



Leserbriefe an:  
Bayerisches Ärzteblatt,  
Mühlbauerstraße 16,  
81677 München, E-Mail:  
aerzteblatt@blaek.de

## Neues aus der Gastroenterologie

**Zum Titelthema von Privatdozent Dr. Bruno Neu und Universitätsprofessor Dr. Roland Michael Schmid in Heft 3/2008, Seite 136 ff.**

Es ist schön, von berufener Seite über die neuesten Ergebnisse der gastroenterologischen Medizin unterrichtet zu werden. Es ist schön, dass ein Autor heute immerhin noch die Möglichkeit offen lässt, ein weniger geläufiges Akronym (NOTES) könnte sich in eine Begrifflichkeit auflösen, die ausnahmsweise nicht dem Englischen entnommen ist. Es ist auch schön, als Mediziner auf diesem Wege daran erinnert zu werden, dass vor gar nicht so langer Zeit auch in der Medizin noch Latein eine lingua franca war. Als bedauernswert empfinde ich es aber, dass einem nicht unmittelbar im jeweiligen Fachgebiet tätigen Kollegen die Rezeption der Fachliteratur durch den ubiquitären (Ab)Usus kryptischer Akronyme (NBI, FICE, NOTES ...) zunehmend verleidet wird, sodass die Kommunikation zwischen den Fachdisziplinen mit dem Verlust dieser lingua franca künftig möglicherweise ohne Dolmetscher nicht mehr stattfinden kann. Als bedauernswert empfinde ich es daher ebenso, dass die angebotene Lösung mit der lateinischen Sentenz nicht die richtige Lösung ist. Als bedauernswert empfinde ich es aber auch, dass die Lösung in doppelter Weise auch sprachlich nicht korrekt ist. Es müsste nach der Grammatik jeweils der Genitiv stehen.

Michael Gebhard, Arzt, 86156 Augsburg

## Antwort

Ich kann Ihr Bedauern über den Verlust des Lateinischen als Verkehrssprache in der Medizin gut nachvollziehen, denke aber, dass heute der größere Teil der Fachkollegen im In- und Ausland der englischen Sprache in höherem Maße mächtig ist als der lateinischen. Insofern hat diese Entwicklung im Sinne einer besseren Verständigung ihre Berechtigung.

Was die Verwendung von Akronymen in der Medizin angeht, so mag es einerseits eine Erscheinung sein, die durch den typischen Ab-

grenzungsreflex des Spezialisten gegenüber dem Generalisten verursacht wird. Auf der anderen Seite bieten Akronyme und Abkürzungen die Möglichkeit auch komplexe wissenschaftliche und technische Methoden oder Techniken treffend und doch kurz, prägnant und einprägsam wiederzugeben.

Unsere kleine lateinische Spielerei ist grammatisch korrekt: Wie Sie richtig festgestellt haben, werden Verben des Erinnerns und Vergessens im Lateinischen mit dem Genitiv verbunden. (zum Beispiel Nolite oblivisci linguae Latinae!) Oblivisci gehört aber auch zu den so genannten „verba sentiendi“ und kann somit mit dem Acl verbunden werden, wie hier geschehen. Um dem Akronym NOTES aber gerecht zu werden, wurde der Infinitiv „esse“ elliptisch ausgelassen. So entstand die zugegebenermaßen schwer zu übersetzende Sentenz „Nolite oblivisci tranquillitatem endoscopici sanguinem – die wir frei etwa folgendermaßen wiedergeben würden: Denken Sie daran, dass eine ruhige Hand das Wichtigste beim Endoskopieren ist! (wörtlich: Vergesst nicht, dass Ruhe das (Herz-) Blut des Endoskopikers ist.)

Privatdozent Dr. Bruno Neu, II. Medizinische Klinik, Klinikum rechts der Isar der TU München, 81675 München

## „Dicker“ Hals: Was ist hier die Ursache?

**Zur Blickdiagnose von Dr. Konrad Friedrich Stock und Professor Dr. Dietrich Abeck in Heft 4/2008, Seite 213.**

Zu den Ausführungen des Ultraschallkollegen Dr. Stock ist eine kurze Anmerkung aus angiologischer Sicht erforderlich:

Der alte Herr Madelung würde sich freuen, dass er immer noch im Schifftum herumgeistern darf, denn die Pathophysiologie wird 150 Jahre nach Erstbeschreibung seines „Fetthalses“ – „benigne symmetrische Lipomatose“ sehr wohl und sehr viel besser verstanden. Man müsste dazu nur das Lehrbuch der Lymphologie von Földi (zum Beispiel Gustav Fischer 1991) bemühen und das sehr gute Foto des Patienten ansehen, das (fast) alles zeigt, was zur Diagnose erforderlich ist. Es liegt hier aller Wahrscheinlichkeit ein massives Lymphödem des Halses und des Nackens vor bis hinauf zum Hinterhaupt reichend. Weiters springt eine Y-förmige Narbe wohl nach Strumektomie mit Sterneotomie (Operation retrosternale Struma?) ins Auge. Wurde hier eine „radical neck dissection beiderseitig“ durchgeführt? In jedem Fall dürfte es sich, soweit aus einer Foto-

grafie zu schließen, um ein sekundäres Lymphödem handeln, ein einfacher klinischer Test wäre das Kaposi-Stemmer-Hautzeichen, um ein Lymphödem sicher zu diagnostizieren. Weitere gutartige oder bösartige Ursachen des Lymphödems wären dann differenzialdiagnostisch abzuklären. Auch an ein regionales Lipödem, das letztendlich eine massive Lymphabflussstörung bedingt, ist zu denken.

Eine konservative Therapie nach Földi dürfte deutliche Erleichterung bringen. Operative Maßnahmen, wie auch Lymphographien sind bei Lymphödem praktisch immer kontraindiziert und führen meist zur Verschlechterung. Die funktionelle Anatomie des Lymphsystems und ihre klinische Bedeutung war zu Madelungs Zeiten weitgehend unerforscht und scheint auch heute noch – trotz Földi – ein Stiefkind der Medizin zu sein.

Dr. Gerd Mieleitner,  
Facharzt für Innere Medizin, Angiologie,  
82256 Fürstenfeldbruck

## Antwort

Der vorliegende Fall eines „Madelung'schen Fetthalses“ war in der Tat etwas komplexer, wie Kollege Dr. Mieleitner bereits vermutete. Wir wollten die Leser für dieses seltene Krankheitsbild sensibilisieren und auch den Dialog hierzu eröffnen, was uns wohl gelungen ist.

Bei unserem Patienten bestand der Fetthals über zwanzig Jahre, die mutmaßliche Ursache hierfür lässt sich am ehesten in Zusammenhang mit Alkoholkonsum suchen. Hierfür spricht auch die gegenwärtige Literatur zu diesem Krankheitsbild (im Artikel erwähnten wir vorrangig die international publizierte Literatur aus München zu diesem Thema). Bei dem Patienten wurde ein Jahr vor der Fotografie ein operativer Mitralklappenersatz durchgeführt, auch hier bestand die beschriebene Halsveränderung bereits seit langem. Der Patient hatte auch in der Vorgeschichte keine vorausgegangenen Operationen im Halsbereich erhalten.

Dennoch ist zu bemerken, dass der Patient auf Grund seines Fetthalses in der Klinik des von Kollegen Mieleitner angeführten Lehrbuchautors Patient war und ihm Lymphdrainage in der Tat eine gewisse, symptomatische Besserung brachte (sekundäres Lymphödem durch die idiopathische Lipomatose?), wenngleich dies – wie im Bild erkenntlich – leider keinen Einfluss auf den Phänotypus des Patienten hatte. Eine ihm von verschiedenen Ärzten in der Vergangenheit vorgeschlagene, operative Behandlung lehnte der Patient konsequent

ab. Dennoch wird in der aktuellen Literatur von erfolgreichen, operativen Eingriffen bei diesem Krankheitsbild berichtet, sodass es für eine Operation sicherlich im Einzelfall gute Argumente gibt, wenngleich die Entscheidung hierfür gut überlegt sein will: Postoperative Komplikationen wie Lymphödeme und auch die operationsspezifische Morbidität und Mortalität sowie die meist bestehenden Komorbiditäten müssen bedacht werden und auch eine postoperative Verschlechterung des Lokalbefundes ist in Einzelfällen möglich. Meist sind es jedoch gerade auch schwerwiegende psychologische Gründe, die diese Patienten zu einer Operation bewegen und die hiergegen aufzuwiegen sind. Eine langjährige Lymphdrainage dürfte – wie vom angiologischen Kollegen Mieleitner bereits angeführt – nach solchen Eingriffen unumgänglich sein. Sicherlich ist es auch wichtig, in diesem Zusammenhang auf die Rolle des Lymphsystems bei dieser Erkrankung hinzuweisen, da hier wichtige Differenzialdiagnosen zu suchen sind, wenngleich die pathophysiologischen Gründe für einen „Madelung'schen Fetthals“ auch nach 150 Jahren leider nicht hinreichend erklärt ist, wie auch aktuelle Fachliteratur (Medline-Recherche) hierfür zeigt.

*Dr. Konrad Friedrich Stock, II. Medizinische Klinik, Ultraschallabteilung, Klinikum rechts der Isar der TU München, 81675 München*

## Der Schlüssel zu einer angemessenen Vergütung

**Zum Leitartikel von Dr. Axel Munte in Heft 4/2008, Seite 211.**

Danke für Ihren Artikel im *Bayerischen Ärzteblatt* 4/2008.

Ihre Gedanken kann ich in vielen Punkten nur begrenzt nachvollziehen, aber gut. Woher Sie die Zuversicht im letzten Abschnitt (... angemessene Honorierung durch die Krankenkassen ...) nehmen, ist mir besonders unklar. Mir ist offensichtlich in den vergangenen Jahren entgangen, dass die Politik und die Kassen primär die schlechte Qualität der ärztlichen Leistungen anprangerten und deshalb vorhandene Mittel zurückhalten, bis die faulen und schlecht arbeitenden Ärzte endlich Qualität liefern. Bei mir kam immer an, dass die Ärzte hervorragend arbeiten und man gern mehr zahlen würde, aber leider aus den unterschiedlichen Gründen nicht mehr Geld im System ist. Sollte ich da doch nicht völlig falsch hingehört haben, frag ich mich woher plötzlich Geld kommen soll, bloß weil die Qualität steigt. Die Qualität und die

entsprechend abgestaffelte Vergütung kann nur zu einer Umverteilung innerhalb des Systems führen. Darüber kann man ja auch intern diskutieren. Das ist aber nicht unser Problem! Unser Problem ist, dass insgesamt zu wenig Geld im System ist und deshalb halte ich Ihren Absatz in der Außendiskussion für völlig falsch.

Man muss die Verantwortlichen zwingen, Farbe zu bekennen, was der Gesellschaft, der Politik und dem Einzelnen „Gesundheit“ wert ist. Wie es uns Gerichte vormachen, kann man sehr wohl auch für immaterielle Werte einen Preis (dort Streitwert) festlegen und nach dem könnte sich die Honorierung im Gesundheitssystem genau so richten wie bei den Anwälten. Was ist denn der Gesellschaft die Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit durch gute Therapie wert? – oder die Verlängerung des Lebens eines Alzheimerpatienten? Sollen die Verantwortlichen doch bitte mal Farbe bekennen – wäre auch für die kommenden Wahlen interessant.

Und Herr Munte, bitte bekennen auch Sie Farbe! Was ist denn in Ihren Augen eine „angemessene Vergütung“? Bitte auch in Euro und nicht allgemeines bla, bla (sorry) wie „angemessen“.

Noch mal kurz: weg von interner Umverteilung hin zu einer Vergütung, die sich an der Wertschöpfung (wie in der Wirtschaft) orientiert. Vielen Dank.

*Dipl.-Med. Ralph Götz, Facharzt für Psychiatrie, 83278 Traunstein*

### Zum selben Thema:

Manchmal haben die Altvorderen doch recht und manchmal sind die einfachen Formeln doch die besseren. Legt man als Maßstab für eine angemessene Arztvergütung das Gehalt eines Oberstudienrats zugrunde, so haben Augenärzte und HNO-Ärzte das Ziel von ca. 63 000 Euro pro Jahr nicht erreicht, während Gynäkologen knapp darüberliegen. Berücksichtigt man noch die Arbeitszeit von ca. 55 Stunden bei Ärzten und 39 Stunden bei Studienräten sieht es ganz schlecht aus für die Ärzte.

Legt man als Maßstab die Entwicklung der Gehälter zugrunde und vergleicht sie mit der Entwicklung der Gehälter der Krankenhausärzte, so nehmen sich die Steigerungen der Niedergelassenen im Vergleich zu den Krankenhausärzten mit 30 Prozent und jetzt acht Prozent geradezu erbärmlich aus.

Meines Erachtens kann eine Verbesserung der jetzigen Situation für die Niedergelassenen nur erreicht werden, wenn wir das Streikrecht

wieder zurückbekommen oder eine Kopplung unserer Pauschalen an die Steigerung der Gehälter der Krankenhausärzte geknüpft wird.

Natürlich ist Qualität wichtig, aber ich denke man sollte die beiden Dinge nicht miteinander koppeln, allenfalls, wenn es um eine zusätzliche Vergütung geht, ähnlich den Verträgen von ver.di mit den öffentlichen Arbeitgebern. Das Qualitätsmanagement-Programm der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist ja im Wesentlichen ein Umverteilungsprogramm: Denjenigen, die sich nach den zusätzlichen Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) richten, wird zusätzlich etwas gegeben, was zuvor den Kollegen, die sich nicht nach den Zusatzanforderungen der KV richten, weggenommen wurde.

Nebenrechnungen:

Augenärzte:  $1200 \times 24 \times 4 = 115\,200 \times 0,5$   
Kosten = 57 600 Euro

HNO:  $800 \times 36 \times 4 = 115\,200 \times 0,5$   
Kosten = 57 600 Euro

Gynäkologen:  $1300 \times 33 \times 4 = 171\,600 \times 0,5$   
Kosten = 85 800 Euro

Studienrat 35 Jahre, BAT I, verheiratet, zwei Kinder:  $(3991,36 + 853,32) \times 13 = 62\,980$  Euro  
Verbeamtet:  $48\,600 + 30\%$  (Wert der Pensionszusage) = 63 180 Euro

*Dr. Manfred Kerschreiter, Facharzt für Allgemeinmedizin, 86154 Augsburg*

### Zum selben Thema:

Dass die Qualität passen muss, ist selbstverständlich. Dass sie überprüft wird, daran haben wir uns auch längst gewöhnt. Das gibt es übrigens bei keiner anderen Berufsgruppe in dieser Art und Umfang. Auf was wir alle seit langem warten und woran niemand mehr glaubt, ist die adäquate Bezahlung dieser Qualitätsleistungen, die wir alle seit langem erbringen. Wir werden vertröstet und vera... – seit Jahren! Eine Gelenksonographie für sechs Euro, das ist kein Honorar, das ist Zynismus. Die eigene Arbeit so honoriert zu bekommen, ist demütigend. Da kann ich nicht reden und diskutieren. Wir mittelalten Fachärzte können nicht aussteigen, weil uns die Bank dann sezert. Ich hoffe, die vergeigte Politik unseres Standes"vertreter" und der Gesundheitspolitiker schlägt eines Tages auf diese zurück. Das Klagen würde man noch bis in die nächste Galaxie hören.

Mit enttäuschten Grüßen

*Dr. Walter Hauf, Facharzt für Orthopädie, 85276 Pfaffenhofen*