von 81 %, allerdings war bei 7 von 31 Pleuraergüssen anderer Genese die PCR falsch positiv (De Witt, D.; Maartens, G.; Steyn, L., 1992).

Den Beweis der tuberkulösen Genese der Pleuritis lieferten die positiven Kulturen der BAL, was überraschte, da weder in der konventionellen Röntgenthoraxaufnahme noch im Computertomogramm eine infiltrative Veränderung des Lungenparenchyms sichtbar gewesen war. Aus Studien an Resektionspräparaten ist jedoch bekannt, dass röntgenologisch nicht sichtbare subpleurale aber auch diffus im Parenchym verstreute tuberkulöse Herde bei Patienten mit tuberkulöser Pleuritis vorhanden sind (Sibley, J., C., A., 1950). Die lymphogene oder hämatogene Streuung, oder im Falle subpleuraler Herde die direkte Pleurainvasion ist ursächlich an der Ergussentstehung beteiligt, diskutiert wird aber auch der wesentliche Anteil einer Hypersensitivitätsreaktion mit nur wenigen Erregern, was deren schwierige Nachweisbarkeit erklärt (Light, R., W., 1995). In etwa einem Drittel der Fälle besteht neben der tuberkulösen Pleuritis eine Lungentuberkulose mit radiologisch erkennbaren Infiltrationen (Berger, H., W.; Meija, E., 1973).

Von besonderem Interesse war das große Zeitintervall von der mutmaßlichen Ansteckung bis zu den ersten Krankheitszeichen. Das Zeitintervall von der Infektion bis zur Entwicklung eines Pleuraergusses kann bis zu zwölf Monate betragen (Berlin, S., O., 1957). Vor Einführung einer effektiven antituberkulotischen Therapie war die Pleuritis tuberculosa Ursache signifikanter Morbidität und Mortalität. So erkrankten von 200 Patienten mit tuberkulöser Pleuritis, die von 1939 bis 1947 in einem Tuberkulose-Sanatorium der USA stationär behandelt worden waren, 51 % im weiteren Verlauf an einer pulmonalen oder extrapulmonalen Tuberkulose, 18,5 % entwickelten eine disseminierte Form infolge hämatogener Streuung, immerhin 14 Patienten waren zum Zeitpunkt der Publikation be-

reits an den Folgen der Tuberkuloseerkrankung verstorben (Stead, W., W.; Eichenholz, A.; Stauss, H., K., 1955). Die medikamentöse Therapie einer tuberkulösen Pleuritis unterscheidet sich prinzipiell nicht von derjenigen der Lungentuberkulose. Nach den derzeitigen Therapieempfehlungen ist die Gabe von Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol in den ersten beiden Monaten mit anschließender Zweifach-Therapie mit Isoniazid und Rifampicin für mindestens weitere vier Monate vorgesehen (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), 2001; Schaberg, T.; Stahlmann, R.; Lode, R., 2000). Tuberkulöse Pleuritiden können in Einzelfällen mit erheblicher pleuraler Verdickung einhergehen (Chan, C., H., S.; Arnold, M.; Chan, C., Y.; et al., 1991; Hoheisel, G.; Vogtmann, M.; Chan, K., S.; et al., 2004). Eine systemische Kortikosteroidgabe ist nicht erforderlich, wie der Verlauf bei unserem Patienten bestätigt und eine eigene Studie gezeigt hat, da Kortikosteroide weder die Symptomatik, noch das Ausmaß der Pleuraverdickung wesentlich beeinflussen. Entscheidend ist die möglichst restlose Abpunktion der Ergussflüssigkeit (Hoheisel, G.; Vogtmann, M.; Chan, K., S.; et al., 2004; Wyser, C.; Walzl, G.; Smedama, J., P.; et al. 1996).

Zusammenfassend sollte bei einem jungen Patienten mit einem Pleuraerguss an die wichtige Differenzialdiagnose einer tuberkulösen Pleuritis gedacht werden, wobei die klinischen Zeichen gering, die möglichen Folgen bei Nichtbehandlung jedoch schwerwiegend sein können. Neben dem Tuberkulinhauttest und den bekannten mikrobiologischen Verfahren stellt die Pleurablindbiopsie eine wichtige Säule in der Diagnosesicherung der tuberkulösen Pleuritis dar. Eine genaue Anamnese vermag auch eine länger zurückliegende Exposition mit Tuberkuloseerkrankten aufzudecken. Es sei abschließend darauf verwiesen, dass im Bundesland Sachsen im Jahr 2003 insgesamt 226 Neuerkrankungen an Tuberkulose gemeldet wurden (Robert Koch-Institut, 2004).

Literatur beim Verfasser
Korrespondenzadresse
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Gerhard Hoheisel
August-Bebel-Str. 71, 04275 Leipzig
Tel.: 0341 3910660, Fax: 0341 3910661
E-Mail: gerhard.hoheisel@t-online.de

Leserbriefe

Dr. med. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstr. 34
04299 Leipzig

14.03.2004

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leserbrief

Betr.: Heft 3/2004

Das Ärzteblatt Sachsen ist ein unterhaltsames Periodikum. Es tut etwas für die Bildung. Es erzeugt aber manchmal auch Zorn oder Heiterkeit. So war es auch im Heft 3 von 2004. Zorn empfand ich mit dem Aufschlagen der Seite 80, denn dort schaute mich Frau Minister, pardon: Frau Ministerin Schmidt an. Zwar nicht grinsend, wie meistens, wenn sie im lockeren rheinischen Singsang über die reformunwilligen Ärzte plaudert ... aber immerhin, sie schaute mich aus meinem Ärzteblatt an.

Also habe ich schnell weitergeblättert, und auf Seite 110 kam die Heiterkeit.

Da sucht doch eine bayerische Rehaklinik einen Chefarzt. Und welche Fachrichtung? Sie sucht einen „Diplommediziner oder Allgemeinmediziner“. Das ist doch zum Brüllen, dass im Jahre 14 nach der politischen Wende unsere westdeutschen Brüder und Schwestern nicht wissen, dass der „Dipl.-Med.“ nichts anderes war, als die Schikane der 3. Hochschulreform aus dem Jahre 1968, um Ärzte den Diplomgesellschaftswissenschaftlern gleichzuordnen.

Und dann habe ich doch noch einmal zur Seite 80 zurückgeblättert und habe mir Frau Ministerin genau angeschaut, ob sie nicht doch eine Aktie an diesem Blödsinn hat. Hat sie nicht!

Dann habe ich mir überlegt, ob ich mich der Rehaklinik nicht doch anbieten könnte, als Diplommediziner und Allgemeinmediziner. Aber dieser ostdeutsche Bildungsreichtum würde den Inserenten vermutlich völlig desillusionieren.

Dr. med. et Dipl.-Med. Michael Burgkhardt
Facharzt für Allgemeinmedizin
und Urologie

Vertragsärzte in Deutschland vereinigt Euch

Diesen Spruch in Anlehnung an Dr. Hermann Hartmann möchte ich den Vertragsärzten in ganz Deutschland zuzufügen, damit sie endlich die selbst gemauerten Grenzen ihrer Fachgruppen überschreiten und den Konsens zu den anderen Ärzten suchen und finden.

Bereits im Juli 1900 hatte Hartmann in einem „Offenen Brief“ in Anlehnung an das Vokabular von Marx gefordert: „Ärzte ganz Deutschlands organisiert Euch!“, nachdem er feststellen musste, „daß jahrelanges Lamentieren in den ärztlichen Blättern“ nichts genutzt hatte, um an der wirtschaftlichen Situation der „Kassenärzte“ etwas zu verändern.

In der „Sicherung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte“ sah Hartmann seine Hauptaufgabe, und das sollte auch das wesentliche Kampfziel des von ihm gegründeten „Leipziger Verbandes“ sein, der später zum Hartmann-Bund wurde und unter dessen Einfluss am 2. 8. 1933 die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“ hervorgegangen ist.

Der Kampf um die Sicherung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte durchzieht die Geschichte des Kassenarztes seit der Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 wie ein roter Faden. Immer wieder war dieser Kampf der Kassenärzte mit den Kassen ein Kampf um das „liebe Geld“, immer wieder ging es um Honorarprobleme, Kostendämpfung, Ärzteüberschuss, also um Probleme, die wir auch heute immer wieder erleben.

Fast muss man mit Goethe im Chorus Mysticus des Faust sagen: „Alles Vergängliche ist nur ein Gleichnis“, und weiter, „Das Unzulängliche, hier wird's Ereignis“.

Und das Unzulängliche wurde und wird leider immer wieder zum Ereignis, nur unter neuen Rahmenbedingungen, und immer wieder mussten die Ärzte ihre Interessen mit viel Kampf, Demonstrationen bis hin zu Streikdrohungen und Streiks wie 1904 durchsetzen. Das System der privaten Krankenversicherung kennt diese Probleme seltsamerweise nicht, und einer der wesentlichsten Gründe liegt darin, dass bei den privaten Krankenversicherungen von Anfang an andere Abrechnungsbedingungen der Ärzte herrschen als bei den gesetzlichen.

In der privaten Krankenversicherung rechnet der Arzt seine erbrachte Leistung mit dem Patienten nach einer einheitlichen Gebührenordnung ab.

Bei der gesetzlichen KV erfolgte die Abrechnung entweder mit den Kassen oder über eine Zwischeninstanz, wie die KV.

Dieser Unterschied der Abrechnungsmodalitäten ist eine wesentliche Ursache des ständigen, historisch belegten Honorarkampfes der Kassenärzte mit den gesetzlichen Kassen.

Der Staat hat in der gesamten Geschichte des Kampfes der Kassenärzte um ihr berechtigtes Honorar mit den Kassen fast immer auf der Seite der Kassen gestanden, und so wundert es nicht, wenn es heute nicht anders ist.

Erst wenn die Versorgung der Bevölkerung hochgradig gefährdet war, was neben den Patienten immer zuerst die Ärzte bemerkten und nicht der Staat (!), griff der Staat zugunsten der Ärzte ein.

Dann war es aber meistens schon zu spät.

Auch die Interessen der Kassen waren in der gesamten Geschichte des Kassenarztes immer die gleichen und zeichnen sich auch heute wieder klar und deutlich ab.

Die Kassen wollen immer eine „billige“ Medizin, allein „das Notwendige“ ist das Ausreichende, wie es heute im SGB V formuliert wird.

Dieses Interesse der Kassen steht allerdings in gravierendem Widerspruch zu den Interessen der Ärzte, denn diese wollen seit dem historisch belegten Beginn ärztlichen Wirkens, nämlich seit Hippokrates, immer „das Beste“ für ihre Patienten,

Das ist das höchste humanistische Bemühen ärztlichen Handelns, und wer diesen „Trieb“ als Arzt nicht in sich spürt, dem fehlt ein wesentlicher Teil des hohen ethisch-moralischen Auftrages als Arzt.

Hier türmt sich ein Widerspruch auf, der die gesamte Geschichte der Existenz des Arztes und ärztlichen Handelns begleitet, der sie weiterhin begleitet wird und der als ein ewiger Widerspruch zwischen Arzt, Kassen und Staat bezeichnet werden muss, in einem Gesundheitssystem auf privatwirtschaftlicher Basis ebenso wie in einem auf staatswirtschaftlicher, was wir in der DDR erleben durften.

Und so wundert es überhaupt nicht, dass der Staat auch heute wieder die Kostenpolitik zum einzigen Inhalt seiner Gesundheitspolitik macht und die über 350 gesetzlichen Kassen

unterstützt, die wirtschaftlich pleite sind, die das Geld lieber in die eigene Bürokratie als in die medizinische Versorgung stecken und die hervorragenden, segensreichen Leistungen der Medizin in diesem Umfang nicht mehr bezahlen wollen.

Da die Ärzte die wesentlichen Auslöser oder „Verursacher“ der medizinischen Leistungen und damit der „Unkosten“ sind, glaubt man natürlich, gegen sie vorgehen zu müssen. Und so handelt der Staat im völligen Einvernehmen mit den Kassen, wenn er seit 1992 mit der CDU und Herrn Seehofer und jetzt mit Frau Schmidt und der SPD in einer solchen rücksichtslosen Weise gegen die Ärzte vorgeht, dass mittlerweile nicht nur die medizinische Versorgung der Bevölkerung bedroht ist, sondern zunehmend der gesellschaftliche Frieden. Welche Aufgabe kommt jetzt den niedergelassenen Ärzten zu, die sich seit der Ära Seehofer „Vertragsärzte“ nennen dürfen oder besser gesagt nennen müssen?

Die Vertragsärzte sind ihrer wirtschaftlichen Stellung nach Freiberufler, sie sind Besitzer ihrer Praxis und der Geräte, sie sind Arbeitgeber, Unternehmer und wirtschaftlich voll für ihre Praxen und das Personal verantwortlich.

Die niedergelassenen Ärzte können diese ihre wirtschaftliche Verantwortung aber nur erfüllen, wenn sie ein Honorarsystem haben, welches eine Kostendeckung ermöglicht, das heißt, dass alle Ausgaben der Praxis durch die Einnahmen gedeckt werden. Ist diese Einnahmen-Ausgaben-Deckung nicht mehr möglich, gerät die Praxis in die wirtschaftliche Schiefelage und ist gefährdet.

Bei dem derzeitigen Honorarsystem der Vertragsärzte mit den gesetzlichen Kassen, der Abrechnung über die KV mit einem budgetierten Honorar und einer Honorar-Nullrunde bei ständig wachsenden Ausgaben der Praxen aufgrund wachsender Leistungen und einer wachsenden Inflationsrate ist die wirtschaftliche Existenz der Praxen nicht mehr zu sichern. Der Freiberufler und Arbeitgeber Arzt wird unwillkürlich in die wirtschaftliche Krise rutschen, was man daran sehen kann, dass in Städten wie Hamburg und Berlin eine Vielzahl der Praxen unter Bankkuratel stehen.

Wie attraktiv der Arztberuf in Deutschland überhaupt noch ist, sieht man daran, dass im ländlichen Bereich Arztpraxen keine Nachfolger mehr finden, 25 % der Medizinstuden-

ten nach dem Studium den Arztberuf verlassen und ein großer Teil der jungen Ärzte Deutschland ganz verlässt und ins Ausland geht.

Durch eine Politik, die den Ärzten dann noch völlig berufsfremde Leistungen aufbürdet, wie die „Praxisgebühr“, wird die Krise zusätzlich verschärft und geradezu kritische Verhältnisse heraufbeschworen.

Man muss bei einer solchen Politik schon die Meinung aussprechen, dass dieser Staat und die Kassen die volle Konfrontation mit den Ärzten suchen und den freiberuflichen Arzt vernichten und ihn in einen bedingungslosen Handlanger der Kassen und des Staates verwandeln wollen.

Wenn die niedergelassenen Ärzte ihre Freiberuflichkeit mit der daran geknüpften hohen wirtschaftlichen Verantwortung weiterhin verwirklichen wollen, müssen sie aus diesem Honorarsystem und dieser Abhängigkeit von den Kassen aussteigen.

Sie müssen ein Honorarsystem einführen, wie es von allen Freiberufler verwendet wird, was eine Anpassung an wirtschaftliche und fachliche Veränderungen, eine Einnahmen-Ausgaben-Kalkulation und damit eine mittelfristige Planung ermöglicht. Das ist die Abrechnung nach der Einzelleistungsvergütung nach einer einheitlichen Gebührenordnung – einer revidierten GOÄ – und eine Abrechnung mit dem Patienten.

Jeder Freiberufler rechnet seine Leistung mit dem ab, der sie anfordert und in Anspruch nimmt, ob das Rechtsanwälte, Steuerberater

oder Architekten sind. Allein dadurch wird die erbrachte Leistung kontrolliert und damit auch das geforderte Honorar. Ein solches Abrechnungssystem ist offen, ehrlich und transparent.

Das heutige Abrechnungssystem der niedergelassenen Ärzte über die KV mit den Kassen ist in gigantischer Weise betrügerisch und betrügt die Ärzte in Dimensionen um ihr verdientes Honorar.

Da die KV nicht mehr in der Lage ist, die wirtschaftlichen und sonstigen Interessen der niedergelassenen Ärzte zu vertreten, weil sie bei der geringsten Gehorsamsverweigerung vom Staate ausgehebelt wird, wie das eigentlich mit dem GKV-Modernisierungsgesetz schon geplant war und auch weiterhin angestrebt wird, können die niedergelassenen Ärzte von dieser KV nichts mehr erwarten.

Die KV und ihre Funktionäre kämpfen um die eigene Existenz und nicht mehr um die der niedergelassenen Ärzte.

Aus diesem Grunde können die niedergelassenen Ärzte den Ausstieg aus diesem Honorarsystem nur selbst realisieren.

„Vereinigt Euch“ also, meine lieben Kolleginnen und Kollegen Vertragsärzte der unterschiedlichen Fachgebiete. Vergesst alle Eure fachlichen und sonstigen hochstilisierten Differenzen und vereinigt Euch auf dem Boden der Abrechnung nach einer einheitlichen Gebührenordnung mit dem Patienten.

Damit haben wir auch endlich Gleichheit unter den Patienten geschaffen, nämlich Gleichbehandlung der Patienten, und die ständig

wachsende Ungleichheit bei der Behandlung von privat und gesetzlich Versicherten, die sich durch die Politik dieses Staates zunehmend vergrößert, wird damit beseitigt.

Die KV müsste dann in wesentlicher Weise in ein Organ umfunktioniert werden, welches dafür verantwortlich ist, dass die Patienten auch die erstellten Rechnungen bezahlen, wenn man nicht gleich den Kassen das Inkassorisiko überträgt und sie für die Zahlungsmoral ihrer Mitglieder verantwortlich und haftbar macht. Wir brauchen keine KV, die zu einem willenslosen Handlanger des Staates und der Kassen geworden ist und mit ansieht, wie unsere Praxen in einer ausufernden Gesundheits-, Kassen- und auch Ärzdebürokratie und unter dem Geldmangel der Kassen und des Staates zermahlen werden.

Sollten die niedergelassenen Ärzte die Befreiung aus diesem maroden und betrügerischen Abrechnungssystem über die KV mit den Kassen nicht selbst wagen und schaffen, dann werden sie schon morgen in Einzelverträge mit den Kassen gepresst werden, die sie dann in eine noch größere, nämlich sklavische Abhängigkeit von den Kassen bringen. In dieser Abhängigkeit wird der Freiberufler Arzt völlig vernichtet werden.

Zum Aufbau eines „staatlichen“ Gesundheitswesens, wie wir es zu DDR-Zeiten erlebt haben, wo der Staat der Eigentümer der Praxen ist und das Personal und die Ärzte als Angestellte beschäftigt sind, bestehen in diesem Staat keine Voraussetzungen und hierzu ist dieser Staat unfähig.

Hermann Hartmann würde sich im Grabe umdrehen, wenn er noch mit erleben müsste, dass die Ärzte so naiv sein und an für sie „günstige“ Direktverträge mit den Kassen glauben können. So etwas können nur Vertragsärzte, die die Geschichte des Kassenarztes und seinen jahrzehntelangen Kampf um die Honorare mit den gesetzlichen Kassen nicht kennen. Wiederholen wir also nicht die alten Fehler der Geschichte, meine lieben Kolleginnen und Kollegen Vertragsärzte, sondern lernen wir aus Ihnen, damit der Chorus Mysticus endlich verstummen muss.

Dr. med. Lothar Markus
NAV-Virchow-Bund
Landesvorsitzender Sachsen
Seeburgstraße 43, 04103 Leipzig

Ein medizinisch historischer Brückenschlag zwischen Deutschland und Polen

Wir leben in einer Zeit, in der Europa wieder zusammen wächst, nachdem es in den letzten zwei Jahrhunderten in zunehmendem Maße in Nationalstaaten zerfiel. In Kenntnis unserer gemeinsamen geistig-kulturellen Wurzeln soll zusammenwachsen, was zusammen gehört. Nur unter diesem Aspekt können historisch gewachsene Spannungen sich lösen, Vorurteile abgebaut werden und gegenseitige Achtung sich entwickeln.

Der tägliche Dienst am Krankenbett mit unseren jungen polnischen Kollegen lässt uns diesen Prozess lebhaft spürbar werden und mitgestalten.

Wer aber könnte zum gegenseitigen deutsch-polnischen Verständnis besser beitragen als einer, der in polnischer und deutscher Kultur aufgewachsen und in beiden Welten zu Hause ist. Erst kürzlich konnte auf die hochinteressante und mit großer Sensibilität von W. Kozuszek verfasste Festschrift zur „Geschichte der Medizinischen und Pharmakologischen Fakultät der Universität Breslau sowie der Medizinischen Akademie Wroclaw in den Jahren 1702 bis 2002“ (Leserzuschrift „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/03, S. 462) hingewiesen werden.

Nunmehr liegt Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Kozuszek, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Knappschaftskrankenhaus, Bochum-Langendreer, eine Monographie über „Johann von Mikulicz-Radecki 1805 bis 1905 – Mitbegründer der modernen Chirurgie“ (Wydawnictwa Uniwersytetu Wrocławskiego Sp. z o.o., 50–137 Wrocław, pl. Uniwersytecki 9/13, 2002) vor, die nicht nur Chirurgen, sondern Kollegen aller Fachrichtungen anspricht. Mit großer Sachkenntnis werden die Biographie von Mikulicz-Radecki und die historischen Bedingtheiten ihrer individuellen und gesellschaftlichen Verflechtungen analysiert. Reich bebildert wird auf 262 Seiten simultan in polnisch und deutsch der Lebensgeschichte, den Wurzeln der Herkunft und dem Werk von Mikulicz-Radecki nachgegangen und zugleich ein zeitgeschichtliches Panorama entwickelt. Der Bogen spannt sich vom östlichen Teil der ehemaligen K. u. K. Donaumonarchie (Bukowina) über Wien,

Krakau, Königsberg bis nach Breslau. Einfühlend und objektiv wird die Frage der Nationalität von Mikulicz-Radecki erörtert. Im Geleitwort schreibt H.-J. Peiper: „In W. Kozuszek hat sich ein Autor gefunden, der durch seine eigene Herkunft aus Oberschlesien, seine Schulzeit in einem deutschen Gymnasium und einem polnischen Lyzeum und sein Medizinstudium in Wroclaw (Breslau) sowie durch seinen Weg zum Chirurgen bis über die Habilitation hinaus an der alten Mikulicz-Klinik und bis zu dem Entschluss, in das westliche Deutschland überzuwechseln, in der Lage war, das Spannungsfeld im Leben von Mikulicz-Radecki hervorragend und kompetent zu schildern.“

Das Werk geht weit über das chirurgische Feld hinaus und zieht auch den nichtchirurgisch Tätigen in seinen Bann. Es gibt zum Nachdenken Anlass, wenn in der Einleitung Billroth aus dem Jahre 1873 wie folgt zitiert wird: „Gewiss ist Ihr Gedanke, eine Anzahl Biographien von Chirurgen herauszugeben, ein sehr glücklicher und das Unternehmen ein sehr verdienstvolles (...). Ebenso gewiss aber scheint es mir, dass die Zeitstimmung demselben nicht besonders günstig ist (...). Das Interesse des Individuums am Individuum hat sich verloren (...). Die Zeit hat mit sich selbst zu tun, sich zu verstehen, da ist wenig Sinn für das Vergangene.“ Dem ist aus moderner Sicht wohl wenig hinzuzufügen.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch
3. Medizinische Klinik, Klinikum Hoyerswerda
Maria-Grollmuß-Straße 10, 02977 Hoyerswerda

Die Publikationen von Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Sp. z o. o. sind erhältlich in:

- www.wuwr.com.pl
- Księgarnia Uniwersytecka
50-137 Wrocław, pl. Uniwersytecki 9/13
Tel. + 48 (0)71 3752923
- Księgarnia Naukowa im.
Mikołaja Kopernika
50-138 Wrocław, ul. Kuźnicza 30/33
Tel. + 48 (0)71 3432977

Alle Publikationen aus dem Angebot der Buchhandlung sind auch auf dem Postweg erhältlich.

Friedemann Schmidt
Präsident der
Sächsischen Apothekerkammer 17. 3. 2004

Sehr geehrter Herr Präsident, in der zusammenfassenden Darstellung Ihres Vortrages am 10. 12. 2003 im „Ärzteblatt Sachsen“ bemängeln Sie die alleinige ökonomische und medizinische Verantwortung der Ärzteschaft für die Arzneimittelverordnung. Zu Ihrer in diesem Zusammenhang geäußerten Kritik an den anderen Beteiligten (Pharmaindustrie, Kassen, BMGS und Apothekerschaft) erlauben Sie mir stellvertretend für die Apothekerschaft folgende Bemerkungen.

Eine teilweise Übernahme der wirtschaftlichen Verantwortung für die Arzneimittelauswahl durch die Apotheker ist bislang zumindest von den niedergelassenen Ärzten immer konsequent abgelehnt worden. Die dazu bereits vorhandenen Instrumente (Wirkstoffverordnung, aut-idem-Regelung) wurden nicht nur nicht genutzt, sie wurden im Gegenteil stets bewusst ausgeschlossen. Ich habe in meiner gesamten fast 15-jährigen Apothekenpraxis viel-

leicht 10 bewusst vorgenommene Wirkstoffverordnungen erlebt, diese kamen ausschließlich aus Krankenhausambulanzen. Gleiches gilt für die aut-idem-Regelung, über deren schlechte Qualität wir uns zwar sicherlich einig sind, die aber bei konsequenter Anwendung doch bestimmte Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Generikaverordnung erschlossen hätte.

Mit der flächendeckenden Einführung von Hausapothekenmodellen, die EDV-gestützte Medikationsdateien für die eingeschriebenen Patienten enthalten, werden wir in den nächsten Monaten zunehmend in der Lage sein, die gewünschte kontinuierliche Versorgung der Patienten mit dem gewohnten Fertigarzneimittel sicherzustellen, soweit dieses den nochmals verschärften gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsvorschriften entspricht. Wenn Ihre niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen also in der Zukunft einen gewissen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung für die Arzneimittelauswahl abzugeben wünschen, stehen wir gern zum Dialog bereit. Gute Erfahrungen aus dem stationären Bereich, die Sie gewiss persönlich bestätigen können, sprechen eigent-

lich für die Erfolgsaussichten einer solchen Zusammenarbeit.

Hinsichtlich der von Ihnen angedeuteten Schwierigkeiten beim Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattung stimme ich Ihnen insoweit zu, dass aufgrund des Fehlens einer verbindlichen gesetzlichen Grundlage kommunikative Schwierigkeiten zwischen Apotheken und Arztpraxen aufgetreten sind. Auch in den Apotheken war die Not groß, den unzufriedenen Patienten halbwegs zutreffende Auskünfte zu erteilen. Dieser unangenehme Zustand sollte mit Erscheinen der Liste des Gemeinsamen Bundesausschusses heute beendet sein. Darüber sind auch wir sehr froh.

Ich würde mir wünschen, sehr geehrter Herr Präsident, unsere Berufsstände könnten die noch immer bestehenden alten Animositäten endlich begraben und zu einer so vertrauensvollen Zusammenarbeit kommen, wie wir sie zwischen unseren beiden Kammerorganisationen bereits praktizieren.

Ihr Friedemann Schmidt

Die Wirklichkeit des Reichs der Töne



Prof. Dr. Ingo Zimmermann

Reflexionen zur Seniorenveranstaltung der Kreisärztekammer Dresden am 3. März 2004

Seit mehreren Jahren unterstützt die Kreisärztekammer Dresden für ihre Seniorinnen und Senioren eine rege Veranstaltungstätigkeit. Zu vier Terminen im Jahr sowie im Rahmen einer gemeinsamen Ausfahrt treffen sich

ehemalige Kolleginnen und Kollegen des Kreisgebiets Dresden zu Vorträgen, Besuch interessanter Einrichtungen sowie zum Gedankenaustausch. Höhepunkte dieser Veranstaltungsreihe in den vergangenen Jahren waren der Besuch der Synagoge, sowie der Besuch im Ständehaus mit Führung durch den Präsidenten des Oberlandesgerichtes.

Einen zahlenmäßigen Besucherrekord bot hingegen die unlängst stattgehabte Veranstaltung in den Räumen des Kammergebäudes. Mehr als 160 Gäste folgten im Plenarsaal den Ausführungen von Prof. Dr. Ingo Zimmermann zum Thema: „Die Wirklichkeit des Reichs der Töne – Geschichtliche Wirkungen der Musik in Sachsen“.

Im Gegensatz zu manch anderem Vortrag, welcher durch Fotos und Übersichten im abgedunkelten Auditorium die Zuhörer in den Bann zieht, überzeugte Prof. Zimmermann mit der profanen Wirklichkeit der Macht des Wortes. Im hellen Plenarsaal – ohne Dia oder Video – erlebte der Besucher eine wortgetragene gewaltige Zeitreise durch die Geschichte Sachsens und seiner Musik. Ausgehend vom Goethedgedicht:

*Müset im Naturbetrachten
Immer eins wie alles achten
Nichts ist drinnen, nichts ist draußen;
Denn was innen, das ist außen.
So ergreift ohne Säumnis
Heilig öffentlich Geheimnis.*

wurde ein Bogen von Heinrich dem Erlauchten, Markgraf von Meißen, als Dichter und Komponist der mittelalterlichen Hofkunst des Minnegesangs bis hin zur Problematik des Kulturerhalts in heutiger Zeit geschlagen, der angesichts der dramatischen Aktualität des Letztgenannten noch so manche Frage offen lässt.

Interessant die Rolle der Musik zur Lutherzeit, die insbesondere nach der Reformation mit den Luther-Chorälen in deutscher Sprache nunmehr eine breite Verbreitung im Volk fand. Erwähnung fand Kurfürst Moritz, der mit der Gründung der ersten Hofkantorei 1548 die Grundlagen für die sächsische Hofkapelle, die jetzige Sächsische Staatskapelle, legte. Die Reise setzte sich fort zu Heinrich Schütz, der als „Vater der deutschen Musik“ in die Geschichte einging. Gewürdigt wurde das Schaffen



von Johann Sebastian Bach als Thomaskantor in Leipzig, die Rolle Carl Maria von Weber sowie die Berufung des erst 26-jährigen Felix Mendelssohn Bartholdy an die Spitze des Gewandhausorchesters in Leipzig. Nicht zu vergessen die Bedeutung Robert Schumanns, Richard Wagners sowie die Anfang des 20. Jahrhunderts zahlreichen Strauss-Uraufführungen in der königlichen Oper. Dabei sei an „Feuersnot“ 1901, „Salome“ 1905, „Elektra“ 1909, „Rosenkavalier“ 1911 sowie an „Daphne“ 1938 erinnert. Letztere dem großen Dirigenten Karl Böhm gewidmet.

Interessante Aspekte legte der Referent zur Rolle der sächsischen Komponistengeschichte, der Kirchen, ihrer Musik und deren Beziehung zur Wendezeit dar. Können Bachs Passionen auch als Wegbereiter der „sächsischen Revolution“ verstanden werden?

Prof. Zimmermann offerierte in seinen 70-minütigen Vortrag mit der Wirklichkeit der Macht des Wortes geschichtliche Konturen des Reichs der Töne und zeigte eben dieses Reich als einen Teil unserer Kultur und unseres inneren Reichtums.

Weit spannten sich sicher die Assoziationen der Besucher. In ihren Gedanken reflektierten sie im Vortrag manch erlebten Opern- und Konzertabend in der Stadt und Umland. Fast bedrängnisvoll die erneute Erkenntnis, welch reichhaltigen Schatz nicht nur Dresden und Leipzig, sondern der gesamte mitteldeutsche Raum verbirgt. Gleichsam verpflichtend, sich mit diesem Erbe auch weiterhin auseinander zu setzen. Abschließend denn auch die Forderung, zunächst nach dem „Warum“ zum Aufwand der Förderung von Kultur zu fragen. Zitat: „Er ist nötig, damit was innen ist, auch außen erhalten bleibt, damit das Reich der Töne in seiner Wirklichkeit uns weiterhin die Fülle gelebten Lebens gewährt. Wer das Warum zu beantworten weiß, wird auf jedes Wie eine Antwort finden.“

Prof. Dr. Ingo Zimmermann, geboren 1940 in Dresden, studierte Theologie in Leipzig. Seit 1994 hat er die Professur für Kulturgeschichte an der Hochschule für Musik in Dresden inne. Präsident des Sächsischen Musikrates von 1995 bis 2003, ist er seit Juni 2002 Präsident der Sächsischen Akademie der Künste.

Dr. Michael Nitschke
Kreisärztekammer Dresden

Anliegen des Landesverbandes der Gehörlosen

Die Gesundheit ist ein wichtiges, wenn nicht sogar das wichtigste Gut des Menschen. Mit ihr muss man sorgsam umgehen und möglichst nichts tun, was sie untergräbt.

Trotz aller Vorsicht und Vorsorge kommt es vor, dass man krank wird. Auch gehörlose Menschen werden krank.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sollte von gegenseitigem Vertrauen geprägt sein. Vertrauen basiert auf einer guten Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Hier beginnt das Problem. Ein gehörloser Patient versteht nicht oder nur teilweise, was ihm der Arzt sagt. Umgekehrt ist es oftmals genau so.

Diese Situation lässt sich relativ einfach meistern, indem ein Gebärdensprachdolmetscher hinzugezogen wird. Die Kosten dafür übernehmen die Krankenkassen. Das eigentliche Problem liegt bei der dritten Person. Beim Gespräch mit dem Arzt kommen intimste Fak-

ten zur Sprache. Es ist nicht jedermanns Sache, vor dritten Personen davon zu sprechen. Ein möglicher Ausweg ist, der Arzt kann sich mit Gebärden verständlich machen. Sicherlich gibt es unter den sächsischen Ärzten einige, die schon Bekanntschaft mit der Gebärdensprache gemacht haben und diese Kenntnisse mehr oder weniger gut anwenden können. Für einen gehörlosen Patienten wäre das schon ein Gewinn. Um dies nutzen zu können, möchten wir alle Ärzte mit solchen Kenntnissen bitten, sich bei der Geschäftsstelle des Landesverbandes der Gehörlosen Sachsen e. V. Carolinenstr. 10 in 01097 Dresden, Tel. 0351/ 804 1879, Fax 0351 803 0772 zu melden. Darüber freuen sich etwa 4000 Gehörlose Sachsens!

Jürgen Kotte
2. Vorsitzender des Landesverbandes der Gehörlosen Sachsen e.V.

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.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug zum 70. Geburtstag

Am 27. April 2004 feierte Professor Dr. med. habil. Winfried Klug seinen Ehrentag. Herzlichen Glückwunsch!

Es ist unglaublich, aber schon wieder sind fünf Jahre vergangen, seit wir Herrn Professor Klug zum Ausscheiden aus der klinischen Arbeit am Universitätsklinikum geehrt haben. Ein aktives Leben liegt hinter ihm. Wer ihn kennt, weiß: weitere aktive Jahre werden folgen. Dies liegt in seiner zielstrebigem Lebensphilosophie begründet. Trotz der Kriegswirren hat er bereits mit 18 Jahren sein Abitur bestanden und mit 24 das Medizinische Staatsexamen sowie die Promotion abgeschlossen. Seit 1958 ist der gebürtige Vogtländer in Dresden tätig. Seine Arbeit führte ihn in die Krankenhäuser Dresden-Friedrichstadt (1958 bis 1966), das St. Joseph-Stift (1966 bis 1975), Dresden-Neustadt (1976 bis 1981) und schließlich das Universitätsklinikum (1981 bis 1999). Hier wurde er 1992 zum Leitenden Arzt der Abteilung Chirurgie der Zentralen Hochschulpoliklinik und im gleichen Jahr zum Professor im Fachgebiet Chirurgie ernannt.

Seit seinem Ausscheiden aus der ärztlich-klinischen Tätigkeit ist viel Wasser (teilweise zuviel) die Elbe herunter geflossen. Dennoch weht sein Geist für alle merkbar noch heute durch die Räume der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik. Er hat diese nachhaltig geprägt. Sein Organisationstalent, die Führung der Mitarbeiter, die ärztliche Zuwendung zum Patienten und nicht zuletzt sein chirurgisches Können waren außergewöhnlich und beispielhaft. Die inzwischen hinzugekommenen Anforderungen der täglichen Arbeit durch DRG, die damit verbundenen Steigerungen der ambulanten Operationen, der Umstieg auf ein neues elektronisches Organisationssystem



hätte Professor Klug mit Leichtigkeit in enormer Geschwindigkeit umgesetzt. Er stellte sich neuen Herausforderungen stets gern mit sehr rationellem und damit effizientem Engagement und blieb neuen Ideen gegenüber immer in höchstem Maße aufgeschlossen. Davon zeugt auch sein „Berufswechsel“ vom Arzt zum Journalisten. Wenn er heute als Chefredakteur des „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgreich ist, sind die Gründe bereits in der Zeit seiner aktiven chirurgischen Tätigkeit zu finden. Er hat nicht nur mehr als 200 Publikationen und acht Monographien veröffentlicht, er betreute auch eine Vielzahl von Doktoranden, denen er wissenschaftlich und literarisch auf die Sprünge half. Darüber hinaus ist er als Sachverständiger bei Berufsgenossenschaften, Gerichten und Schlichtungsstellen außerordentlich gefragt und hat Gutachten in der

ihm eigenen Art schnellstens, kompetent und in klarer Diktion erledigt.

Es ist mir nicht gelungen, Herrn Professor Klug zu bewegen, dem von ihm begründeten und sehr erfolgreichen Dresdner Arbeitskreis für Colo-Proktologie auch weiterhin vorzustehen. Im Januar dieses Jahres hat er anlässlich der 13. Fortbildungsveranstaltung die Leitung abgegeben. Aber auch das spricht für ihn. Er ist damit konsequent seiner Einstellung gefolgt, dem Nachwuchs Wege aufzuzeigen und Verantwortung zu übertragen.

Herr Professor Klug ist mit seinen 70 Jahren jung geblieben – körperlich und geistig. Er kann auf eine Vielzahl von dankbaren Patienten sowie Kollegen und Mitarbeitern und in den letzten Jahren interessierte Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ zurückblicken. Allen Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie ist er nach wie vor in lebhafter, bester Erinnerung.

Unsere herzlichen Wünsche für die Zukunft begleiten ihn.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger, Dresden

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium vom „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen Herrn Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug weiterhin beste Gesundheit, Schaffenskraft und Wohlergehen.

Wir bedanken uns bei unserem Chefredakteur für seinen unermüdlichen und akribischen Einsatz und prägenden Gestaltungswillen für unser Kammerorgan.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden

Prof. Dr. med. habil. Karl-Wilhelm Haake zum 70. Geburtstag



Herr Karl-Wilhelm Haake wurde am 6. Mai 1934 in Weimar als Sohn eines Kammermusikers geboren.

Nach einem abgeschlossenen Musikstudium studierte er Medizin an der Universität Leipzig. Seine Facharztausbildung begann er zunächst an der Städtischen Frauenklinik Leipzig. Ende 1971 wechselte Herr Haake für fünf Jahre an das evangelische Krankenhaus Bethanien in Leipzig. 1974 legte er die Facharztprüfung ab. Nach kurzfristiger Tätigkeit als ambulanter Frauenarzt erfolgte 1978 eine Anstellung an der Universitätsfrauenklinik Leipzig. Hier wurde er 1981 zum Oberarzt ernannt. Bereits seit dem Ende der 70er Jahre beschäftigte er sich im Auftrag des Klinikdirektors Prof. Dr. Bilek mit der In-vitro-Fertilisation. Ihm ist es mit zu verdanken, dass diese Methode 1985 erfolgreich an der Universitätsfrauenklinik etabliert wurde. Dafür erhielt Herr Prof. Dr. Haake 1986 zusammen mit Prof. Dr. Henry Alexander den Gustav-Hertz-Preis der Universität Leipzig. Über all die Jahre seiner Tätigkeit an der Universitätsfrauenklinik führte er eine Sterilitätssprechstunde durch. Vielen Paaren hat er zu einem Wunschkind verholfen. 1984 verteidigte er erfolgreich seine Habilitationarbeit.

In dem „akademischen Jahr“ von 1984/1985 weilte Herr Haake am Gondar College of Medical Science in Äthiopien, um dort die Ausbildung äthiopischer Medizinstudenten zu ermöglichen. Im Jahre 1985 wurde Herr Haake zum Hochschuldozenten berufen und 1996 zum außerordentlichen Professor ernannt.

Als Hochschullehrer kümmerte er sich als Lehrbeauftragter in all den Jahren um die Umsetzung der studentischen Ausbildung an der Universitätsfrauenklinik Leipzig.

Seine Tätigkeit an der Klinik war geprägt durch hohe fachliche Kompetenz und ärztliche Sorgfalt. Auch nach seinem altersgemäßen Ausscheiden aus der Universitätsfrauenklinik im Jahre 1999 ist er noch wissenschaftlich aktiv. Wir wünschen dem vielseitigen Jubilar für die weiteren Jahre eine gute Gesundheit, Zufriedenheit und weitere Freude an seiner wissenschaftlichen Tätigkeiten.

Prof. Dr. med. Henry Alexander, Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Christoph Vogtmann zum 65. Geburtstag



Am 17. April 2004 beging Professor Christoph Vogtmann seinen 65. Geburtstag.

Es ist uns ein großes Bedürfnis, ihm zu diesem Ehrentag die herzlichsten Glückwünsche auszusprechen.

Christoph Vogtmann wurde 1939 in Biala geboren. Die Oberschule in Annaberg/Buchholz schloss er 1957 mit dem Abitur ab. Anschließend Studium der Humanmedizin in Leipzig bis 1963 und Verteidigung der Promotionschrift. 1964 begann er eine Tätigkeit als Assistent am Physiologischen Institut der Universität Greifswald und 1966 seine Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde an der Karl-Marx-Universität Leipzig. Mit enormer Energie und großem klinischen Forschergeist erarbeitete er die Grundlagen zum Aufbau einer Neonatologischen Intensivstation in unmittelbarer Nähe zum Kreißsaal der Uni-

versitäts-Frauenklinik. Unter für uns kaum vorstellbaren Schwierigkeiten entwickelte er eine suffiziente Behandlungsmöglichkeit des Atemnotsyndroms des Frühgeborenen, wodurch eine drastische Senkung der Mortalität erreicht wurde. Es ist für seine Schüler ungemain wertvoll, aus seinen Erfahrungen dieser Zeit zu hören, die Begeisterung für die Arbeit im Interesse der Kinder zu spüren und aus den Erfolgen und auch Misserfolgen zu lernen. 1979 verteidigte Professor Vogtmann seine Promotion B. 1982 bis 1983 lehrte er im Rahmen einer Gastprofessur an der Universität Addis Abeba im Gondar-College of Medical Science in Äthiopien. Er wandte sich mit großer Energie der Ausbildung der äthiopischen Studenten zu, aber er wurde auch mit selbst für den erfahrenen Kinderarzt wenig bekannten Krankheitsbildern konfrontiert und vor spezifische ethische Konfliktsituationen gestellt.

Seit 1990 leitet Professor Vogtmann die Abteilung Neonatologie der Leipziger Universitäts- Kinderklinik. 1993 wurde er zum C3-Professor für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie berufen.

In den Jahren seiner Tätigkeit in der Neonatologie hat Professor Christoph Vogtmann als höchstes Ziel vielfältige Bemühungen zur Verbesserung der Überlebensrate und die Erhöhung der Lebensqualität Frühgeborener und postnatal schwer deprimierter Neugeborener in den Vordergrund gestellt. Im Rahmen seiner Tätigkeit als Abteilungsleiter für Neonatologie, wirkend in den Räumen der Universitäts- Frauenklinik, hat Professor Vogtmann zur Förderung der Perinatologie, der engen, für das Wohl der Patienten unabdingbaren Zusammenarbeit zwischen Pränatalmedizin,

Geburtshilfe und Neonatologie, genutzt. Beispielgebend hat er es verstanden, pathophysiologische Bedingungen des pränatalen Lebens als Grundlage für postnatale Probleme zu erkennen und kausale Behandlungen zu ermöglichen. Wissenschaftlicher Experimentiergeist, genutzt im Interesse der Kinder, ist kennzeichnend für ihn. Nicht in jeder Situation war es für jeden Mitarbeiter leicht, seine Kritik als produktiv und lehrreich, zu verstehen. Aber aus solchen Reibungssituationen sind besonders für die angesprochenen Kollegen häufig neue Energien erwachsen.

Mit dieser kleinen Schrift wird es uns nicht möglich sein, das Bild des Kinderarztes und Hochschullehrers klar und lückenlos zu zeichnen. Alle die ihn kennen, mögen selbst

ergänzen, was wir versäumten. Letztlich soll dies kein Gedenkbrief, keine vollendete, abschließende Laudatio sein. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, Professor Christoph Vogtmann für seine bisherige Tätigkeit zu danken. Wir freuen uns auf kommende Zusammenarbeit, denn wir sind uns sicher, dass besonders nach Entledigung aller bürokratischer Fesseln, uns der Wissenschaftler Christoph Vogtmann weiterhin zur Seite stehen wird.

Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig
Oberarzt der Neonatologischen Intensivstation

Im Namen aller Mitarbeiter der Klinik
und Poliklinik für Kinder und Jugendliche
der Universität Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Joachim Schauer zum 65. Geburtstag



Am 25. April 1939 in Magdeburg geboren studierte Joachim Schauer Humanmedizin in Leipzig, absolvierte hier seine Facharzt Ausbildung für Innere Medizin und habilitierte sich 1976. Als Oberarzt der Klinik für Innere

Medizin am Universitätsklinikum Leipzig wurde er 1983 Leiter der Abteilung Pneumologie, 1988 außerordentlicher Professor, 1990 schließlich ordentlicher Professor und Direktor der Klinik für Innere Medizin. In dieser Zeit war er auch als Prodekan wesentlich an der akademischen Neugestaltung der Medizinischen Fakultät beteiligt. 1993 wurde er Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I. Von 1995 bis 2000 war er Leitender Ärztlicher Direktor, von 2000 bis 2001 Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums.

Als Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin wurde er später deren Vorsitzender. Die von ihm mit begründete Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie wählte ihn für die Jahre 1999 bis 2002 zu ihrem Präsidenten.

Wissenschaftlicher Schwerpunkt Prof. Schauers war das Gebiet der kardiopulmonalen Interaktionen, insbesondere die pulmonale Hypertonie. Unter seiner Leitung wurde Leipzig eines der führenden Zentren für dieses komplexe

Krankheitsbild in Deutschland. Zahlreiche Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften, ungezählte Vorträge und die Integration in international anerkannte Forschergruppen bezeugen die erfolgreiche Arbeit einer eng am Patienten orientierten Forschung. Begeisterte Studenten, eine große Zahl anspruchsvoller Dissertationen und erfolgreiche Habilitationen seiner Mitarbeiter zeugen vom erfolgreichen Wirken Professor Schauers als Hochschullehrer.

Seit 1993 ist er als Vorsitzender einer Prüfungskommission für Innere Medizin bei der Sächsischen Landesärztekammer an der Facharzt Ausbildung beteiligt.

Das glückliche Zusammentreffen von fachlicher Weitsicht, organisatorischem Geschick, menschlicher Integrationsfähigkeit und positiver Motivationskraft hat wesentlich zum erfolgreichen Wirken auf den genannten Gebieten beigetragen.

Gerhard Hoheisel,
Jörg Winkler,
Hubert Wirtz

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

	60 Jahre				
01. 06.	Börner, Detlef 04509 Löbnitz	09. 06.	Dr. med. List, Bärbel 01587 Riesa	23. 06.	Prof. Dr. med. habil. Justus, Jakob 01326 Dresden
01. 06.	Dr. med. Zich, Paul 09130 Chemnitz	10. 06.	Dr. med. Herrfurth, Reinhold 02708 Löbau	23. 06.	Dr. med. Oesen, Luise-Maria 09380 Thalheim
02. 06.	Dr. med. Pröhl, Ingrid 08209 Vogelsgrün	10. 06.	Kretschmar, Dietmar 09128 Euba	24. 06.	Prof. Dr. med. habil. Schubert, Wolfgang 01324 Dresden
03. 06.	Dr. med. Geipel, Manfred 08066 Zwickau	11. 06.	Dr. med. Banse, Gudrun 01705 Pesterwitz	29. 06.	Dr. med. Günther, Ursula 01737 Tharandt
06. 06.	Dr. med. Ermer, Thomas 04838 Eilenburg	11. 06.	Dr. med. Varga, Julika 01896 Pulsnitz		75 Jahre
06. 06.	Dr. med. Franke, Reinhard 08359 Breitenbrunn	13. 06.	Dr. med. Christoph, Dieter 02708 Löbau	07. 06.	Dr. med. Hildebrandt, Ernst 01309 Dresden
06. 06.	Dr. med. Nachtigal, Beate 04279 Leipzig	14. 06.	Dr. med. Fischer, Ursula 09557 Flöha	14. 06.	Dr. med. Voigtländer, Siegfried 08371 Glauchau
09. 06.	Dipl.-Med. Evers, Margit 04416 Markkleeberg	16. 06.	Sachsenröder, Karla 04838 Eilenburg	22. 06.	Dr. med. Fuchs, Johannes 09127 Chemnitz
09. 06.	Dr. med. Götz, Ute 04451 Zweienfurth	17. 06.	Dr. med. Dieck, Helga 04316 Leipzig		80 Jahre
10. 06.	Dr. med. Großlaub, Dirk 01465 Langebrück	17. 06.	Dr. med. Witt, Ute 01307 Dresden	03. 06.	Dr. med. Geyer, Eva 09244 Lichtenau b. Chemnitz
11. 06.	Dr. med. Antoni, Christine 01257 Dresden	18. 06.	Dr. med. Jäger, Bärbel 01689 Weinböhla	08. 06.	Dr. med. Mederacke, Frank-Dietmar 01662 Meißen
12. 06.	Dr. med. Ernst, Annerose 04159 Leipzig	18. 06.	Kleefeldt, Jürgen 01936 Königsbrück	10. 06.	Prof. Dr. med. Kaufmann, Herbert Joseph 01762 Ammelsdorf
19. 06.	Heilmann, Peter 08468 Reichenbach	20. 06.	Weber, Hiltrud 04838 Mörtitz	25. 06.	Dr. med. Kirsch, Marija 09526 Olbernhau
19. 06.	Dr. med. habil. Kittel, Jens 08228 Rodewisch	21. 06.	Dr. med. Winkler, Barbara 02708 Löbau	25. 06.	Dr. med. Meyer-Nitzschke, Rosemarie 04552 Borna
19. 06.	Dr. med. Werner, Hartmut 95138 Bad Steben	22. 06.	Dr. med. Thiele, Heide 01809 Heidenau		81 Jahre
21. 06.	Hoffmann, Gisela 09380 Thalheim	23. 06.	Dr. med. Drubig, Rosemarie 01662 Meißen	24. 06.	Dr. med. Müller, Sigrid 01705 Freital
22. 06.	Dr. med. Wachter, Lutz 01259 Dresden	23. 06.	Dr. med. Riemer, Karin 09600 Kleinschirma		82 Jahre
23. 06.	Dr. med. Claußnitzer, Dietmar 09496 Marienberg	23. 06.	Dr. med. Seifert, Gerald 09577 Niederwiesa	09. 06.	Prof. Dr. med. Claus, Justus 04103 Leipzig
25. 06.	Dipl.-Med. Uhlemann, Dietmar 09217 Burgstädt	24. 06.	Dr. med. Schumann, Claus 04838 Eilenburg	17. 06.	Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Wolfgang 08451 Crimmitschau
26. 06.	Dr. med. Schröder, Hartmut 08349 Erlabrunn	30. 06.	Dr. med. Förster, Margitta 01324 Dresden		84 Jahre
26. 06.	Uhlmann, Bärbel 09113 Chemnitz	30. 06.	Dr. med. Gocht, Wolfgang 02779 Hainewalde	09. 06.	Dr. med. Stegmann, Johannes 08645 Bad Elster
28. 06.	Dipl.-Med. Heß, Gerlinde 04509 Delitzsch		70 Jahre	12. 06.	Dr. med. Scholze, Siegfried 01877 Bischofswerda
28. 06.	Dr. med. Sage, Siegfried 01445 Radebeul	01. 06.	Dr. med. Heinrich, Roland 09212 Limbach-Oberfrohna	20. 06.	Prof. Dr. med. habil. Trenckmann, Heinz 04299 Leipzig
29. 06.	Dr. med. Oesen, Ute 09114 Chemnitz	03. 06.	Dr. med. Däßler, Klaus 01737 Kurort Hartha		85 Jahre
	65 Jahre	04. 06.	Dr. med. Munde, Barbara 01309 Dresden	24. 06.	Dr. med. Ochernal, Annaliese 01309 Dresden
01. 06.	Dr. med. Berger, Peter 04289 Leipzig	05. 06.	Dr. med. Vietor, Friedhelm 01109 Dresden		86 Jahre
02. 06.	Dr. med. Furkert, Bodo 04880 Dommitzsch	06. 06.	Dr. med. Müller, Hildegard 01067 Dresden	03. 06.	Dr. med. Schreckenbach, Gerhard 04552 Borna
04. 06.	Dr. med. habil. Sandig, Klaus-Rainer 04107 Leipzig	06. 06.	Dr. med. Schmoranzner-Schwenke, Hermine 04157 Leipzig	27. 06.	Dr. med. Pongratz, Gudrun 01689 Weinböhla
06. 06.	Helbig, Regine 08312 Lauter	08. 06.	Dr. med. Leutert, Hannelore 01744 Dippoldiswalde	29. 06.	Dr. med. Sobtzick, Ernst 08060 Zwickau
07. 06.	Dr. med. Liebold, Hildegard 08258 Markneukirchen	11. 06.	Dr. med. Kandler, Gisela 01109 Dresden		88 Jahre
08. 06.	Dipl.-Med. Kaplonek, Werner 01069 Dresden	12. 06.	Dr. med. Zschornack, Martin 01920 Räckelwitz	27. 06.	Dr. med. Chudoba, Erhard 09599 Freiberg
08. 06.	Dr. med. Müller, Dietmar 09306 Wechselburg	15. 06.	Prof. Dr. med. habil. Tauchnitz, Christian 04299 Leipzig		89 Jahre
08. 06.	Schäker, Annerose 04105 Leipzig	16. 06.	Dr. med. Gabel, Hanna 09350 Lichtenstein	20. 06.	Dr. med. Parisius, Ullrich 04860 Torgau
09. 06.	Alt, Dietmar 09306 Rochlitz	17. 06.	Dreilich, Siegfried 04463 Großpösna		
09. 06.	Haas, Rosemarie 01445 Radebeul	22. 06.	Dr. med. Scharch, Brigitte 08523 Plauen		

12 Jahre Haft für den Leibarzt



Caspar Peucer, Arzt und Humanist, Stadtmuseum Bautzen, Frau Rehor

Im April 1574 wurde Caspar Peucer, Humanist, Arzt und Universalgelehrter (er war Professor für Mathematik, Physik und Medizin), der Schwiegersohn von Philipp Melanchthon, Rektor und Dekan der Universität Wittenberg und Leibarzt des Kurfürsten August von Sachsen, verhaftet. Einige Wittenberger Professoren und auch Persönlichkeiten des Dresdener Hofes ereilte dasselbe Schicksal. Mit Verhören, Folter, Gefängnis und Ausweisungen aus Sachsen peinigte und strafte Kurfürst August diese Untertanen, aber warum? Verfolgen wir das Leben von Caspar Peucer! Am 6. Januar 1525 in Bautzen geboren, kam Caspar Peucer als begabter Student 1540 nach Wittenberg und studierte Mathematik, Astronomie, Theologie und Medizin. Er war Schüler und Hausgenosse von Philipp Melanchthon und heiratete dessen jüngste Tochter, Magdalena, mit der er 10 Kinder hatte. 1566 war Prof. Dr. Caspar Peucer von Kaiser Maximilian II. geadelt worden und 1570 berief ihn Kurfürst August von Sachsen (Regierungszeit 1553 bis 1586) zu seinem Leibarzt.

Zur Achillesferse des Caspar Peucer wurde die Religion. Er teilte die Ansichten Melanchthons, die verschiedentlich vom orthodoxen Luthertum abwichen (Philippisten) und der calvinistischen Richtung nahe kamen.

Die Kryptocalvinisten waren keine Umstürzler, ihre Schriften wurden nicht heimlich ge-



Kurfürst August von Sachsen, Fürstenbildnisse aus dem Hause Wettin, Dresden 1906

druckt, der Wittenberger Katechismus war ein bekanntes Buch. Da aber diese religiöse Bewegung immer stärker wurde, sah der strenge Lutheraner Kurfürst August eine Gefahr für sein Land. Unter dem Verdacht der Verschwörung, überzeugt vom Verrat am Luthertum, einem Bürgerkrieg und dem Verderb der Jugend vorbeugend, sagte er den Vertretern der „Irrlehre“ einen erbitterten Kampf an.

Der Kurfürst war auf Peucer besonders zornig, weil er ihm seinen Leib, sein Weib und Kind anvertraut hatte. Noch zorniger auf Peucer war die Kurfürstin Anna, da von Peucer bekannt wurde, dass er das Weiberregiment am Dresdener Hof verspöttelt und damit die regierungssüchtige „Mutter Anna“ gemeint hatte. Diese versprach deshalb, dass Peucer, so lange sie lebe, nicht aus der Haft käme. Und so geschah es auch.

Von August 1574 bis Juli 1576 war Caspar Peucer mit seiner Familie in den Schlössern Rochlitz und Zeitz inhaftiert. Er wurde verhört und bespitzelt. Da er nicht widerrief, gab der Kurfürst Befehl zur Einzelhaft. Sein Kerker war für fast 10 Jahre die Pleißenburg in Leipzig. Karge Kost, schlechte hygienische Bedingungen (während der gesamten Haft wurden die Haare nicht geschnitten), bis auf weitere Verhöre gab es keine Kommunikation, die Kosten der Gefangenschaft musste Peucer selbst tragen, während seiner Haft in



Kurfürstin Anna von Sachsen, Fürstenbildnisse aus dem Hause Wettin, Dresden 1906

der Pleißenburg verstarb in Wittenberg seine Frau, alle Bittschreiben lehnte Kurfürst August ab und selbst Kaiser Maximilian II., der um Peucers Freilassung nachsuchte, änderte an der Lage nichts. Der Kurfürst wollte unbedingt, dass Peucer von seinem Bekenntnis zum Abendmahl abschwöre. Der Leipziger Bürgermeister Rauschar und die Theologieprofessoren Andreä (Tübingen) und Selnecker (Leipzig)



Diese Tür blieb für Peucer 10 Jahre verschlossen, Wustmann (Atlas), Leipzig 1891



*Kurfürst August von Sachsen im Alter, Fürsten-
bildnisse aus dem Hause Wettin, Dresden 1906*

kamen im kurfürstlichen Auftrag in die Zelle und quälten den Gefangenen stundenlang, drohten mit der Folter und auch mit dem Tod. Peucer blieb standhaft, ja die Verachtung seines Fürsten bestärkte ihn in der Richtigkeit seines Glaubens und er wagte einen verwegenen Gegenangriff, indem er Kurfürst August aufforderte, sich selbst zu bekehren und den Gotteslästerungen eines Jacob Andreä entgegenzutreten. 1583 starb Kurfürstin Anna. Der

Witwer hatte ein Auge auf die anhaltinische Prinzessin Agnes Hedwig geworfen und als sie im Alter von 13 Jahren seine 2. Gemahlin wurde, hatte sie zusammen mit ihrem Vater, Fürst Joachim Ernst, Peucers Freilassung zur Bedingung gestellt. So öffneten sich am 8. Februar 1586 für Caspar Peucer die Tore der Pleißenburg. Er musste allerdings ein Revers unterschreiben, dass er sich jeglicher Art von Rache gegen den Kurfürst von Sachsen und dessen Nachkommen enthalten werde und die Söhne Caspar d.J. und Philipp Peucer sowie Fürst Joachim Ernst müssten bürgen, dass der Freigelassene das Land Sachsen nie wieder betrete.

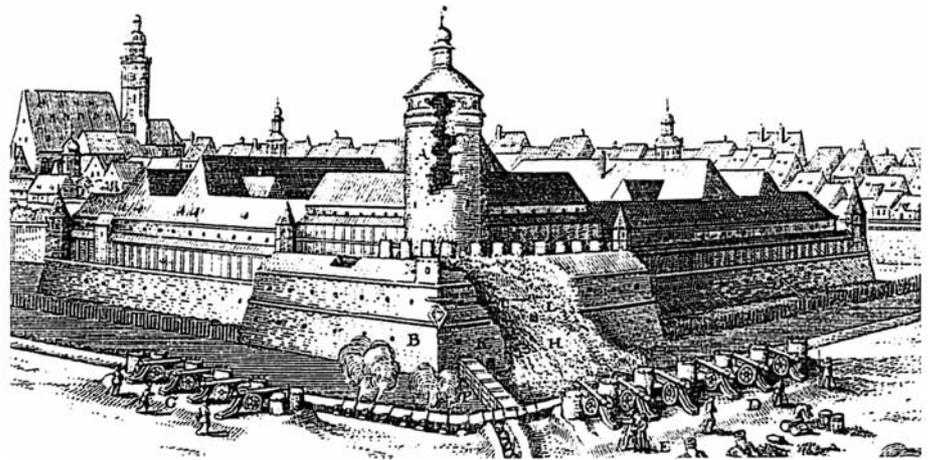
Drei Tage nach Peucers neuer Freiheit verstarb Kurfürst August. Sein Sohn Christian I., einziger den Vater überlebender männlicher Nachkomme von insgesamt 15 Kindern, stand der calvinistischen Lehre tolerant gegenüber und entschuldigte sich persönlich bei Caspar Peucer für das Verhalten seiner Eltern.

Caspar Peucer wurde Leibarzt am Dessauer Hof, Fürstenberater und Prinzenzieher. Er heiratete 1587 die Witwe des Bautzener Bürgermeisters Berckmann, erfreute sich seiner Familie mit über 40 Enkelkindern und war bis an sein Lebensende noch ungemein literarisch tätig.

Caspar Peucer starb am 25. September 1602 in Dessau.

Die Stadt Bautzen ehrte ihren berühmten Sohn im Jahre 2002 im Rahmen der 1000-Jahr-Feier der Stadt zum 400. Todestag mit verschiedenen Würdigungen (Sonderausstellung zu Leben und Werk von Caspar Peucer, Aufstellung einer Porträtbüste und Benennung einer Caspar-Peucer-Straße).

Dr. med. Heinz Zehmisch,
Stresemannstraße 40
08523 Plauen



Die Pleißenburg in Leipzig, Otto Roth, Leipzig 1895

Nur zehn Euro...

Der beliebte Hausarzt Dr. Zukunft in Zweifelsdorf hatte mit seinem Team das Jahr 2004 gut vorbereitet. Er hatte seine Mitarbeiter umfassend über das neue „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ informiert. Dabei hatte er dessen Vorteile für Hausarztpraxen dargestellt, z.B. die Stärkung der hausärztlichen Position in der ambulanten Versorgung, die Vorteile der DMPs z.B. bei der Betreuung der Diabetiker, den Wert der integrierten Versorgung usw.

Auf die geforderte Zahlung von 10 Euro pro Patient und Quartal hatte man sich ebenfalls eingestellt. Man hatte Quittungsböcke zum Durchschreiben vorrätig. Im PC war eine gesonderte Datei zur Erfassung und Tagesabrechnung der gezahlten Beträge vorgesehen. Eine verschleißbare Kassette für das eingenommene Geld war vorhanden und eine der Helferinnen sollte das Geld – abends nach dem Praxistag – zur Sparkasse im Nachbarort bringen. „Diese Einnahmen schicken wir entweder zur KV oder an die Kassen. Behalten dürfen wir es nicht. Ich vermute aber, dass wir es auf unser Praxiskonto einzahlen müssen. Die KV oder die Kassen zählen am Quartalsende einfach die abgerechneten Behandlungsfälle und werden uns pro Patient 10 Euro vom Honorar abziehen, gleichgültig ob der Patient gezahlt hat oder nicht. Deshalb müssen wir auch jeden Patienten erfassen und zahlen lassen. Es ist unser Geld“, erläuterte der Doktor seinen Damen.

Schon am 1. Tag des neuen Jahres wurde Dr. Zukunft mit der 10 Euro Zahlung konfrontiert. Seine Nachbarin Frau Wissensdurst hatte Halsschmerzen und Fieber. Frohgemut klingelte ihr Ehemann am 1. Januar morgens gegen 6 Uhr beim Doktor an der Haustür. „Ich brachte soeben die Milch zur Ablieferung, lieber Doktor, meine Frau hat seit drei Tagen Halsschmerzen (sie geht zwar sonst zum Dr. Nebenher ins Nachbardorf), aber heute sollen Sie als Nachbar bitte nach ihr sehen. Wir binden den Hund an.“

Dr. Zukunft war noch sehr verschlafen, denn er hatte ins neue Jahr hineingefeiert, aber was sollte er machen. Seine Frau meldete sich aus dem gemeinsamen Bett: „Das kannst Du nicht ablehnen, es ist doch die Nachbarin – und Eier liefert sie uns auch regelmäßig!“ Also sagte er den Besuch zu.

Da er einmal wach war, bereitete er noch das Frühstück, das er und seine Frau gemeinsam einnahmen. Dann griff er seine Besuchstasche

und lief zur kranken Nachbarin. Diese traf er gemeinsam mit ihrem Ehemann frühstückend an. Er schaute ihr in den Hals, der war gerötet. Fieber hatte man gemessen – am Abend vorher. Es betrug 37,2 Grad Celsius. Er verordnete Halswickel und Penicillintabletten. Da die Behandlung ab heute pro Quartal 10 Euro kostete, erbat er höflich diese Zahlung. Da kam er aber schlecht an! „Wollen Sie denn an ihren Nachbarn zusätzlich verdienen Herr Doktor“, kam die Gegenfrage. Ich lass mich doch sonst vom Dr. Nebenher im Nachbardorf behandeln. Da kann ich dann wohl nicht mehr hingehen, wie bisher? Nein heute nicht. Wir warten das erst mal ab. Schließlich können wir die 10 Euro auch mit den Eiern verrechnen, die ihre Frau regelmässig holt!“ Was

Verschiedene Patienten zahlten klaglos, nahmen ihren Quittungszettel in die Hand und setzten sich ins Wartezimmer. Der Rentner Meier mit seinem Lungenemphysem hatte einen hochroten Kopf und japste nach Luft, er war dyspnoisch. „Nicht mit mir“ röchelte er, drehte sich um und ging wieder heim – ohne Behandlung. Frau Sorgsam hatte angeblich kein Geld bei sich, sie versprach es nachher zu bringen. Andere waren zuzahlungsbehaftet (für Medikamente). Sie meinten: „Da zahlen wir hier auch nichts“, aber sie wollten behandelt werden. Eine ältere Frau weinte hysterisch „Nun muss ich sterben, weil ich nicht genug Rente habe!“ Sabine Lustig wollte ihren fiebernden Säugling vorstellen – aber Geld hatte sie ebenfalls nicht dabei.



blieb ihm? Er trollte sich. Die Chipkarte hatte er aber gesteckt.

Am folgenden Praxistag stauten sich die Patienten schon vor 8 Uhr am Anmeldetresen. Die beiden Helferinnen erläuterten den Patienten schon zum soundsovielten Male die Vorteile des neuen Gesetzes. Leider konnten sie den Vorwurf der Leute, dass diese 10 Euro nun den Krankenkassenbeiträgen zugerechnet werden müssten und dass das Betrug sei – die Beiträge sollten doch stabil bleiben (!) – nicht entkräften. Hier waren nur die Unternehmer nicht betroffen. Der kleine Mann zahlte zu!!

Man glaubte nicht, dass das Geld für die Krankenkasse sei. Die Volksmeinung gipfelte in der Feststellung: „Jetzt kriegen die Ärzte schon wieder mehr Geld. Die haben wohl noch immer nicht genug? Das in einem Sozialstaat. Da haben wir die Richtigen gewählt!“

Als der Doktor kam, wollten die Schwestern schon all die Patienten wieder wegschicken, die nicht zahlen konnten oder wollten. „Das geht nicht“ erklärte Dr. Zukunft. „Ich weiß erst nach der Untersuchung, ob diese tatsächlich nötig war. Wegschicken bringt Gefahr und kann Leben kosten. Wir wollen aber Leben erhalten!“

„So ein kleiner Mensch fällt doch gar nicht ins Gewicht“ meinte Sabine, aber der Kleine musste behandelt werden. Er trank nicht mehr, seine Nasenflügel bewegten sich beim atmen und als er ausgezogen war, fanden sich sog. intercostale Einziehungen, alles Hinweise auf eine Lungenentzündung. Das hätte böse ausgehen können, wenn man ihn nicht behandelt hätte.

Am Tresen löste sich der Stau noch immer nicht auf. Die Helferinnen nahmen das Geld, wechselten solange Wechselgeld vorhanden

war, buchten die Einzahlungen, vergaben Quittungen und gaben die Einnahmen in die bewusste Kasse. Die wurde immer voller. Eine Überstunde für alle ergab sich wie von selbst. Verdammte Bürokratie! Am Abend wurde die Einnahmesumme zur Sparkasse gebracht. Das waren knapp 1000 Euro. Schwester Inge erledigte das. So war der erste Praxistag im neuen Quartal eigentlich ganz gut gelaufen. Wenn das so bleibt, dann muss ich den Helferinnen Überstunden bezahlen, überlegte Dr. Zukunft.

Am nächsten Tag erschien der Vertreter einer Geldschrankfirma und bot Tresore an. Verschiedene Größen gab es, z. T. in die Wand einzulassen oder noch mit einem Gemälde verdeckt, – wie im Krimi! Unter 1000 Euro ging nichts los. Angeblich waren die Preise noch moderat, sie würden aber höher werden. Jetzt mussten doch alle Hausarztpraxen Geld vom Patienten kassieren! Der Doktor zögerte noch. Eine Diebstahlversicherung erschien ebenfalls ratsam!

Am folgenden Abend musste Schwester Inge wieder reichlich 1000 Euro wegbringen. Es war schon dunkel. Nach ca. 20 Minuten erschien sie weinend in der Praxis. Ein Radfahrer war im Park nahe an ihr vorbeigefahren und hatte ihr die Geldtasche entrissen, sie dabei umgeworfen. Knie und Hände waren zerschrammt, aufgerissen und bluteten. Nun war guter Rat teuer. Sofort informierte Dr. Zukunft die Polizei. Die schickten auch bald zwei Beamte, die den Überfall aufnahmen. „Dann lernen sie mal bald Selbstverteidigung – Taekwando, Jiu Jitsu, Karate oder so was“ empfahlen die Polizisten. „Dahin gehen wir alle drei und sie Doktor gehen mit“ entschieden die Damen. Es war ja einzusehen, aber das kostet wieder. Ein Lehrgang kostete 350 Euro – und das für vier Personen. „Aber vielleicht gibt es Prozenze“ überlegte der Doktor, der sich schon seelisch auf die Finanzierung dieser Zusatzausbildung einstellte.

In der folgenden Woche war die Helferin Sonja am Nachmittag allein in der Praxis. Sie sortierte ihre Karteikarten und summte vor sich hin. Plötzlich öffnete sich die Tür und ein maskierter Mann stand vor dem Tresen. „Das ist ein Überfall“ brummte er und fuchtelte mit einer Pistole herum. „Geld her“ war alles, was er sagen konnte und legte ihr einen Brötchenbeutel hin. „Wirds bald, na los schon“ ließ er

sich wieder hören. Die zitternde Sonja wollte ihre Börse öffnen, da wurde er böse. „Die Kasse, aber etwas schnell Fräulein“ brummte er und zeigte dahin, wo diese im Regal versteckt war. Scheinbar kannte er sich aus. War ja auch kein Wunder. Noch zitternd entleerte Sonja den Kassetteninhalt in den Brötchenbeutel. Den nahm er und war weg. Wie ein Spuk, aber ein echter. Der Doktor und der eintreffende Nachmittagsdienst fanden die weinende Sonja vor und mussten sie trösten.

Also erwarb Dr. Zukunft einen Tresor. Dieser kostete 1500 Euro und wurde in die Wand des Sprechzimmers eingelassen. Den konnte man nicht so einfach mitnehmen.

Das merkte auch vier Wochen später ein Einbrecher, der nachts einstieg (durch ein zerschlagenes Fenster). Scheinbar hatte er den Tresor nicht gefunden, aber möglicherweise gerade deshalb zerstörte er die halbe Praxis. Am Morgen entdeckten die Helferinnen, die als erste erschienen, das zerbrochene Fenster. Sie ahnten Böses und fanden auch sehr bald zwei zerschlagene PCs, den zertrümmerten Sonographen, ein verstümmeltes EKG und zertrümmerte Schränke.

Natürlich war die Praxis nicht gegen Vandalismus versichert. Das kam nun auch noch dazu! Vielleicht musste man die Mitarbeiter auch noch gegen Unfall versichern oder sollte man besser eine Gefahrenzulage zahlen? Der Doktor wusste nicht mehr, wie es weitergehen sollte. Inzwischen war die Verlustsumme angewachsen:

1. Beim ersten Überfall rund 1000 Euro
2. beim zweiten Überfall weitere rund 1500 Euro
3. erwartete Kosten für Kampfsportausbildung 1400 Euro
4. ein Tresor mittlerer Größe 1500 Euro
zusammen 5400 Euro
5. Dazu kommen: die Überstunden, die Versicherung gegen Vandalismus und Diebstahl und evtl. Mehrwert- und Gewerbesteuer!

Für nichts und wieder nichts, d. h. nein für die 10 Euro der Ministerin!

- Offen bleibt, dass keiner sagen konnte, wie man beim Hausbesuch die 10 Euro einbringen sollte, z.B. wenn eine Oma allein

und krank im Bett lag? Soll der Arzt dann in der fremden Wohnung nach Geld suchen? Was meinen die Juristen dazu?

- Was wird während einer Urlaubsvertretung? Da fällt wohl zukünftig der Urlaub aus, mindestens für den Doktor? Zweimal will sicherlich kein Patient zahlen!
- Dem Pflegeheim konnte man für Patienten eine Rechnung schicken, die zahlten sicherlich ohne Schwierigkeit, aber
- Was wird im Nachtdienst /Bereitschaftsdienst? Hilfe muss wohl geleistet werden, aber wie kommt der Arzt in solchen Fällen zu seinem Geld?
- Was wird, wenn der Kranke nicht ansprechbar und allein ist?
- Fragen über Fragen und keine Antwort.

Das Ganze ist schon sehr schlecht durchdacht und dient keinesfalls der Gesundung der Menschen. Es verärgert nur mächtig. Ja und was wird nun bei den Präventionswilligen? Man sollte wenigstens diesen Patienten, die im Quartal solche Leistungen in Anspruch nehmen, die Zahlung der 10 Euro erlassen, auch für weitere diagnostisch-therapeutische Leistungen im gleichen Quartal! Das würde sicher zur Schließung der Impflücken beitragen – aber wer denkt schon an so was? Für solche Einfälle muss man wohl doch einen Praktiker fragen, aber die müssen arbeiten! Wenigstens heute noch. Ein Horrormotiv!

Woran man bisher nicht gedacht hatte? Wir haben heute schon einen erheblichen Hausarztmangel im Land. Von den derzeit arbeitenden Hausärzten würden viele gern weiterarbeiten, – aber unter solchen Bedingungen?? Ich bin sicher, eine große Zahl unserer Kollegen wird die Rente diesem Durcheinander vorziehen – und wieder hätten wir weniger Hausärzte. Die Leidtragenden sind in jedem Fall die Kranken, denn Nachwuchs kommt nicht! Ob das auf die Dauer gut geht?

PS: Nachzutragen wäre der Vorschlag eines Freundes. Dieser riet zum Einbau und natürlich zum Erwerb einer elektronischen Überwachungsanlage! Diese könnte dann evtl. Einbrecher und Räuber überführen helfen! Aber dieser Vorschlag überstieg die Möglichkeiten unseres Doktors. Ob man evtl. über die KV eine solche Anlage laesen kann?

ALLIUM 10/03
Dr. med. Helmut Knoblauch, Geringswalde (BDSÄ)