



Die erste Seite	Kammerwahlen für die dritte Wahlperiode von 1999 bis 2003	412
Berufspolitik	Aus der Vorstandssitzung am 5. August 1998	413
	Mitgliedervollversammlung der Kreisärztekammer Leipziger Land am 29. Juli 1998	414
	„Via medici“ - Berufschancen für junge Mediziner	424
	Fünfmal „WARUM“ zur internen Qualitätssicherung und zum Total Quality Management (TQM) im Krankenhaus	425
	Amtliche Bekanntmachungen	Empfehlungen des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer gemäß § 13 der Berufsordnung
	Ärztliche Leichenschau und Todesursachenstatistik	429
	Wahlordnung	431
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer	431
	Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	435
	Gesetzliche Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung für im Rettungsdienst tätige Ärzte (Notärzte und leitende Notärzte)	435
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	436
Originalie	Angsterkrankungen - Teil 2 J. Morgner, K. Merker, L. Beese, A. Sternisko	437
Verschiedenes	Die sächsischen Ärzte übernehmen die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen in eigene Hände	442
	Sprechstunde für hereditäre Tumorerkrankungen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden	445
Buchbesprechung	Geschichte der deutschen Ärzteschaft	446
Personalialia	Geburtstage im Oktober	447
Feuilleton	Inter Arma Caritas	448
Aktuelles in Kürze		452
	Impressum	423

Kammerwahlen für die dritte Wahlperiode von 1999 bis 2003

Fast neun Jahre Nachwendezeit sind Vergangenheit. Damit geht die zweite Legislaturperiode des Ärzteparlaments der Sächsischen Landesärztekammer ihrem Ende entgegen. Welch schwierige Aufgabe unsere ehrenamtlich tätigen Ärzte zu bewältigen hatten, spürten wir fast täglich. In einer an politischer Konfrontation gewiß nicht armen Zeit gerät humanistische Grundhaltung leider mehr und mehr in den Hintergrund. Die neue Werteordnung präferiert den persönlichen Erfolg. Schönheit, individuelle Zufriedenheit und lange Lebensdauer sind machbar geworden und sie werden zunehmend mehr zu Kriterien für das Wohlbefinden des einzelnen. Wir vermissen aber vielerorts rücksichtsvolle Zwischenmenschlichkeit und etwas mehr Bescheidenheit, auch wenn man mit solchen Feststellungen von anderen nicht selten belächelt wird. Der Politik wird mit Mißtrauen begegnet. Wie in der großen Politik, gibt es auch in der ärztlichen Berufspolitik keinen Vertrauensvorschuß mehr. Hier wie dort werden zu deutlich Gruppeninteressen verfolgt ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl. Und trotzdem, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, sind wir dazu verpflichtet, in Selbstverwaltung unseren Berufsstand hochzuhalten und nicht in das dissoziierende Dilemma der Gesamtgesellschaft zu verfallen. Ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle des 21. Jahrhunderts betrifft die, die in die neue Kammerversammlung der Wahlperiode 1999 - 2003 gewählt werden. Selbstverwaltung ist, um mit den Worten von Prof. Taupitz zu sprechen, kein Selbstlauf, schon gar keine Selbstverständlichkeit, sondern Wahrnehmung von Verantwortung und nur durch engagierte persönliche Basisarbeit aller Ärzte zu verwirklichen.

Wir erhalten für einen ganzen Berufsstand Autonomie, aufbauend auf hoher Fachkompetenz und Integrität. Sorgen wir dafür, daß wir diese Autonomie bewahren.

Ich rufe deshalb alle Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsen auf, sich für die anstehenden Wahlen als Mandatsträger in den verschiedenen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer bereitzuhalten. Wenn wir zukünftig nicht willens sind, unsere Selbstverwaltung auch personell deutlicher zu untersetzen, werden andere über unsere Berufsgeschicke entscheiden. Ich rufe vor allem unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen auf, sich für berufspolitische Themen in der Landesärztekammer zur Verfügung zu stellen und sich aktiv an der Selbstverwaltung zu beteiligen.

Machen Sie vom aktiven und passiven Wahlrecht Gebrauch! Nur so können wir die vor uns stehenden Probleme für unseren Berufsstand lösen.

*Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Präsident*

Aus der Vorstandssitzung am 5. August 1998

Ärztliche Präventionstage 1998

Diese waren das Hauptthema der 39. Vorstandssitzung. Die Berichterstattung über den aktuellen Stand der Vorbereitungen in Sachsen zu diesen Präventionstagen erfolgte durch den Vorsitzenden des Ausschusses „Prävention und Rehabilitation/Gesundheit und Umwelt“, Herrn Prof. Dr. Reinhold.

- Die Präventionstage finden bundesweit vom 28. 9. bis 4. 10. 1998 statt und stehen unter dem weit gespannten Thema „Ärztliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen“. Schwerpunktthemen sind Kinderunfälle, Suchtprobleme, vom Nikotin bis zu den echten Drogen, Sexualität, Fitness, einschließlich Ernährung/Sport/Schönsein und die Berufsberatung bei allergischer Disposition.

- Im „Ärzteblatt Sachsen“ wurde bereits im Heft 3/1998 über dieses wichtige Vorhaben berichtet, und alle sächsischen Ärztinnen und Ärzte waren aufgerufen worden, sich an diesen Präventionstagen aktiv zu beteiligen.

Betont werden muß, daß die „Präventionstage '98“ keine Einmalaktion darstellen, sondern der Öffentlichkeit auch zeigen müssen, daß es sich bei der Prävention immer um einen kontinuierlichen Vorgang handelt.

- Die Information der Kolleginnen und Kollegen erfolgte und wird auch weiterhin erfolgen über das „Ärzteblatt Sachsen“, Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung und die Übergabe von Aufklärungsmaterial zur Prävention.

- Zur Verbreitung des Präventionsgedankens wurden Kooperationsbeziehungen zu den Kreisärztekammern, dem Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, dem Berufsverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens, den Gesundheitsämtern und dem Jugendärztlichen Dienst, der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden, dem Forschungsverbund Public Health Sachsen an der TU Dresden, Direktoren von Gymnasien der Stadt

Dresden und natürlich Organen der Sächsischen Landesärztekammer, wie der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung sowie der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Mißhandlung Minderjähriger“, geknüpft.

- Die Auftaktveranstaltung zu den Präventionstagen findet am 11. September 1998 in der Sächsischen Landesärztekammer statt, sie wird auch zur Ernährung von Kindern und Jugendlichen und zur Suchtproblematik informieren.

Die Vorstände der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung haben gemeinsam die Ärztlichen Präventionstage 1998 beschlossen. Zahlreiche niedergelassene Kollegen, vorzugsweise Kinderärzte und Allgemeinmediziner, haben bereits ihre Bereitschaft signalisiert, zum Gelingen dieser Aktion beizutragen. Ein wichtiger Faktor ist aber auch die Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens in dieses Programm, an der noch gearbeitet wird.

Finanzen

Die Haushaltsinanspruchnahme zum 30. 6. 1998 wies wiederum ein gutes Ergebnis auf und läßt ein gleiches auch für das Jahresende 1998 erwarten.

Berufsrecht

Drei berufsrechtliche und ein Problem der Weiterbildungsordnung wurden vorgelegt, eingehend diskutiert und entschieden. Einmal mußte ein „Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens“ gestellt werden und ein weiterer Sachverhalt wurde weitergeleitet zur Prüfung an die „Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes e.V.“, die beiden anderen Vorgänge konnten im Sinne der Kollegen entschieden werden.

Verschiedenes

- Die Tagesordnung für die 11. Tagung der Kreisärztekammervorsitzenden am 19. September 1998 und die Tagesordnung für die 19. Kammerversammlung am 14. November 1998 in Dresden wurden bestätigt.

Themen beider Tagungen sind u. a. die aktuelle berufspolitische Lage, Vergütungsfragen der Vertragsärzte, die Umset-

zung des „Initiativprogrammes Allgemeinmedizin“, die Weiterbildungsordnung und die freiwillig zertifizierte Fortbildung.

- Bestätigung der Kostenkalkulationen und der Honoraraufstellung für den Kurs der Sächsischen Landesärztekammer zur Erlangung des Zertifikates „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ 1998/1999 und für die Kurse zur Erlangung des Facharzes für Arbeitsmedizin/Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“.

- Besetzung einer Prüfungskommission

- Diskussion über und Zustimmung zu den „Empfehlungen für die Anwendung des Indikationsmodells Ergotherapie“ des Berufsverbandes der Ergotherapeuten. Eine Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ ist vorgesehen. Diese wird sicherlich Wissenslücken schließen und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Ergotherapeuten verbessern.

- Der Präsident berichtete über die Kreisärztekammersitzung Leipziger Land am 27. 7. 1998 auf Burg Gnanstein. Dort wurde von ihm und dem 1. Vorsitzenden der Bezirksstelle Leipzig der KVS, Herrn Dipl.-Med. Schmidt, die gleiche Thematik, Pflichten und Handlungsrenzen der SLÄK und der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Konfliktbewältigung zwischen ärztlichen Anspruch und gesundheitspolitischen Gegebenheiten, einmal aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer und einmal aus der der Kassenärztlichen Vereinigung beleuchtet.

- Der Vizepräsident nahm im Auftrag der Bundesärztekammer an einem Treffen der deutschsprachigen Ärzteorganisationen in der Schweiz am Vierwaldstätter See teil. Zu dieser Organisation gehören neben der Schweiz, Österreich, Luxemburg, Liechtenstein, Deutschland und eine deutschsprachige belgische Minderheit. Letztere war jedoch nicht anwesend. Anliegen der Veranstaltung waren, sich kennenzulernen, der Austausch über medizinische Versorgungsstrukturen ambulant und stationär und wie nicht anders zu erwarten, Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch
Vorstandsmitglied

Mitgliedervollversammlung der Kreisärztekammer Leipziger Land am 29. Juli 1998

„Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes? Möglichkeiten und Grenzen der beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einigkeit macht stark!“

Unter diesem Motto fand am 29. 7. 1998 die diesjährige Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipziger Land auf der romantisch gelegenen Burg Gndenstein im Kohrener Land statt. Wie in der Einladung versprochen, sollten der Inhalt der Veranstaltung sowie ausgewählte Freuden für Gaumen und Ohr für die Mühen der Burgbesteigung entschädigen. Im Nachgang kann man es als eine überaus bedeutsame Zusammenkunft der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen bezeichnen, denn es war den Initiatoren gelungen, die beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts in ihrem Bemühen um eine ausgewogene Interessenvertretung ihrer Zuständigkeiten an einen Tisch zu bringen und die Notwendigkeit einer gemeinsamen Strategie in dem berechtigten Kampf gegen die inhaltliche Demontage des ärztlichen Berufsstandes zu formulieren. Die hervorragenden Referate des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Diettrich, und des Vorsitzenden der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dipl.-Med. Schmidt, haben in der Sache so viele Gemeinsamkeiten enthalten, daß der Funke zum gemeinsamen Handeln regelrecht übersprungen ist.

Mit gespanntem Interesse und unterstützenden Beiträgen hat die anwesende Kollegenschaft diesen Schritt im Umgang miteinander honoriert und ist dem Vorschlag des Vorsitzenden der Kreisärztekammer, Dr. Gert Rothenberg, gefolgt, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die auf der Basis von Sachkompetenz über alle Interessengrenzen hinweg, der gesundheitspolitischen Entscheidungsebene Vorschläge für die Konfliktbewältigung zwischen Leistungsanspruch der Patienten und deren Bezahlbarkeit durch die Solidargemeinschaft unterbreitet.

Ein weiteres Anliegen der Mitgliedervollversammlung war es, aktuelle Probleme der Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu besprechen und Lösungswege aufzuzeigen, die besonders im Hinblick auf die Schaffung der Europäischen Union von weitreichender Bedeutung sind. Der Referent, Herr Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, konnte den Anwesenden die gute Mitteilung machen, daß die Probleme des ärztlichen Berufsnachwuchses auch das Interesse der Kostenträger und Gesundheitspolitiker gefunden haben und dazu konkrete Ent-

scheidungen einschließlich einer finanziellen Verantwortung bereits getroffen wurden.

Der Vorschlag, die Referate der beiden Vertreter der jeweiligen Körperschaft des öffentlichen Rechts wegen ihrer grundsätzlichen, gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutung in den Publikationsorganen der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gleichlautend zu veröffentlichen, wurde mit Beifall begrüßt.

Ein aufrichtiges Wort des Dankes an die Gastgeber, die Verwalter der Burg Gndenstein, die Mitglieder der Westsächsischen Philharmonie, die in solch angenehmer Weise unsere Herzen und Sinne mit ihren Darbietungen erfreut haben und die Mitarbeiter der Burggaststätte, die uns aufmerksam und liebevoll ausgewählte Gaumenfreuden bereitgestellt haben, spricht allen Besuchern dieser Mitgliederversammlung aus dem Herzen. Inhalt und erlebtes Ambiente waren nachhaltig.

Dr. Gert Rothenberg
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Leipziger Land

Aus der Sicht der Sächsischen Landesärztekammer, ihr Präsident, Herr Prof. Dr. med. Heinz Diettrich:

Zunächst möchte ich Ihnen, Herr Kollege Rothenberg, sehr herzlich danken für die Möglichkeit, zu Ihnen sprechen zu dürfen, wenn ich auch zugeben muß, daß das Thema trotz aller Brisanz eine „harte Nuß“ ist, mit der ich mich versuchen werde, auseinanderzusetzen.

„Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes? -

Möglichkeiten und Grenzen der beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einigkeit macht stark!“

In einer an politischer Konfrontation gewiß nicht armen Zeit gerät humanistische Grundhaltung leider mehr und mehr in den Hintergrund. Die neue, weil heutige Wertordnung präferiert den persönlichen Erfolg und den Anspruch auf individuelle

Zufriedenheit. Erfolg, Schönheit und lange Lebensdauer in Gesundheit sind machbar geworden und sie werden zunehmend mehr zu Kriterien für ein selbst diktiertes Wohlbefinden. Die rücksichtsvolle Zwischenmenschlichkeit und das ab und an geprobte Selbstbescheiden zum Vorteil des anderen werden allenfalls belächelt. Und trotzdem, meine Damen und Herren,

sind wir dazu verpflichtet, unseren Berufsstand hochzuhalten und nicht in das dissoziierende Dilemma der Gesamtgesellschaft zu verfallen.

Ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert läßt uns nicht ohne Grund immer wieder nachdenklich werden und dem entspricht auch das Thema des heutigen Abends. Wenn wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes wehren wollen, dann ist damit der Begriff der ärztlichen Selbstverwaltung eng verknüpft. Begriffe wie „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und das Wissen um die ermächtigten Institutionen und Körperschaften öffentlichen Rechts sollten uns schon zur Sorge um unsere Existenz Anlaß geben. Es wird

nämlich darauf ankommen, was zukünftig unser Berufsstand der Ärzte selbst aus seiner Selbstverwaltung macht. Von Ärzteschaft, wie es die Worte Gemeinschaft, Freundschaft etc. ausdrücken, kann derzeit wohl kaum noch die Rede sein.

Selbstverwaltung aber ist, um mit den Worten von Taupitz zu sprechen, kein Selbstlauf, schon gar keine Selbstverständlichkeit, sondern Wahrnehmung von Verantwortung und letztlich engagierte, persönliche, harte Basisarbeit.

Die Gesellschaft überträgt einem ganzen Berufsstand Autonomie, aufbauend auf hoher Fachkompetenz und Integrität. Wir sollten also, wie in den letzten Jahren in Deutschland üblich, als Körperschaft gerade eben sensibel reagieren, wenn Miß-

stände im eigenen Berufsstand sichtbar werden oder auch nur der mindeste Verdacht besteht, die ärztliche Selbstverwaltung, wie sie vom Gesetzgeber definiert ist, sei nicht funktionsfähig zu halten. Deshalb sollten wir auch journalistische Vorwürfe von außen sehr ernst nehmen und als Berufsstand peinlich darauf achten, daß das, was man vom Krähenvogel weiß, auf keinen Fall auf uns zutreffend ist.

Außendarstellung gelingt nicht nur durch schillernde Bilder vom Arztberuf. Fremddarstellung erleben wir viel öfter durch Medienkritik, ja sogar Medienschelte und um so wichtiger scheint mir der Hinweis, individuellem Fehlverhalten durch gemeinsame Anstrengungen einen Riegel

vorzuschieben, und an Hand der mir bekannten Beispiele einer Kammer habe ich den Eindruck, daß nicht immer Verantwortung in genügender Weise wahrgenommen wird.

Ein hundertjähriger Kollege schrieb kürzlich in der „Ärztlichen Praxis“ den Satz: „Ich habe meinen Beruf zum Dienen verstanden und nicht zum Verdienen“. Nun sind wir gewiß nicht weltfremd, wenn wir in der heutigen Zeit nicht nur dienen, sondern auch angemessen verdienen wollen. Ethische Grundhaltungen bleiben aber dennoch bestehen.

Wenn wir die Selbstverwaltung erhalten wollen, dann müssen wir uns alle auch persönlich um diese Dinge kümmern, allerdings werden die Leistungen der Kammer nicht immer registriert, trotz eines monatlich erscheinenden Ärzteblattes und trotz ausführlicher Geschäftsberichte. Die Landesärztekammer nimmt als Körperschaft des öffentlichen Rechts nach gesetzlicher Vorschrift (Heilberufekammergesetz) vielfältige Aufgaben wahr.

In einer erst letztlich veröffentlichten Studie aus Baden-Württemberg wird deutlich, daß die Aufgaben der Kammer tatsächlich zu wenig bekannt sind und auch ihre Möglichkeiten in vielerlei Hinsicht unterschätzt werden. Und es ist nach dieser Studie interessant, es fällt den Mitgliedern schwer, die Aufgaben und Zuständigkeiten der Kammer, Kassenärztlichen Vereinigung und der Berufsverbände zu unterscheiden. Die Kammer wird häufig als eine Art Gewerkschaft der Ärzte angesehen. Dafür aber gibt es den Marburger Bund.

Wir sollten aber an dieser Stelle deutlich aussprechen, daß auch die Honorarpolitik für unsere Vertragsärzte allein Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Sie haben diese originäre Pflicht von Anfang an wahrgenommen. Wir sollten aber zukünftig noch mehr darauf achten, daß die Zuständigkeiten der Kammer für eine Reihe bisher nicht definierter Aufgaben auch weiterhin im gesetzlichen Umfang wahrgenommen werden kann und daß der Gesetzgeber, wenn er uns schon die Selbstverwaltung überträgt, auch die nötigen Rahmenbedingungen schafft. So wäre

es dringend erforderlich und auch denkbar, die Übertragung des Approbationsrechtes an die Kammern zu delegieren. Das aber setzt voraus, daß die Bundesärztekammer geändert wird, und ich habe in der letzten Vorstandssitzung der Bundesärztekammer den Antrag eingebracht, demnächst zur einheitlichen Übertragung der Approbationsrechte an die Kammern Deutschlands die Diskussion zu eröffnen und den Antrag an den Bundesgesundheitsminister zu stellen. Dies wäre im Sinne einer Verschlankung des Staates, und erst kürzlich haben als Beispiel die Rechtsanwälte von der Übertragung des Zulassungsverfahrens auf ihre Kammern Gebrauch gemacht. Zur Zeit gibt es in Sachsen drei Approbationsstellen entsprechend der drei Regierungsbezirke.

Ich komme zurück auf das Thema: Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes?

1. Ein Berufsstand ist nur so stark wie er auch von seinen Mitgliedern tatkräftig unterstützt wird.

Ich nenne als Beispiel die Wahl zu den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer, die noch in diesem Winter ansteht.

Es ist von ungeheurer Wichtigkeit, daß Sie als praktisch tätige Ärzte diesen Gremien beitreten, den Kreisärztekammern und der Kammerversammlung auf Landesebene.

2. Die Zahl derer, die in den kommunalen und Landesparlamenten mitarbeiten, ist verschwindend gering. Mitspracherecht kann man sich aber nur dann schaffen, wenn man in den entsprechenden Gremien vertreten ist.

3. Die Wiederherstellung einer Mindestbürokratie mit radikaler Minimierung von Verordnungen und Gesetzen wird von allen höheren Gremien der Ärzteschaft massiv angemahnt und ist zu Deutschen Ärztetagen vom Bundesgesundheitsminister zugesagt worden.

4. Leider führt die Ungleichheit in der finanziellen Vergütung ärztlicher Leistungen zu ständigen inneren und leider auch äußeren Kontroversen, wie man sie auch im Kindergarten bei der Ver-

teilung von Bonbons beobachten könnte. Wer zu wenig bekommen hat, schreit; wer etwas abgeben muß, schreit auch und wer das richtige Maß erhalten hat, schreit, weil er mehr haben will (Ärztezeitung vom 17./18. 7. 1998).

Eine sinnvolle Angleichung der Verdienstmöglichkeiten ist dringend geboten, denn wie will man erklären, daß die gleiche Operation ambulant durchgeführt, schlechter vergütet wird als im Krankenhaus? Das hat aber nichts mit Gleichmacherei gegenüber ehemaligen DDR-Ärzten zu tun.

Es schadet unserem Berufsstand sehr, sich immer wieder vor den Medien zu Verteilungsfragen der Einkommen der Ärzteschaft zu äußern. Wir alle wissen, daß sogar die Patienten direkt mit diesen Dingen mit Plakaten oder Schriftwerken konfrontiert werden.

Der Gesetzgeber hat das Verteilungsproblem nicht lösen können und daher der Selbstverwaltung übertragen. Auch aus diesem Grunde ist eine Besinnung auf die gemeinsamen Aufgaben und Ziele der Selbstverwaltung beider ärztlicher Körperschaften angezeigt.

Es kann doch wohl nicht sein, daß vier Wochen vor Jahresende einzelne Krankenhäuser keine Patienten mehr aufnehmen wollen, weil sie sonst in die Gefahr der Rückzahlung an die Kassen hineingeraten könnten.

Mit anderen Worten, es gilt in den nächsten Jahren, die innerärztlichen Konflikte ernsthaft zu beseitigen, wenn wir nicht zunehmend einer äußeren und inneren Demontage unseres Berufsstandes ausgesetzt sein wollen.

Einigkeit macht stark. Es nützt uns aber nichts, wenn wir nur davon sprechen. Wir sollten gemeinsam alles dafür tun, diese Gemeinsamkeit bis hin zu Honorarfragen zu erkämpfen. Vieles, was derzeit zu Kontroversen Anlaß gibt, ist durch die finanziellen Probleme begründet. Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer tragen hierbei gemeinsam Verantwortung.

Prof. Dr. med. Heinz Dietrich
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, ihr 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Leipzig, Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt

Die Einladung zu Ihrer heutigen Kreisärztekammerversammlung Leipziger Land habe ich mit Freude angenommen. Ist es doch ein Forum, auf welchem sich die beiden für Sie so wichtigen berufsständischen Vertretungen gemeinsam präsentieren. Herr Prof. Diettrich hat eben die Aufgaben der Ärztekammer in umfassender Weise dargestellt. Schon allein daran können Sie erkennen, in welchem Spannungsfeld wir Ärzte uns gegenwärtig bewegen. Ich glaube, wenn man hier noch die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung betrachtet, wird dies um so deutlicher.

Der Kassenärztlichen Vereinigung ist vom Gesetzgeber der Sicherstellungsauftrag übertragen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die umfassende ambulante Betreuung der Bevölkerung im Territorium des Freistaates Sachsen zu gewährleisten. Ein wesentliches Instrument hierzu ist die Bedarfsplanung. Sie wurde in Deutschland eingeführt, um eine flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Mittlerweile ist diese Aufgabe gegenstandslos geworden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Bedarfsplanung ein Instrument zur Begrenzung der Zulassung von Ärzten in freier Niederlassung. Gerade für junge Ärzte ein sehr mißliebige Instrument, wird doch die Niederlassungsfreiheit erheblich eingeschränkt. Diese Bedarfsplanung ist ebenfalls die Grundlage für die Entscheidung hinsichtlich der Ermächtigung stationär tätiger Ärzte für die ambulante Versorgung der Bevölkerung.

Im Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag wäre auch die Organisation des Notfalldienstes zu nennen.

An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich bei den Kolleginnen und Kollegen bedanken, die hier aktiv an der Organisation mitwirken. Natürlich möchte ich hier auch alle Ärzte mit einschließen, die im unermüdlichen Einsatz für die rund um die Uhr Betreuung ihrer Patienten wirken.

Eine wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist in der Gestaltung der Verträge mit den Krankenkassen zu sehen. Hier wird im wesentlichen durch die Vereinbarung der Gesamtvergütung das Niveau der Honorierung unserer ärztlichen Tätigkeit bestimmt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Ho-

norarverteilung sicherlich die schwierigste Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Wir haben alle teilweise bitter erfahren müssen, welche Probleme unter den Bedingungen begrenzter Mittel der Krankenkassen hierbei auftreten. An dieser Stelle möchte ich Sie bitten, in der Zukunft noch aktiver über die Vertretung Ihrer Berufsverbände an der Gestaltung des Honorarsystems mitzuwirken.

Sehr enge Berührungspunkte zur Sächsischen Ärztekammer gibt es in der Frage der Qualitätssicherung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die medizinische Leistungserbringung zu einem bestimmten Standard zu garantieren. Hier sehe ich ein wesentliches Betätigungsfeld sowohl der Kammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin der Auffassung, daß in diesem Punkt in der Vergangenheit die bestehenden Möglichkeiten der Zusammenarbeit nicht im umfassenden Sinne genutzt worden sind. Als weitere vom Gesetzgeber beschriebene Aufgabe möchte ich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte nennen. Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise hat die Bedeutung abgenommen. Dies ist auf das gegenwärtige Honorierungssystem zurückzuführen, welches ja letztendlich auf einer weitgehenden Pauschalierung der Honorierung basiert. Um so mehr hat die Prüfung der Verordnungstätigkeit der Ärzte an Schwergewicht gewonnen. Uns allen sind die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen um das mißliebige Arzneimittelbudget gegenwärtig. Bedingt durch den Druck des Faktischen war der Vorstand genötigt, auf diesem Sektor die sogenannte Richtgrößenvereinbarung mit den Krankenkassen abzuschließen. Wenn der Vorstand auch mit dem Erreichten nicht vollends zufrieden ist, muß festgestellt werden, daß ein Zugriff der Krankenkassen auf die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzteschaft in Höhe von 500 Mio DM verhindert werden konnte.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, daß die Richtgröße ein individuelles Budget für jede Arztpraxis in Abhängigkeit von der Anzahl und der Struktur der zu behandelnden Patienten darstellt. Die Richtgröße ist kein Limit für die Behandlung des einzelnen Patienten. Auch hier sehe ich ein breites Tätigkeitsfeld für

Kammer und Kassenärztliche Vereinigung. Wir müssen gemeinsam unsere Anstrengungen auf eine pharmakotherapeutische Beratung unserer Kollegen, bezogen auf eine ökonomische, den Patienten aber trotzdem heilende Verordnungsweise richten.

Bei der Betrachtung der Probleme der Honorierung der ärztlichen Leistung und der Arzneimittelverordnung wird deutlich, daß die moderne Heilkunde in mehrfacher Weise immer mehr zum Opfer ihres eigenen Fortschrittes wird. Durch die Erfolge der modernen Medizin in ihrer Rolle als biologischer Reparaturbetrieb droht eine Rationierung eben dieser Reparaturen. Auf uns kommt nicht nur eine Rationalisierung, sondern auch eine Rationierung zu. Gestatten Sie mir, einige beispielhafte Schlaglichter dieses Erfolges zu nennen:

- das Medikament gegen Alzheimer,
- Hörtest schon bei Ungeborenen möglich,
- bald künstliches Lebersystem,
- auch Teilstücke der Leber erfolgreich übertragen,
- im Mutterleib am Herz operiert,
- Herztransplantationen auch bei kleinen Kindern.

Diese Aufzählung ließe sich noch lange fortsetzen. Als Konsequenz dieser Explosion des Machbaren ist es aber heute nicht mehr möglich, jedem kranken Patienten eine Versorgung nach dem letzten Stand der Technik anzubieten. Es ist bedauerlich, daß sich Politiker um diese klare Aussage unabhängig von ihrer parteipolitischen Ausrichtung drücken. Der erste Trugschluß ist das Schlagwort von der Kostenexplosion. Denn diese Kostenexplosion ist doch in Wahrheit keine Kosten-, sondern allen unbestreitbaren Problemen zum Trotz vor allem eine Effizienz- und Leistungsexplosion.

Zum Beispiel Arzneimittel: Vielleicht sind die Medikamente tatsächlich übersteuert. Betrachtet man aber allein die Preise im Zeitverlauf, d. h. die Änderungsraten und nicht das Niveau, kann von Inflation der Preise keine Rede sein. Die reinen Preise der Arzneimittel sind in den vergangenen Jahrzehnten fast durchweg langsamer gestiegen als der allgemeine Preisindex. Die Effizienz in der Therapie hat sich aber um ein mehrfaches potenziert.

Beispiel Krankenhaus: Obwohl hier ein moderner Pfllegetag dreißig bis vierzig mal teurer ist als eine Pfllegetag vor 40 Jahren, kann man das nicht eine Explosion der Preise nennen. Denn ein Pfllegetag 1996 ist doch etwas ganz anderes als ein Pfllegetag 1956. Und zwar etwas sehr viel besseres. Die Krankenkassen würden bei einer stationären Betreuung auf dem Preisniveau der Vergangenheit zufrieden sein, ihre Versicherten auf keinen Fall.

Um die Situation zu verdeutlichen, sollte man sich die Entwicklung auf dem Gebiet der EDV anschauen. Auch hier hat in den letzten Jahrzehnten ein Fortschritt stattgefunden, der die Datenverarbeitung nicht verteuert, sondern ganz enorm verbilligt hat. Der Grund ist, daß der Fortschritt in der EDV sogenannte Ersatztechnologien produziert. Also Verfahren, mit denen eine gegebene Leistung effizienter und damit auch billiger herzustellen ist. In der Medizin dominieren ganz eindeutig die sogenannten Zusatztechnologien, also Verfahren, die etwa bis dato prinzipiell Unmögliches nun möglich machen. Der große Kostentreiber des modernen Gesundheitswesens sind also nicht die Gesundheitsberufe oder die Pharmaindustrie, auch nicht die Patienten oder die Krankenkassen. Der große Kostentreiber ist der medizinische Fortschritt selbst. Auf die vielfältigen Probleme, die sich aus dem Präventionsgedanken ableiten, möchte ich nur ganz kurz eingehen.

Die Prävention spart kein Geld. Im Gegenteil, Krankheiten werden früher erkannt, werden früher behandelt, verursachen früher Kosten. Die Menschen leben länger, um Krankheiten zu bekommen, die sie vor hundert Jahren aufgrund ihres frühzeitigen Todes gar nicht erlangen konnten. Auch hierin ist ein wesentlicher Faktor für die nicht mehr faßbaren Kosten im Gesundheitswesen zu sehen. Wie soll man nun diesem Problem gegenüber treten? Hier nur einmal ein paar Varianten aufgezählt:

1. Die Inanspruchnahmemöglichkeiten werden unter monetären Gesichtspunkten eingeräumt. In den USA zum Beispiel hat man ohne ein entsprechendes Bankkonto kaum eine Chance auf ein neues Herz.

2. Der soziale Wert bestimmt, wer leben darf und wer sterben muß. Ein arbeitslo-

ser Junggeselle zieht dann gegen einen seriösen Familienvater mit mehreren Kindern klar den kürzeren.

3. Keine Herzverpflanzung oder andere teure Therapien für Patienten ab einem bestimmten Lebensalter, wie dies heute schon in durchaus zivilisierten Ländern wie Großbritannien oder Schweden praktiziert wird.

Ausgehend von unserem ärztlichen Berufsethos ist für meine Begriffe keiner der drei Wege zu beschreiten. Um eine Rationierung kommen wir sicherlich nicht herum. Diese Einschränkung der Mittel darf aber nicht am einzelnen Individuum festgemacht werden. Für meine Begriffe ist hier ein Sparen einerseits auf der Planungsebene erforderlich, andererseits müssen medizinische Leistungen, die nicht unmittelbar auf die Abwendung einer Gesundheitsgefahr für den Einzelnen gerichtet sind, von der Finanzierung durch die Solidargemeinschaft ausgeschlossen werden.

Beispielhaft möchte ich hier folgende Problemkreise benennen:

- Überkapazitäten im Kur- und Rehabilitationsbereich,
- teilweise noch vorhandene Überhänge von Krankenhausbetten,
- Finanzierung der Behandlung von Unfällen aus dem Extremsportbereich,
- Anwendung des IGEL-Kataloges,
- Beschränkung des Einsatzes medizinischer Großgeräte auf das absolut Notwendige.

Ich bin der Auffassung, daß sich unsere beiden berufsständischen Organisationen, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, in den nächsten Jahren dieser Probleme annehmen müssen, die, bezogen auf die einzelnen Menschen, höchste Priorität haben. Hierauf müssen wir unser gesamtes ärztliches Wirken richten. Uns muß es gelingen, ein Umfeld zu schaffen, die vorhandenen und die immer größer werdenden Möglichkeiten so rationell wie möglich zum Einsatz zu bringen. Nur so sind wir in der Lage, das Gut Gesundheit weiterhin für alle finanzierbar zu halten und auch die Existenz unseres Berufsstandes auf einem vernünftigen Niveau zu sichern.

Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksstelle Leipzig - 1. Vorsitzender

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Wolfgang Rose (v.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Fax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Fax: (03 41) 6 78 77 12

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Antje Vorsatz

Anzeigenverwaltung: Silke El Gendy

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag, Schützenhöhe
16 - 18, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 8 26 72 28,
Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1. 1. 1998 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 05 10, 01075 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 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

„Via medici“ Berufschancen für junge Mediziner

Kongress in Mannheim

5./6. Juni 1998

Der Thieme-Verlag, der Deutsche Ärzteverlag, das mibeg-Institut für berufliche Weiterbildung und der Marburger Bund hatten in Zusammenarbeit mit der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung und dem Landesarbeitsamt Baden-Württemberg (zusätzlich unterstützt von Banken, Versicherungen und Pharmaindustrie) angesichts des Weges, den heutige Medizinergenerationen zurücklegen müssen, und der mit zunehmender Regelmäßigkeit von Arbeitslosigkeit begleitet wird, zu einem Kongress eingeladen. Die dreifache Anzahl von Anmeldungen in Relation zur realisierbaren Teilnahme spiegelt die Brisanz der Problematik für die Möglichkeiten nach einem Studium der Humanmedizin wieder.

Sowohl zu den klassischen ärztlichen Berufsfeldern als auch zu den alternativen nichtkurativen Tätigkeiten gab es über zwei Tage zeitlich parallel Plenarvorträge und Workshops. Grundtenor aller Redner und Rednerinnen waren die drastisch eingeschränkten Chancen für Ärztinnen/Ärzte von heute im Vergleich zu denen früherer Ärztinnen- und Ärztegenerationen.

Dr. Montgomery (Marburger Bund), dem man als einem der wenigen Redner abnahm, daß ihn die dramatische Zuspitzung der ärztlichen Arbeitslosigkeit auch emotional tangierte, ging von einer Zahl von 53 000 fehlenden Arbeitsplätzen im Jahre 2004 aus bei unveränderten Studienzulassungszahlen mit ca. 11 000 Absolventinnen/Absolventen jährlich. Diese Modellrechnung bezieht dabei eine gleichbleibende Anzahl von Arbeitsplätzen im Krankenhaus ein, wovon jedoch durch weiteren Bettenabbau nicht auszugehen ist.

Dr. Montgomery wies auch auf den Mißstand hin, daß Weiterbildung „Nebenprodukt“ ärztlicher Tätigkeit ist, was sich aus der juristischen Trennung zwischen Arbeitgeber und weiterbildungsbefugtem Arzt ergibt.

Nach seinen Schätzungen gibt es zur Zeit 3000 bis 4000 sog. Gastärztinnen/Gastärzte, welche umsonst arbeiten, um in ihrer Weiterbildung voranzukommen. Leider darf man diese Tätigkeit dem Arbeitsamt nicht melden, weil man in dieser Zeit unverständlicherweise als nicht vermittelbar gilt, und somit kein Arbeitslosengeld

beziehen darf. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, schnell und unbürokratisch neue Richtlinien zu schaffen.

Herr Broglie (Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Internisten), stellte dar, daß es im Krankenhaus zum Ende der Facharztausbildung (sofern diese Stufe erreicht wird) zum Karrierestau kommt, da es kaum Niederlassungsmöglichkeiten für Fachärzte mehr gibt. Auf der anderen Seite werden in Krankenhäusern wegen eines Urteils des Bundesgerichtshofes zur Zeit fast nur Fachärzte eingestellt. Diese arbeiten häufig längere Zeit oder treten eine Lebensstellung an, so daß eine weitere Verknappung von Weiterbildungsstellen entsteht.

In einer Ausschreibungsanalyse, welche in einem Workshop zur Inneren Medizin zur Sprache kam, standen zum Beispiel 970 Assistenzarzausschreibungen 330 Facharzausschreibungen gegenüber, das heißt, selbst für Fachärzte wird es sehr eng. Wenig hilfreich innerhalb dieser Workshops war der Beitrag des niedergelassenen Internisten aus Wiesbaden, Dr. Ditter, der den Mythos des Einzelkämpfers heraufbeschwor, und damit vor den in der Mehrzahl anwesenden Studenten an der Realität vorbei redete.

Als eines der wenigen „echten“ ärztlichen Berufsfelder mit Perspektive, zwar ohne kurative Ausrichtung, wurde die Arbeitsmedizin angeführt.

Maßnahmen, um Arbeitslosigkeit unter Ärztinnen und Ärzten abzubauen, wären nach Ansicht vieler Rednerinnen und Redner u.a. ein konsequenter Abbau von Überstunden/Bereitschaftsdiensten und die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes durch Neueinstellungen, Jobsharing oder eine Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich. Für eine Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes besteht jedoch keine Lobby: Verwaltungsleiter von Krankenhäusern interessieren sich nur für Kostendämpfung, und Chefärzte (bis auf wenige Ausnahmen) nur für eine möglichst ganztägige „Auslastung ihrer Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten“ und - sofern vorhanden - für Privatpatienten. Niedergelassene Ärzte sind ebenfalls daran interessiert und zum Teil

möglicherweise auch gezwungen, unter der Seehofer'schen Sparknute möglichst wenig an Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zu zahlen. Die Chancen auf eine Anstellung ließen sich nach Ansicht von Frau Dr. Blaul (Vorsitzende der KV Pfalz), mit einem Zweitstudium (z.B. Public Health) verbessern.

Die alternativen, nichtkurativen Berufsfelder (Medien/Journalismus, Informatik, Medizintechnik, Pharmaindustrie, online-Dienste/Multimedia, Public Health/Gesundheitswissenschaften, Krankenhausmanagement) werden nach vorsichtigen Schätzungen in einigen Branchen einen expandierenden Arbeitsmarkt darstellen, zahlenmäßig sind diese Gebiete aber bei weitem nicht in der Lage, den jährlichen Bewerberinnen-/Bewerberüberhang aufzufangen. In der Weiterbildung in diesen Bereichen hat sich das mibeg-Institut (sehr kompetent Rita Schöznart, Köln) etabliert, und bietet vom Arbeitsamt als förderungswürdig eingestufte 1-Jahres-Kurse in den Gebieten Gesundheitsmanagement, Klinische Pharmakologie, Medizinische Informatik, Fachredaktion Medizin an, um einige zu nennen.

Die Wege in die nichtklassischen Berufsfelder sind aber alles andere als leicht, weil hier Konkurrentinnen/Konkurrenten aus anderen Studienrichtungen anzutreffen sind. Außerdem wurde von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern des Plenums zu alternativen Berufsfeldern bemängelt, daß das Medizinstudium für diese Bereiche keinerlei Vorbildung schafft, und damit an den Erfordernissen des Marktes seit einigen Jahren vorbei ausgebildet. Nach wie vor soll jede/jeder den Weg zum heroischen Arzt und uneigennütigen Helfer einschlagen.

Resümee: Ein sehr wichtiger, hilfreicher Kongress angesichts einer zum Teil mehr als notwendigen beruflichen Neu- und Umorientierung für Ärztinnen/Ärzte. Man darf hoffen, daß sich vielleicht für die nächsten Kongresse dieser Art weitere Veranstalter finden, so daß es möglicherweise zu einer konzertierten Aktion vieler Institutionen kommt mit dem Ziel, neue Wege und Perspektiven bei der Bekämpfung der ärztlichen Arbeitslosigkeit zu eröffnen.

Vielleicht gelingt es ja auch, die hoch gepriesene ärztliche Kollegialität aus ihrer Schmollecke zu holen, denn Fazit ist eines: Arbeit ist genügend vorhanden, nur muß sie auf mehr Schultern als bisher verteilt werden. Und dazu ist auch Teilen in finanzieller Hinsicht nötig: Die, die viel

und genügend haben - und davon gibt es immer noch ausreichend Ärztinnen/Ärzte - sollten etwas abgeben, sei es in Form von bezahlter Weiterbildung, Ausbildungsfonds oder auch Generationenfonds für nachrückende Ärztegenerationen, oder wie auch immer. „Schön ist es, wenn man

die Schwierigkeiten löst. Schön ist also ein Tun“. (B. Brecht, 1965)

Sven-Dirk Schulz
(unter Mitarbeit von Stefan Maidatschewski)
für die AG Junge Ärzte, SLÄK

Fünfmal „WARUM“ zur internen Qualitätssicherung und zum Total Quality Management (TQM) im Krankenhaus

- ein Statement des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft

Durch die inhaltlich auf den Patienten orientierte Qualitätssicherung (QS) in der Medizin wird der Begriff in Folge seiner zunehmenden Vielschichtigkeit und der sich daraus ergebenden ärztlichen Handlungsweise durch den Terminus „Ärztliches Qualitätsmanagement“ abgelöst. Damit sind enge und direkte Beziehungen zu einem umfassenden Qualitätsmanagement (Total Quality Management - TQM) besonders für den hospitalen Bereich fließend und unübersehbar. Zweifelsohne ist die Ärzteschaft sowohl aus der Aufgabenstellung wie auch aus der Tradition heraus der Hauptakteur der Qualitätssicherung im Krankenhaus, doch gebietet gerade die Orientierung auf den „Kunden“ Patient die Einbeziehung aller Strukturen und Ebenen eines Krankenhauses in eine umfassende Form der Qualitätssicherung. Das sich logistisch aus der Notwendigkeit ableitende TQM stellt sich heute als Forderung dar, auf deren Inhalt wie auch auf das „Für und Wider“ näher einzugehen ist. Ist auch das TQM nicht als eine neue Wissenschaft zu bezeichnen und durchaus auch nicht das Allheilmittel für sämtliche offene Probleme, so sind es doch besonders die verschiedenen Methoden und Werkzeuge (Tools), deren Kenntnis und Anwendung eine Voraussetzung zum Er-

folg sind. Qualitätssicherung verlangt heute zum einen die Einbeziehung aller Mitarbeiter und zum anderen ihre diesbezügliche Qualifikation, insbesondere der Verantwortlichen aus den Leitungsebenen. Qualität ist vor allem eine Frage der inneren Einstellung eines jeden und der prinzipiellen Bereitschaft zur Veränderung.

Eine der Grundregeln des TQM ist es, anstehende Entscheidungen mit einem „Fünfmal Warum“ zu hinterfragen.

Fragt man sich, **WARUM** es noch Krankenhäuser gibt, die sich vor der offiziellen Einführung eines internen Qualitätsmanagement scheuen, so ist die Antwort vielschichtig und nicht leicht. Einerseits nimmt der überwiegende Teil aller sächsischen Krankenhäuser an den Projekten der externen Qualitätssicherung (QS) in Sachsen teil und verfügt hier und da über fachbezogene Arbeitsgruppen oder Kommissionen, die sich den Fragen der inneren Qualitätssicherung (z.B. Krankenhaushygiene, Arzneimitteltherapie, Anästhesie, Tumorkonsilien wie auch Pflegestandards) stellen. Andererseits bleibt es meistens bei der Teilnahme an den Projekten der externen Qualitätssicherung, ohne die Ergebnisse zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements ähnlich dem in der freien Marktwirtschaft zu nutzen, so daß

zwischen externer und interner Qualitätssicherung nicht das gewünschte Fließgleichgewicht besteht.

Nach wie vor sind die Rahmenbedingungen, insbesondere die strukturellen Voraussetzungen der Krankenhäuser nicht mit der freien Marktwirtschaft vergleichbar, was die Erfolgsorientierung beeinflusst.

Der Qualitätsbegriff im Krankenhaus ist sehr vielschichtig und wird deshalb von den verschiedenen Berufsgruppen auch unterschiedlich interpretiert. Es gilt aber immer noch, daß sich vor allem die Ärzteschaft für Qualitätssicherung am Krankenhaus verantwortlich fühlt, wie „sie es bereits immer getan hat“. Darüber hinaus wird Qualitätssicherung als etwas Nebenamtliches oder Ehrenamtliches verstanden und somit entsprechend der zeitlichen und personellen Ressourcen meistens dem Zufall überlassen. Vermissen werden besonders berufsübergreifende Teams, die sich mit der Schnittstellenproblematik sowohl zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen als auch zwischen den unterschiedlichen Diensten (Pflegedienst, Verwaltung und Ärztlicher Dienst) beschäftigen. Obwohl die Defizite bekannt sind, fragt man sich, **WARUM** sich hier Stagnation einstellt. Reichten bisherige Bemühungen um die Qualitätssicherung sei-

tens der verantwortlichen Gremien im Lande nicht aus, und welche Konsequenzen wären abzuleiten? Folgt man dem wörtlichen Inhalt „Schnittstelle“ als eine Art Grenzsituation oder Brennpunkt, so sollte es die Zielstellung des internen Krankenhausmanagements sein, hier auf dem Wege einer Brückenfunktion aus den Schnittstellen Verbund- und Nahtstellen zu entwickeln.

In der gegenwärtigen Phase der gesetzlich abverlangten Ausweitung und Veränderung der externen Qualitätssicherung, insbesondere durch die Fallpauschalen (FP) und Sonderentgelte (SE) auf der Basis von Verträgen auf Landesebene, haben sich SLÄK und KGS erneut mit den veränderten Zielstellungen des Qualitätsmanagements (QM) im Krankenhaus auseinandergesetzt. Mehr und mehr wird davon ausgegangen, daß die laufenden sowie auch hinzukommenden Projekte der externen Qualitätssicherung spürbare und ablesbare Auswirkungen auf die innere Qualitätssicherung der Krankenhäuser haben müssen.

Daraus leitet sich die entscheidende Frage ab, was mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in praxi in den Häusern passiert, und welche ablesbaren Auswirkungen sie auf die innere Qualitätssicherung haben?

WARUM setzt sich immer noch überwiegend die Ärzteschaft des Krankenhauses unabhängig von Pflege und Verwaltung separat mit der Qualitätssicherung auseinander? **WARUM** werden von der Pflege in sorgfältiger Detailarbeit Pflegeleitlinien/-standards erarbeitet, aber nur selten in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert? Ist es evtl. möglich, daß die Methoden des QM's bzw. die sogenannten Werkzeuge des TQM's nicht in genügendem Umfange den leitenden Mitarbeitern bekannt sind? Intuition allein reicht nicht aus, um meßbare Erfolge zu erzielen.

Bezieht man sich auf die schon vor mehr als 2 Jahren vom Ausschuß Qualitätssicherung veröffentlichte Empfehlung zur Bildung von Qualitätszirkeln unter Benennung von **Qualitätsbeauftragten im Krankenhaus**, so muß festgestellt werden, daß die Umsetzung nur sehr zögernd erfolgt. Hauptamtliche Qualitätsbeauftragte und TQM-Koordinatoren in den

Krankenhäusern sind in Sachsen bisher nicht bekannt geworden. Nur wenige Krankenhäuser haben für die Qualitätssicherung ehrenamtlich beauftragte Ärzte. Wird der Qualitätsbeauftragte bereits ernsthaft erwünscht oder fällt er den Sparmaßnahmen zum Opfer, noch ehe er etabliert ist? Kann es sein, daß Qualitätssicherung immer noch nicht als ein integraler Bestandteil der täglichen Arbeit aller Mitarbeiter verstanden wird?

Das langjährige Warten auf die nicht unumstrittene Einführung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten hat so manches in eine andere Richtung gehendes Projekt zur weiteren Vervollkommnung der QS hintangehalten. Hinzu kommt, daß die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser mit zunehmender Personalengage nicht besser, sondern eher schlechter geworden sind. Letzteres sollte allerdings um so mehr ein Beweggrund sein, das sogenannte Veränderungspotential (Ressourcen) für weitere Maßnahmen der internen Qualitätssicherung sinnvoll und effektiv zu nutzen, um das formulierte Ziel einer hervorragenden Dienstleistung gegenüber dem Patienten zu erbringen.

Die bisher erreichte Situation auf dem Gebiet der inneren Qualitätssicherung läßt die Frage aufkommen, ob der Widerstand gegenüber TQM nicht bei den Mitarbeitern, sondern im Führungsstil der Krankenhäuser zu suchen ist. Es scheint, als ob die für ein QM-System notwendige „Streitkultur“ verlorengegangen ist, da mehr und mehr die Angst um den Arbeitsplatz Einzug gehalten hat.

Während noch vor Jahren die Projekte der externen QS und einige wenige Kommissionen und Arbeitsgruppen die herausragenden Säulen auf diesem Gebiet waren, ist heute die innere QS systematisch auf alle Struktur- und Leitungsebenen eines Krankenhauses auszudehnen. Gleichzeitig gilt es, neue inhaltliche Aspekte der QS aus der Sicht der Ärzteschaft zu erarbeiten. Es ist festzustellen, daß sich die vom Ausschuß in den vorausgegangenen Veröffentlichungen angeregten Qualitätszirkel nicht wie erwartet an den Krankenhäusern entwickelten und nicht immer die Beziehung zwischen externer und interner QS hergestellt haben. Zum anderen wurden insbesondere die berufsübergreifenden

Probleme (Schnittstellen) nur wenig berührt, wie z. B. Patientenleerlaufzeiten und fachübergreifende Kommunikationsmängel. Bedenkt man, daß einer der Hauptgründe für medizinische Fehlleistungen Informationsdefizite sind, gewinnt die Kommunikation mehr und mehr an Bedeutung.

Das patientenorientierte QM am Krankenhaus verlangt von der Krankenhausleitung eine für alle verständliche Zielvorgabe, eine Vision, die von allen Mitarbeitern einschließlich Leitungsebene verstanden und „gelebt“ wird. Die hieraus abgeleiteten Ziele konkretisieren die Vision sowohl zeitlich als auch inhaltlich im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses. Die Umsetzung, auch im Sinne der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen, erfolgt durch sogenannte Projektteams. Während Qualitätszirkel freiwillig ein von ihnen selbst gewähltes Problem versuchen zu lösen, handeln die Projektteams im Auftrag der Krankenhausleitung, d. h. sie bekommen eine Aufgabe vorgegeben, werden entsprechend dem Auftrag personell besetzt und lösen sich nach Beendigung ihrer Arbeit wieder auf.

Die Erwartungshaltung des Patienten gegenüber der stationären Diagnostik und Therapie ist sowohl durch innere als auch durch vielschichtige äußere Faktoren (z. B. Medien) geprägt. Es ist mit die Aufgabe des TQM, auf die Erwartungshaltung des Patienten entsprechend des medizinischen Wissensstands und der realen Möglichkeiten Einfluß zu nehmen. Nach Donabedian (1966) drückt sich die medizinische Qualität in dem Maß aus, in dem eine Gesundheitsleistung die Gesundheit des Patienten, gemessen am medizinisch Möglichen verbessert.

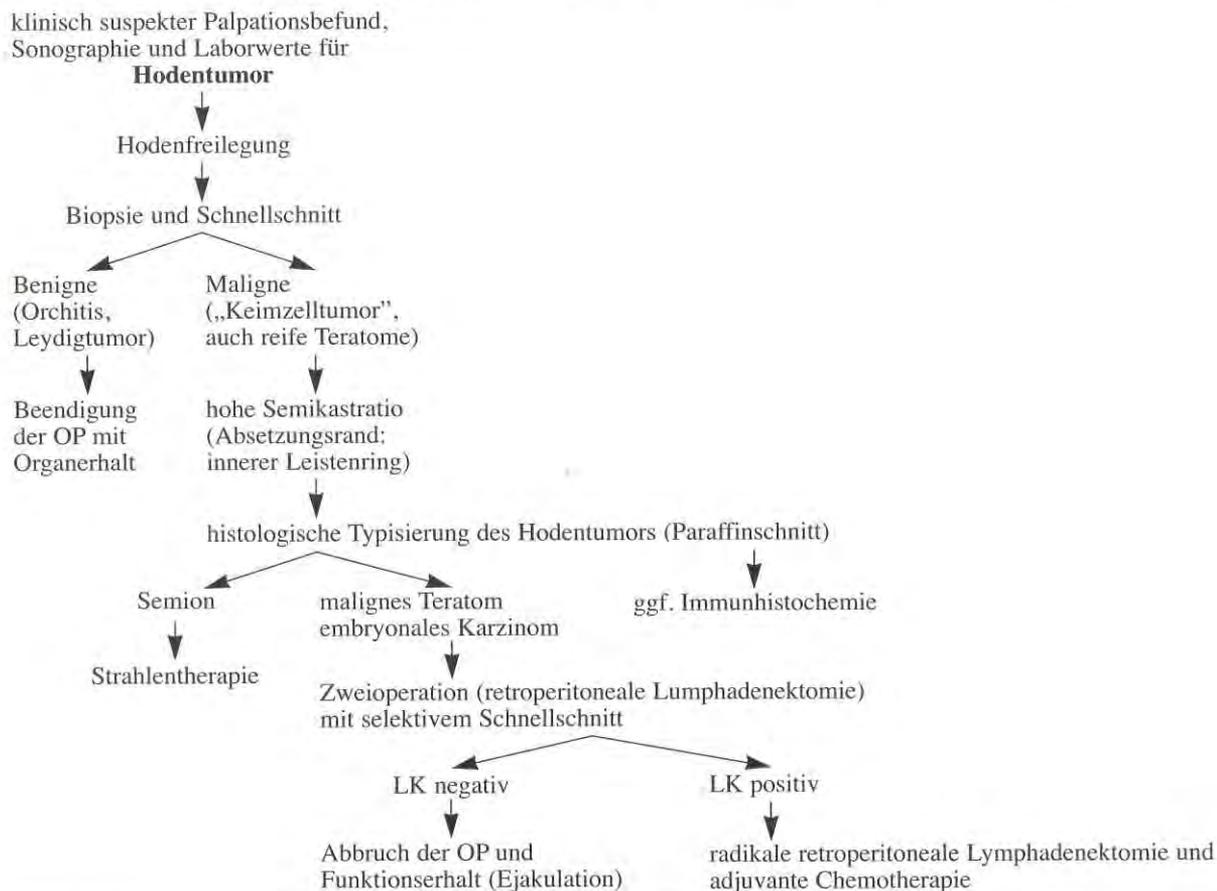
TQM ist nichts Elitäres, sondern eine Anleitung zu einer systematischen Vorgehensweise, hervorragende Ergebnisse zu erzielen. Es bedarf hierzu entsprechender, unter Umständen veränderter Führungsstrategien, Methodenkompetenz und die Beteiligung aller Mitarbeiter. Voraussetzungen dafür sind Akzeptanz, Transparenz und die Bereitschaft der (persönlichen) Veränderung. So ist z. B. mangelnde Transparenz nicht selten der erste Schritt zur Demotivierung der Mitarbeiter, und unzufriedene Mitarbeiter können nicht zur Zufriedenheit des Patienten führen.

Während sich die QS betont auf Standardisierungen ausrichtet, orientiert sich das TQM gezielt auf eine den Patienten „angepaßte“ Qualitätsorientierung, die in sich die Fähigkeit zur kontinuierlichen Veränderung und Verbesserung trägt. Folgt man Deming (1882), so sind 85 - 90 % der Qualitätsprobleme in der Organisation oder dem System und nicht im Mitarbeiter zu suchen. Die Bemühungen der externen QS, die auch durch die Einführung des neuen § 137 a des SGB V seitens der Ärzteschaft inhaltlich wie auch im Umfang weiter zunehmen werden, müssen sich letztendlich auf die innere QS der Krankenhäuser ausrichten und auswirken. Hierbei kann die Anwendung der Prinzipien von TQM nur hilfreich sein. Ein wesentlicher Punkt bleibt das Messen von Qualitätskriterien (Feigenbaum 1991), um nicht nur Ursachen und Wirkungsana-

lysen zu erstellen, sondern auch die Wirksamkeit zu überprüfen. Grundlage des TQM ist die Darlegung von Zahlen und Fakten, ist „Messen“. Die Ausbildung der Mitarbeiter auf dem Gebiete des QM sowie die Anwendung bewährter Methoden wie das Erstellen von Flußdiagrammen und Histogrammen wird elementares Rüstzeug, so daß nicht umsonst Methoden der Quality assurance der USA Einzug gehalten haben. So lassen sich Leitlinien auf den Prozeß von Diagnostik und Therapie durch Flußdiagramme darstellen, wie es z. B. in der Schnellschnittdiagnostik bei Hodentumoren Anwendung findet (Abbildung 1). An dieser Stelle ist zu fragen, ob nicht die Selbstbewertung (Self assessment) einen sinnvollen (alternativen) Schritt zur Einführung eines QM darstellt. Der Nutzen einer derartigen Selbstbewertung, ange-

lehnt an das Modell des Europäischen Qualitätspreises (European Quality Award - EQA), entspricht einem ersten wesentlichen Schritt zur kontinuierlichen Verbesserung einer Organisation. Aber man darf sich nicht nur mit der Selbstbewertung zufriedengeben. Vielmehr beginnt erst danach die eigentliche Arbeit im Sinne der Aufdeckung und Definition von Verbesserungspotentialen bis hin zur Umsetzung entsprechend erarbeiteter Problemlösungen. Eine weitere Form der Qualitätssicherung ist die Zertifizierung nach DIN ISO-9000, deren Aspekt im Gegensatz zum TQM nicht unbedingt auf das Ergebnis orientiert ist, sondern auf den zertifizierten Prozeß. Es wird danach gefragt, ob die Voraussetzungen zur Erreichung einer guten Qualität erfüllt werden, dagegen nicht, ob tatsächlich gute Qualität geleistet wird. Aus

Abb. 1: Flußdiagramm für das intraoperative und therapeutische Management bei Hodentumoren (nach Meister und Mitarbeiter) 16



der Sicht der Ärzteschaft erfüllt die Zertifizierung der Krankenhäuser nach DIN ISO-9000 nicht die Vorstellungen und Erwartungen einer auf den Patienten abgestimmten Ergebnisorientierung, so daß gegenwärtig an einer spezifischen Krankenhauszertifizierung gearbeitet wird (Kolkmann 1998, persönliche Mitteilung). Neben der Erarbeitung von Leitlinien verstärkt sich die Notwendigkeit der Erarbeitung von Indikatoren, die als Meß- und Normativwerte die Qualität in der Medizin anzeigen, z. B. die Häufigkeit von untersuchten zytologischen Präparaten pro Zeiteinheit in Relation ihrer Auswertbarkeit (Schenck 1996) in der Krebsdiagnostik oder die Frequenz von nichtwertbaren Untersuchungsmaterialien.

Bei der Diskussion um Grundsätze allgemeiner Qualitätsindikatoren empfehlen SLÄK und KGS gleichermaßen den Krankenhäusern nachstehende Basisliste als Orientierung für ihre internen Zielstellungen:

- interdisziplinäre Mortalitätsanalyse,
- Verfügbarkeit der Krankengeschichten,
- Änderungsfrequenz der Diagnosen, speziell der Grundleidendiagnose,
- unvorhergesehene Rehospitalisierung, sowohl nach stationären als auch nach ambulanten Eingriffen,
- Übereinstimmung zwischen klinischer und histologischer Diagnose,
- Zeitspanne des Versands von Arztbriefen und Epikrisen an den einweisenden Arzt.

Wiederholt wurde von verschiedener Seite die Rate der nosokomialen Infektionen mit als ein Qualitätsindikator angesprochen. Nach eingehender Überprüfung durch den Ausschuß und der zeitweiligen Arbeitsgruppe Krankenhaushygiene ist festzustellen, daß die alleinige Frequenz nosokomialer Infektionen als Indikator für die Krankenhaushygiene als nicht geeignet angesehen werden kann. Eine Beurteilung der nosokomialen Infektionen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ist allenfalls im Zusammenhang von Tracerdiagnosen denkbar. Dies besagt aber keineswegs, daß der Ausschuß von der Forderung zur Erfassung und Auswertung nosokomialer Infektionen abgerückt ist.

Viele der vom Ausschuß geäußerten Anregungen und Gedanken schlagen sich im

Curriculum QS und ärztliches Management der Bundesärztekammer (BÄK) sowie im Leitfaden zum QM im deutschen Krankenhaus der BÄK nieder (Kolkmann und Mitarbeiter 1997). Die arbeitsteilige Tätigkeit der berufsgruppenbedingten Säulen in der Hospitalstruktur verlangt hinsichtlich des TQM ein engeres Zusammengehen mit der Sächsischen Krankenhausgesellschaft. Ärztliches QM muß sich in das gesamte QM eines Krankenhauses einordnen und in erster Linie darauf zielen, die medizinische Versorgungsqualität auf einem angemessenen, möglichst hohem Niveau zu halten, das Bezug nimmt auf den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand.

Daß auch in Deutschland, fachbezogene Peer Reviews sinnvoll angewandt werden können, haben inzwischen die Pathologen des Landes Brandenburg demonstriert. In einem Vierteljahresrhythmus treffen sich alle Chefärzte Pathologischer Institute, um auf der Basis einer Stichprobenerhebung die innere Qualität histologischer Präparate und Diagnosen zu beurteilen. Dieses Vorgehen hat inzwischen eine große Akzeptanz gefunden, und es ist zu fragen, ob sich nicht die Pathologen bundesweit diesem Vorgehen anschließen (Stosiek und Pauli, persönliche Mitteilung 1998).

WARUM sind solche „medical audits“ (Bilanzierungen, Hinterfragungen) durch ein Gremium von 3 - 5 erfahrenen Fachärzten (peer group) besonders für die Qualitätssicherung geeignet und haben sich dennoch nicht im gewünschten Maße durchgesetzt?

Ihre Vorteile liegen in der globalen Anwendbarkeit, da sie sowohl für die externe als auch interne Qualitätssicherung einsetzbar sind und dem Prinzip der Freiwilligkeit folgen. Weitere Vorteile betreffen die Aufdeckung von Verbesserungspotentialen (Vollständigkeit der Krankenunterlagen, Plausibilität der Diagnostik und Therapie, Verweildauer, pflegerische Tätigkeit), die Stichprobenanalyse im Sinne der systematischen Suche nach Zahlen und Fakten (z. B. auch der Krankenunterlagen), die Kontinuität und nicht zuletzt die sich nahezu zwangsweise daraus ergebende Kommunikation als ein wesentlicher Teil der Fortbildung. Die einzige und entscheidende Hürde ist die Mitarbeitermotivierung zur kritischen und ständigen

Selbstkontrolle. Ohne etabliertes und „gelebtes“ QM-System stellt dies jedoch nicht ohne weiteres eine Selbstverständlichkeit dar.

So wie in Krankenhäusern der Hygienearzt eine Selbstverständlichkeit geworden ist, ist neben ihm der verantwortliche Arzt für QM wie auch die Erweiterung von Qualitätszirkeln zu berufsübergreifenden Qualitätsteams einzufordern, ohne daß dabei bisherige fachbezogene interne Qualitätssicherungsmaßnahmen und bestehende Qualitätszirkel aufgegeben werden müssen. Als Leitfaden für das QM am Krankenhaus ist u. a. die dazu entsprechende Veröffentlichung der BÄK den Krankenhäusern zu empfehlen.

Wenn auch nach wie vor Ausschüsse für Qualitätssicherung der Ärzteschaft sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene überwiegend die externe QS fördern, so kann es bei einer konsequenten Haltung nicht ausbleiben, daß sie Einfluß auf die innere QS nehmen müssen. Diesbezügliches Engagement drückt sich z. B. im erstmaligen Kursangebot der Sächsischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft zum „Qualitätsbeauftragten im Krankenhaus“ aus.

Grundlage des QM ist die Erreichung entsprechender Kompetenz im Sinne einer Investition in die eigene Ausbildung und für die eigene Organisation. Nicht zuletzt deshalb unterstützt der Ausschuß QS und die Krankenhausgesellschaft, das QM in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Literatur beim Verfasser

Für die Verfasser:
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Ausschuß Qualitätssicherung in
Diagnostik und Therapie
der Sächsischen Landesärztekammer Dresden

Dr. Maria Eberlein-Gonska
Referat für QM der
Krankhausgesellschaft Sachsen
Leipzig

Empfehlungen des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer gemäß § 13 Berufsordnung

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 01.07.1998

- die Empfehlungen zur Durchführung der assistierten Fertilitätstherapie bei der Frau,
- die Empfehlungen zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe,
- die Empfehlungen zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen,
- die Empfehlungen zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Erkennung des Zervixkarzinoms,

beschlossen.

Diese treten am 01. 09. 1998 in Kraft. Sie sind wortgleich zu den bisher beschlossenen Richtlinien, die bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/1994, Seite 782, Heft 11/1995, Seite 599 sowie

Heft 4/1996, Seite 188, veröffentlicht worden sind.

Die erneute Beschlußfassung war erforderlich geworden, da nach § 13 der neuen Berufsordnung der Arzt die von der Sächsischen Landesärztekammer beschlossenen Empfehlungen zu beachten hat. Diese Empfehlungen verabschiedet zukünftig der Vorstand.

Aus diesem Grund wird auf einen erneuten Abdruck im „Ärzteblatt Sachsen“ verzichtet. Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können diese Empfehlungen bei Frau Bärwald, Sekretärin der juristischen Geschäftsführerin, Tel.: (0351) 8267 421, erbitten.

Dresden, den 20. Juli 1998

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Präsident

Ärztliche Leichenschau und Todesursachenstatistik

Seit dem 1. 1. 1998 wird die Todesursachenstatistik auf Basis der ICD-10 erstellt

Die **Todesursachenstatistik** wird in der gesamten Bundesrepublik Deutschland ab dem Berichtsjahr 1998 auf Grundlage der 10. Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) erstellt. Diese löst die ICD-9 ab, die in der Todesursachenstatistik seit 1979 im Einsatz war. Die Umstellung auf die ICD-10 ist eine notwendige Anpassung an den medizinischen Kenntnisstand und für die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse erforderlich.

Im Falle des Todes eines Menschen wird eine ärztliche Leichenschau vorgenommen und das Ergebnis in einer amtlichen Todesbescheinigung dokumentiert. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das Sächsische Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächs-BestG) vom 8. Juli 1994 sowie die vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie erlassene Verwaltungsvorschrift.

Die Eintragungen im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung sind entspre-

chend § 14 SächsBestG vorzunehmen.

Bei der Angabe der Todesursachen handelt es sich um

„alle diejenigen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die entweder den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen und die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen“.

Dem Arzt, der die Todesbescheinigung ausfüllt, obliegt die Verantwortung, anzugeben, welcher Krankheitszustand unmittelbar zum Tode führte und festzustellen, ob etwa vorausgegangene Zustände diese Todesursache herbeiführten.

Die vorgesehenen Eintragungen auf dem Leichenschauschein zu den Zeitabständen zwischen dem Beginn des jeweiligen Krankheitszustandes und dem Todeseintritt unterstützen die Festlegung der Kausalkette.

Für die Todesursachenstatistik wird das Grundleiden des Verstorbenen ausgewählt. Es ist in der Regel der auf der untersten Zeile von Abschnitt I der Bescheinigung eingetragene Zustand. Jedoch kann

das umfangreiche Regelwerk (Band II) der WHO zur Auswahl eines anderen Zustandes als Grundleiden führen.

Die Verschlüsselung der Todesursachen und die Anwendung des Regelwerkes zur Auswahl des Grundleidens wird auch im Freistaat Sachsen vom Statistischen Landesamt sichergestellt. Speziell geschulte Signierkräfte verschlüsseln die Angaben auf der Todesbescheinigung und wählen unter Anwendung des Regelwerkes das für die Tabellierung maßgebende Grundleiden aus.

Probleme ergeben sich insbesondere bei unzureichend ausgefüllten Leichenschau-scheinen. So ist es für die Qualität der Todesursachenstatistik wichtig, daß der Krankheitsablauf in seiner Kausalkette angegeben und das Grundleiden möglichst spezifisch und nicht nur allgemein beschrieben wird. Dabei wäre es hilfreich und statistisch gesehen qualitätssteigernd, wenn durch den leichenschauhaltenden Arzt die Bezeichnung der Krankheitszustände entsprechend des Systematischen Verzeichnisses der ICD-10 (Band I)

vorgenommen würde. Nur so ist es den Signierkräften möglich, die den Angaben des Arztes entsprechenden Todesursachen zu klassifizieren und die Erweiterung der ICD-10 gegenüber der ICD-9 voll auszuschöpfen. Zusätzlich kann durch den Arzt der ICD-10-Code aufgeführt werden; allerdings hat der Klartext bei der Verschlüsselung stets Vorrang.

Liegen Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod vor, so sind diese unter „Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ aufzuführen. Das betrifft besonders die Feststellung, ob es sich um einen Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Suizid oder um Komplikationen medizinischer Behandlungen handelt. Ist die Todesart ungeklärt, so ist dies ebenfalls anzugeben. Des weiteren ist die Unfallkategorie anzukreuzen. Von Bedeutung für die Verschlüsselung entsprechend der ICD-10 sind unter anderem Angaben zum Ort des Ereignisses der äußeren Ursache, bei Transportmittelunfällen Angaben über die getötete Person

(Fahrer, Insasse, Radfahrer, Fußgänger etc.), die Art des Hindernisses bei Zusammenstößen sowie die Art der am Unfall beteiligten Fahrzeuge.

Handelt es sich bei der verstorbenen Person um einen Säugling, so sind die auf der Todesbescheinigung vorgesehenen Angaben vollständig auszufüllen (auch Länge bei Geburt sowie Geburtsgewicht).

Wurde eine Obduktion des Verstorbenen durchgeführt, so ist der Obduktionsschein nach den gleichen Regeln vollständig auszufüllen und sofort nach Vorliegen des Obduktionsergebnisses an das Gesundheitsamt des Sterbeortes oder direkt an das Statistische Landesamt zu senden. So kann das Ergebnis der Autopsie bei der Signierung der Todesursache sofort Berücksichtigung finden.

Da der Obduktionsschein keinen eingetragenen Sterbeort und keine Sterbebuchnummer enthält, ist es wichtig, daß die Angaben zur Person einschließlich Geburts- und Sterbedatum sehr sorgfältig vorgenommen werden. Nur so ist es mög-

lich, eine Zuordnung zu dem jeweiligen Totenschein zu finden und die Todesursache zu spezifizieren.

Entsprechend § 14 SächsBestG überprüft die jeweilige zuständige Behörde (Gesundheitsamt) den Inhalt der Todesbescheinigung und eines eventuellen Obduktionsscheines auf Vollständigkeit und Richtigkeit der vom Arzt vorgenommenen Eintragungen. Die erforderlichen Auskünfte sind durch die leichenschauhaltenden Ärzte zu erteilen.

Das Ausstellen einer Todesbescheinigung darf mithin nicht als bloße Formalität betrachtet werden - aussagkräftige Angaben sind die grundlegende Datenquelle der Gesundheitsberichterstattung und der Todesursachenstatistik als die international wichtigste Statistik im Bereich der Epidemiologie.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Pollack, Steffen;
Referent für natürliche Bevölkerungsbewegung,
Bevölkerungsfortschreibung, Todesursachen,
Regionale Gliederung und Register

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Sonntag, 4. Oktober 1998, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Sächsische Spezialschule für Musik Dresden

Jungstudierende spielen Werke von Bach, Beethoven, Mozart, Schumann, Chopin, Ysaye, Faurèua u. a.

(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Sonntag, 1. November 1998, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Heinrich-Schütz-Konservatorium

Das Saxophonquartett, KLarinettenensemble und Querflötenensemble gestalten ein Kammerkonzert für Holzbläser

(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Donnerstag, 19. November 1998, 19.30 Uhr

Junge Meister

Es spielt das Allegria-Ensemble Musik für Glasharmonika

„Virtuose Klassik in Glas“

(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und auch Freunden sehr herzlich eingeladen.

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefonnummer (03 51) 8 26 71 10 gern entgegengenommen.

Gesetzliche Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung für im Rettungsdienst tätige Ärzte (Notärzte und leitende Notärzte)

Anläßlich eines bedauerlichen Unfalls einer Notärztin im Rettungsdienst hat sich die Frage ergeben, ob Ärzte, die angestellt sind, über die gesetzliche Unfallversicherung unfallversichert sind. Im folgenden stellt sich nunmehr auch die Frage, ob Ärzte, die im Rettungsdienst tätig sind, eine eigene Haftpflichtversicherung benötigen.

Die Sächsische Landesärztekammer hat sich hinsichtlich dieses Problems an das Sächsische Staatsministerium des Innern mit dieser Frage gewandt. Das Sächsische Staatsministerium des Innern hat uns in Abstimmung mit dem für Unfallversicherungsfragen zuständigen Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie sowie der Kassennäztlichen Vereinigung Sachsen und der Berufsgenossenschaft (BG) für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege folgendes mitgeteilt:

„1. Notärzte als angestellte Ärzte der Krankenhäuser:

Angestellte Ärzte, bei denen die Notarzttätigkeit Bestandteil des Arbeitsvertrages ist bzw. bei denen diese Tätigkeit zu den üblichen Dienstaufgaben gehört, sind über den Arbeitgeber (Krankenhausträger) als Beschäftigte versichert. Zuständiger Unfallversicherungsträger ist je nach dem Träger der Einrichtung die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der Sächsische Gemeindeunfallversicherungsverband (SGUVV) bzw. die Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung des Freistaates Sachsen (StAFU Sachsen).

Die beiden letztgenannten Unfallversicherungsträger wurden im übrigen ab dem 01.01.1998 durch die Unfallkasse Sachsen abgelöst.

2. Notärzte als angestellte Ärzte außerhalb der Dienstzeit mit eigenem Liquidationsrecht:

Dieser Personenkreis ist nicht kraft Gesetzes unfallversichert. Die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege entscheidet über Anträge zur freiwilligen Versicherung.

3. Frei praktizierende Ärzte als Notärzte:

Frei praktizierende Ärzte, die am Notdienst teilnehmen, sind versicherungsfrei, da die Teilnahme an diesen Einsätzen einen Teil der ärztlichen Tätigkeit darstellt. Die Notarzttätigkeit kann eventuell über eine freiwillige Versicherung bei der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege abgesichert werden.

4. Ärzte, die ausschließlich im Notarzdienst tätig sind:

Für Ärzte, die keine ärztliche Praxis betreiben und nicht im Angestelltenverhältnis stehen, gelten die Ausführungen unter 2. entsprechend.

5. Leitende Notärzte, die im Sinne des § 10 Abs. 2 des Sächsischen Rettungsdienstgesetzes tätig werden:

Diese Personen, denen die Koordination der ärztlichen Versorgung bei Großschadensereignissen obliegt, werden für den Träger des Rettungsdienstes ehrenamtlich tätig und gehören damit zum versicherten

Personenkreis gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 10 SGB VII. Zuständiger Unfallversicherungsträger ist der SGUVV.“

Die Sächsische Landesärztekammer sieht eine Diskrepanz darin, daß angestellte Ärzte aufgrund ihres Arbeitsvertrages verpflichtet sind, am Rettungsdienst auch außerhalb der Dienstzeiten teilzunehmen. Demgegenüber fehlt es jedoch nach oben dargestellter Auffassung an der Verpflichtung des Krankenhausträgers, Ärzte auch außerhalb der Dienstzeit gesetzlich unfallzuversichern.

Möglicherweise ergibt sich jedoch eine Klärung dieser Frage durch den anstehenden sozialgerichtlichen Prozeß der Ärztin, die bedauerlicherweise einen solchen Unfall erlitten hat.

Nichtsdestotrotz müssen wir derzeit Notärzten, die als angestellte Ärzte außerhalb der Dienstzeit mit einem eigenem Liquidationsrecht am Notarzdienst teilnehmen, empfehlen, sich gegen einen Unfall versichern zu lassen.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ist der Auffassung, daß die Träger der Rettungsdienste (Kommune, Rettungszweckverbände) die erforderlichen Versicherungen für die Ärzte übernehmen sollten.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Dr. med. Michael Burgkhardt
Vorsitzender des Ausschusses
Notfall- und Katastrophenmedizin

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Michael Horwath - Malerei

vom 25. 8. 1998 bis 15. 10. 1998

Dienstag, 8. September 1998, 19.30 Uhr
Vernissage (Vortrag von Frau Dr. Elvira Zöllner)

Christoph Wetzel - Malerei

vom 16. 10. 1998 bis 5. 1. 1999

Dienstag, 10. November 1998, 19.30 Uhr
Vernissage (Vortrag von Herrn Prof. Dr. Harald Marx)



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgehenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich Zwickau-Stadt 1 FA für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 09. 1998 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten.**

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

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Landkreis Bautzen 1 FA für Kinderheilkunde

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.10.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.10.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz 1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.10.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipzig Stadt 1 FA für Radiologie

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 25.09.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipzig Stadt 1 FA für Radiologie

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 12.10.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipzig Stadt 1 FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 12.10.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

J. Morgner, K. Merker, L. Beese, A. Sternisko

Angsterkrankungen

Teil 2 - Psychotherapie der Angststörung

Aus der Psychiatrischen Klinik
Oberloschwitz des
Städtischen Krankenhauses
Dresden-Neustadt

Im allgemeinen suchen Patienten mit Angsterkrankungen mit ihren vielfältigen, oft diffusen Beschwerdebildern zunächst ihren Hausarzt auf, so daß insbesondere dort diese Erkrankungen an Bedeutung zugenommen haben. Leider gibt es aber z. Zt. noch große Defizite bei Diagnosestellung und Therapie von Angststörungen. Schätzungen zufolge werden 90 % der Angsterkrankungen nicht erkannt, und selbst bei den als solche erkannten wird nur ein Bruchteil adäquat behandelt. In Deutschland vergehen ca. 7 Jahre von Krankheitsbeginn bis zum Stellen einer exakten Diagnose (siehe Fallbeispiele).

Falsche Diagnose und Therapie können jedoch beim Patienten zu dauerhaften alltäglichen und beruflichen Behinderungen bis zur Erwerbsunfähigkeit führen. Nicht oder falsch behandelte Angststörungen haben die Tendenz zu generalisieren und zu chronifizieren; werden sie jedoch rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt, gehören diese Störungen zu den psychischen Krankheiten, die die besten Therapieaussichten haben. Etwa 80 % der Angsterkrankungen heilen bei adäquater Therapie vollständig aus.

Entsprechend der unterschiedlichen Ausformungen der Angststörungen sollten zur Diagnostik die Schilderungen der Patienten, fremdanamnestische Daten sowie standardisierte Fragebögen wie die Hamilton-Angst-Skala, das State-Trait-Angstinventar und der Angstfragebogen nach Margraf/Schneider herangezogen werden.

Die häufigsten Gruppen von Angststörungen sind:

1. **Angstzustände**, bei denen die angstauslösenden Objekte oder Situationen dem Patienten z. T. nicht sofort bekannt sind.

- **Panikstörung**: Hauptmerkmal sind Angst- oder Panikanfälle oder die dauerhafte Sorge vor diesen und deren Konsequenzen. Panikanfälle sind plötzlich auftretende Zustände intensiver Furcht oder Unbehagens mit einer Vielzahl körperlicher Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen, Zittern u. ä. Sie dauern durchschnittlich ca. 30 Minuten, können aber auch erheblich kürzer sein. Es entsteht „Angst vor der Angst“ oder Angst vor den befürchteten katastrophalen Konse-

quenzen, und aus dieser Angst heraus bildet sich Vermeidungsverhalten. Die Angstanfälle treten häufig spontan und unerwartet auf. Wenn ein Teil der Anfälle situativ ausgelöst wird und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten besteht, handelt es sich um eine Panikstörung mit Agoraphobie.

- **Generalisierte Angststörung**: Exzessive Furcht oder Sorgen, die meist nicht situativ ausgelöst sind. Diese Sorgen sind dauerhaft vorhanden und treten nicht in Form klar abgegrenzter Angstattacken auf. Die Patienten sind ständig angespannt, ruhelos, unfähig, sich zu entspannen. Die Befürchtungen drehen sich um mehrere alltägliche Lebensbereiche.

2. **Phobien** (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie):

Die Patienten kennen die Auslöser ihrer Angst, die jedoch in keinem Verhältnis zur Gefahr stehen. In der Regel kommt es zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.

3. **Zwangsstörungen** (Zwangsgedanken, Zwangshandlungen)

Diese Gedanken oder Handlungen wirken häufig bizarr und werden von Patienten eher verschwiegen. Am häufigsten ist der Waschzwang. Der Betroffene befürchtet, sich beim Umgang mit alltäglichen Dingen mit Schmutz, Krankheitserregern zu verunreinigen. Er ist überzeugt, daß es für ihn oder seine Angehörigen katastrophale Folgen hat, wenn er nicht bestimmte (genau festgelegte) Reinigungsrituale einhält. Bekannt sind auch Kontroll-, Sammel- oder Zählzwänge.

4. **Posttraumatische Belastungsstörungen**

Konsequenz massiv belastender Ereignisse wie Naturkatastrophen, Gewaltverbrechen, Vergewaltigungen in Form von Furcht, Vermeidung von Dingen und Situationen, die an das Ereignis erinnern, Hilflosigkeit, häufiges Wiedererleben des Traumas (Alpträume, Tagträume, emotionale Abstumpfung).

Tabelle 1: Die wichtigsten primären Angsterkrankungen im Überblick

Moderner Fachbegriff	Beispielhafte umgangssprachliche Bezeichnungen und verwandte Schlagworte	ICD-10 Kodierung
Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie)	Angstattacken, frei flottierende Angst, Herzneurose (mit oder ohne Platzangst)	F 40.01 bzw. F 41.0
Agoraphobie (mit und ohne Panikanfälle)	Platzangst, Platzschwindel	F 40.0
Soziale Phobie	Krankhaftes Lampenfieber, Angst vor anderen Menschen, krankhafte Schüchternheit	F 40.1
Spezifische Phobie	Höhenangst, Tierphobien	F 40.2
Generalisierte Angststörung	Chronisches Grübeln, ständige Sorgen, Dauerangst, Angstneurose, frei flottierende Angst	F 41.1
Zwangsstörung	Waschzwang, Kontrollzwang	F 42
Posttraumatische Belastungsstörung	Psychologisches Trauma, Traumastörung, Streßreaktion, „Nervenzusammenbruch“	F 43.1

Eine genaue Diagnose sollte der Ausgangspunkt für die Einleitung einer möglichst optimalen Therapie sein.

Wichtige Ansatzpunkte der Behandlung primärer Angsterkrankungen sind außer Selbst- und Laienhilfe beratende und stützende Gespräche sowie eine gezielte Angsttherapie.

Eine effektive Therapie wird je nach Art der Störung, Dauer der Erkrankung, auslösenden und aktuellen Lebensbedingungen neben dem pharmakotherapeutischen ein psychotherapeutisches Vorgehen sein müssen. In der Behandlung von Angststörungen reicht das Gesamtspektrum psychologischer Verfahren von „unspezifischen“ Gesprächs- und Interaktionselementen auf der einen Seite über spezifische verhaltenstherapeutische Methoden bis hin zu tiefenpsychologischen Ansätzen der klassischen Psychotherapie auf der anderen Seite. Eindeutige Effektivitätsbelege im Sinne kontrollierter Therapiestudien liegen jedoch lediglich für verschiedene Formen verhaltenstherapeutischer und kognitiver Strategien vor.

Was sind allgemeine Merkmale verhaltenstherapeutischer Verfahren?

1. Alle verhaltenstherapeutischen Strategien beziehen sich auf das sogenannte „Dreikomponenten-Modell der Angst“, welches davon ausgeht, daß sich Angst immer auf drei Ebenen manifestiert - der körperlichen, der kognitiv - emotionalen und der verhaltensmäßigen und interaktionalen. Erst bei Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen diesen Aspekten sind adäquates Verständnis der Angst und sinnvolle Interventionsplanung möglich. Dabei wird die Angstreaktion auch bei Angsterkrankungen wie der Panik als grundsätzlich normale, aber übersteigerte oder fehlgesteuerte Alarmreaktion betrachtet, durchaus ähnlich einer dysfunktionalen Streßreaktion. Diese Annahme nimmt Bezug auf die Erkenntnis von Angst als einer „normalen“, das heißt im Organismus biologisch verankerten Reaktionsform, die im Falle einer Angststörung lediglich in „krankhafter“ Weise stark oder dysfunktional ausgeprägt ist.

Vielfach wird auch davon ausgegangen, daß ein generell tonisch erhöhtes Anspannungsniveau, z. B. im Sinne einer Erwartungsangst, vor dem nächsten Anfall oder im Rahmen einer situationa-

len Konditionierung dafür verantwortlich sein könnte, daß Angstpatienten bereits bei „alltäglichen“ Stressoren Angstreaktionen erleben.

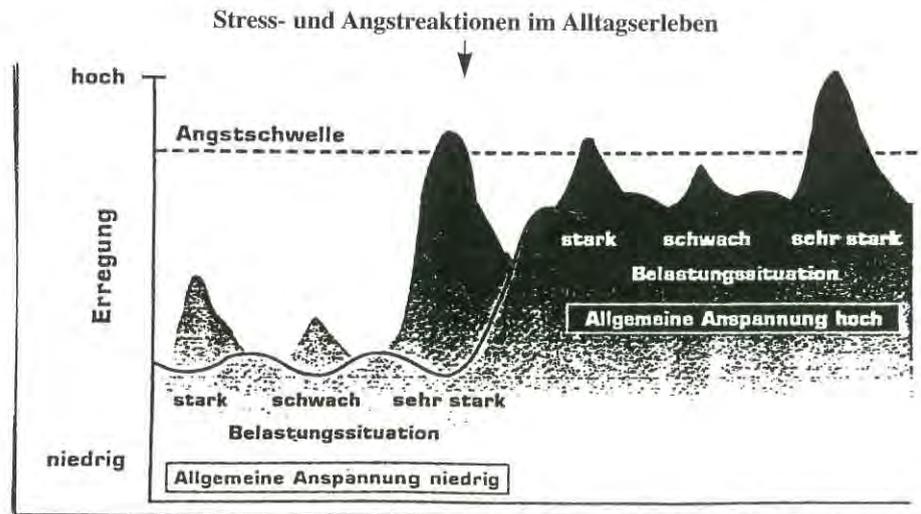


Abb. 1: Streßmodell der Angst (nach Wittchen et al., 1993a oder b)

2. Die erfolgreichen Therapiestrategien - pharmakologische wie psychologische - versuchen auf unterschiedlichen Wegen den sogenannten „Teufelskreis“ der Angst zu unterbrechen.

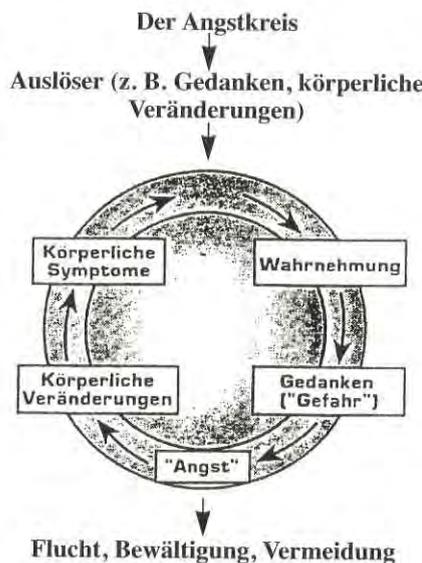


Abb. 2: Teufelskreis der Angst (nach Wittchen et al., 1993a) mit einer erweiterten Fassung (nach Margraf & Schneider, 1989)

Dieser besteht darin, daß bestimmte Körpersignale (z. B. Herzschlag oder Schwitzen) wahrgenommen und als bedrohlich interpretiert werden. Diese Bewertung löst nun ihrerseits wiederum Angst aus, die zu angstbezogenen Körperreaktionen (z. B. beschleunigter Puls und Schwitzen) führt, die wiederum wahrgenommen und bewertet werden, womit ein Kreislauf geschlossen ist, der zu einem Anstieg des Angstsyndroms führt. In der Darstellung des Angstteufelskreises wird auch deutlich, daß dieses Modell explizit biologische, Umwelt- und Verhaltensfaktoren aktueller und dispositioneller Art mit berücksichtigt. Der Teufelskreis kann an vielen Stellen vorübergehend unterbrochen werden: Durch den sedierenden Anteil bestimmter Medikamente (z. B. Benzodiazepine) oder durch Entspannungsverfahren oder aber durch kognitive Techniken, bei denen der Patient lernt, vermeintlich bedrohliche Symptome anders zu bewerten.

3. Dauerhaft wirksam wird der Teufelskreis im Alltagsleben allerdings erst dann unterbrochen, wenn der dem Verhalten geschuldete Anteil der Angst, nämlich die Vermeidung der angsta-

senden Situation (z. B. Vermeidung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Einnahme von Beruhigungsmitteln oder Trinken von Alkohol) unterbunden wird. Genau dies ist der Sinn von Konfrontationsverfahren, deren Durchführung das Erlernen einer Umbewertung der als „bedrohlich“ bewerteten Körpersignale zum Ziel hat. Die befürchteten Konsequenzen (z. B. das Herz könnte stehen bleiben, man könnte sterben) bleiben aus; der Betroffene braucht die Situation nicht länger aus Angst vor den Folgen zu vermeiden.

Die Konfrontation kann nach Schwierigkeit der Situation gestuft erfolgen, systematische Desensibilisierung oder massiert in Form der sogenannten Reizüberflutung.

4. Alle verhaltenstherapeutischen Verfahren enthalten neben der Wissensvermittlung und Aufklärung praktische Übungen, in denen der Umgang mit akuten Angstsituationen erlernt wird, und dies sowohl zusammen mit dem Therapeuten als auch alleine zu Hause als Hausaufgabe für den Patienten.

Je nach Art der Therapie liegt der Behandlungsschwerpunkt mehr auf der Veränderung von Einstellungen oder auf der Veränderung von sichtbaren Verhaltensweisen, das heißt auf der Konfrontation mit der Situation und den eigenen körperlichen Aspekten der Angst in der auslösenden Situation.

Wie sieht das therapeutische Vorgehen bei Angststörungen im allgemeinen aus?

Sobald die Diagnose gesichert erscheint, beginnt die Therapie mit einer umfassenden Aufklärung über Angst und Angststörungen, wobei über die Diagnose, das Wesen von Angst (Drei-Komponentenmodell, Angst = übersteigerte normale biologische Reaktion), den Teufelskreis Angst mit Vermeidung sowie die kritische Rolle von Gedanken und Gefühlen in der Angstreaktion gesprochen werden soll. Dazu werden den Patienten häufig praktische Hilfen in Form von Informationsbroschüren in die Hand gegeben, so daß die in der Therapiesitzung gegebenen mündlichen Erläuterungen nachgelesen werden können. So wird die „kognitive Phase“ der Therapie vorbereitet. Die Informationen sollen dem Patienten eine Veränderung seiner Einstellungen (Attributionen) erleichtern und die eigentliche Therapie mittels Attributionsänderung vorbereiten. Der Patient lernt über die Aufklärung in der zweiten Stufe die Ursachen seiner Angst nicht länger ausschließlich in äußeren Bedingungen (Umwelt und Situationen) oder, wie im Falle einer Panikstörung, in einer krankhaften biologischen Dysfunktion zu sehen, sondern in der Art und Weise, wie er diese äußeren Bedingungen gedanklich verarbeitet. Dabei beginnt er zu erkennen, wie er sie in Zukunft gedanklich verarbeiten kann, ohne daß es wiederum zum Teu-

felskreis der Angst kommt. Die kognitive Veränderung wird nicht allein im Gespräch bewirkt, sondern zum Teil auch durch sogenannte Verhaltenstests wie z. B. den Hyperventilationstest oder durch kleinere praktische Übungen in angstauslösenden Situationen. Neben der Attributionsänderung gehört die Identifikation und Veränderung sogenannter dysfunktionaler Kognitionen zu den Therapiestrategien. Als solche werden Katastrophisierung, absolute Forderungen und das sogenannte „Muß-Denken“ angesehen. Es werden darüber hinaus Fehlinterpretationen von Körper- oder Umweltreizen korrigiert und logische Fehler im Denken des Patienten aufgedeckt und durch rationale Denkweisen ersetzt. Auch das sogenannte Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum zählt zu den kognitiven Techniken, wobei der Patient lernt, wie er unmittelbar vor und in einer Angstsituation dieselbe gedanklich durch positive Instruktionen und rationale Gedanken bewältigen kann.

Ausgehend von der Annahme, daß bei Angstpatienten generell ein tonisch erhöhtes Spannungsniveau vorliegt, wird den Patienten in dieser Phase der Therapie, der kognitiven Phase, parallel eine Entspannungsmethode vermittelt (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson).

Mit dem Vorliegen eines dem Patienten als plausibel erscheinenden hypothetischen Bedingungsmodells seiner Angstreaktio-

nen, seiner Vorbereitung durch die kognitive Therapiephase und der Vermittlung der Fähigkeit, sein Anspannungsniveau zu reduzieren sowie die Akzeptanz des Patienten, sich Situationen konkret auszusetzen, kann mit den praktischen Übungen begonnen werden.

Diese Übungen werden im Sinne der konfrontativen Verfahren oder Exposure-Verfahren durchgeführt, entweder in Form der stufenweisen Desensibilisierung (Anfang mit der geringsten Schwierigkeitsstufe, Steigerung) oder der Reizüberflutung (Anfang mit schwierigster Situation). Nach bestimmten Regeln soll der Patient durch sein aktives Verhalten einerseits den Teufelskreis von Angst und Vermeidung durchbrechen, andererseits über Hilfestellungen wie der vorangehenden kognitiven Übungen und das Entspannungstraining die Erfahrung der Ungefährlichkeit der bis dahin als bedrohlich erlebten Situation machen. Damit wird bei zwei der zentralen Aspekte des Angstproblems „ganzheitlich“, das heißt körperlich, gedanklich und verhaltensmäßig, interveniert und so ein Neulernen ermöglicht.

Spezifische Therapieverfahren, die bei den verschiedenen primären Angsterkrankungen indiziert sind

Ist der Konfrontationsübungsteil der Behandlung abgeschlossen, soll der Patient sukzessiv sein Angst- und Vermeidungsverhalten im Alltag verändern. Hier kann es zusätzlich notwendig sein, z. B. bei chronifizierten Fällen ein allgemeines Problemlösetraining oder ein Training sozialer Fertigkeiten anzuschließen. Insgesamt wird in dieser Phase eine Generalisierung der gemachten Erfahrungen angestrebt.

Ein impliziter Bestandteil verhaltenstherapeutischer Angstbehandlung ist der Einsatz gezielter Maßnahmen zur Rückfallprävention sowie das Üben von Verhaltensweisen im Umgang mit Rückfällen.

Im folgenden soll anhand von zwei Fallbeispielen dargestellt werden, wie lang und wie schwierig der Weg zur Diagnose einer Angststörung sein kann und wie groß dabei die Gefahr einer zusätzlichen iatrogenen Verunsicherung ist.

Tabelle 2

Störung	Therapieverfahren
Panikstörung	Reattribution körperlicher und psychischer Symptome, Konfrontation mit internen Reizen (z. B. Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel)
Agoraphobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Situationen
Soziale Phobie	Gruppentherapie (Konfrontation in vivo und in sensu, Reattribution von Verhaltensweisen anderer, Training sozialer Kompetenz)
Spezifische Phobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Reizen, evtl. systematische Desensibilisierung
Generalisiertes Angstsyndrom	Angst-Bewältigungstraining, Entspannungstechniken, „Grübelkonfrontation“
Zwangsstörung	Konfrontation mit angst-/zwangsauslösenden Reizen und gleichzeitige Reaktionsverhinderung von Ritualen, Tonbandkonfrontation bei reinen Zwangsgedanken, Reattribution überwertiger Ideen
Posttraumatische Belastungsstörung	Konfrontation in sensu, supportive Therapie, kognitive Neubearbeitung des Traumas, Abbau von Schuldgefühlen

Fall 1:

Eine 33jährige Patientin wird wegen akuter Angstzustände vom Nervenarzt in die psychiatrische Tagesklinik eingewiesen. Vorausgegangen war eine „sehr schmerzhaft“ Zahnwurzelbehandlung zweieinhalb Monate vor dem Einweisungstermin. In den darauffolgenden Tagen hatte sie zunehmend Herzschmerzen verspürt, dazu Hitzewellen, Atemnot und Gefühle „wie weggetreten“ zu sein. Sie hatte sogar nachts den Notarzt rufen müssen, der ihr eine „Faustanspritze“ gab, wodurch sich ihr Zustand besserte. Daraufhin suchte sie Ärzte verschiedener Fachrichtungen auf und mußte dabei eine ganze Reihe von diagnostischen Maßnahmen „über sich ergehen lassen“ (mehrere Blutuntersuchungen, EKG's, Abdomensonografie, Röntgen der Halswirbelsäule, Lungenfunktionstest, Magenspiegelung, Fahrradergometer). Später stellte sie sich beim Hausarzt „wegen eines akuten Schwächeanfalls“ vor. Nächtliche akute Herzschmerzen führten sie in die Notfallpraxis, in der nach einem EKG der Verdacht auf eine Herzmuskelentzündung geäußert und sie zur ambulanten Diagnostik ins Herzzentrum für den darauffolgenden Tag überwiesen wurde. In derselben Nacht wies sich die Patientin wegen Fortbestehen der Herzschmerzen selbst in die Uni-Klinik ein, wobei die Aufnahme wegen „unklarer Herzgeräusche“ unter dem Verdacht einer Myokarditis auf der kardiologischen Station realisiert wurde. Nach einwöchigem Klinikaufenthalt mit mehrmaligem EKG, Blutuntersuchungen, Anlegen von Blutkulturen, Herzultraschall, 24-Stunden-Blutdruckmessung und Magenspiegelung erfolgte die Entlassung „ohne Besserung und ohne sichere klinische Diagnose“ mit dem Hinweis auf weitere notwendige ambulante Maßnahmen. Eine nervenärztliche Vorstellung war während der stationären Behandlung nicht erfolgt.

Nach dem wiederholten Auftreten von Sehstörungen, Hyperventilationsanfällen, „Schwäche in den Beinen“ und der damit verbundenen mehrfachen Inanspruchnahme des Notarztdienstes hatte sie den Internisten konsultiert, der nach EKG und Langzeit-EKG ihre eine „Imap-Spritze“ gab und sie zum Nervenarzt überwies.

Dieser veranlaßte ein Schädel-CT und ein EEG, beides ohne pathologischen Befund. Wegen einer annehmbaren Überlastungsdepression leitete der Nervenarzt eine antidepressive Therapie ein, die nach wenigen Tagen von der Patientin aufgrund zunehmender Nebenwirkungen (Schwindelgefühl, Benommenheit) abgebrochen wurde. Als nach vier nervenärztlichen Konsultationen innerhalb von 14 Tagen keine grundlegende Besserung eintrat, habe der Behandelnde die Diagnose „Entwicklung zum Hypochonder“ gestellt, worauf die Patientin einen anderen Nervenarzt aufsuchte. Nach Überweisung zur Psychologin stellte diese die Verdachtsdiagnose „Angsterkrankung“. Daraufhin erfolgte die Einweisung in die psychiatrische Tagesklinik. Bei der Aufnahmeuntersuchung zeigten sich bei unauffälligem klinisch-internistischen und neurologischen Befund Hinweise für eine Panikstörung nach ICD-10 mit somatischen Symptomen wie Atemnot, Beklemmungsgefühle, Tachykardie, Benommenheit, Hitzewallungen, Schmerzen und Unwohlsein in der Brust sowie Ohnmachtsgefühle, die besonders stark beim Alleinsein und in der Öffentlichkeit, insbesondere beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, auftraten. Anamnestisch bedeutsam war, daß bereits die Mutter der Patientin an Angstzuständen litt. Heftige Herzbeschwerden hatte die Patientin bereits schon einmal vor drei Jahren nach einer „herzlosen Rede“ der Mutter verspürt. Der Schwerpunkt unserer Behandlung lag auf komplextherapeutischer Betreuung mit überwie-

gend verhaltensorientierter Psychotherapie. Im Rahmen der Tagesklinik nahm die Patientin an Ergo-, Musik-, Mal-, Tanz-, Sport-, Bewegungs-therapie und Gruppengesprächen teil, erlernte das Autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. In den ersten Wochen der tagesklinischen Behandlungen führten wir mit der Patientin neben den o. g. Maßnahmen eine intensive Übungstherapie durch mit Bus-, Straßenbahn- und Schwebefahrfahrten sowie Überqueren von großen Plätzen, Brücken und dem Besteigen des Rathausturmes, zunächst in Begleitung einer Psychologiestudentin, später allein. Dabei gelang es ihr relativ rasch, die Übungen angstfreier und allein zu bewältigen.

In den Einzelgesprächen wurde deutlich, daß sich die Patientin und Mutter zweier Kinder durch berufliche und familiäre Belastungen überfordert fühlte, obwohl sie dies stets zu bagatellisieren versuchte.

Als akute Belastungssituation erlebte die Patientin die AIDS-Erkrankung eines nahen Angehörigen. Die Erkrankung und das jetzt rasche Dahinsiechen bereiteten ihr große Probleme, wobei insbesondere die Auseinandersetzung mit dem Gedanken an den eigenen Tod ihr Angst machte. Wir führten wöchentlich drei Einzelgespräche durch mit dem Ziel, die Psychogenese der körperlichen Symptomatik der Patientin zu verdeutlichen. Gleichzeitig besprachen wir mehrfach die nachfolgenden Konsequenzbedingungen, die die Angstsymptomatik unterhalten und verstärken. Zur Entaktualisierung setzten wir bei Behandlungsbeginn Cas-sadan® (2 x 0,25 mg), später Imap® (1,5 mg i.m. / Woche) ein.

Bei Entlassung war keine zusätzliche anxiolytische Medikation erforderlich. Auch wenn sich die Angstsymptomatik zunehmend verminderte und die Patientin wieder in der Lage war, allein oder mit den Kindern in die Öffentlichkeit zu gehen, blieb doch eine gering erhöhte Angstbereitschaft bestehen, so daß wir eine weiterführende ambulante Psychotherapie empfahlen.

Fall 2:

Eine 38jährige Patientin wurde mit der Diagnose „psychomatische Funktionsstörung“ von der Fachärztin für Allgemeinmedizin in die psychiatrische Tagesklinik eingewiesen. Seit einem Jahr litt die Patientin an plötzlich auftretendem retrosternalen Druck mit Luftnot, Herzrasen, Schwindelgefühl, Übelkeit und Zittern der Extremitäten. Die Symptome steigerten sich bis zu Todesängsten.

Anfangs waren diese Angstanfälle mehrmals monatlich auf dem Weg zur Arbeit aufgetreten, später auch beim Alleinsein in der Wohnung. In den letzten Wochen vor Behandlungsbeginn war es fast täglich zu schweren Angstattacken von 30 bis 40 Minuten Dauer gekommen. In den angstfreien Zeiträumen entwickelte sie Erwartungsängste und Vermeidungsverhalten. Mit Beginn der Symptomatik hatte die Patientin ihre Ärztin aufgesucht. Nach unauffälliger Basisdiagnostik (Labor, EKG, Spirometrie) empfahl diese eine psychotherapeutische Mitbehandlung. Das wurde von der Patientin

damals abgelehnt. Eine umfangreiche Organdiagnostik schloß sich an: Röntgen HWS und BWS in zwei Ebenen: linkskonvexe Thorakalskoliose, nachfolgende Überweisung zum Chiropraktiker, mehrfaches Lösen von Blockierungen, 2. EKG, Fahrradergometrie: „ihre Konditionierung könnte besser sein“, Kardiosonografie: „eine Klappe schließt nicht exakt“, 24-Stunden-EKG, Koronarangiografie, Lungenfunktionstest, mehrfache Laborkontrollen: Borreliose-Verdacht, später revidiert; Fe-Mangel - substituiert, Schilddrüsen-sonografie, -szintigrafie, Röntgen-Thorax, Allergietest: positiv auf Gräser und Pollen, 2. Fahrradergometrie mit Laktatbestimmung, 24-Stunden-RR-Messung: „nachts paarmal 75/60“, HNO-Konsultation und gynäkologische Vorstellung.

Die Patientin - von Beruf Diplom-Bauingenieur - ist verheiratet und hat eine 7jährige Tochter. Nach dem Erziehungsurlaub war sie ein Jahr arbeitslos. Sie absolvierte mehrere Qualifizierungslehrgänge, fand eine befristete Anstellung in einer Bau-GmbH, war erneut ein Jahr arbeitslos und ist derzeit als Bauingenieur im Hochbauamt beschäftigt. Die Beschwerden waren erstmals 5 Monate nach Beginn dieser Tätigkeit aufgetreten.

Bei der Aufnahmeuntersuchung bot die leptosome Patientin einen unauffälligen klinisch - internistischen und neurologischen Befund; Stimmung leicht gedrückt bei erhaltener affektiver Schwingungsunfähigkeit und normalem Antrieb. Formales Denken geordnet mit Befürchtungen bezüglich Herzerkrankung, aber ohne hypochondrische Einengung, jedoch zweifelnd an der Psychogenese. Die geschilderten Beschwerden wurden als Panikstörung (F 41.0 ICD-10) klassifiziert.

Verlauf: Nach einer kurzen Phase der Psycho-diagnostik wurde die Patientin in das komplexe Therapieangebot der Tagesklinik integriert. In tiefenpsychologisch fundierten Einzelgesprächen (zweimal wöchentlich) wurden lebensgeschichtliche Hintergründe der Symptomatik und Beziehung zur aktuellen Lebenssituation erarbeitet. In einem verhaltenstherapeutischen Übungsprogramm trainierte die Patientin das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Besteigen von Türmen und Fahrradfahren. Eine anxiolytische Therapie war nicht notwendig, die ambulant begonnene Therapie mit Jarsin behielten wir bei. Die Patientin ist eine leistungsorientierte, sozial engagierte, aggressiv - gehemmte Persönlichkeit mit Neigung zur Selbstüberforderung. Im Rahmen der Therapie wurde ihr der Zusammenhang zwischen beruflicher Überforderung bei Vermeidung von Auseinandersetzung und Abgrenzung mit dem Auftreten körperlicher Beschwerden deutlich.

Als Therapieziele formulierte sie:

Abgrenzung von Überforderung, Erlernen anderer Umgangsformen bei Kränkung im zwischenmenschlichen Bereich (Ehemann, Kollegen), Korrektur von übervorsichtigem Verhalten, Konfrontation mit angstmachenden Situationen zur Desensibilisierung.

Panikartige Herzanfälle beobachteten wir in der Anfangsphase. Ab der zweiten Behandlungswoche nahm die Intensität und Dauer deutlich ab.

Zur Entlassung war die Patientin beschwerdefrei, sie wirkte fröhlicher, lockerer, konnte problemlos öffentliche Verkehrsmittel benutzen, Radfahren und das Alleinsein in der Wohnung tolerieren. Über eine stufenweise Wiedereingliederung nahm sie ihre Berufstätigkeit wieder auf.

Resümee:

An eine Angsterkrankung denken, die notwendige Diagnostik zum Ausschluß erster organischer Erkrankungen einleiten und den Patienten dann zu einer spezifischen Therapie bringen, erscheint angesichts der Neigung zur Chronifizierung von Angststörungen eine dringende Forderung.

Die Psychotherapie basiert auf verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Denkansätzen und sollte vom eklektisch arbeitenden Therapeuten für den Patienten individuell abgestimmt werden. Eine gleichzeitige medikamentöse Anxiolyse ist zumindest zur Entaktualisierung auch am Beginn einer Psychotherapie sinnvoll.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Chefarzt Doz. Dr. med. habil. Joachim Morgner
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt
Alpenstraße 1, 01326 Dresden
Tel. (03 51) 2 68 82 31

Artikel eingegangen: 12. 5. 1997

Artikel nach Revision angenommen: 2. 10. 1997

Die sächsischen Ärzte übernehmen die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen in eigene Hände

In einer Festveranstaltung fand am 8. Mai 1998 eine Aufbauarbeit Abschluß und Würdigung, die Ärzte aus den alten Bundesländern für und gemeinsam mit Berufskollegen in Sachsen vor 8 Jahren nach der Wiedervereinigung Deutschlands begonnen hatten.

Im Jahr 1990 standen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern vor einer völlig neuen Situation. Infolge der Umsetzung des Einigungsvertrages wurden diese unmittelbar mit den Gegebenheiten des westdeutschen Gesundheitssystems konfrontiert. Aufgeschlossen überlegten sich Berufskollegen und Mitglieder des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V., wie sie ein Zeichen der Solidarität setzen und welche Hilfe sie den Ärzten als Partner und als berufsständische Einrichtung der Ärzte und Zahnärzte anbieten könnten. Die Verrechnungsstellen in Limburg (Hessen), Münster und Unna (Nordrhein-Westfalen) gründeten die PVS Sachsen GmbH, um nicht nur das völlig neue private Abrechnungswesen einschließlich der BG-Abrechnung, sondern auch modernes Praxis- und Klinikmanagement näherzubringen.

Von Anfang an stand für die Gründer fest, die PVS Sachsen für die Ärztinnen und Ärzte in Sachsen aufzubauen und diese nach finanzieller und struktureller Konsolidierung an die sächsischen Ärzte zu übergeben. Es fanden sich in Sachsen engagierte Ärzte, die dieses Ziel für alle sächsischen Ärzte mit erreichen wollten. Dazu gehörten federführend und jetzt als Vorstand gewählt Herr Dr. med. Groeschel (1. Vorsitzender), Augenarzt in Pirna, Herr Dr. med. Johannes Baumann (2. Vorsitzender), Allgemeinmediziner in Coswig, Frau Dr. med. Schwäblein-Sprafke, Dermatologin aus Hohenstein-Ernstthal und Herr Prof. Dr. med. Thomas Herrmann, Radiologe und Klinikdirektor am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Das so ins Auge gefaßte gemeinsame Ziel wurde mit hohem Einsatz erreicht. Die Ärzte und Geschäftsführer der PVS aus den alten Bundesländern und übergaben in Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste die PVS Sachsen GmbH an den Verein der sächsischen Ärzte.

Der bisherige 1. Vorsitzende des Aufsichtsrates der PVS Sachsen, Herr Dr. Rolf Grewe, sagte in einem kleinen historischen Abriß: „als die Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern Ende 1990

veranlaßt wurden, eigene Praxen zu eröffnen und damit selbständige tätig zu werden, hielten es die Mitglieder, Vorstände und Geschäftsführungen der PVS Limburg, Unna und Münster für ihre kollegiale Pflicht, Hilfe anzubieten. In Abstimmung mit dem Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen haben wir uns für Ihr Bundesland entschieden. Wir wollten Ihnen im Sinne 'Ärzte helfen Ärzten' Sicherheit und Vertrauen bringen in einer Zeit des Umbruchs und der für Sie besonders schwierigen Gesamtsituation. Erste Kontakte wurden mit Ihnen, den gerade gewählten Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer, geknüpft, und bald konnten die Geschäftsführer, die Herren Marr, Thüning und Weser mit dem Aufbau der PVS Sachsen beginnen.

Diese Arbeit führte auch zu vielen persönlichen Kontakten zwischen Ihnen und unseren Mitarbeitern sowie den Ärztinnen und Ärzten. Uns ging es dabei primär gar nicht um Privatliquidationen, sondern um andere Schwerpunkte:

- Hilfen beim Praxis- und Klinikmanagement,
- Hilfen bei der Anwendung der Gebührenordnung für die verschiedenen Versicherungsarten.

Dank der außerordentlichen Unterstützung, die wir von seiten der ärztlichen Vertreter in KV und Kammer wie auch deren Geschäftsführern unter Einbeziehung der Berufsverbände und der Apotheker- und Ärztebank in reichem Maße erhalten haben, war es uns möglich, die Geschäftsstellen in Dresden und Leipzig und später in Chemnitz aufzubauen. Ohne Ihre Hilfe wäre das nicht möglich gewesen.

Das Werk ist vollbracht. Die PVS Sachsen ist eine finanziell gesunde, ärztliche Gemeinschaftseinrichtung, die ihren Weg gehen wird.

Es ist verabredet, daß wir auf Wunsch jederzeit unseren Rat auch weiterhin gern einbringen werden.

Ich bin sicher und hoffe, daß die freundschaftlichen Bande zwischen Ihnen und uns bleiben“.

Anschließend fand Herr Franz-Arnold-Thüning, auch im Namen seiner beiden anderen „Sachsen“-Geschäftsführer, Kurt Weser und Peter Marr, bewegende Worte über den zurückliegenden Zeitraum: „Nach einer Abstimmung innerhalb des

Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Sommer 1990 haben wir uns freiwillig für die Aufbauarbeit in Sachsen entschieden. Es war wohl die Begeisterung und Freude über die Wende, die uns hierzu veranlaßte. Zugegeben wußten wir damals noch nicht, was unsere innere Aufbruchstimmung, unser Pioniergeist für Konsequenzen haben würde. Wir sind glücklich, mit Ihnen ein Stück gemeinsamen Weges gegangen zu sein. Im Gegensatz zu vielen Nörglern wissen wir durch unsere Arbeit vor Ort, wovon wir reden. Ein bißchen sind wir auch schon Sachsen! Nun schließt sich der Kreis. Die uns ans Herz gewachsene PVS Sachsen wird unabhängig. Für über 1.400 Ärzte wurden in 1997 151 Tsd. Rechnungen mit einem Honorarwert von 27 Mio. DM abgerechnet. 22 MitarbeiterInnen haben in modernen Büros der 3 KV-Bezirksstellen einen zukunftsorientierten Arbeitsplatz. Unter ihnen 6 Auszubildende, die mit guten und sehr guten Ergebnissen ihren Berufsweg bei uns starteten. Ein finanzieller Grundstock und vorhandene Wachstumspotentiale ermöglichen einen optimistischen Zukunftsblick“.

Nach diesen, die Situation erfassenden Worten, erfolgte die Übergabe der PVS Sachsen GmbH durch Herrn Dr. Grewe an den neuen Vorstands- und Aufsichtsratsvorsitzenden Herrn Dr. Groeschel.

Auch die Ehrengäste, Herr Dr. med. habil. Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. med. Schwenke, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Herr Dr. med. Titze, 1. Vorsitzender des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, würdigten in ihren Grußworten die Bedeutung des sich über 8 Jahre erstreckenden gemeinsamen Arbeitens.

Auf dieser Basis wird nach Meinung aller Beteiligten die PVS Sachsen GmbH unter Führung ihres Vorstandes und Aufsichtsrates und durch ihre Einbettung in den Verband aller ärztlich geleiteten Verrechnungsstellen in Deutschland sich als Gemeinschaftsunternehmen der Ärzte weiterentwickeln. Sicher werden sich viele weitere Ärzte in Sachsen für eine Mitgliedschaft in ihrem eigenen Verein und damit zur Nutzung ihrer Gemeinschaftseinrichtung - der PVS Sachsen GmbH - entscheiden.

Helmut Reimann
Geschäftsführer der PVS Sachsen GmbH

Sprechstunde für hereditäre Tumorerkrankungen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit 1. 7.1997 gibt es am Universitätsklinikum Dresden eine gemeinsame Sprechstunde für hereditäre Tumorerkrankungen der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie (Direktor Prof. Dr. med. H.-D. Saeger) und der Abteilung Chirurgische Forschung (Leiter Prof. Dr. med. H. K. Schackert). Diese Sprechstunde hat sich folgende Aufgaben zum Ziel gesetzt:

- Aufklärung, klinische und genetische Beratung der betroffenen Familien,
- Realisierung der prädiktiven molekularen Diagnostik,
- Initiierung von spezifischen Vorsorgeprogrammen auf der Basis der molekularen Diagnose,
- Beratung bei klinisch diagnostischem und therapeutischem Vorgehen,

Zur Realisierung dieser Aufgaben gibt es eine enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Genetik, dem Institut für Pathologie, der Medizinischen Klinik I und der Frauenklinik am Universitätsklinikum Dresden.

Schwerpunkt ist neben der familiären adenomatösen Polyposis coli (FAP) und anderen hereditären Tumorsyndromen insbesondere das **hereditäre nichtpolypöse kolorektale Karzinom (HNPCC- bzw. Lynch-Syndrom)**. Dieses autosomal-dominant vererbte Tumorsyndrom ist für ca. 5 - 10 % aller kolorektalen Karzinome verantwortlich und klinisch durch folgende Kriterien (erweiterte Amsterdam-Kriterien) gekennzeichnet:

Erweiterte Amsterdam-Kriterien:

- bei mindestens drei Verwandten ist ein kolorektales Karzinom bzw. HNPCC-assoziiertes Karzinom* diagnostiziert,
- mindestens ein Betroffener muß erstgradig Verwandter der beiden anderen sein
- mindestens zwei aufeinanderfolgende Generationen sind betroffen,
- in mindestens einem Fall erfolgte die Diagnose des kolorektalen Karzinoms

- bzw. HNPCC-assoziierten Karzinom* vor dem 50. Lebensjahr,
- eine familiäre Polyposis coli wurde ausgeschlossen,
- oder
- der Patient (mit oder ohne Familienanamnese) erkrankte in sehr jungem Alter (jünger als 45 Jahre) an einem kolorektalen Karzinom bzw. HNPCC-assoziierten Karzinom* und eine familiäre Polyposis coli wurde ausgeschlossen.

*Endometrium-Ca, Ovarial-Ca, Dünndarm-Ca, Ca der ableitenden Harnwege, (Magen-Ca)

Auf molekularer Ebene ist das HNPCC-Syndrom mit hochpenetranten Keimbahnmutationen in DNA-Reparaturgenen (hMLH1, hMSH2, PMS1, PMS2, hMSH6) ursächlich assoziiert. Die molekulare Diagnostik ermöglicht in vielen Fällen die Identifizierung von Genträgern. Erkrankte **und** asymptotische Genträger sollten entsprechend des o. g. Tumorspektrums und angesichts einer besonders raschen Tumorprogression und hohen Rezidivrate entsprechend den Richtlinien der „International Collaborative Group on HNPCC“ in ein klinisches Vorsorgeprogramm eingebunden werden:

HNPCC-Vorsorgeprogramm:

diagnostisches Verfahren	Alter (J.)	Intervall (J.)
Koloskopie	20 - 25	1 - 2
Gastroskopie*	30 - 35	1 - 2
gynäkologische Untersuchung und transvag. Sonographie	20 - 25	1
Abdomen-Sonographie	20 - 25	1
Urinzytologie	25 - 30	1
*nur in betroffenen Familien		

Dieses Programm ermöglicht die Diagnose sich entwickelnder Karzinome in einem sehr frühen Stadium und bietet somit die Möglichkeit einer deutlichen Verbesserung der Prognose bei diesen Patienten. Andererseits können Familienmitglieder, die die Mutation nicht geerbt haben, auf-

grund der molekularen Diagnostik aus diesem Vorsorgeprogramm entlassen werden. Die Sprechstunde für hereditäre Tumorerkrankungen wird von Dr. med. Steffen Pistorius **dienstags von 16.00 - 18.00 Uhr in der Chirurgischen Poliklinik des Universitätsklinikums Dresden** durchgeführt.

Auskünfte und Termine können unter der **Telefon-Nummer (03 51) 4 58 37 42 und (03 51) 4 58 48 83** erteilt werden.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser

Dr. med. Steffen Pistorius
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Klinik und Poliklinik für Viszeral-,
Thorax- und Gefäßchirurgie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden



Ein Rückblick auf den ärztlichen Stand

Robert Jütte (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft: organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln, Dt. Ärzte-Verlag, 1997, 319 Seiten, 68,- DM

Es wäre ungewöhnlich, setzte man sich schon in frühen Jahren mit Herkunft und Geschichte des eigenen Berufsstandes auseinander, dem zunehmend anzugehören man mit der Zahl zurückgelegter Medizinsemester überzeugt war. Das soll die Mühen derer nicht schmälern, die Grundlagen dazu in medizingeschichtlichen Vorlesungen zu vermitteln haben. Wenn das nicht sonderlich dauerhaft blieb, so wußte schon Schiller davon, daß sich Rückblicke erst eröffnen müssen.

Einen Stimulus, die Geschichte der organisierten Ärzteschaft aus den beiden letzten Jahrzehnten deutlicher wahrzunehmen, bietet diese lückeschließende Aufarbeitung, anlässlich des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach erschienen und mehr darstellend als eine auf dieses Jubiläum bezogene Festschrift.

Das Projekt ohne inhaltlich hinderliche Vorgaben in Hände von Historikern zu legen, sicherte als vernünftige Voraussetzung dem Inhalt sein wissen-

schaftliches Fundament bei bewußtem Verzicht auf Reminiszenzen subjektiver Natur. Dem Herausgeber, spiritus rector und Mitautor zugleich, Prof. Dr. Robert Jütte, Leiter des Institutes für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, gebührt das Verdienst und Lob, das Ganze zu einem geschlossenen Oeuvre verschmolzen zu haben. Das umso mehr, als es eine kritische Geschichtsdarstellung eines durch manche Besonderheit ausgezeichneten Berufsstandes ist, der im gesellschaftlichen Kräftespiel den Inhalt kantischer Maxime und des hippokratischen Schwures recht unterschiedlich erfüllt hat. Auch materialistisch-dialektischer Geschichtsbetrachtung nahe Leser werden nicht den Vorwurf erheben können, soziopolitische Zusammenhänge und Spannungen nicht genügend dargestellt zu finden.

Bis heute schwärende innerberufliche Interessengegensätze durchziehen den Inhalt ebenso, wie die unaufhörlichen Auseinandersetzungen mit dem Fiskus und den Krankenkassen. „So stand der Allgemein- arzt dem „Specialarzt“, der freie Praktiker dem Krankenhausarzt, der städtische dem auf dem Lande praktizierenden Mediziner“ (S. 45), schließlich der Medizinalbeamte dem frei praktizierenden Kollegen, gar der Arzt der Ärztin, oder der aus dem Bildungsbürgertum herkommende dem „Brotstudenten“ gegenüber. Berufsständische Geschlossenheit war eher zu konstatieren, wenn gemeinsame wirtschaftliche Interessen auf dem Spiele standen.

So läßt einen der bei der Lektüre aufkeimende Gedanke nicht los, ob es denn wirklich die Geschichte einer deutschen Ärzteschaft ist, die das Buch zu behandeln sich auflegte? Denn das Morphem „schaft“ hat semantisch mehr im Sinn, nämlich Gemeinsames und Zusammengehöriges auszudrücken, wie etwa in Mutterschaft, Freundschaft, Kameradschaft, Mannschaft, Gemeinschaft oder so. So besehen, kann es dann wohl eher nur die Geschichte des deutschen Arztstandes sein, was inhaltlich so hohe Ansprüche nicht zu erfüllen braucht.

Die Hälfte des Buches nimmt Bezug auf die unsägliche Zeit des Nationalsozialismus und die Verstrickungen von Ärzten, die Nachkriegszeit und Gegenwart. Dabei

ist der unfreiwilligen Dichotomie von West und Ost durch Aufnahme eines Kapitels über das staatliche Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone und der DDR Rechnung getragen worden. Nur unbefriedigend und allzu cursorisch gelang aus der Sicht des Rezensenten die Inkorporierung der ostdeutschen Ärztinnen und Ärzte nach der politischen Wende in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik auf nur einer Druckseite (S. 272). Schließlich war kaum ein Stein auf dem anderen geblieben. Man kann den Einwand erheben, daß diese kurze Übergangsphase höheren Darstellungsaufwand nicht rechtfertigte, überhaupt nur den kleineren Teil der Ärzte Deutschlands betraf und bezogen auf den Buchinhalt insgesamt ausreichend war. Aber gerade hier hätten Einfügungen, wie zum Beispiel über den Aufbau der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen und Versorgungswerke, auch zuständiger Länderministerien samt der neuen Gesetzlichkeiten, Sachverhalte angeboten, die von unmittelbaren Zeitzeugen auch hätten dargestellt werden können. Künftig wird das nur im Nachhinein noch möglich sein.

Daß schließlich ein Schlußkapitel: Phasen der „Vergangenheitsbewältigung“ eingefügt wurde - man achte auf die in Frage stellenden „Füßchen“! - zeigt, zumindest nicht mehr auszuklammern, was zu Zeiten des kalten Krieges besser bedeckt gehalten wurde und aus ostdeutscher Sicht nicht nachvollzogen werden kann.

Das Buch ist informativ illustriert und bietet auch ausreichend Belege in Tabellen und Diagrammen. Gerade der ostdeutsche Leser wird Nutzen daraus ziehen, denn der Bogen spannt sich von den Anfängen in der Biedermeierzeit und der „gelehrten Periode“ des Dresdners H. E. F. Richter bis zum Jubiläums-Ärztetag in Eisenach 1997. So kann er aufarbeiten, was ihm in den letzten 50 Jahren außerhalb des sozialistischen Gesundheitswesens entging und überraschende Realität wurde.

Unsere Jubilare im Oktober 1998

Wir gratulieren

60 Jahre

3. 10. Dr. med. Schmole, Gerhard
04159 Leipzig
5. 10. Dr. med. Nistel, Wolf-Dieter
09130 Chemnitz
6. 10. Oertel, Rudolf
09126 Chemnitz
6. 10. Dr. med. Winkelvoss, Helga
09247 Röhrsdorf
7. 10. Prof. Dr. sc. med. Wild, Lina
04838 Eilenburg
7. 10. Wysujack, Edith
01445 Radebeul
8. 10. Dr. med. Bachmann, Klaus
09243 Niederfrohna
8. 10. Dr. med. Binder, Erika
04430 Böhlitz-Ehrenberg
8. 10. Dr. med. Hüttner, Christel
09634 Siebenlehn
10. 10. Dr. med. Greiner, Christel
04129 Leipzig
10. 10. Dr. med. Sopke, Edith
08209 Auerbach
10. 10. Zetzsche, Ingeborg
09430 Drebach
11. 10. Dr. med. Handel, Jürgen
01445 Radebeul
12. 10. Dr. med. Fuchs, Peter
01662 Meißen
12. 10. Dr. med. habil. Müller, Christa
04277 Leipzig
18. 10. Henschel, Wilfried
09122 Chemnitz
20. 10. Dr. med. Kittlick, Jutta
04279 Leipzig
20. 10. Dr. med. Salhoff, Reinhard
02929 Rothenburg
23. 10. Leschke, Sieglinde
04720 Lüttewitz-Dreißig
23. 10. Dr. med. Murad, Hassan
08280 Aue
24. 10. Dr. med. Doernbrack, Rolf
01309 Dresden

24. 10. Dr. med. Lommatzsch, Irmgard
04430 Burghausen
24. 10. Dr. med. Oder, Dorothea
08523 Plauen
29. 10. Drahonovsky, Renate
02923 Uhlmannsdorf
30. 10. Dr. med. Kretzschmar, Gertraude
01069 Dresden

65 Jahre

2. 10. Dr. med. Müller, Hermann
09125 Chemnitz
2. 10. Dr. med. Scharfe, Erika
04838 Eilenburg
2. 10. Dr. med. Unger, Gisela
01109 Dresden
5. 10. Dr. med. Lenk, Sigrid
01279 Dresden
10. 10. Lehmann, Annemarie
04157 Leipzig
10. 10. Dr. med. Wolf, Christine
04279 Leipzig
10. 10. Dr. med. Wünsche, Annemarie
01257 Dresden
12. 10. Dr. med. Göhre, Hartmut
08258 Markneukirchen
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Köhler, Klaus
01326 Dresden
13. 10. Neubert, Dieter
01844 Neustadt
14. 10. Dr. med. Weinrich, Reinhilde
04107 Leipzig
15. 10. Dr. med. Oelsner, Irene
04107 Leipzig
21. 10. Dr. med. Grosser, Helmut
09120 Chemnitz
24. 10. Dr. med. Hellmund, Walter
01776 Kurort Bärenburg
24. 10. Dr. med. Mohnke, Evamaria
04347 Leipzig
26. 10. Dr. med. Mehlhorn, Roland
08280 Aue
29. 10. Prof. Dr. med. habil. Waurick, Siegfried
04103 Leipzig

30. 10. Bickhardt, Gertraud
01157 Dresden
30. 10. Dr. med. Jänicke, Klaus
04454 Holzhausen

70 Jahre

9. 10. Bartsch, Elfriede
04838 Wildenhain
19. 10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
21. 10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
23. 10. Dr. med. Ezold, Rudolf
04315 Leipzig
24. 10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
25. 10. Dr. med. Trinckauf, Hans-Heinrich
01326 Dresden

75 Jahre

11. 10. Dr. med. Biesold, Wolfgang
08258 Markneukirchen
13. 10. Weiske, Margarete
04680 Colditz
20. 10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig

80 Jahre

12. 10. Dr. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med. Seifert, Heinz
01259 Dresden
29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Dübén
29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhard
01662 Meißen

81 Jahre

1. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04445 Leipzig
3. 10. Dr. med. Winkler, Johannes
04651 Bad Lausick
5. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

Inter Arma Caritas

82 Jahre

22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med. Watzlawik, Heinz-Werner
01662 Meißen

83 Jahre

17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

84 Jahre

5. 10. Dr. med. Palme, Hermann
01277 Dresden
11. 10. Dr. med. Burkhardt, Ernst
09599 Freiberg
19. 10. Dr. med. Klemm, Lotar
01612 Glauchitz

85 Jahre

24. 10. Dr. med. Falke, Horst
08523 Plauen

86 Jahre

8. 10. Lange, Elisabeth
04277 Leipzig
11. 10. Dr. med. Hartmann, Karl-Heinz
02625 Bautzen
23. 10. Haupt, Edith
01445 Radebeul

87 Jahre

16. 10. Zittwitz, Ilse
01468 Luftkurort Friedewald

88 Jahre

13. 10. Dr. med. Breyer-Püschel, Anna
02625 Bautzen
15. 10. Dr. med. Böhme-Korn, Marianne
01069 Dresden

90 Jahre

22. 10. Dr. med. Bötticher, Hans-Werner
08134 Wildenfels

93 Jahre

17. 10. Dr. med. Langer, Leopold
04207 Leipzig

Im Juli 1887 kehrt ein Reisender ohne Gepäck zurück in die Schweiz. Er fährt nach Heiden, einer kleinen Ortschaft im Appenzeller Land. Hier kann man die wunderbare Aussicht auf den Bodensee - das Schwäbische Meer - genießen. Über viele Jahre ist dieser Mann, den man mit Recht Philanthrop nennen darf, ohne Bleibe in Frankreich, Italien, Deutschland und Europa unterwegs gewesen. Er kehrt im Hotel „Zum Paradies“ ein, ist aber so arm und krank, daß er im Bezirkshospital Heiden Zuflucht findet. Der Unglückselige ist erst 59 Jahre alt, jedoch durch die Jahre der Entbehrungen und des Elends wesentlich vorgealtert. Hier im Krankenhaus Heiden verbleibt er, der Großes für die Menschheit geleistet hat, 23 Jahre lang bis zu seinem Tod. Krankheit und Verbitterung quälen ihn, trotzdem bleibt er ein Christ und Humanist.

Selbst, als er den Friedensnobelpreis 1901 bekommt, wissend, was Ehrenbezeugungen in einer finster kalten Welt wert sind, überläßt er dieses Vermögen philanthropischen Werken in der Schweiz und Norwegen.

Der Mann, von dem hier die Rede ist, heißt Henry Dunant und wird am 8. Mai 1828 in Genf geboren. Er ist der Sohn von Jean-Jacques Dunant, Kaufmann und Richter in der Pflugschaftskammer. Seine Mutter ist die Schwester eines berühmten Physikers, Daniel Colladon.

Der Vater unterweist ihn in Mathematik, lebenspraktischen Belangen und Wohltätigkeit. Von der Mutter geht sehr großer Einfluß auf ihn aus. Sie hält ihn zur Nächstenliebe an. Seine Erziehung ist streng protestantisch. Nach dem Besuch des Gymnasiums in Genf nimmt er eine Banklehre auf und wird Bankkaufmann und Unternehmer.

1849 tritt er, in seinem Glauben gefestigt, dem Christlichen Verein junger Männer bei und befaßt sich mit den Gestrachelten einer Friedenszeit, noch ehe er sich mit Verwundeten des Krieges beschäftigt. In Algerien gründet er in der Nähe von Mons-Djemila ein großes landwirtschaftliches Unternehmen. Eine moderne Mühle soll den Arbeitern ein gutes Auskommen geben. Leider verbauen die Behörden seine unternehmerischen Leistungen. Deshalb will er sich mit Kaiser Napoleon III

persönlich treffen und ins Gespräch kommen. Dieser ist in der Lombardei und setzt sich für die italienische Unabhängigkeit ein. Er kämpft an der Spitze des französischen Heeres gegen Kaiser Franz Joseph und die österreichische Armee.

Statt einer Audienz beim Kaiser wird Dunant Zeuge der blutigsten Schlacht Europas seit Waterloo.

Am 24. Juni 1859 in der Nähe von Solferino, unweit des Gardasees, gingen 300 000 Soldaten mit Kugel, Bajonett, Gewehrkolben oder würgenden Händen 15 Stunden lang aufeinander los. Das Ergebnis waren fast 40 000 Verwundete, Verletzte und vor allem Tote, Menschen, die, wenn nicht schon sofort, Stunden oder Tage danach ihren Verletzungen erlagen.

Den Genfer, der hier Geschäfte anbahnen wollte, entsetzte das Elend auf dem oberitalienischen Schlachtfeld. Er half, so gut er konnte, uneigennützig allen Opfern ohne Unterschied von Nationalität und Religion. Er prägte die Worte „Tutti fratelli“. Dabei wurde aus dem Einzelhelfer ein Organisator. Er richtete Behelfsspitäler ein, ließ auf eigene Kosten Verbandmaterial, Wasser, Obst und Tabak herbeischaffen, organisierte die Hilfeleistung durch lombardische Frauen, Mädchen und Kinder sowie Priester und zufällig anwesende Reisende. Es gelang ihm, gefangene österreichische Ärzte freigestellt zu bekommen, um die Not nach der Schlacht zu lindern. Hier entstand die Idee, den guten Willen der Menschen zusammenzufassen, zu organisieren und auf eine völkerrechtliche Grundlage zu stellen.

Unter den Eindrücken seiner schrecklichen Erlebnisse schreibt, nach Genf zurückgekehrt, er 1862 das Buch, das um die Welt ging: „Eine Erinnerung an Solferino“. In diesem Buch wird die Frage gestellt: Wäre es nicht möglich, schon im Frieden in allen Nationen Hilfsvereine für die Verwundeten des Krieges zu gründen? Dabei wurde von ihm an den Status der Unverletzlichkeit der Helfer und ein gemeinsames Abzeichen gedacht. Deshalb schlug er einen internationalen Kongress vor, der verbindliche Übereinkünfte treffen sollte.

In Genf findet Dunant Mitstreiter, so den Juristen Gustave Moynier, den Schweizer General Guillaume Henri Dufour und die Ärzte Dr. Louis Appia und Dr. Theodore

Nachruf

Frau Dr. med. Heidemarie Hoschke

geboren: 1. 8. 1942
gestorben: 22. 7. 1998

Michael Hoschke
Kristin und Andreas Hoschke
im Namen aller Angehörigen

Maunoir. Es wird das Fünferkomitee gebildet.

Der Appell Dunant's und des Komitees fanden Gehör. Unermüdlich reiste Dunant in Europa von Regierung zu Regierung, und so konnte schließlich im Oktober 1863 das Zustandekommen der ersten Konferenz als ein Erfolg verbucht werden. Praktisch war der 29. Oktober 1863 die Geburtsstunde des Roten Kreuzes. Erster Präsident des späteren internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK) war General Dufour und Dunant sein Sekretär. Das Rote Kreuz wird als Schutzzeichen angenommen.

In Folge werden Vereinbarungen von weltweiter Tragweite für Kriegs- und Friedenszeiten geschlossen. Die Rede ist von den Genfer Konventionen. Die erste Konvention datiert auf den 22. August 1864. Es ist eine Vereinbarung von ursprünglich 16 Staaten, Kriegsgefangenen, Verwundeten und Kranken, die erforderliche Pflege, Betreuung und menschenwürdige Behandlung angedeihen zu lassen. Diese Konvention wird 1899 auf den Seekrieg ausgeweitet und 1906 neu gefaßt.

Nach Dunant's Tod wird die Genfer Konvention im Ergebnis des Weltkrieges 1929 und ein weiteres Mal 1949 ergänzt, u. a. auch auf den Schutz von Zivilpersonen ausgedehnt und von den meisten Staaten der Erde unterzeichnet und anerkannt.

Nachfolger Dufour's wurde Gustave Moynier, der mit eiserner Faust fast ein halbes Jahrhundert lang den Vorsitz des Komitees führt. Dunant bleibt Sekretär. Es kommt zwischen den unterschiedlichen Charakteren, die der gleichen Sache dienen, oft zu Diskrepanzen, so daß letztendlich Dunant als Sekretär am 8. September 1867 abdankt. Er ist zu dieser Zeit, da sein Unternehmen in Algerien untergeht, bankrott. Das trug dazu bei, daß er moralisch in Mißkredit geriet. Finanziell geht es Dunant äußerst schlecht.

Obwohl er zu diesem Zeitpunkt aus dem aktiven Geschehen ausscheidet, bleibt er seiner Idee weiterhin verbunden.

Nach 1870 beginnt für ihn eine verheerende Zeit. Mittellos irrt er in Europa herum, bis er schließlich in Heiden einkehrt. Man glaubt, er sei vergessen, gar verstorben.

Ein junger Journalist aus St. Gallen, Georg Baumberger, erhält im August 1895 Kenntnis, daß Dunant im Bezirkskran-



Henry Dunant im Alter von 35 Jahren

kenhaus Heiden seinen Aufenthalt habe. So eilt er dorthin, um Dunant zu treffen. Nur zögerlich empfängt der Verbitterte den Journalisten. Gedrückt von der Last seiner Erinnerungen erzählt er nun seine so widersprüchliche Lebensgeschichte. Der Bericht Baumbergers ist sensationell. Er wird von vielen Blättern gedruckt und in Europa verbreitet. In nur wenigen Tagen erinnert man sich an Dunant.

Im Jahre 1895 war das Rote Kreuz bereits in Europa, Amerika, Asien und Afrika bekannt, und es gab schon viele nationale Rot-Kreuz-Gesellschaften.

Am 8. Mai 1896, anlässlich seines 68. Geburtstages, wird Dunant von aller Welt geehrt. Er bleibt durch die bittere Lebenserfahrung jedoch bescheiden, in sich gekehrt und zurückgezogen. Trotzdem arbeitet er weiter an seiner Idee. Eine menschliche Tragik lag darin, daß ihm sein Werk lange vor seinem Tode „davonlief“, sich ohne ihn weiterentwickelte, während er vergessen war und leiden mußte. Dunant war nach Baumbergers Report wieder ein berühmter Mann. Der Ruhm ließ ihn jedoch gleichgültig.

1901 erhielt er gemeinsam mit dem großen französischen Friedenskämpfer Frederic Passy den ersten Friedensnobelpreis.

Eine einzigartige Existenz, Bankier, Unternehmer, Philanthrop, Schriftsteller, Se-

ekretär des Roten Kreuzkomitees, Bankrotteur, Globetrotter, gebrochener Mann, Nobelpreisträger. Vierunddreißig Jahre des Lebens gehören der inneren Vorbereitung, danach vom Erscheinen seines Buches „Erinnerung an Solferino“ bis zum Bankrott, 5 Jahre des Ruhmes und des Erfolges. Ihnen folgen achtundzwanzig Jahre der Armut und des Elends, des Umherirrens und der Introversion. Danach kamen 15 Jahre des Ruhmes und der Ehre, die jedoch weiter in Zurückgezogenheit erlebt werden.

Am 30. Oktober 1910 stirbt Henry Dunant.

Seitdem sind zwei Weltkriege um den Globus gegangen. Unzählig lokale Kriege, Katastrophen und Havarien haben die Menschheit ereilt.

Vier Genfer Konventionen, zuletzt 1977 durch Zusatzprotokolle gestützt, bestehen. In mehr als 145 Ländern setzen sich Rot Kreuz- oder Rothalbmond-Gesellschaften mit über 250 Millionen Mitgliedern für die Verhütung und Linderung menschlicher Leiden ein.

Das Rote Kreuz ist längst nicht mehr nur auf dem Schlachtfeld tätig. Im Sinne des Gründers ist es sowohl im medizinischen wie auch im sozialen Bereich zu finden. Dabei sind die Rot Kreuz - Grundsätze Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität.

Der Autor dieses Beitrages hatte in den Jahren 1994 und 1995 die Gelegenheit, sich persönlich von der Traditionspflege im Dunant-Museum in Heiden zu überzeugen. Selbstverständlich war eine Eintragung in das Gästebuch des vielbesuchten Hauses. In Heiden ist ebenso ein Dunant-Denkmal zu finden. Der Initiator ist Jakob Haug aus Heiden. Es wurde 1962 eingeweiht. Gleichfalls verdanken wir ihm die Gründung des Dunant-Museums im Bezirkskrankenhaus Heiden. Es wurde am 8. Mai 1969 eröffnet und am 17. Juni 1988 nach Neugestaltung der Museumsräume wieder zugänglich gemacht. So ist hier ausführlich Wissenswertes aus Dunant's Leben zu erfahren. Persönliche Gegenstände, Briefwechsel, Fotografien, Bilder sowie Handschriften sind zu finden, die liebevoll aufbewahrt, dem Besucher zur Betrachtung freistehen. Als Forschungs- und Ausbildungszentrum unterhalten das

Internationale Komitee des Roten Kreuzes, die Liga und das Schweizerische Rote Kreuz seit 1965 das Henry Dunant-Institut in Genf. Gleichzeitig erinnert in Solferino das Kriegsmuseum an Dunant. Seine Hoffnung, daß aus dem Roten Kreuz des Krieges ein Rotes Kreuz des Friedens werden sollte, ist bis heute nur bedingt erfüllt. Die weltweite humanitäre Organisation konnte zwar bisher die Kriege und Katastrophen nicht verhindern, aber millionenfach Opfern und Bedürftigen helfen. So ist das Symbol des Roten Kreuzes in Kriegs- sowie in Friedenszeiten ein Zeichen der Hoffnung und Humanität für alle Menschen geworden.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

6. Dresdner Unfallseminar am 31. 10. 1998

Thema: Komplikation und Korrektur

Zeit: 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Dresden, Haus 19, Hörsaal Chirurgie

Dresdner Ärztliche Fortbildung

Mit dem Studienjahr 1998/1999 übergibt der langjährige Vorsitzende, Herr Prof. Dr. Seebacher, die Leitung der seit 40 Jahren existierenden Veranstaltung an Herrn Professor Dr. W. Leupold, Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Herr Professor Seebacher bedankt sich bei allen, die mitgeholfen haben, in den vergangenen Jahren die Dresdner Ärztliche Fortbildung aktuell und interessant mitzugestalten. Er bittet, diese gute Zusammenarbeit auch mit Herrn Professor Leupold aufrechtzuerhalten.

Für die Vortragsserie im kommenden Studienjahr 1998/1999 werden noch an Herrn Professor Seebacher Vortragsangebote erbeten.