



Foto: MEDICA-Klinik Leipzig

Sportmedizin

Vernetzte Betreuung

„Sportmedizinischer Leistungsverbund“ in Leipzig gegründet

Hochleistungssportler werden ab sofort in Leipzig in einem vernetzten Behandlungssystem sportmedizinisch betreut. Der Olympiastütz-

punkt Leipzig, das Leipziger Notfallzentrum, die ambulante Reha-Klinik Medica, die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Leipzig sowie der Bereich Medizin des Institutes für angewandte Trainingswissenschaften haben sich mit einer Kooperationsvereinbarung zum „Sportmedizinischen Leistungsverbund“ zusammengeschlossen.

„Das ist ein Novum in Deutschland“, erklärt Dr. med. Jürgen Ulrich, Chefarzt der Reha-Klinik Medica. „Da wir Hand in Hand arbeiten, werden die sonst üblichen Probleme an den Schnittstellen entfallen.“ Das Team will durch die Kooperation den Trainingseffekt im Hochleistungsbereich erhöhen und Verletzungen und Erkrankungen der Sportler durch eine kontinuierliche sportmedizinische Begleitung weitestgehend vermeiden.

Jordanien

Praktikum und Famulaturen

Einladung an deutsche Nachwuchsärzte

Das „Palestine Hospital“, ein 47-Betten-Krankenhaus in Amman, hält einige Plätze für deutsche Ärzte im Praktikum sowie für medizinische Famulaturen von Studenten bereit. Das Krankenhaus zählt zu den angesehensten Krankenhäusern in Jordanien. Ein Erweiterungsbau auf dem derzeitigen Krankenhausgelände ist mit einem Bau- und Ausstattungsvolumen von zehn Millionen US-Dollar projektiert und soll bald in Angriff genommen werden.

Wie der Chefarzt des Palestine Hospital, Dr. med. Nasri J. Sami Khoury, Facharzt für Neurochirurgie, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt sagte, werden ÄiP-Aspiranten mit umgerechnet rund 500 DM monatlich entlohnt (das derzeitige Durchschnittseinkommen in Jordanien beträgt 1 500 US-Dollar im Jahr). Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Krankenhaus den Hospitanten und

ärztlichen Trainees die Verpflegung und Unterkunft voll oder teilweise stellt. Die ÄiP-Phase sollte mindestens sechs Monate dauern; der Bewerber sollte gut Englisch sprechen. Das Trainingsprogramm wird mit einem von der königlich-jordanischen Ärztesgesellschaft zertifizierten Testat bescheinigt.

Die deutsche Botschaft in Amann (Botschafter: Dr. Martin Schneller; E-Mail-Adresse: aemb@go.com.jo) ist den Aspiranten um einen Trainee-Platz behilflich. Die Botschaft ist über das Erweiterungsprojekt des Hospitals informiert und kann Spendewilligen Referenzen nachweisen. Auch Sachspenden sind willkommen. Kontakt und Vermittlung über Deutsch-Jordanische Gesellschaft e.V., Vizepräsident: Dr. med. Hatem Bustami, Allgemeinarzt, Brüder-Grimm-Straße 23, 63533 Mainhausen, Telefon: 0 61 82/2 35 44.

Akut

Herzinfarkt-Management

Entlassung nach drei Tagen möglich

Umstrukturierungen in der medizinischen Versorgung ermöglichen heute eine Entlassung von Herzinfarktpatienten nach drei Tagen. Wie Prof. Franz-Xaver Kleber (Berlin) anlässlich des „Deutschen Ärzteforums 2001“ in Berlin erläuterte, ist durch Fortschritte in der Erstversorgung von Infarktpatienten eine Umstellung auf diese ultrakurze Versorgungszeit sofort möglich. Wichtig sei, dass Fibrinolytika und Thrombolytika so früh wie möglich – auch bereits außerhalb des Krankenhauses – eingesetzt würden. Der Durchbruch zu wirklich kurzen Krankenhausaufenthalten gelinge jedoch nur durch eine optimale ambulante

Erstversorgung, die jederzeit auch darauf vorbereitet sei, Laienreanimation, Laiendefibrillation und EKG-Aufzeichnung vor Ort sicherzustellen.

Auch die definitive Versorgung im Krankenhaus habe sich in den vergangenen Jahren wesentlich geändert. „Inzwischen wissen wir, dass Infarktpatienten durch eine Herzkatheter-Untersuchung sofort nach der Ankunft im Krankenhaus mit Ballondilatation oder Stent-Implantation auf Dauer versorgt werden“, so Kleber. Hierfür müsse das erstversorgende Krankenhaus nicht unbedingt über ein Katheterlabor verfügen, sondern sollte das technische Equipment der Nachbarkrankenhäuser nutzen. „Eine solche optimale definitive Versorgung am Anfang spart viele Krankenhaustage am Ende“, betonte Kleber. Risikofaktoren seien in der Regel jedoch die Rehabilitation und nicht die Akutklinik“, erläuterte

der Kardiologe Dr. Anton Rouwen (Berlin). Dabei müsse sich eine ambulante kardiologische Rehabilitation an denselben Qualitätsrichtlinien wie die stationäre orientieren.

Allerdings sei der Schritt in den Alltag für den Patienten bei ambulanter Rehabilitation weniger groß, weil sie ja bereits unter Alltagsbedingungen stattfände. Ist der Patient gesundheitlich stabil, wird er dann wie bisher üblich – allerdings viel früher – vom Hausarzt weiter betreut. Bei KHK-Patienten sollte dies jedoch in enger Anbindung an einen Kardiologen geschehen, empfahl Kleber. „Auch der niedergelassene Hausarzt sollte sich mit den verkürzten Klinikaufenthalten auseinander setzen, da er den Patienten nach der ambulanten Rehabilitation bezüglich der „Feineinstellung“ mit Cholesterinsenkern, ACE-Hemmern und Beta-Blockern anleitet.“ **Susanne Thor**