

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 8/2001

Berufspolitik	Aus der Vorstandssitzung	352
	Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte	353
	Arbeitskreis Sächsischer Krankenhaushygieniker	355
	Reformbedarf aktuell: Zukunft Medizinstudium	356
Gesundheitspolitik	Prävention/Rehabilitation – ein gesamtgesellschaftliches Anliegen	357
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Internet-Kurse für Ärzte	361
	Konzerte und Ausstellungen	361
Mitteilungen der KV	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	362
	Impressum	362
Originalien	Ziemssen, T., Süß, M., Reichmann, H. Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems – eine interdisziplinäre Herausforderung	363
	Zschornack, M., Springer, B. Psychosomatisches Denken in der Inneren Medizin Compliance und Coping	380
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen	371–378
Leserbriefe	Leserbrief Dr. med. habil. Detlef Müller	383
	Leserbrief Dipl.-Med. Angelika Zimmer	384
Ausschuss Junge Ärzte	www.aerzteohnekeittel.de – Die Jobbörse für Sachsens Ärzte	385
Verschiedenes	Zytochromat zu verschenken	385
	Onkologie-Preis des Tumorzentrums Dresden	386
Medizingeschichte	Zur Geschichte der medizinhistorischen Sammlung	386
Personalien	Unsere Jubilare im September	387
Buchbesprechung	Hausärzte in der DDR	392
Verschiedenes	Hilfstransport der »Diakonie Annaberg« nach Grodno/Weißrussland	393
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2001	

Die Sächsische Landesärztekammer und das
„Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter
<http://www.slaek.de>,
per e-mail: dresden@slaek.de
und der „Sächsische Gesundheitslotse“
unter www.gesundheitslotse-sachsen.de
zu erreichen/abrufbar.

Aus der Vorstandssitzung

4. 7. 2001

Zu Beginn berichtete der Präsident von einer Klausurtagung der Bundesärztekammer schwerpunktmäßig zu folgenden Themen:

Bildung eines Koordinierungsausschusses unter Teilnahme von Krankenhausgesellschaft, Kassenärzten und Zahnärzten; der „Runde Tisch“ beim Bundesgesundheitsministerium wird auch von der Bundesärztekammer mit besetzt; Vorlage des Referentenentwurfes zum DRG-Gesetz; Expertenanhörung zur Präimplantationsdiagnostik; gemeinsame Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bleibt erhalten; neue Approbationsordnung.

Da Herr Dr. Mathias Cebulla aus wichtigem Grund auf dem 11. Sächsischen Ärztetag nicht anwesend sein konnte, wurde ihm in würdiger Form die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2001 verliehen.

Zum Tagesordnungspunkt Bündnis Gesundheit 2000 berichtete Frau Dr. Trübsbach:

Der Aktionsrat der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Ostdeutschlands hat in einer Pressemitteilung bekannt gegeben:

Am 1. Oktober beginnt im Osten der gesundheitspolitische Wahlkampf!

Nach wie vor sei die Kernforderung nach einer unverzüglichen Anhebung der für die ambulanten Medizin im Osten zur Verfügung stehenden Finanzmittel auf Westniveau überfällig.

Auf dem 11. Sächsischen Ärztetag war ein Antrag angenommen worden, die Nachweispflicht über die finanzielle Vergütung von Arbeitszeiten, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollen, in das Sächsische Heilberufekammer-



Der Präsident, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, überreicht Herrn Dr. Mathias Cebulla die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“

gesetz aufzunehmen. Diese Forderung wird jetzt an die Aufsichtsbehörde weitergeleitet.

Die Vorbereitungen für das Deutsch-Polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ vom 14. bis 16. September 2001 in Kreisau verlaufen planmäßig. Die Teilnehmerzahl ist in den letzten Wochen rapide angestiegen.

Zur Vorbereitung der 17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern und zur 25. Kammerversammlung wurden die inhaltlichen Aspekte anhand vorgelegter Tagesordnungsentwürfe besprochen und bestätigt.

Aus dem juristischen Geschäftsbereich lagen sieben Beschlussvorlagen zu be-

rufsrechtlichen Angelegenheiten vor, die wie immer vom Ausschuss Berufsrecht entscheidungsreif vorbereitet worden waren. Darüber hinaus wurde der Stand zu den verwaltungsgerichtlichen Verfahren der Sächsischen Landesärztekammer, zu den berufsgerichtlichen Verfahren des Vorstandes und zu den Rügeverfahren des Vorstandes in tabellarischer Form vorgelegt und erläutert. Aus dem kaufmännischen Geschäftsbereich wurde die Haushaltinanspruchnahme per 31. Mai 2001 erläutert. Die Gesamtaufwendungen lagen zu diesem Zeitpunkt 2,3 % unter dem Zeitsoll, die Erträge dagegen erheblich über dem Zeitsoll. Letzteres ist durch die Beitragszahlung im Frühjahr begründet.

Dr. med. Helmut Schmidt
Vorstandsmitglied

Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte

„Der Deutsche Ärztetag fordert die Staatsanwaltschaften auf, gemäß § 291 des Strafgesetzbuches (sogenannter „Wucherparagraf“) bei offensichtlicher Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken gegen die Krankenhausträger beziehungsweise Arbeitgeber vorzugehen.“

Ein zentrales Thema auf dem diesjährigen 104. Deutschen Ärztetag stellte die Ausbeutung ärztlicher Arbeitskraft, insbesondere junger Kolleginnen und Kollegen dar. Neben vielen weiteren positiven Entschlüssen widerspiegelt der eingangs genannte Beschluss die Situation am Besten.

Bereits in seiner Eröffnungsrede prangerte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, unter großem Beifall und der Anwesenheit von Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die unerträglichen Zustände an deutschen Krankenhäusern an. Es wurde unter Bezugnahme auf staatsanwaltliche Ermittlungen gegen sogenannten Abrechnungsbetrug auf den Betrug an der Arbeitskraft junger Ärztinnen und Ärzte reflektiert. Prof. Dr. Hoppe wies erneut darauf hin, dass das Arbeitszeitgesetz in großem Stil weiterhin missachtet wird. 50 Millionen Überstunden mit einem Gegenwert von ca. 2 Milliarden DM werden jährlich von Ärztinnen und Ärzten in deutschen Kliniken und Krankenhäusern ohne Ausgleich geleistet. Dauereinsätze bis zu 30 Stunden sind an der Tagesordnung. Dies gefährdet in hohem Maße die Gesundheit unserer Kolleginnen und Kollegen ebenso, wie die Qualität der Betreuung der sich uns anvertrauenden Patientinnen und Patienten. So hat eine Studie belegt, dass das Reaktionsvermögen eines Arztes nach ununterbrochener Arbeitszeit von 24 Stunden dem eines Autofahrers mit einem Blutalkoholspiegel von einem Promille entspricht. Wer aber möchte sich schon von einem Angetrunkenen operieren lassen? Die mehrstündige Diskussion zu diesem Thema auf dem 104. Deutschen Ärztetag wurde durch drei Referate eingeleitet.

Frau Dr. Claudia Röhl, wissenschaftliche Assistentin an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, berichtete über erfahrene Widerstände bei dem Versuch, geleistete Überstunden als Ärztin im Praktikum abzurechnen. Das bereits ihr ärztlicher Leiter deutliche Ablehnung signalisierte, muss, so der Haupttenor der Diskussion, als symptomatisch für das System erkannt werden. Sätze wie: „...dann stimmt Ihre Arbeitsorganisation nicht,“ oder „...Sie arbeiten zu langsam“ werden immer wieder beklagt. Natürlich sei hier auch an die Zwänge durch Verwaltung und rigide Budgets erinnert.

Welche Wege es gibt, zeigte im zweiten Referat Herr Dr. Wolfhart Priesack, Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums Kiel, auf. Die gesamte ärztliche Belegschaft hat sich organisiert, um gegen die Missstände am Haus zu kämpfen. Da bisher keinerlei Einigung zu erzielen war, ja selbst unter Androhung von Abmahnungen der Besuch der Ministerpräsidentin des Landes Schleswig-Holstein durch die Verwaltung verhindert wurde, wird eine gerichtliche Klärung angestrebt. Herr Dr. Wolfhart Priesack rief die verfasste Ärzteschaft zur Durchführung von Musterprozessen auf, sollten Verwaltungen oder auch ärztliche Leiter bis hin zur Bundesregierung das Problem weiterhin bewusst ignorieren und schönreden.

Das Votum des Ärztetages unterstütze diese Forderung entsprechend.

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, beleuchtete in seinem Grundsatzreferat das perfide System der Ausbeutung der Arbeitskraft, insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte durch ärztliche Leiter und Verwaltungen unter Missachtung des Arbeitszeitgesetzes und unter euphemistischer Darstellung ethischer Grundsätze des Arztberufes.

Es wurde erinnert, dass 1990 jährlich in der Bundesrepublik Deutschland 13,7 Millionen Fälle behandelt wurden, 1998 aber 15,6 Millionen Fälle bei sinkender Krankenhaus- und Bettenzahl. Zwischen 1990 und 1998 sank die Krankenhaus-

zahl in der Bundesrepublik Deutschland um 184 und die Bettenzahl im selben Zeitraum um 114.347! Allgemein bekannt ist, dass sich auch an Bettenzahlen Stellschlüssel in Krankenhäusern orientieren, nicht jedoch an Behandlungsfällen. Durch zunehmende Bürokratie (zum Beispiel Einführung des DRG-Systems), medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt, verändertes Verhalten des Patientenklintels und vieles Mehr kommt es zu einer massiven Zunahme der Arbeitsintensität. Das führt zur 80-Stunden Woche, 24 bis 32 Stunden Diensten, einer Arbeitslast im Bereitschaftsdienst von meist mehr als 49% und bei Personalknappheit zu mehr Bereitschaftsdiensten, als zulässig. Dem stehen insbesondere in der Arzt im Praktikum-Phase eine Bezahlung oft unter der Sozialhilfegrenze und die Unerfahrenheit der jungen Kolleginnen und Kollegen gegenüber.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) stellte in einem Urteil vom 03. Oktober 2000 (Rechtssache C303/98) fest, dass Bereitschaftszeit in Krankenhäusern als Arbeitszeit anzusehen ist.

Unter Missachtung dieses Urteils des EuGH und der zynischen Behauptung von Verwaltungen und Politik, dass das Arbeitszeitgesetz in Deutschland eingehalten sei, wird die dramatische Lage offiziell negiert.

Ausnutzung der Notlage junger Kollegen: „...Teilzeitstellen mit Vollzeitarbeit“, „...Bewährung auf Gastarztstellen“, Überforderung : „...AiP als Stationsarzt“, „...fachübergreifende Bereitschaftsdienste“, Erzeugung von Wohlverhaltensdruck und Vermittlung eines Gefühls der Unfähigkeit: „...wer Überstunden macht arbeitet zu langsam“, „... wenn Sie nicht fertig werden, dann müssen Sie Ihre Kollegen holen,“ oder „...dann müssen Sie Ihre Patienten halt liegenlassen“ sind nur einige Beispiele des Systems.

Immer wieder muss jedoch auch an die Fürsorgepflicht ärztlicher Leiter erinnert werden. Die Verwaltungen treiben mit Erfolg Keile zwischen leitende und nachgeordnete Ärzte und organisieren so

den Druck von oben nach unten. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch auf die Zwischenergebnisse der aktuellen Umfrage des Ausschusses Junger Ärzte unserer Landesärztekammer zur Weiterbildung in Sachsen, welche ich in einem Wortbeitrag auf dem 104. Deutschen Ärztetag ansprach. Bedenklich erscheint, dass nur 40 Prozent der befragten Weiterbilder das Arbeitszeitgesetz und nur 15 Prozent der Weiterzubildenden als umgesetzt ansehen. Nur 27 Prozent der Weiterbilder und 16 Prozent der Weiterzubildenden halten es für möglich, dass alle Weiterbildungsinhalte während der Arbeitszeit erworben werden können.

An immer weniger Kliniken wird bezahlte Freistellung für Fort- und Weiterbildung gewährt.

Dr. Montgomery wies darauf hin, das bereits jetzt von ca. 12.000 Absolventen jährlich nur ca. 6.000 im traditionellen Arztberuf arbeiten und eine zunehmende Zahl auch festbeschäftigter Ärzte sich nach weitaus attraktiveren Angeboten im Ausland umsehen.

In meinem Redebeitrag erklärte ich meine Sorge um die Zukunft der Gesundheitsversorgung in unserem Land, wenn immer weniger junge Ärzte nachrücken, weil nicht nur Budgetzwang, sondern bereits Arbeits- und Ausbildungsbedingungen abschrecken. In der lebhaften, sehr einmütigen Diskussion zu diesem zentralen Thema des diesjährigen Ärztetages kamen viele weitere Beispiele zu Darstellung. Junge Kollegen berichteten, das Sie aus Angst um den Fortgang ihrer Weiterbildung dem Druck nachgeben, vielfach sogar bewusst in Kauf nehmen. Welche Auswirkungen muss dies wohl auf die Ideale des Arztberufes haben?

Mithin sind Bereitschaftsdienste gerade in jungen Jahren von vielen Kollegen gewollte Quelle zusätzlicher geringer Einnahmen, zu welchem Preis werden diese aber erkaufte? Nicht nur das geringer Lohn erhalten wird, ebenso begeben sich junge Kollegen in existenzgefährdende juristische Gefahren, wenn sich durch Übermüdung Fehler einschleichen, dies

bei zunehmender Kriminalisierung unseres Berufsstandes. Es stellte sich die Frage nach dem Nutznießer dieser Ausbeutung. Hier wurde unzweifelhaft die seit Jahren gemachte und durch die jetzige Bundesregierung fortgesetzte Politik ausgemacht. Beitragssatzstabilität auf dem Rücken von Ärzten und Patienten waren erklärtes Ziel einer Kostendämpfungs- und Rotationsmaschinerie.

Ignoranz der Problematik seitens der Bundesregierung wird dadurch belegt, dass Urteile des Europäischen Gerichtshofes differenziert in ihrer Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland betrachtet werden. Wird das Urteil des EuGH zur Umsatzsteuerpflicht ärztlicher Gutachten sofort umgesetzt, wird hingegen eine Auswirkung des Urteils des EuGH zur Bereitschaftszeit als Arbeitszeit auf Deutschland bestritten, obwohl das Arbeitsgericht Gotha am 03. April 2001 (Aktenzeichen: 3 BV 1/01) die volle Anwendbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland in einem Beschlussverfahren festgestellt hat.

Insgesamt 34 Beschlüsse sind das Ergebnis der Diskussion dieser Problematik. Dabei wurden folgende exemplarische Forderungen an die Politik, Krankenhausträger und Verwaltungen, ärztliche Leiter sowie die Landesärztekammern gestellt:

■ Volle Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes zu Bereitschaftsdiensten und des Arbeitszeitgesetzes durch Feststellung der Arbeitszeit mittels Einführung von Stechuhrsystemen. Veränderung der Tarif- und Stellenpläne (nach Schätzungen derzeit ca. 15.000 zusätzliche Arbeitsplätze), Anpassung der geplanten DRG-Vergütung durch Berechnung des Soll- und nicht des Ist-Zustandes.

■ Abschaffung der Arzt im Praktikum-Phase, bis dahin Aufwertung der Vergütung und der Notwendigkeit der Weiterbildung in dieser Phase durch konsequente Anwendung von Weiterbildungsmodalitäten und Rotationsprinzipien.

■ Kontrolle der Einhaltung der Vorgaben am Beispiel der Kontrolle der Arbeits-

verträge durch die Landesärztekammern und Überprüfung der Weiterbildungsbelegungen auf ihre persönliche Eignung, gegebenenfalls Entzug der Weiterbildungsermächtigung bei Nichtbeachtung der gesetzlichen Vorschriften und entsprechenden Passagen der Berufsordnung.

■ Untertarifliche Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten insbesondere in Weiterbildung befugte ist unethisch und steht nicht im Einklang mit der persönlichen Eignung zur Befugnis.

■ Benennung von Ombudsmännern oder -frauen an den Landesärztekammern für betroffene Ärztinnen und Ärzte.

■ Angemessene Beteiligung der Assistenten an der Privatliquidation der ärztlichen Leiter, wenn die Arbeit durch diese erbracht wird.

■ Einschaltung von Gewerbeaufsichtsämtern und Staatsanwaltschaft bei fortgesetztem Betrug, unter der Forderung an die Politik mit entsprechendem Personal gesetzliche Vorschriften durchzusetzen (allzu oft wird bei offensichtlichen Verstößen derzeit durch die Gewerbeaufsicht den Klinikleitungen Wohlverhalten bescheinigt)

■ Das ärztliche Leiharbeitswesen wird angeprangert und auf das Schärfste verurteilt.

■ Anerkennung der Haftungs- und Behandlungsrisiken von und durch Ärztinnen und Ärzten, welche aus der provozierten und geduldeten Missachtung gesetzlicher Grundlagen entstehen.

Kolleginnen und Kollegen, lassen wir uns nicht mehr durch das fortgesetzte Spaltungsbestreben mittels Budgetdruck und Repressalien durch Politik und Verwaltung entzweien. Folgen wir dem Beispiel der Kolleginnen und Kollegen des Städtischen Krankenhauses Kiel.

„...Das Gesundheitswesen ist im Allgemeinen, die Ärzteschaft im Besonderen den Menschen und der Humanität verpflichtet.“

Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin
Sächsischer Delegierter zum
104. Deutschen Ärztetag

Arbeitskreis Sächsischer Krankenhaushygieniker

Am 13. 3. 2001 beschlossen 15 anwesende Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte aus sächsischen Krankenhäusern, sich im Rahmen einer eigenen Arbeitsgruppe als ständige, nicht eingetragene Vereinigung zu konstituieren. Ziel der Arbeitsgruppe ist die Intensivierung von Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen in den Krankenhäusern sowie in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen Sachsens.

Aus der Sicht der Anwesenden gab es drei überwiegende Gründe für die Bildung dieser Arbeitsgruppe:

1. Zum einen gibt es derzeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene, dem Robert-Koch-Institut, dem deutschsprachigem Arbeitskreis für Krankenhaushygiene und der Arbeitsgemeinschaft medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften mehrere Institutionen oder Gremien, die für sich Richtlinienkompetenzen auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene beanspruchen. Leider unterscheiden sich die Empfehlungen mitunter so gravierend, dass Verunsicherung bei den Kollegen in der Praxis entsteht.

2. Zum zweiten gibt es mit der „Sächsischen Krankenhaushygienerahmenverordnung“ sowie der „Seuchenmeldeverordnung Sachsen“ gesetzliche Rahmenbedingungen für die Krankenhaushygiene, die von den anderen Bundesländern deutlich abweichen und spezifische Vorgehensweisen fordern.

3. Der dritte Grund ist in der Tatsache zu sehen, dass fundierte Beratung in Hygienefragen oft auch vor Ort Tätigkeit erfordert. Und diese ist regional am schnellsten und effektivsten zu leisten.

Die Arbeitsgruppe ist offen für alle hauptamtlich tätigen Krankenhaushygieniker und nebenamtlich tätige hygienebeauftragte Ärzte aus Krankenhäusern Sachsens. Sie erhebt keine Mitgliedsbeiträge und tätigt keine sonstigen Einnahmen.

Aktivitäten der Arbeitsgruppe bestehen in der Beratung von ärztlichen Kollegen, Pflegepersonal, aber auch anderen in der Medizin tätigen Berufen in Maßnahmen der Infektionsprävention und -bekämpfung in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen über das eigene Krankenhaus hinaus. Die Ausbildung von ärztlichen und pflegerischen Personal auf dem Gebiet der Hygiene soll im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt werden, wobei auch an Zusammenarbeit mit regionalen medizinischen Fachgesellschaften gedacht ist.

Sprecherin der Arbeitsgruppe ist Frau Dr. Gerit Görisch, Krankenhaushygienikerin im Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig. Als stellvertretende Sprecher fungiert Dr. Lutz Jatzwauk, Krankenhaus-

hygieniker im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

Sollten Sie Interesse an der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe haben, nehmen Sie mit uns Kontakt auf.

Falls Sie als Kliniker oder niedergelassener Arzt, Krankenschwester oder -pfleger oder auch Medizintechniker Fragen zu Hygienemaßnahmen haben, schreiben Sie uns. Wir wollen versuchen, Ihnen bei der Lösung zu helfen.

Im Namen der Mitglieder des Arbeitskreises

Dr. Gerit Görisch
Städtisches Klinikum
„St. Georg“
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig

Dr. Lutz Jatzwauk
Universitätsklinikum
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Reformbedarf aktuell: Zukunft Medizinstudium

Unter diesem Motto stand am 02. Juli 2001 die erste Dialogveranstaltung zum Thema Reform der Approbationsordnung unter der Ägide von Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer.

Eingeladen waren Expertinnen und Experten aus Ärzteverbänden, Bund und Ländern, Gesundheitspolitik, Medizinischen Fachgesellschaften, Wissenschaftsrat, Medizinischen Fakultäten und Fachschaften (Vertretung der Studenten einer medizinischen Fakultät), Bildungs- und Forschungseinrichtungen.

Auf das Podium hatte Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Herrn Professor Dr. Gebhard von Jagow, Sprecher des Medizinischen Fakultätentages, Herrn Staatsrat Dr. Arnold Knigge für die Gesundheitsministerkonferenz, Herrn Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, Frau Tina Schweickert als Sprecherin der Fachtagung Medizin (gesamtdeutsche Vertretung der Medizinstudierenden) und Herrn Professor Dr. Erich Thies als Vertreter der Kultusministerkonferenz geladen.

Bereits in der vorangehenden Pressekonferenz betonten Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe die zwingende Notwendigkeit einer tiefgreifenden Reform der Approbationsordnung. Diskussionsgrundlage ist die Verordnungsvorlage des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahre 1997, bekannt als Drucksache des Bundesrates 1040/97 vom 19. Dezember 1997 einschließlich der in weiteren Verhandlungen eingebrachten Veränderungen.

Kernpunkte dieser längst überfälligen Novellierung der Approbationsordnung sind:

- den Unterricht verstärkt fächerübergreifend und problemorientiert zu gestalten
- die allgemeinmedizinischen und koordinierenden Kompetenzen der Studierenden zu stärken,
- den praktischen Unterricht am Krankenbett zu verbessern
- das Prüfungssystem grundlegend zu reformieren

- die obligatorische Einführung von Blockpraktika in der Allgemeinmedizin

- die Einführung von Pflichtveranstaltungen in der medizinischen Psychologie und

- die Evaluation von Lehrveranstaltungen einzuführen.

Schwerpunkt der Veränderungen und gleichzeitig auch bisheriger Streitpunkt sind veränderte Größenzahlen von Studiengruppen in der Arbeit am Patienten und der Patientendemonstration. Unterschiedliche Auffassung besteht hierbei mit den Kultusministern der Länder, da diese daraus die Veränderung der Kapazitätsverordnung ableiten. Herr Professor Dr. Erich Thies machte wiederum deutlich, dass die Kultusminister, trotz Kompromissvorschlag, von einer Senkung der Studentenzahlen ausgehen, welches unter Hinweis auf § 12 des Grundgesetzes (Freie Wahl des Berufes, des Arbeitsplatzes und der Berufsstätte, Kein Arbeitszwang) juristisch nicht durchzuhalten sei. Hier muss weiter ein Kompromiss angemahnt werden, um noch in dieser Legislaturperiode zu einer Verabschiedung der novellierten Approbationsordnung zu kommen. Im Gegensatz dazu beklagte Frau Tina Schweickert, dass bereits jetzt, nur in seltenen Fällen, trotz höherer Zahlen, die Vorgaben der Approbationsordnung nicht eingehalten würden und sie keine Hoffnung habe, dass sich dieses dann bessern wird. In diesem Sinne regte Frau Bundesministerin Bulmahn in Ihrer Eröffnungsrede bereits die stärkere Einbeziehung und qualitative Verbesserung der Lehrevaluation mit daraus folgenden Konsequenzen für die Lehre an den Universitäten an. Herr Professor Dr. Gerhard von Jagow setzte dem entgegen, dass bereits eifrig evaluiert werde. Wie die Diskussion zeigte, jedoch qualitativ nicht ausgewogen und keinesfalls kompatibel zwischen den Lehrinrichtungen, ebenso scheinen sich daraus keine Konsequenzen abzuleiten.

Konsens bestand bei allen an der Diskussion Beteiligten darüber, dass die Praxisnähe zentraler Gesichtspunkt eines

modernen Medizinstudiums sein sollte, welches einen vollverantwortlichen, selbständigen, in der Medizin breit gebildeten Arzt zum Ziel hat.

Eine weitere Forderung bestand in der Abschaffung der Phase des Arztes im Praktikum (AiP). Unterschiedliche Meinungen vertraten hierbei Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, sowie eine Großzahl der Diskussionsredner. Frau Bundesgesundheitsministerin macht derzeit die Abschaffung des AiP durch eine Änderung der Bundesärzteordnung von der Reform der Approbationsordnung abhängig. Mehrheitlich wurde jedoch die Auffassung vertreten, dass mit Einführung der Weiterbildungspflicht kein fachlich zwingender Grund mehr für die Aufrechterhaltung der AiP-Phase besteht. Allein der wirtschaftliche Gewinn an der Arbeitskraft „junger Arzt“ scheint Beweggrund zu sein.

Weiterhin wurde auch die Frage nach der Bezahlbarkeit der Lehre an den Universitäten und Lehrkrankenhäusern unter den Bedingungen der DRG's gestellt und Budgets für die Lehre eingefordert. Weitere wichtige Punkte der geplanten Reform, wie zum Beispiel die Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten und Hochschulen sind am ersten Diskusstag noch nicht angesprochen worden.

Herr Professor Dr. Hoppe sprach von einem Reförmchen, was es Wert sei nun endlich an den Anfang gestellt zu werden, um daraus zu lernen und dann weitere Schritte zu gehen.

Wohingegen die Sprecherin der Fachtagung Medizin Frau Tina Schweickert, eine „kleine Reform“ derzeit ablehnt und vorerst Ergebnisse von Reformstudiengängen, wie zum Beispiel an der Charité oder der POL (praxisorientiertes Lernen)-Studiengang an der TU Dresden abgewartet werden sollten, um dann eine „große Reform“ durchzuführen.

Aus meiner täglichen Arbeit heraus, muss ich allerdings feststellen, dass eine Reform überfällig ist, denn wer soll sonst

in 10 bis 15 Jahren noch die Patienten in Deutschland betreuen, wenn jetzt bereits nur die Hälfte aller Absolventen den Arztberuf ergreift, und das nicht zuletzt, weil in der Lehre viel zu wenig Praxisbezug fehlen und die Attraktivität des Arztberufes verloren geht.

Als sächsische Vertreter waren bei dieser ersten Dialogveranstaltung anwesend: Herr Professor Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Wolfgang Rose, Herr Professor Dr. rer. nat. Peter Dieter, Studiendekan der Universität Dresden, Herr Peter

Schwarz, Assistenzarzt am Carl-Gustav-Carus-Klinikum Dresden und Herr Erik Bodendieck, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin

Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin

Prävention/Rehabilitation – ein gesamtgesellschaftliches Anliegen

Der Mensch muss sich wie ein Windflüchter an einer Steilküste behaupten, der Schwächere wird schneller fallen und oft glaubt man, dass das menschliche Leben auch mit dem Hintergrund des Arbeitsmarktes, der Globalisierung und der noch verteidigten Inseln der Wohlstandsgesellschaft drastisch an Wert verliert. Freunde der Natur und Umweltschützer haben es schon lange erkannt, arbeitsmarktpolitische und betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte sind allein nicht in der Lage, unsere Umwelt und damit auch das menschliche Dasein zu erhalten. Innerhalb der großen Variabilität der Gattung Homo sapiens finden sich auch in unserer Gesellschaft nur eine Minderzahl genetisch optimal veranlagter beziehungsweise gesellschaftlich prägender

und abgesicherter Menschen. Selbst diese sind nicht gegen körperliche und seelische Dysbalancen, Altern und Krankheit gefeit. Die Schwächeren, chronisch Kranken und Ermüdeten der Gesellschaft, fallen jedoch der Marktwirtschaft zuerst zum Opfer und die Zahl derer wird sehr rasch größer. Diese bedürfen besonderer Hilfen und Unterstützung mit dem humanistischen/christlichen Hintergrund, die menschliche Würde zu bewahren. Damit gewinnen Prävention und Rehabilitation als ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen eine philosophische Dimension. Die sorgsame Verwaltung der öffentlichen Gelder für unser Gesundheits- und Sozialwesen darf keinesfalls allein aus betriebswirtschaftlicher Sicht unter der Prämisse des Geschäfts und Gewinns ge-

sehen werden. Das gut etablierte System der Rehabilitation in Deutschland gilt es auszubauen, die Prävention zu verstärken. Die große soziale Bedeutung der sowohl medizinischen als auch beruflichen Rehabilitation, die erstrangig vom Rentenversicherer getragen wird, ist oft letzter Strohalm und Hoffnungsträger für unsere chronisch Kranken, die hier aufgefangen und getragen werden.

Der Ausschuss Prävention/Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer mit seinem Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Dieter Reinhold, ist sehr dankbar, dass die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer (Vorsitzender Herr Prof. Dr. Otto Bach) das diesjährige

Herbstsemester unter das Hauptthema „Prävention und Rehabilitation“ gestellt hat. Um diese bekannter, attraktiver und effektiver zu gestalten, haben wir für die 11 Fortbildungsabende von September bis November in unserer Landesärztekammer versucht, alle Bereiche, die mit diesem Anliegen beschäftigt sind, anzusprechen und hoffen nicht nur auf viele interessierte Teilnehmer, sondern auf Akzeptanz und eine breite Diskussion. Alle Aktivitäten auf diesem Gebiet sollten gebündelt werden und die verschiedensten Fachdisziplinen, Institutionen und Organisationen zum Wohle unserer Gefährdeten und chronisch Kranken zusammenarbeiten. Das System der Prävention und Rehabilitation der Bundesrepublik Deutschland könnte Schrittmacherfunktion für ganz Europa haben.

Liebe, verehrte Kolleginnen und Kollegen!
Die 11 Fachthemen, die in altbewährter Weise am Mittwochabend, 19.00 bis 21.00 Uhr, in der Sächsischen Landesärztekammer vom 5. 9. bis 12. 12. 2001 stattfinden, entnehmen Sie bitte der Zusammenstellung der Themenkomplexe dem beigelegten Flyer.

Wie Sie sicher bemerken, haben wir sowohl praxisrelevante, allgemein interessierende als auch spezielle Themen der Prävention und Rehabilitation aufgenommen.

Wir konnten hierfür sehr kompetente Referenten und Diskussionspartner gewinnen. Um diese Abende besonders interessant und ergiebig zu gestalten, versuchen wir erstmalig den beiden Hauptthemen des Abends ein kurzes Fachthema beizuordnen. Dieses soll der Auffrischung eines speziellen Fachgebietes dienen, die jeder von uns bei einer Halbwertszeit des menschlichen Wissens von fünf bis sieben Jahren bei explosionsartigem Ansteigen neuer Erkenntnisse dringend nötig hat.

Das Herbstsemester beginnt am 5. September mit dem Schlager beziehungsweise Eröffnungsspiel, welches von einem der besten Kenner der Rehabilitation,

einem Fachmann auf dem Gebiet der Gastroenterologie und des Stoffwechsels, Herrn Chefarzt Dr. med. Eberhard Zill-essen, aus Bad Neuenahr bestritten wird, den wir auch für das Fachthema gewinnen konnten. Als langjähriger Chefarzt einer Rehabilitationsklinik, Autor zahlreicher Artikel und Monographien über die medizinische Rehabilitation wird er auf Probleme, Effizienz und Entwicklungstrends hinweisen. Wer könnte ihm besser als Mitreferent an diesem Abend zur Seite stehen als der Leiter der Rehabilitation der LVA Sachsen, Herr Redwitz, der uns über neueste Zahlen, Perspektiven, Trends, Erfordernisse und auch Effizienz der Reha-Landschaft in Sachsen informieren wird.

Im Thema 2 kommen die wichtigen Auswirkungen der neuen Sozialgesetzgebung und Rentenreform auch nach Erarbeitung des neuen Sozialgesetzbuches IX zu Sprache. Wir konnten den kompetenten Mitarbeiter der LVA Sachsen, Herrn Dr. Fischer, als Referenten gewinnen. Wie effektiv die Rehabilitation sein kann, dass es auch hier Qualitätssicherung im Sinne EBM gibt, kann uns wohl keine besser erläutern, als Frau Dr. Beckmann von der BfA Berlin.

Der großen Bedeutung von Kinder- und Jugendschutz beziehungsweise der Sorge um das behinderte Kind widmet sich das 3. Thema. Auf dieses braucht nicht besonders hingewiesen zu werden. Auch hier bedarf die Natur der „Aufzucht, Hege und Schonung unserer jungen Pflanzen“, die eines Tages unsere Arbeit weiterführen und die Älteren mittragen müssen.

Das Thema 4 soll nicht nur provozieren. Wer zahlt, wo kommt das Geld her? Es soll auch die Pflichten, Voraussetzungen, die Grenzen und die Verantwortlichkeiten für Prävention und Rehabilitation in unserem Gesundheits- und Sozialwesen offen legen. Herr Dr. Sturm, als Vorsitzender des Bundes der Allgemeinmediziner, ist Garant dafür, dass Feuer in die Diskussion und Thematik kommen wird. Herr Nicolay vom Sächsischen Staats-

ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie wird ausführen, welche Möglichkeiten und auch Kontrollfunktionen die öffentliche Hand hierbei hat und wie die von uns allen eingezahlten und oft nicht ausreichenden Gelder von den Verantwortlichen für Prävention und Rehabilitation richtig eingesetzt werden. Kompetente Vertreter der Krankenkassen legen ihre Standpunkte dar und stehen uns zur Diskussion zur Verfügung. Die gesetzlichen Verfügungen bei der Betreuung von Behinderten und Pflegebedürftigen sollten alle kennen. Welche Möglichkeiten unser Sozialstaat hier bietet, wie wichtig es ist, dass jeder der plötzlich auf der Schattenseite des Lebens stehen kann, behindert und pflegebedürftig geworden ist, Hilfe bekommt, soll das Thema am 10. Oktober ausführen.

Immer mehr reden von Arbeit, von Arbeitsdruck und Hochleistungsfähigkeit dynamischer, motivierter, endlos belastbarer Menschen. Neuerdings werden zum Glück Stimmen laut, dass das wichtigste Kapital eines Unternehmens die Mitarbeiter sind und das Investitionen in dieses Kapital zur Steigerung der Produktivität beitragen sowie ein gutes Betriebsklima Voraussetzung ist, um eine konstante Leistung und Weiterentwicklung zu erreichen. Wie wichtig aber hier Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und die leidensgerechte Vermittlung von Arbeitsplätzen und deren Austattung ist, kann wohl keiner besser erläutern als Prof. Scheuch, den wir für den 17. Oktober gewinnen konnten. Nicht nur Jugend und Arbeit, sondern auch Senium und damit Geriatrie gehören zum Anliegen der Prävention und Rehabilitation.

Vom Anti-Aging bis zur Palliation geht am 24. Oktober die Thematik der geriatrischen Rehabilitation. Es ist erstaunlich, wie auch der betagte Mensch bei guter Pflege und einer differenzierten Behandlung vorwiegend der Hauptleiden und -probleme wieder aufblühen kann.

Über Sport und Fitness, Hochleistungssport und Doping wird häufig gesprochen.

Wie wichtig Sport und Bewegungstherapie für die Erhaltung der Gesundheit, für den Stoffwechsel, für den Stütz- und Bewegungsapparat, für unser Wohlbefinden, für unsere Leistungsfähigkeit, für unsere Regeneration und auch als Mittel zur Suchtbekämpfung ist, wird am 7. 11. zur Sprache kommen. Besonders freuen wir uns, dass wir Herrn Prof. Berg als Lehrstuhlinhaber der Universität Freiburg auf diesem Gebiet als Referent gewinnen konnten. Schließlich ist auf die

fachspezifischen rehabilitativen Themen 9, 10 und 11 hinzuweisen, wo die die Morbiditätsstatistik am meisten belastenden chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Stoffwechselerkrankungen) bezüglich ihrer ambulanten und stationären Rehabilitation zur Sprache kommen. Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir möchten Sie zu dieser Fortbildungsreihe schon jetzt sehr herzlich einladen

und versprechen Ihnen interessante Fortbildungsabende. Kollegiale Gespräche sollen diese Abende abrunden.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Uwe Häntzschel
Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses
Prävention/Rehabilitation der Sächsischen
Landesärztekammer

Anmeldung/Auskunft:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung - Frau Rose
Telefon: (03 51) 82 67 - 3 17
Telefax: (03 51) 82 67 - 3 12

Internet-Kurse für Ärzte

Aufgrund des großen Interesses freuen wir uns, Ihnen mitteilen zu können, dass die Internet-Kurse für Ärzte in Leipzig im Herbst 2001 fortgesetzt werden können. Der Einführungskurs setzt keinerlei Vorkenntnisse voraus.

Wir können hierzu ein sehr gut ausgestattetes Computerkabinett nutzen, zentral gelegen (nahe Hauptbahnhof) und mit guten Parkmöglichkeiten. Zur effektiven Gestaltung der Lehrgänge werden wir die Teilnehmerzahl auf 12 Personen beschränken. Für jeden Kursteilnehmer steht ein Personalcomputer mit Internet-Anschluss zur Verfügung. Die Kurse werden in den Monaten Oktober und November 2001, jeweils an einem Mittwoch in der Zeit von 19.30 Uhr bis zirka 21.30 Uhr durchgeführt.

Schwerpunkte der einzelnen Kurse sind:

10. Oktober 2001

Einführungskurs

Interneteinstieg einfacher als gedacht
– Voraussetzungen –
Bewegen im Internet

24. Oktober 2001

Einführungskurs

Inhalte siehe oben

28. November 2001

Die elektronische Post

Versenden und Empfangen von
E-Mail-Nachrichten

05. Dezember 2001

Effektive Recherche

Suchen im Internet

Interessenten wenden sich bitte an Frau Rast, Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (03 41) 5 64 40 56, Fax: (03 41) 5 64 40 58, mit Angabe des gewünschten Schwerpunktes und Termins. Die Berücksichtigung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs Ihrer Anmeldung. Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung, ob Ihre Anmeldung berücksichtigt werden konnte. Der Unkostenbeitrag beträgt 25,- DM pro Kurs. Jeder Kurs wird von der Sächsischen Landesärztekammer mit zwei Punkten für das Sächsische Fortbildungsdiplom anerkannt.

Dr. med. Lutz Pluta
Mitglied der Arbeitsgruppe Multimedia
in der Medizin der
Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzert

Vorschau für Herbst 2001

Sonntag, 7. Oktober 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Klaviermusik mit Teilnehmern des 2. nationalen Bachwettbewerbes für Junge Pianisten

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Eckard Kempin

Aus früher (siebziger Jahre) und heutiger
Malerei

bis 17. September 2001

Netter Art Collection

Kunst in der Heilkunst

(Thieme Verlag Stuttgart)

18. September bis 12. November 2001

Vernissage:

Donnerstag, 20. September 2001, 19.30 Uhr
Einführung: Klemens Raithel, Jürgen Seidel

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Diplom-Designerin Elke Heber
„Zwischen den Welten Himmel und Meer –
Fisch oder Vogel sein“
bis Ende August 2001

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen



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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07. 09. 2001 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.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Hoyerswerda/

Landkreis Kamenz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Urologie

Planungsbereich Landkreis Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich

Landkreis Riesa-Großenhain

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07. 09. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt

1 Facharzt für Radiologie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 8. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Planungsbereich Leipzig-Stadt

3 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

1 Facharzt für Radiologie

Planungsbereich Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Planungsbereich Torgau-Oschatz

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 09. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

geplante Abgabe 01. 06. 2002

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (03 71) 27 89 40-6 oder 27 89 40-3.

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0, Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
DGN: <http://slaek.dgn.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (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, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsverwaltung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 € (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

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



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Ziemssen, T.¹, Süß, M.², Reichmann, H.¹

Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems – eine interdisziplinäre Herausforderung

Neurologische Klinik
Universitätsklinikum
TU Dresden¹ Autonomes und neuroendokrines Funktionslabor (ANF),
Neurologische Klinik, Universitätsklinik Carl Gustav Carus, Dresden² SUESS Medizin-Technik, Aue

Zusammenfassung:

Das autonome Nervensystem gewährleistet die innere Homöostase des menschlichen Organismus, indem es kardiovaskuläre, thermoregulatorische, gastrointestinale, urogenitale, pupillomotorische und exokrin-endokrine Funktionen reguliert. Die Untersuchung des autonomen Nervensystems ist ein immer wichtiger werdendes, aber schwieriges Gebiet, das nur mittels interdisziplinärer allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Kooperation bewältigt werden kann. Für die Diagnose autonomer Dysfunktion spielen die spezielle Anamnese des autonomen Nervensystems und die klinische Untersuchung eine entscheidende

Rolle. Eine Auswahl an speziellen Testmethoden für die wichtigsten autonomen Funktionssysteme wird vorgestellt. Kein autonomer Funktionstest liefert für sich allein ausreichend valide Ergebnisse. Deshalb wird die autonome Funktionsdiagnostik üblicherweise mittels einer Kombination verschiedener Einzeltests, einer sogenannten Testbatterie, durchgeführt. Ein Schema zur Stufendiagnostik bei autonomen Funktionsstörungen soll eine der jeweiligen Problematik angemessene Diagnostik sicherstellen helfen.

Schlüsselwörter: Autonomes Nervensystem, Autonome Funktionsdiagnostik

Einleitung

Funktionsstörungen im Bereich des autonomen Nervensystems spielen im Leidensspektrum von Patienten und im praktischen ärztlichen Alltag eine außerordentlich wichtige Rolle. Es gibt schlechthin keine Krankheit oder auch nur Unpässlichkeit, bei der nicht vegetative Regulations- oder Innervationsstörungen beteiligt sind. Die Bedeutung des autonomen Nervensystems liegt unter anderem darin begründet, dass jedes Organ des menschlichen Körpers vom autonomen Nervensystem innerviert und somit reguliert wird. So versucht das autonome Nervensystem, nach einer Störung der Homöostase der Organismus mit Hilfe antizipatorischer Anpassungsreaktionen wieder „Sympathie“ (Galen) zwischen den einzelnen Funktionssystemen herzustellen. Das autonome Nervensystem verfügt im Gehirn, im Rückenmark und im peripheren Nervensystem über eine ebenso komplexe neuronale Organisation wie das motorische und sensorische Nervensystem, bleibt aber im Gegensatz dazu weitgehend nicht beeinflussbar und somit „autonom“, wie es Langley 1898 zum ersten Mal beschrieb.

Anatomische Grundlagen

Traditionsgemäß werden im autonomen Nervensystem vereinfachend zwei gegenläufige efferente Komponenten unterschieden (Shields, 1993): Im sympathischen

Nervensystem steuern überwiegend im Hypothalamus und Hirnstamm lokalisierte Neurone die präganglionären sympathischen Neurone des spinalen Seitenhorns im Bereich von C8 bis L3. Nach Umschaltung in den paravertebralen (sympathischer Grenzstrang) und prävertebralen (autonome Plexus) Ganglien treten die postganglionären, überwiegend noradrenergen Neurone in synaptischen Kontakt mit ihren Effektororganen. Im parasympathischen Nervensystem finden sich die präganglionären Neurone im Hirnstamm- und im sakralen Rückenmarksbereich. Die kranialen präganglionären Axone gelangen über die Hirnnerven III, VII, IX und X zu den Kopfganglien und dann postganglionär über cholinerg-muskarinerge Synapsen zu Augen, Tränen- und Speicheldrüsen, Herz, Lunge sowie Gastrointestinaltrakt. Die sakralen Neurone (S2-S4) kontrollieren Urogenitaltrakt und unteres gastrointestinales System. Bereits Langley trennte als dritten eigenständigen Teil des autonomen Nervensystems das enterische Nervensystem ab, das den Verdauungsschlauch vom Pharynx bis zum Anus versorgt. Es erscheint sinnvoll, über diese klassischen Definitionen hinaus ein afferentes System als wichtigen Bestandteil des autonomen Nervensystems zu betrachten. Die Afferenzen von den inneren Organen, der Haut und den Gefäßen bilden vor allem segmentale Reflexverbindungen

nach Eintritt in das zentrale Nervensystem. Die zentralen Komponenten des autonomen Nervensystems bestehen sowohl aus Verbindungen afferenter und efferenter Systeme als auch aus suprasegmentalen Zentren, die nicht essentiell für die Funktionalität der autonomen Reflexbögen sind, aber die segmentalen Reflexe integrieren und modulieren können (Bennarroch, 1993).

Autonome Funktionsdiagnostik

Um trotz vielfältiger äußerer und innerer Störreize die innere Homöostase des menschlichen Organismus gewährleisten zu können, benötigt das autonome Nervensystem eine große Anzahl an funktionell intakten autonomen Reflexbögen als Regelkreise (Oribe, 1999). Diese bestehen vereinfacht jeweils aus einer afferenten, einer zentral verarbeitenden und einer efferenten Komponente. Eine Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems soll die funktionelle Integrität definierter autonomer Reflexbögen beurteilen helfen, um Störungen feststellen und lokalisieren zu können. Zur Prüfung eines Reflexbogens muss zunächst eine Aktivierung des afferenten Schenkels mit Hilfe eines geeigneten Stimulus wie zum Beispiel einer Orthostasebelastung zur Untersuchung des Barorezeptorenreflexes erfolgen. Zur Beurteilung der autonomen Reflexantwort kann die efferente autonome Ner-

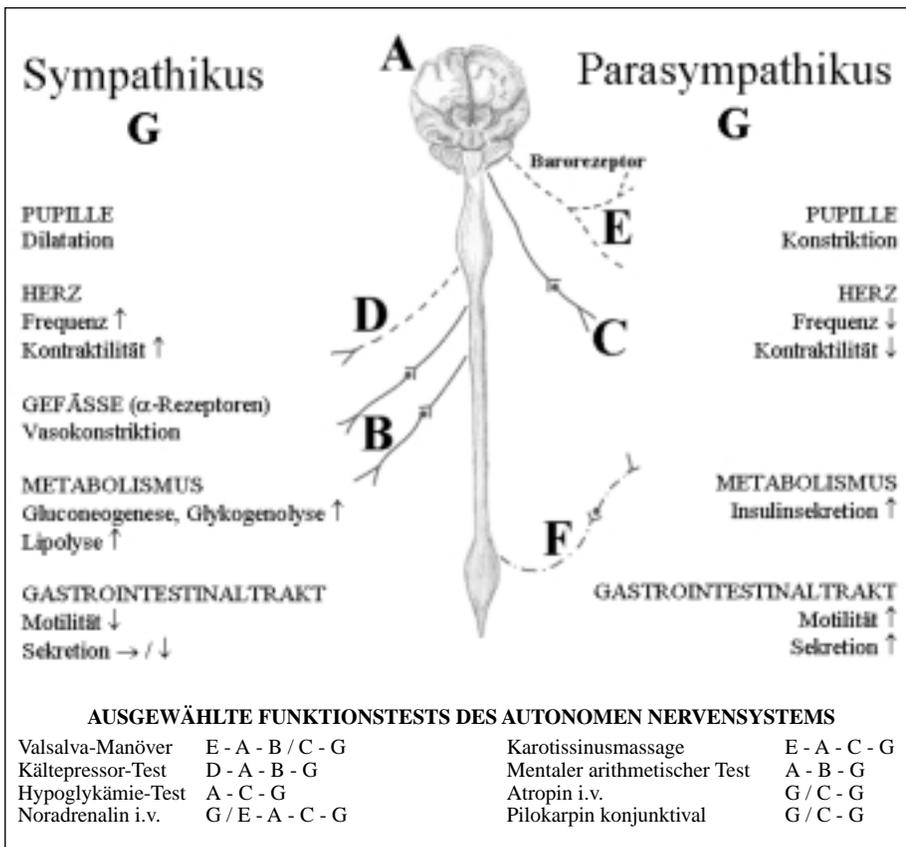


Abbildung 1: Schematische vereinfachte Darstellung der Anatomie des autonomen Nervensystems. Verwendete Abkürzungen: A: Gehirn, Rückenmark, B: Sympathische Efferenz, C: Parasympathische Efferenz (Hirnnerven), D: Somatische Afferenz, E: Viszerale Afferenz, F: Parasympathische Efferenz (Sakralnerven), G: Endorgane und ihre Effekte

venaktivität im Prinzip direkt mittels Mikroneurographie gemessen werden (Wallin, 1999). Eine indirekte Evaluation über eine Messung von Funktionsparametern der Effektororgane wie zum Beispiel der Herzfrequenz ist aber wesentlich einfacher durchführbar und deshalb auch üblich (Ravits, 1997). Abbildung 1 zeigt eine vereinfachte schematische Darstellung der Anatomie des autonomen Nervensystems unter Berücksichtigung der anatomischen Strukturen (Afferente Systeme, zentrale Komponenten, sympathische und parasympathische Efferenzen), die in der angegebenen Reihenfolge an ausgewählten, durch spezielle Funktionstests zu prüfenden autonomen Reflexbögen beteiligt sind. Die Qualität einer autonomen Funktionstestung ist abhängig davon, ob nach

der Untersuchung eine Aussage bezüglich der Existenz, der Art, des Schweregrades, der Lokalisation, der Prognose einer autonomen Funktionsstörung und der Therapieeffektivität beim einzelnen Patienten getroffen werden kann. Der ideale autonome Funktionstest sollte einfach und sicher durchführbar, eindeutig interpretierbar, nicht invasiv, reproduzierbar, sensitiv, spezifisch sowie für Langzeitstudien geeignet sein (Consensus Development Conference on Standardized Measures in Diabetic Neuropathy 1992, Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology 1996). Einer solchen speziellen autonomen Funktionsdiagnostik sollte in jedem Fall die sehr häufig bereits diagnostisch schon

wegweisende Erhebung der Anamnese und die klinische Untersuchung vorausgehen (Landau und Nelson, 1996). Eine Auswahl wichtiger Symptome, die man während der Anamnese und klinischen Untersuchung besonders beachten muss, findet sich in Tabelle 1.

Obwohl die meisten autonomen Funktionstests einfach durchzuführen sind, bereitet die Interpretation der Testresultate vielfach Schwierigkeiten, weil zum einen die einzelnen untersuchten Reflexbögen in der Regel hochkomplex sind und zum anderen viele äußere und innere Störfaktoren die Testresultate beeinflussen können (Eckberg, 1980). So stellen u.a. das Alter, die körperliche Fitness, die Patientenmedikation oder auch die Raumtemperatur des Untersuchungszimmers wichtige beeinflussende Faktoren autonomer Funktionsdiagnostik dar. Dies macht eine strenge Standardisierung der Patientenvorbereitung, der Testprozeduren und der Auswertung mittels für jedes Labor erstellten Normwerten und Testalgorithmen notwendig (Piha, 1991, Low, 1997).

Um der Vielfalt der autonomen Reflexsysteme im autonomen Funktionslabor gerecht werden zu können, ist eine Kombination der insgesamt wichtigsten und besten Funktionstests in Form einer autonomen Standardtestbatterie sinnvoll. Je nach Beschwerdebild des Patienten oder ärztlichem Verdacht sollten in besonderen Fällen aber auch speziellere autonome Funktionstests durchgeführt werden. Im folgenden sollen einige wichtige autonome Funktionstests der wichtigsten autonomen Funktionssysteme ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt werden.

Autonome Funktionsdiagnostik des kardiovaskulären Systems

Das kardiovaskuläre System wird in der autonomen Funktionsdiagnostik am häufigsten untersucht (Smit et al., 1996). Denn zum einen können die Effektorantworten wie zum Beispiel Herzfrequenz oder Blutdruck relativ leicht erfasst und zum anderen prognostische Aussagen für

Tabelle 1: Auswahl wichtiger Symptome bei Anamnese und Untersuchung des autonomen Nervensystems

Kardiovaskuläres System	
■ Blutdruck:	Orthostatische Hypotonie bzw. Synkopen – Schweregrad, Häufigkeit, Dauer – Auslöser: u.a. Orthostase, Nahrungsaufnahme, Hitze, körperliche Anstrengung – Begleitsymptome: u.a. Angst, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Müdigkeit, Herzerkrankungen, gestörter Seh- bzw. Höreindruck, Kopf-/Nacken-/Rückenschmerzen – Subjektive Gegenmaßnahmen: u.a. Hinsetzen, Hinhocken, Hinlegen Erhöhter Blutdruck im Liegen
■ Herzfrequenz:	Tachykardien in Ruhe, bei Belastung oder bei Orthostase, Herzstolpern, gestörte Sinusarrhythmie, nicht variable Herzfrequenz
■ Vasomotorik:	Hitze-/Kälteintoleranz, Kälteempfindlichkeit ("kalte Akren"), Hauttrophik, -farbe
Sudomotorisches System	
■ Diverses:	Lokalisierte/generalisierte Schweißsekretionsstörung in Ruhe, bei Belastung oder bei Hitzeexposition, Nachtschweiß, gestörte Temperaturregulation
Gastrointestinales System	
■ Diverses:	Gestörte Salivation, Erbrechen, Übelkeit, frühes Sättigungs- bzw. Völlegefühl, Gefühl des Geblähtheits, Blähungen, Bauchschmerzen, Anorexie, Gewichtsverlust
■ Stuhlgang:	Häufigkeit, Konsistenz (Diarrhoe vs. Konstipation), Inkontinenz, Stuhldrang
Urogenitales System	
■ Harnwege:	Verzögerter Start, stotternder Harnstrahl, Nachtropfen, Miktionshäufigkeit, Nykturie, Harndrang, Inkontinenz, Restharngefühl, Harnwegsinfektionen, Katheter
■ Sexualefunktion:	Libido, Impotenz, (spontane) Erektionen, (retrograde) Ejakulation
Okuläres System	
■ Diverses:	Blendempfindlichkeit, gestörtes Nachtsehen, verschwommenes Sehen, Ptosis, gestörte Tränensekretion, rote Augen, trockene Augen
Systemkomplex Schlaf	
■ Struktur:	Schlafdauer, Zeit des Zubettgehens bzw. Aufstehens, Einschlafprobleme, Durchschlafprobleme, Schnarchen, Apnoen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen
■ Diverses:	Tagesschläfrigkeit, Fatigue-Symptome, subjektive Erholung durch Schlaf

Patienten zum Beispiel nach Myokardinfarkt oder mit diabetischer Neuropathie getroffen werden (La Rovere et al., 1998, Ewing et al., 1980). Von zentraler Wichtigkeit für die kardiovaskuläre Kurzzeitregulation ist der arterielle Barorezeptorenreflex: Als negatives Feedbacksystem beantwortet er einen über die arteriellen Barorezeptoren wahrgenommenen Blutdruckabfall mit einer Zunahme der kardialen Kontraktilität und Schlagfrequenz sowie des Vasokonstriktorentonus (Shepherd et Shepherd, 1999).

Bei der einfachsten und am häufigsten durchgeführten Methode zur Beurteilung dieses Feedbacksystems erfolgt eine Messung kardiovaskulärer Parameter (Herzfrequenz, Blutdruck, Noradrenalin-Konzentration) während eines Wechsels aus horizontaler in die vertikale

Körperlage (Oribe, 1999). Dabei kann die Orthostasebelastung zum einen aktiv (Schellong-Test) durch selbständiges Aufstehen des Probanden, zum anderen passiv (Kipptisch-Versuch) mittels Kipptisch erfolgen, wobei sich beide Methoden besonders bezüglich ihrer initialen kardiovaskulären Reaktionen voneinander unterscheiden (Wieling et Karemaker, 1999). Die im Elektrokardiogramm (EKG) messbaren Herzfrequenzveränderungen innerhalb der ersten 30 Sekunden nach dem Aufstehen erlauben eine Beurteilung des kardialen parasympathischen Systems. Das Verhältnis des längsten RR-Intervalls beim zirka 30. Herzschlag zum kürzesten RR-Intervall beim zirka 15. Herzschlag ist als „30:15-Ratio“ definiert und stellt einen reproduzierbaren Index der kardiovagalen Funktion dar,

der physiologischerweise einen Wert von größer 1.04 hat. Insgesamt gelten für die Orthostase-Tests ein systolischer oder diastolischer Blutdruckabfall von mindestens 20 oder 10 mmHg innerhalb von drei Minuten sowie ein Herzfrequenzanstieg um 30 Schläge/Minute beziehungsweise eine persistierende Herzfrequenz von über 120 Schlägen/Minute innerhalb von fünf Minuten als pathologisch (Consensus Committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology 1996). Zur Abklärung von Synkopen wird der sogenannte verlängerte Kipptisch-Versuch mit einer Kippzeit zwischen 20 und 90 Minuten eventuell in Kombination mit einer Isoproterenol-Infusion durchgeführt. Andere spezielle Formen der Kipptisch-Untersuchung sind die Orthostasebelastung nach Nahrungsaufnahme (splanchnische Vasodilatation) und die Orthostasebelastung nach Belastung (muskuläre Vasodilatation) sowie die Kipptischuntersuchung bei Unterdruckapplikation im Bereich der unteren Körperhälfte (lower body negative pressure test) mittels einer speziellen Druckkammer (Mathias et Bannister, 1999)

Beim Valsalva-Manöver werden die kardiovaskulären Effekte einer kurzfristigen Erhöhung des intrathorakalen und intraabdominalen Drucks auf 40 mmHg untersucht, indem der Patient diesen Druck für 10-20 Sekunden mittels Pressen durch ein spezielles Mundstück erzeugt (Nishimura et Tajik, 1986). Dieses führt zu einer charakteristischen Abfolge einer Zunahme der Herzfrequenz und einer peripheren Vasokonstriktion während der Pressphase, nach deren Ende ein charakteristischer Blutdruckanstieg und eine daraus resultierende Reflexbradykardie auftritt. Spezielle Herzfrequenzindizes wie zum Beispiel die Valsalva-Ratio erlauben in Kombination mit den Blutdruckveränderungen in den insgesamt vier abgrenzbaren Phasen des Valsalva-Manövers eine Beurteilung der kardiovagalen und sympathischen Innervation (Baldwin et Ewing, 1977). Die

Valsalva-Ratio berechnet sich aus dem Quotienten des längsten RR-Intervalls nach Ende des Pressmanövers und des kürzesten RR-Intervalls während des Pressmanövers. Normal ist eine Ratio größer als 1.2, pathologisch ist ein Wert kleiner 1.0. Ähnliche Aussagen sind mit dem Hockversuch (squatting test) zu treffen, wobei hier einerseits die vagal vermittelte Bradykardie während des einminütigen Hockens sowie andererseits die sympathisch vermittelte Tachykardie nach dem Aufrichten beurteilt werden (Marfella et al., 1994).

Die im folgenden dargestellten, sogenannten pressorischen Tests erlauben im Unterschied zu den bisher beschriebenen Tests eine Beurteilung der sympathischen Efferenz unabhängig von der barorezeptorischen Afferenz (Mathias et Bannister, 1999): Beim isometrischen Handgriff-Test (isometric handgrip test) werden die Veränderungen der Herzfrequenz und des Blutdrucks nach einer dreiminütigen Kompression eines Handdynamometers mit etwa einem Drittel der maximalen Faustschlußkraft beurteilt. Beim Kältepressor-Test (cold pressor test) besteht der Reiz in einem zweiminütigen Eintauchen einer Hand in Eiswasser, beim mentalen arithmetischen Test (mental arithmetic test) in einer zweiminütigen sequentiell durchzuführenden, komplexen Rechenaufgabe. Alle drei Stimuli führen physiologischerweise zu einer Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz.

Zur Beurteilung des parasympathischen Nervensystems bieten sich Methoden an, die Veränderungen der Herzfrequenz auf bestimmte Stimuli untersuchen. Manöver, die die parasympathische Efferenz stimulieren bzw. inhibieren, sind zum Beispiel die frühe Phase nach Orthostase-Belastung bzw. eine tiefe metronomische Atmung (Oribe, 1999). Die physiologischen Veränderungen der Herzfrequenz von Herzschlag zu Herzschlag werden nämlich entscheidend durch das autonome Nervensystem moduliert, wobei vor allem die vagale Efferenz für die Zu- oder Abnahme der Herzfrequenz bei In- und Ex-

spiration verantwortlich ist (Smith et Smith, 1981). So kann die Messung der sogenannten Herzfrequenzvariabilität in Ruhe oder während bestimmter Provokationsmanöver wertvolle Hinweise bezüglich der Integrität der kardiovagalen Innervation liefern. Während einer metronomischen Atmung mit 6 tiefen Atemzügen pro Minute werden zum Beispiel maximale Werte der Herzfrequenzvariabilität erreicht, die mit vorliegenden Standardwerten verglichen werden können (Ewing, 1992). Zur Analyse der Messdaten gibt es verschiedene Methoden der Zeit- und Frequenzbereichsanalyse, die in Abbildung 2 am Beispiel einer Normalperson und eines Diabetikers dargestellt sind: Das RR-Histogramm (Abbildungen 2a und 2b) zeigt die Häufigkeit unterschiedlich langer RR-Intervalle (Intervalle jeweils 40 ms) einer längeren EKG-Ableitung. Im Kardiogramm (Abbildungen 2c und 2d) wird die Länge von aufeinanderfolgenden RR-Intervallen im Verlauf dargestellt. Mit Hilfe der Spektralanalyse (Abbildungen 2e und 2f) sind Aussagen über die Verteilung der Herzfrequenzvariabilität als Funktion der Frequenz und über Frequenz-spezifische Oszillationen möglich. Serien sequentieller RR-Intervalle werden dabei in eine Summe sinusoidaler Funktionen unterschiedlicher Amplituden und Frequenzen umgewandelt. Dabei sind drei Frequenzbänder (HF (hochfrequent)), MF (mittelfrequent) und LF (niedrigfrequent)) abgrenzbar. Aus allen drei Darstellungen ist die extrem eingeschränkte Herzfrequenzvariabilität beim Diabetiker mit schwerer autonomer Polyneuropathie erkennbar.

Ein anderer wichtiger Parameter, der aus dem EKG bestimmt werden kann und dessen Messung die Mitarbeit des Patienten nicht erfordert, ist das korrigierte QT-Intervall, das gut mit anderen kardiovaskulären autonomen Funktionstests korreliert und zum Beispiel beim Diabetiker pathologisch verlängert ist (Consensus Development Conference on Standardized Measures in Diabetic Neuropathy 1992).

Die Karotissinusmassage untersucht die Sensitivität der Barorezeptoren des Karotissinus und die parasympathische Efferenz (Mathias et Bannister, 1999). Sie führt physiologischerweise zu einer moderaten Herzfrequenz- und allenfalls einer geringen Blutdruckabnahme, kann beim Karotissinussyndrom aber eine Asystolie länger als drei Sekunden und einen deutlichen Blutdruckabfall (systolischer Blutdruckabfall größer als 50 mmHg) auslösen (McIntosh et al., 1993). Deswegen darf sie nur nach strenger Indikationsstellung und dopplersonographischer Untersuchung der Halsgefäße sowie unter EKG-Monitoring durchgeführt werden. Die exakte Beurteilung des Barorezeptorenreflexes, die sogenannte Barorezeptoren-Sensitivität, gewinnt aufgrund der entscheidenden Rolle dieses Reflexes für die Herz-Kreislaufregulation zunehmende Bedeutung für die Diagnose und das Verständnis pathophysiologischer Zusammenhänge bei zahlreichen neurologischen und kardiologischen Erkrankungen (Hilz et al., 2000). Neben der pharmakologischen Untersuchung (sogenannte Oxford-Methode), bei der die Effekte von medikamentös erzeugten Blutdruckveränderungen auf die Herzfrequenz beurteilt werden, stehen die Untersuchung mittels „neck suction“, das heißt einer Unterdruckstimulation der Halsregion und somit der Barorezeptoren, sowie die computerisierte Analyse der Zusammenhänge zwischen spontaner Blutdruck- und Herzfrequenzmodulation zur Verfügung.

Pharmakologische Methoden helfen, die Sensitivität unterschiedlicher Rezeptoren und die funktionelle Integrität des autonomen Nervensystems zu überprüfen (Polinsky, 1999). Die pressorische Antwort nach Gabe von Noradrenalin gestattet eine Beurteilung der Sensitivität der Alpha-Adrenozeptoren. Ein physiologischer Anstieg der Herzfrequenz nach Atropingabe deutet auf eine intakte kardiovagale Ansteuerung hin. Tyramin setzt Noradrenalin aus den Granula und

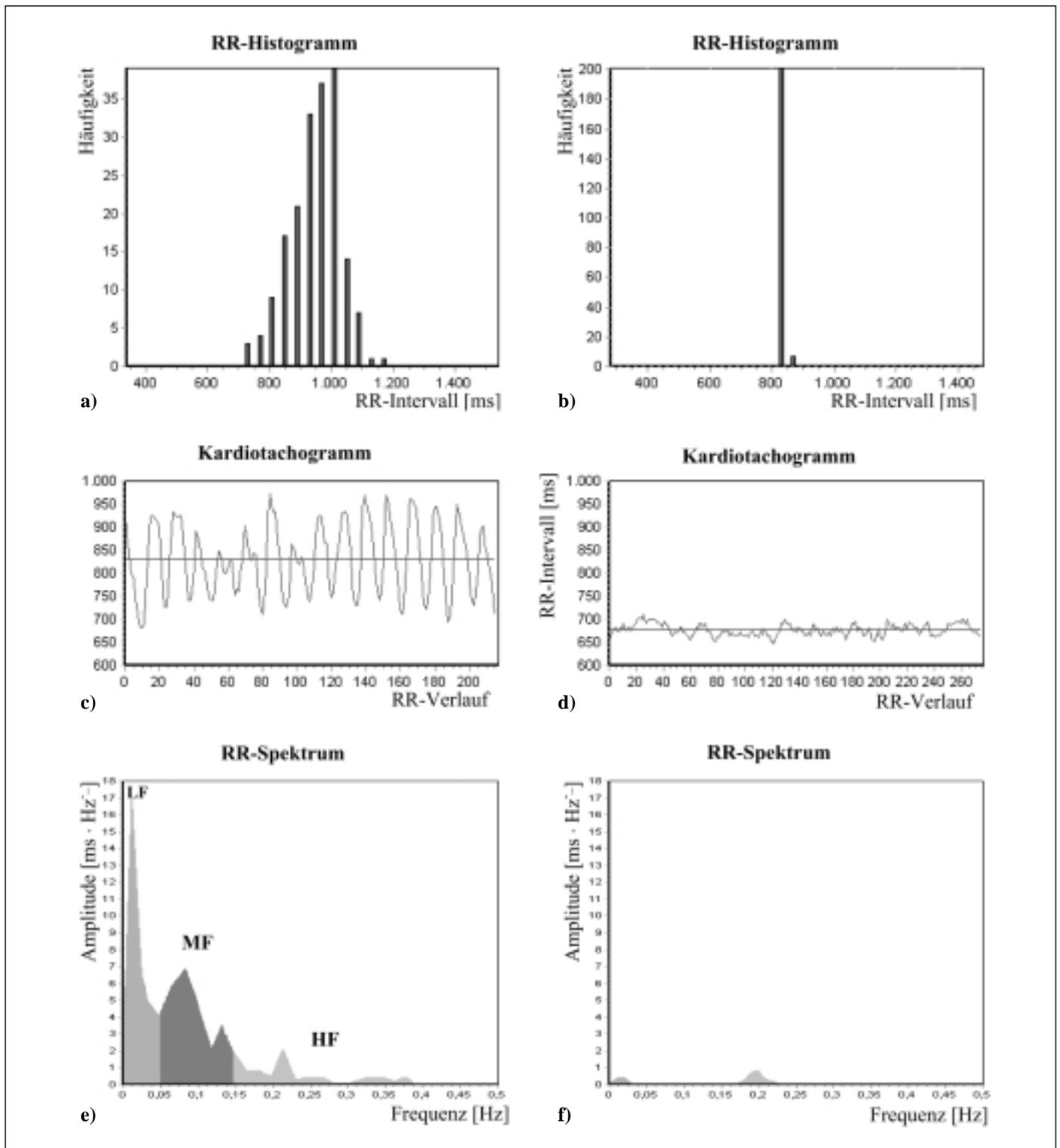


Abbildung 2: Herzfrequenzvariabilität bei einer Normalperson (a,c,e) und einem Diabetiker mit schwerer autonomer Polyneuropathie (b,d,f).

dem Zytosol postganglionärer sympathischer Neurone frei, so dass bei deren Läsion der charakteristische Anstieg des Blutdrucks und der Noradrenalin-Konzentration nach Tyramin-Gabe fehlt.

Pathologische Veränderungen im Metabolismus und der Funktion von Neurotransmittern und Hormonen geben Hinweise auf den Schweregrad und die Lokalisation von autonomen Funktionsstörungen. Die Katecholamine – unter ihnen vor allem Noradrenalin – werden im Plasma und im Urin als Marker der sympathischen Aktivität angesehen, zumal eine signifikante Korrelation zwischen der sympathischen Nervenaktivität und der Noradrenalin-Konzentration im Plasma besteht (Polinsky, 1990). In speziellen Fällen kann auch die Bestimmung der Hormone des Renin-Angiotensin-

Aldosteron-Systems oder von Vasopressin weiteren Aufschluss geben. Mittels moderner Techniken kann die regionale Freisetzung von Neurotransmittern wie zum Beispiel von Noradrenalin (sogenannter „Noradrenalin-Spillover“) in einzelnen Organen gemessen werden. Dabei gewinnt insbesondere die Beurteilung der kardialen sympathischen Innervation und Funktion unter Verwendung des radioaktiven [123I] Metajodobenzylguanidins an Bedeutung, das von den intakten postganglionären sympathischen Nervenendigungen aufgenommen wird und mit der SPECT (single photon emission computed tomography)-Untersuchung gemessen werden kann (Claus et al., 1994).

Eine Bestimmung der Konzentration von Neurotransmittern- und Hormonen, die

auf bestimmte Stimuli aus dem Gehirn ins Blut freigesetzt werden, erlaubt eine Aussage über die Integrität zentraler autonomer Funktionssysteme. So kann zum Beispiel das Fehlen einer Barorezeptorreflex-vermittelten Vasopressin-Sekretion nach Orthostasebelastung oder einer Wachstumshormon-Freisetzung nach Gabe von Clonidin Hinweise auf das Vorliegen zentraler autonomer Läsionen geben (Mathias et Bannister, 1999). Auch die bildgebenden Verfahren können spezifische Veränderungen bei zentralen autonomen Läsionen darstellen.

Autonome Funktionsdiagnostik des sudomotorischen Systems

Beim thermoregulatorischen Schweißtest wird die Reaktion der ekkrinen, vom Sympathikus innervierten Schweißdrüsen

auf eine Erhöhung der Körpertemperatur mit einem, sich bei Schweißkontakt verfärbenden Indikatorpuder wie zum Beispiel Alizarinrot sichtbar gemacht (Low et Fealey, 1999). Dieser Test lässt neben einer Darstellung des Verteilungsmusters des Schwitzens lediglich eine Aussage über die Integrität der sudomotorischen Innervation vom Hypothalamus zur Schweißdrüse im ganzen zu. Um selektiv das postganglionäre sudomotorische System untersuchen zu können, wird mit dem quantitativen sudomotorischen Axonreflex-Test die Schweißmenge nach einer iontophoretischen intradermalen Applikation von cholinergen Agonisten wie zum Beispiel Pilocarpin bestimmt (Low, 1997). Ein anderes Verfahren, der sogenannte „Sweat Imprint“, erlaubt eine Beurteilung der dermalen Schweißdrüsendichte, der Schweißtropfengröße sowie des Schweißvolumens pro Fläche: Die iontophoretisch stimulierte Schweißsekretion erfolgt in eine spezielle Plastik- oder Silikonform. Die sympathische Hautantwort (sympathetic skin response) wiederum untersucht die sudomotorisch mitverursachten Veränderungen der elektrodermalen Aktivität auf physiologische (Geräusch, Berührung) oder elektrische Reize (Hoeldtke et al., 1992). Die entsprechenden Potentiale werden mittels Oberflächen Elektroden eines Standardelektromyographens an Hand und Fuß gemessen.

Autonome Funktionsdiagnostik des gastrointestinalen Systems

Die quantitative Bestimmung der Speichelproduktion erfolgt durch das Wiegen von Wattebäuschen jeweils vor und nach einer einminütigen Testkauphase (Oribe, 1999, Wingate, 1999). Mittels Videokino-Fluoroskopie kann die Schluckfunktion und somit zum Beispiel das Vorliegen einer oropharyngealen Dysphagie überprüft werden. Mit Hilfe der Elektrogastrographie ist eine Beurteilung der elektrischen Magenaktivität mittels an der Bauchwand befestigten Oberflächenelektroden möglich (Sanmiguel et al., 1998).

In gastrointestinalen Transitstudien erlaubt der Einsatz von Kontrastmittel-Markern oder radioaktiven Tracern bei wiederholter Röntgendiagnostik oder Szintigraphie wichtige Aussagen bezüglich gastrointestinaler Motilität und Transitzeit (zum Beispiel Magenentleerungszeit mit Hilfe des ¹³C-Oktanoat-Atemtests) (Keshavarzian et al., 1995). Zur spezielleren Motilitätsdiagnostik werden neben sonographischen und duplexsonographischen Methoden manometrische Untersuchungen in unterschiedlichen Bereichen des Gastrointestinaltrakts (Speiseröhre, Magen, Dün- und Dickdarm) durchgeführt, um mittels intraluminaler Druckmessung zum Beispiel neuropathische von myopathischen Läsionen differenzieren zu können. Die Bestimmung der Serumkonzentration von gastrointestinalen Peptiden wie zum Beispiel Gastrin oder Cholezystokinin liefert einen indirekten Hinweis auf die gastrointestinale autonome Funktion (Mathias et Bannister, 1999). In der vegetativen Diagnostik des anorektalen Bereichs wird neben der einfachen Beobachtung der perinealen Muskulatur während der Defäkation der Ballonexpulsionstest mittels Foley-Katheter durchgeführt, wobei der Proband den zunächst ins Rektum vorgeschobenen und dann dort aufgeblasenen Ballon innert 8 Minuten aus dem Enddarm ausgetrieben soll (Fleshman et al., 1992). Elektrophysiologische Untersuchungen wie zum Beispiel das Sphinkter-Elektromyogramm geben weitere diagnostische Hinweise (Camilleri et al., 1997). Eine endorektale Ultraschall-Untersuchung liefert eine hochauflösende anatomische Darstellung des Analkanals und der Sphinkteren (Tjandra et al., 1993).

Autonome Funktionsdiagnostik des urogenitalen Systems

Die Beurteilung des urogenitalen Funktionssystems ist komplex und kann deshalb hier nur kurz dargestellt werden. Ein wesentliches Problem liegt darin begründet, dass die meisten verfügbaren Tests nicht zwischen autonomen und

nicht-autonomen Funktionen differenzieren können (Fowler, 1999). Zum Nachweis einer nächtlichen Polyurie wird eine jeweils getrennte Bestimmung des Urinvolumens am Tag und in der Nacht durchgeführt. Die Urinosmolarität und -elektrolytkonzentration sind dabei hilfreiche Parameter (Mathias et Bannister, 1999). Als weitere, einfach durchzuführende Screeningtests gelten die Messung des Restvolumens nach Miktion sowie des maximalen Harnflusses. Bildgebende Verfahren wie zum Beispiel die Urosonographie oder der Einsatz von Kontrastmitteln spielen in der weitergehenden Diagnostik des urogenitalen Systems eine wichtige Rolle. Urodynamische Untersuchungen geben insbesondere bei inkontinenten Patienten Hinweise bezüglich der Speicher- und Entleerungsfunktion der unteren Harnwege (Mundy et al., 1994). Die Zystometrie erlaubt eine Bestimmung des Austreibungsdrucks während der Blasenfüllung und beim Wasserlassen. Die Darstellung der Druck-Fluß-Beziehung während der Miktion empfiehlt sich vor allem bei Patienten mit Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder ohne vollständige Blasenentleerung (Blaivas et Chancellor, 1996). Elektrophysiologische Untersuchungen des urogenitalen Systems, die auch in Kombination mit den urodynamischen Methoden durchgeführt werden können, beinhalten die Sphinkterelektromyographie, die Ableitung des Bulbocavernosus-Reflexes, die evozierten Potentiale des Nervus pudendus sowie die Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus dorsalis penis (Fowler, 1999). Die sympathische Hautantwort der Genitalregion kann Aufschlüsse bezüglich der lokalen sympathischen Innervation geben. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer erektilen Dysfunktion können am Penis eine nächtliche Tumescenz- und Rigiditätsbestimmung, eine Messung der maximalen Vergrößerung, Blutdruckmessungen sowie die vaskuläre Ultrasonographie durchgeführt werden (Kirby et al., 1991, Fowler, 1993). Eine vaskulär bedingte Ur-

sache einer erektilen Dysfunktion kann nach einer normalen Antwort auf eine Papaverin-Injektion in den Bulbus cavernosus so gut wie ausgeschlossen werden.

Autonome Funktionsdiagnostik des okulären Systems

Die Tränensekretion kann mit Hilfe des Schirmer Tests quantifiziert, der Hornhautschaden aufgrund einer insuffizienten Tränensekretion kann nach Bengalrosa-Applikation mit einer Spaltlampenuntersuchung dargestellt werden (Jost, 1993). Die Pupillographie erlaubt eine Beurteilung der Integrität der autonomen Innervation des Auges: Der Pupillendurchmesser im Dunkeln wird zum Beispiel durch den Grad an zentraler Inhibition der parasympathischen Efferenz und an peripherer sympathischer Aktivierung festgelegt (Miller, 1985). Pupillenlicht- und -dunkelreflex können ebenfalls sinnvoll im Rahmen der Diagnostik des pupillomotorischen Systems eingesetzt werden wie auch der Nahreflex oder der pupilläre Hippus, die spontan auftretenden Oszillationen des Pupillendurchmessers (Smith et Smith, 1999). Die zyklische Pupillenzeit (pupil cycle time), bei der rhythmische Oszillationen der Pupille mit Hilfe eines auf den Irisrand gerichteten Lichtstrahls erzeugt werden, erlaubt die Beurteilung der parasympathischen Pupillenfunktion und eines afferenten Pupillendefekts (Martyn et Ewing, 1986). Mit Hilfe der pupillomotorischen Antworten nach konjunktivaler Applikation von Medikamenten (pharmakologische Pupillentests) lassen sich sowohl präganglionäre von postganglionären als auch sympathische von

Tabelle 2: Stufenschema zur Diagnostik autonomer Funktionsstörungen

Stufe 1: Erster Patientenkontakt
<ul style="list-style-type: none"> ■ Allgemeine Anamnese ■ Spezielle Anamnese des autonomen Nervensystems ■ Klinische Untersuchung
Stufe 2: Screening-Tests des autonomen Nervensystems
Parasympathisches kardiovagales Funktionssystem
<ul style="list-style-type: none"> ■ Herzfrequenzanalyse während Orthostase-Belastung (30:15 Ratio) ■ Herzfrequenzanalyse während des Valsalva Manövers (Valsalva Ratio) ■ Herzfrequenzanalyse während tiefer metronomischer Atmung (6/min)
Sympathisches vasomotorisches Funktionssystem
<ul style="list-style-type: none"> ■ Blutdruckanalyse während Orthostasebelastung (aktiv/passiv) ■ Blutdruckanalyse während pressorischer Stimuli (isometrischer Handgriff-Test, Kältepressor-Test, mentaler arithmetischer Test)
Sympathisches sudomotorisches Funktionssystem
<ul style="list-style-type: none"> ■ Thermoregulatorischer Schweißtest
Stufe 3: Weitere Abklärung beim Spezialisten
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorstellung in einem autonomen Funktionslabor ■ Vorstellung beim entsprechenden Facharzt (z.B. Urologe, Gastroenterologe)

parasympathischen Störungen differenzieren: Bei postganglionären Läsionen entwickelt sich eine sogenannte supersensitive Pupille, so dass im Falle einer parasympathischen postganglionären Dysfunktion nach Instillation einer verdünnten Parasympathikomimetika-Lösung (zum Beispiel Pilokarpin 0,125%) eine deutliche, physiologischerweise nicht nachweisbare Pupillenkonstriktion auftritt (Oribe, 1999).

Schlussbemerkungen

Nach der Darstellung einer Auswahl von verschiedenen autonomen Funktionstests soll abschließend ein Stufenschema zur Diagnostik autonomer Funktionsstörungen vorgestellt werden, das beim Hausarzt beginnt und nur in schwierigen Fällen beim fachärztlichen Spezialisten oder im autonomen Funktionslabor endet (Tabelle 2). Es entspricht den aktuellen Richtlinien der Fachgesellschaften des autonomen Nervensystems (Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology 1996).

Anfang 2001 wurde in der Neurologischen Universitätsklinik ein autonomes und neuroendokrines Funktionslabor eröffnet, das sich am Beispiel der etablierten internationalen autonomen Labors orientiert. Es ist jederzeit offen für fachliche Fragen oder Vorstellungen schwierig einzuordnender Krankheitsfälle. Des Weiteren bietet das Labor Fortbildungsveranstaltungen an. Am 25. August 2001 lädt das autonome und neuroendokrinologische Funktionslabor zu einer Einführungsveranstaltung nach Dresden ein. Über die Adresse des Funktionslabors kann auch eine über diesen Artikel hinausgehende Einführungsschrift über die autonome Anamnese und Funktionsdiagnostik bezogen werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Tjalf Ziemssen
Autonomes und Neuroendokrines
Funktionslabor (ANF) Dresden
www.neuro.med.tu-dresden.de/anf
Neurologische Klinik, Universitätsklinik Carl
Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Zschornack, M., Sprenger, B.

Psychosomatisches Denken in der Inneren Medizin Compliance und Coping

Dr. med. M. Zschornack,
Chefarzt der Inneren Abteilung des Malteserkrankenhauses Räckelwitz,

Dr. med. B. Sprenger,
Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Schwedenstein

Zusammenfassung

Trotz regionaler Traditionen ist psychosomatisches Denken in die ostsächsische Kliniklandschaft nicht flächendeckend integriert. Zu wenig gesehen und berücksichtigt wird noch oft, dass sowohl Mitarbeit (Compliance) als auch individuelle Art der Krankheitsbewältigung des Patienten (Coping) durch die Qualität der ärztlichen Kommunikation wesentlich beeinflusst werden. Kommunikative Fehler sind durch moderne Diagnostik und Pharmakotherapie nicht zu kompensieren. Das gilt besonders für chronische Leiden. Balint-Gruppen vermitteln kollegiale Impulse für

den bewussteren Umgang mit psychosomatischen Grundelementen sowie mit ärztlichen Kommunikationsstärken und -fehlern. Nicht nur Patienten, auch Ärzte können sich inkompliant verhalten, ohne es zu bemerken. Das lässt sich ändern. Bei chronischen und malignen Leiden ist außerdem besonders wichtig – und für das therapeutische Vorgehen wegweisend –, sich über die Coping-Ressourcen des Kranken immer wieder Klarheit zu verschaffen und nicht bei gutem Zureden und Floskeln stehen zu bleiben.

Schlüsselwörter: Konstruktive Arzt-Patienten-Kommunikation, Compliance, Coping, Psychosomatik

Compliance (Mitarbeit) und Coping (Krankheitsbewältigung) sind keine modischen Anglizismen sondern psychosomatische Begriffe, die auf Umwegen in die europäische und deutsche Innere Medizin zurückgefunden haben und hier die Aufmerksamkeit einfordern, die ihnen zweifelsohne für Therapie und Prognose zukommt, insbesondere bei chronischen Leiden und malignen Erkrankungen.

Psychosomatik als Bewegung innerhalb der Inneren Medizin sieht bekanntlich die biologischen, psychologischen und sozialen Krankheitsfaktoren als grundsätzlich gleichwertig, im Krankheitsprozess allerdings unterschiedlich gewichtig. Im konkreten Einzelfall besteht die Aufgabe des Internisten darin, innerhalb einer Palette von naturwissenschaftlichen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Aspekten aktuell **die richtigen Akzente zum richtigen Zeitpunkt** zu setzen, also die Kunst des „Kairos“ anstelle des „Chronos“ zu üben.

Reine Organmedizin ist antiquiert. Ein Wandel zeichnet sich längst ab. Organmediziner, also Kardiologen, Gastroenterologen, Nephrologen etc. werden zwar ihre primär somatischen Tätigkeitsfelder ausbauen, die ärztliche Perspektive wird aber dem komplex denkenden Arzt gehören, der die unterschiedlichen Aspekte „patientengerecht“ zu bündeln versteht, dem **Arzt der Person (Paul Tour-**

nier). **Dammacco**, Präsident der Italienischen Gesellschaft für Innere Medizin, hat sich kürzlich dazu vor der European Federation of Internal Medicine so geäußert:

„Internists of the future, by cultivating and developing an aptitude for the overall management of their patients, will become experts in the handling of complexity and the formation of clinical strategies. They will perceive the perils of technological medicine, will rediscover the ethic that places the patient in the centre of the stage, and will regard the humanisation of medicine and health care structures as a top priority.“

Im psychosomatischen Modell sind die somatischen Befunde und das darauf zielende objektivierbare Procedere das eine und fundamentale Prinzip ärztlicher Wahrnehmung. Das andere, oft ebenso wichtige ist die Person des Kranken, ist das subjektive Krankheitsverhalten des Patienten, ist sein sozialer Kontext, ist insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung. Hier sind Compliance und Coping angesiedelt, hier entfalten sie sich oder verkümmern.

In der gegenwärtigen Diskussion wird der Begriff der Psychosomatik leider verwässert, insbesondere durch Gleichsetzung mit modischen Varianten sogenannter „Ganzheitsmedizin“ oder durch

Etikettierung sog. Alternativmedizin“. Hier ist aus internistischer Sicht immer von neuem Klarstellung erforderlich.

Sollten sich versierte Internisten und Psychiater im 20. Jahrhundert umsonst für psychosomatisches Denken eingesetzt haben?! Stellvertretend genannt seien nur **v. Weiszäcker, v. Uexküll und Jores**, aus unserer Region die Jenenser Internisten **Klumbies und Kleinsorge**.

Vor allem zu erinnern ist auch an **Kurt Höck**, Ärztlicher Direktor des Hauses der Gesundheit Berlin, Mitbegründer der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR, der sich in Zeiten strenger ideologischer Überwachung große Verdienste durch Gründung tiefenpsychologischer Selbsterfahrungsgruppen erwarb. Kliniker aller Fachrichtungen konnten sich hier **durch eigenes Erleben** vom engen Zusammenhang zwischen emotionalen und somatischen Funktionen und den Einflüssen des Unbewussten viel nachdrücklicher überzeugen als durch Lehrbücher oder Patientenbeobachtung. An der Medizinischen Klinik der Universität Jena wurde schon vor Jahrzehnten eine Spezialstation für die psychosomatische Behandlung von Colitis-Patienten eingerichtet. Sie besteht noch immer und hat die Vorteile einer systematischen internistischen und psychotherapeutischen Kooperation am Beispiel der Colitis allen Interessierten längst vor Augen geführt.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird vor allem durch die weitere systematische Erforschung des Coping eine viel größere Dimension erhalten und als therapeutisch gestaltete Kommunikation zwischen Therapeuten und Kranken und als tragende Säule aller anderen Therapie das ärztlichen Bewusstsein erweitern.

Compliance und Coping-Kräfte des Patienten müssen im Verlauf chronischer Erkrankungen ständig neu überdacht werden. Immer wieder stellt sich die Frage, ob der Kranke noch zu einem konstruktiven Umgang mit seiner Erkrankung fähig ist, wie seine psychischen und sozialen Coping-Ressourcen sind, und ob die Arzt-Patienten-Kommunikation, insbesondere die **emotionale Beziehung** zwischen Arzt und Patient noch konstruktiv ist, also Copingstärkend, oder ob sie destruktive Züge trägt und die Krankheitsbewältigung stört.

Dem Arzt kommt im Krankheitsprozess die medizinische Kompetenz zu. Der Patient aber entscheidet letztlich über die **subjektive Relevanz** der ärztlichen Maßnahmen. Unter diesen Prämissen ist klar, dass der Arzt nicht nur anordnen und verordnen kann. Beide, Patient und Arzt, müssen im diagnostischen und im therapeutischen Prozess voneinander und miteinander kontinuierlich lernen.

Die konsequente Berücksichtigung dieser Tatsache legt nahe, auch die Persönlichkeitsstruktur des Arztes und die daraus resultierenden Stärken und Schwächen in das diagnostische und therapeutische Procedere einzubeziehen. Das ist für viele Kollegen noch ziemlich ungewöhnlich.

Freilich wissen wir längst, dass der **Arzt auch als Subjekt** mit seinen persönlichen Kommunikationsgewohnheiten, Denkmustern und Erwartungen die Reaktionen des Kranken nachhaltig beeinflusst, und zwar nicht immer nur konstruktiv! Wir wissen aber auch, dass viele Ärzte sich dieser ihrer subjektiven Wirkung nur

unzureichend bewusst sind. Denn Selbsterfahrung und ärztliche Selbstreflexion, zum Beispiel Tonband- und Videoaufzeichnungen während des Patientenkontaktes, gehören leider nicht zur ärztlichen Standardausbildung, vielleicht auch deshalb, weil die Auswirkungen ungeeigneten Arzt-Verhaltens noch weitgehend tabuiert sind und ihre Reflexion auf verbreiteten subjektiven Widerstand stößt, ganz im Gegensatz zu den kollegialen Klagen über schlechte Patienten-Compliance.

Unter solchen psychischen Selbstschutzstrategien und Mangelbedingungen bleibt die Qualität der emotionalen Arzt-Patienten-Beziehung im Einzelfall für den Arzt oft unbestimmt. Er empfindet sie zwar als irgendwie positiv oder negativ, kann sie aber in der Regel nicht genauer beschreiben, geschweige denn ihre Vor- und Nachteile korrekt diagnostizieren. Genau das müsste er aber beherrschen, um Compliance und Coping bewusst zu beeinflussen und therapeutisch effektiv zu gestalten.

In der vor-psychologischen Medizin genügte es, sich im Kontakt zum Patienten auf Freundlichkeit, vernünftiges Aufklären und Erklären, gutes Zureden und Er-

mahnen zu beschränken. Dass allein dies bei bestem Bemühen auch zur Quelle von Missverständnissen und Frustrationen werden kann, ist eine Binsenweisheit. Dessen ungeachtet steht „Non-Compliance“ heutzutage noch immer speziell unter pädagogischen Vorzeichen, so, als ob es bei der Compliance um das bloße Befolgen ärztlicher Anweisungen gehe.

Compliance und Non-Compliance zeigen ihre sehr viel komplexere Natur, sobald man sie auch auf der Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung analysiert. Dann erweist sich, dass ein psychologisch kontraproduktives Verhalten des Arztes entscheidend dazu beiträgt, dass der Patient gegen vernünftigen Rat „verstößt“. Kontraproduktives Verhalten des Arztes auf der Beziehungsebene muss als ärztliche **Non-Compliance** in das Bewusstsein dringen. Hier liegt für noch viele Kollegen ein Verständnisproblem: Müsste der Patient nicht „kapieren“, was für ihn gut, und was für ihn nicht gut ist!? Und ist nicht der beste Arzt zur Ohnmacht verdammt, wenn dem Patienten Intelligenz, Krankheitseinsicht oder Disziplin fehlen?!

Zugrunde liegt dieser Argumentation die These des Arztes, dass seine Urteile und

Entscheidungen per se richtig sind, weil „wissenschaftlich“. Er hat schließlich studiert, der Patient ist Laie. Dieser Sachverhalt ist schon richtig, das daraus abgeleitete Rollenverständnis aber grundverkehrt, schon allein deshalb, weil ärztliche Entscheidungen auch falsch sein können, und weil Non-Compliance durchaus auch das Ergebnis eines rationalen und aktiven Entscheidungsprozesses des Patienten im Sinne von „intelligent non-compliance“ sein kann.

Non-Compliance ist oft nichts anderes als ein Problem der Arzt-Patienten-Beziehung, das Fragen aufwirft und vom Arzt ebenso professionelle Antworten fordert, wie irgendeine andere differentialdiagnostische Frage.

Wir wissen seit der Antike, dass die emotionale Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient der modifizierende Bestandteil jedes therapeutischen Aktes ist. Wissenschaftlich erneut formuliert und differenziert wurde diese Einsicht vor allem von tiefenpsychologisch orientierten Ärzten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Erinnerung sei hier nur an die Freudschen Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung. Paradoxiertweise wird der subjektive Einfluss des Arztes, die „Droge Arzt“, aber nur bei pharmakologischen Doppelblindstudien konkret beachtet.

Freilich, angesichts der Geschichte von Aufklärung und Gegenklärung ist es wiederum nicht allzu überraschend, dass sich psychologische Erkenntnisse in der somatisch determinierten Medizin nur langsam und gegen Widerstand ausbreiten. Das wird auch an der Statistik deutlich.

1998 wurden in Deutschland im Akutbereich 185 342 stationäre internistische Behandlungsplätze ermittelt, 2930 psychosomatische (zirka 1,6 %). Im Freistaat Sachsen gab es 10 324 internistische Betten und 130 psychosomatische (zirka 1,2 %). Der Anteil psychogener resp. psychosomatischer Erkrankungen auf Inneren Abteilungen liegt aber bei mindestens 20 Prozent.

Dennoch dominieren auch bei diesen Patienten weithin organpathologische oder sogar technokratische Konzepte, bei denen das Instrument an die Stelle der helfenden Person tritt. Dieser Sachverhalt ist bekannt, als Defizit aber nicht anerkannt, zumal die Geschäftspraxis sich zunehmend an der über Medien merkantil gesteuerten medizinischen Informations- und Desinformationspolitik ausrichtet. Persönlichkeits- und Psychodiagnostik gilt gegenüber instrumentellen Maßnahmen als zu ungenau und zu zeitaufwendig.

Aus der Sicht psychosomatischer Erfahrung ist das aber nichts anderes als Ideologie und die Folge von Trainingsmangel, ähnlich wie bei anderen, nicht automatisierbaren ärztlichen Techniken auch. Hier können ein psychosomatischer Grundkurs, Konsiliarkontakte mit einem psychodiagnostisch Erfahrenen und die Teilnahme an Balint-Gruppen weiterhelfen.

Die übliche internistische Anamnese reicht oft nicht. Denn auf dabei gestellten Fragen bekommt man nur (die zu den Fragen passenden) Antworten, nichts sonst (**Balint**).

Auch der internistische Blick auf das Coping ist noch eingengt. Mit dem

Coping beschäftigt sich inzwischen ein eigener umfangreicher Forschungszweig. Wir wissen, dass Coping erheblich modifiziert wird durch die Kultur, in welcher der Patient sozialisiert wurde und in der er lebt, durch seine Persönlichkeitsstruktur, durch seinen Lebenswillen, durch seine Autonomie, durch positive spirituelle Erlebnisse und durch die Qualität der emotionalen Arzt-Patienten-Beziehung, wie bereits besonders hervorgehoben.

Längst hat sich erwiesen, dass durch **komplementäre internistische und psychosomatische Analyse** schnell erkannt werden kann, welche Coping-Faktoren im Einzelfall klinisch relevant sind, welche also verstärkt und welche gezielt relativiert werden sollten.

Nur der psychologisch unverstandene Patient begibt sich auf alternative Irrwege oder lässt sich verführen durch modische medizinische Trends und Ideologien.

Wenn es uns gelingt, **emotional langfristig tragfähige Beziehungen** zu unseren Patienten zu gestalten, stärken wir Compliance und Coping und verhindern sicher auch, dass die sogenannte „Schulmedizin“ diffamiert wird, und in den Zeiten fallender Punktwerte beträchtliche Mittel in dunkle Kanäle fließen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Martin Zschonack
Malteser Krankenhaus Räckelwitz
Michael-Hornik-Straße 1
01920 Räckelwitz

Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dresden, den 19. 4. 2001

Sehr geehrter Herr Kollege Klug, der Problemkreis „Qualitätsmanagement – Qualitätssicherung in der Medizin“ gehört neben anderen – besonders im weiterhin brisant-aktuellen Problemkreis „Sterbebegleitung – Sterbehilfe – neue Euthanasie-Diskussion“ – zu den Themen, welche mich in den letztvergangenen Jahren daran hinderten, die seit Jahren bis Jahrzehnten beiseitegelegten Vorhaben konsequent-zügig aufzuarbeiten. Deshalb habe ich Ihren Editorial-Beitrag „Qualität in der Medizin durch Weiter- und Fortbildung“ (Ärzteblatt Sachsen 12 (2001), 120/1) mit sehr großem Interesse und Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen. Dabei haben mich zunächst auch die angeführten Zahlen beeindruckt: 1997 - 2000 2.342 medizinische Veranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer, zusätzliche Organisation von 3.445 zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, 81.748 Teilnehmer – das ist gewiss eine stattliche Bilanz! Dabei haben Sie ja – von den Aktivitäten der Sächsischen Landesärztekammer ausgehend – die wohl ebenso zahlreichen anderweitigen – vor allem einerseits durch Pharmafirmen nicht nur gesponserten, sondern direkt durchgeführten, andererseits einrichtungsinternen – Fortbildungsveranstaltungen noch gar nicht erwähnt und wohl auch nicht erfassen können. Zugleich denke ich aber – vor allem auch aus eigener Anschauung und Überzeugung bei Fortbildungsaktivitäten –, dass wir diese Zahlen etwas differenzierend analysieren und hinterfragen sollten. Wenn „rein rechnerisch jedes Kammermitglied jährlich an mindestens einer Fortbildungsveranstaltung (im Durchschnitt an 1,25), die von der Sächsischen

Akademie für ärztliche Fortbildung organisiert und durchgeführt wurde, aktiv (was heißt das?) teilnahm“, so wäre dies meines Erachtens ziemlich wenig, wenn nicht eben die vielen anderen Fortbildungsmöglichkeiten hinzukämen. Eine andere Frage ist, wie viele Kammermitglieder nicht nur rein rechnerisch – theoretisch, sondern wirklich – praktisch an den Veranstaltungen teilgenommen haben. Dies würde sich nur bei einer genauen speziellen Erhebung ermitteln lassen. Ich denke, dass für die Teilnahme das jeweilige Qualitätsbewusstsein und das daraus erwachsene Fortbildungsbedürfnis entscheidend ist. Es dürfte naturgemäß unbestritten selbstverständlich sein, dass diese nicht bei allem Kolleginnen und Kollegen gleich ausgeprägt ist, sondern meiner Erfahrung nach reicht es von sehr hohen Graden perfektionistischer Gewissenhaftigkeit bis zu sehr geringer Ausprägung bei einer mehr gleichgültigen Haltung – wie wir Menschen eben so sind. Die von Ihnen angeführte Tatsache, dass bei durchschnittlich 16.158 Kammermitgliedern bisher innerhalb von zwei Jahren 220 das Fortbildungsdiplom erworben haben und 1.000 die erforderlichen Materialien anforderten, ist zwar erfreulich, aber doch auch bedenkenswert; kommt wirklich „eine qualifizierte (was bedeutet das hier?) Mehrheit der deutschen Ärzte ihren ständigen Fortbildungsverpflichtungen engagiert (!) nach“? Schließlich denke ich, dass in diesem Problemkreis neben dem quantitativen auch der qualitative Gesichtspunkt bedacht werden muss, weil er meines Erachtens für den Effekt der Fortbildungsveranstaltungen ganz entscheidend ist. Herr Kollege Scriba hat dies in seinem Editorial „Gute ärztliche Fortbildung – in Deutschland zu selten!“ (Dtsch. med. Wschr. 126 (2001), 185) zu gleichen An gelegenheit summarisch angesprochen. Meine persönlichen Erfahrungen bei und mit Fortbildungsveranstaltungen und Recherchen zum Qualitätsmanagement besagen, dass gegenüber den gewiss auch sinnvollen und nützlichen Vortragsver-

staltungen mit meist („up-date“) Übersichten ganz gezielt praxis-, d. h. patientenorientierten Problemfall-Besprechungen mit Seminar-Charakter entscheidende Vorteile haben – eben diese finden aber meines Erachtens viel zu wenig, auf's Ganze gesehen fast nur ausnahmsweise statt! Demgegenüber halte ich von dem verbreiteten Punktesammeln bei Tagungen der Fachgesellschaften hinsichtlich der Praxiswirksamkeit ziemlich wenig. In der Hoffnung, dass Sie meine Ausführungen als das aufnehmen, was sie sein sollen, nämlich eine anregende Ergänzung zu Ihren „Antworten der Sächsischen Landesärztekammer auf das Sachverständigengutachten“ bin ich

mit besten kollegialen Grüßen

Ihr Detlef Müller

Herrn
Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden

Dresden, den 23. 4. 2001

Sehr geehrter Herr Kollege Müller, vielen Dank für die Zusendung Ihres Briefes vom 19. April 2001, den wir als Leserbrief im „Ärzteblatt Sachsen“, wenn Sie einverstanden sind, veröffentlichen werden. Ihre Ausführungen zum angesprochenen Problemkreis „Qualitätsmanagement – Qualitätssicherung in der Medizin“ sind deutliche Ergänzungen zu den notwendigen qualitativen und aktuellen Inhalten der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Ihren Vorschlag zur Durchführung von patientenorientierten Problemfallbesprechungen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen sollte durch den Ausschuss für Weiterbildung und der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

Dipl.-Med. Angelika Zimmer
Riedelstraße 3
08523 Plauen

Plauen, 09. 05. 2001

An das Ärzteblatt Sachsen
Hrg.: Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

**Betrifft: Leserpost zum Artikel
„Qualität in der Medizin durch
Weiter- und Fortbildung“
im „Ärzteblatt Sachsen“, 4/2001**

Sehr geehrter Herr Professor Klug,
zu Ihrem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“
möchte ich folgende Anmerkungen ma-
chen.

Zunächst zur Problematik des „Punkte-
sammelns“ für das Fortbildungsdiplom.
Ich meine, die territorialen Möglichkeiten
dazu sind doch sehr unterschiedlich. Wäh-
rend Sie betonen, dass in diesem Jahr al-
lein im Kammergebäude in Dresden mehr
als 500 Veranstaltungen mit Zertifizierung
durchgeführt werden, muss ich feststellen,
dass es für Ärzte mit einem etwas peri-
pheren Wohnort ungleich schwerer ist,
eine vergleichbare Fortbildungsveranstal-
tungsdichte nutzen zu können.

**Und das selbstverständlich bei glei-
chem Kammerbeitrag.**

Bedenkt man zudem, wie viele Fortbil-
dungsnachmittage und -abende an den
großen Krankenhäusern und Universitäts-
kliniken stattfinden, die ebenfalls „bepun-
tet“ werden, verstärkt das die Ungleich-
heit der Möglichkeiten nochmals.

Natürlich wäre es jetzt ungerecht, den
Schwarzen Peter den Kreisärztekammern
zuzuschieben. Diese haben ja oftmals gar
nicht die Möglichkeit von Universitäts-
kliniken, hochdotierte Referenten zu
verpflichten (es sei denn, ausschließlich
mit Hilfe von Pharmafirmen). Mein Vor-
schlag wäre deshalb, verschiedene Ver-
anstaltungen als Wanderveranstaltungen
beziehungsweise generell dezentral durch-
zuführen, je nach zu erwartender Resonanz.
Vielleicht liegt die nicht gerade berau-
schende Zahl an bisher vergebenen Fort-
bildungsdiplomen auch an den unterschied-
lichen Möglichkeiten? Sie geben mir doch

sicher Recht, dass die von Ihnen selbst
genannten Zahlen (etwas mehr als eine
Veranstaltung über die Kammer pro Jahr
und Arzt) auch nun nicht gerade erfolg-
reich klingen.

Kontinuierliche Fortbildung ist das Wich-
tigste überhaupt, um in unserem dyna-
mischen Beruf auf dem Laufenden zu
bleiben, darüber sind wir völlig einer
Meinung. Aufgabe der Kammer ist es
meiner Meinung nach aber auch, dafür
für alle Kollegen vergleichbare Bedingun-
gen zu schaffen, denn ... siehe dickge-
druckten Satz ...!

Noch einen zweiten Sachverhalt möchte
ich zur allgemeinen Diskussion stellen.
Sie schreiben in Ihrem Artikel, dass ab
dem 01. 01. 2002 die zu erreichende Ge-
samtpunktzahl für das Fortbildungsdi-
plom auf „mindestens 150 Punkte“ erhöht
wird. Dieser nicht unerhebliche Fakt
wird ohne jede weitere Erläuterung und
Wertung genannt, einfach so.

Meines Erachtens muss dies im Kontext
gesehen werden. Sachsen war eines der
ersten Bundesländer, in welchem das Fort-
bildungsdiplom eingeführt wurde, zwis-
chenzeitlich bestätigt und modifiziert
durch die Bundesärztekammer. In dieser
Einführungsphase haben die einzelnen
Länder unterschiedliche Modelle er-
probt. Bundesweit zeichnet sich jedoch
eine gewisse Vereinheitlichung für das
„Punktediplom“ ab.

Am Beispiel Bayern, wo 150 Punkte be-
reits im Oktober 2000 beschlossen wur-
den, möchte ich zeigen, wie die Bepun-
kung da festgeschrieben ist.

Vergeben werden da:

■ wie in Sachsen pro Fortbildungsstunde
1 Punkt, ABER pro Tagesveranstaltung
maximal 6 Punkte (Weshalb, sind die
Tage im Süden länger?),

■ Kongresse im In- und Ausland maxi-
mal 6 Punkte pro Tag,

■ Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Hos-
pitationen: 1 Punkt pro Stunde, maximal
6 Punkte je Tag.

Interessant (und durchaus nachahmens-
würdig) ist, dass auch andere Formen

der individuellen Fortbildung gewürdigt
werden.

■ Ohne Nachweis werden insgesamt 30
Punkte in 3 Jahren für das Selbststudium
angerechnet.

■ Strukturierte interaktive Fortbildung
über Internet-, CD-ROM und Fachzeit-
schriften mit nachgewiesener Qualifizie-
rung und Auswertung des Lernerfolges,
jeweils 1 Punkt pro Lerneinheit, 30 Punk-
te maximal in 3 Jahren.

Es wäre wichtig für alle Kammermit-
glieder, seitens der Landesärztekammer
erläutert zu bekommen, was in Sachsen
geplant ist und nicht nur die Sachverhalte
so im laufenden Text als Damokles-
schwert über die Ärzteschaft zu hängen.
Dies ist eher demotivierend und wird die
Zahl der Fortbildungsdiplome in Sachsen
ganz sicher nicht anheben.

Ich möchte dieses Schreiben als Leser-
brief verstanden wissen und eine Diskus-
sion im „Ärzteblatt Sachsen“ anregen.

Mit kollegialer Hochachtung und freund-
lichen Grüßen

Dipl.-Med. Angelika Zimmer

Frau
Dipl.-Med. Angelika Zimmer
Riedelstraße 3

08523 Plauen

Dresden, den 28. 5. 2001

Sehr geehrte Frau Zimmer,

vielen Dank für Ihren konstruktiven
Brief zum Artikel „Qualität in der Me-
dizin durch Weiter- und Fortbildung“,
„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2001.

Ihren Vorschlag, Fortbildungsveranstal-
tungen, die im Kammergebäude stattfin-
den, bei positiver Resonanz der sächsi-
schen Ärzte in den anderen Kreisärzte-
kammern zu wiederholen oder generell
dezentral durchzuführen, wird der Präsi-
dent der Sächsischen Landesärztekammer
im Vorstand und mit Herrn Professor
Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akade-
mie für ärztliche Fortbildung, besprechen,

um allen Ärzten die Weiter- und Fortbildung je nach lokaler und spezifischer Situation wohnortsnah zu ermöglichen. Die ausführliche Begründung der Erhöhung der Gesamtpunktzahl ab 1. 1. 2002, um das Fortbildungsdiplom zu erreichen, wird Herr Professor Bach in einem der

nächsten Hefte unseres Kammerorgans darstellen*) und auf dem 11. Sächsischen Ärztetag am 16. Juni 2001 in Dresden in der Zeit von 10.45 bis 12.00 Uhr vortragen.

Ihr Leserbrief wird im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

*)Ich verweise auf den Mittelhefter Amtliche Bekanntmachungen, S. 375 in diesem Heft.

www.aerzteohnekittel.de – Die Jobbörse für Sachsens Ärzte

Weiterbildungsstellen sind nach wie vor ein Nadelöhr des ärztlichen Arbeitsmarktes.

Arbeitssuchende Ärztinnen und Ärzte entstammen in Sachsen und anderen Bundesländern ganz überwiegend der Gruppe mit geringer Berufserfahrung. Gleichzeitig sehen sich Kliniken immer wieder mit Anfragen nach Weiterbildungsassistenten konfrontiert. Ein einheitliches Informationsangebot, das rasch und gezielt Auskunft über freie Stellen gibt, wäre deshalb besonders wichtig.

Schnelle Information wird vor allem dem Internet als immanent zugeschrieben. Zwar existiert im Internet mittlerweile eine ganze Reihe von Jobbörsen, auch zu medizinischen Berufen. Jedoch sind nach unseren Erfahrungen die dabei erfassten Informationen meist wenig spezifisch. Insbesondere zu den mit der

Stelle verbundenen Inhalten ärztlicher Weiterbildung wird zu ungenau informiert.

Der Ausschuss „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer hat daher einen Internetdienst ins Leben gerufen, mit dem unter der Adresse „www.aerzteohnekittel.de“ Stellenanbieter und Stellensuchende ab 01. 07. 2001 kostenfrei und in graphisch übersichtlicher Form ihr Angebot oder Gesuch publik machen können. „www.aerzteohnekittel.de“ bietet detaillierte Eingabemöglichkeiten zu notwendigen und erwünschten Voraussetzungen für die Stelle sowie zu den Weiterbildungsbefugnissen und -bedingungen an der Einrichtung. Der Informationsdienst ist insbesondere für Ärzte in Sachsen gedacht, die einen schnellen Überblick über regional verfügbare Weiterbildungsstellen gewinnen möchten. Andere Stellenangebote und -

gesuche sind natürlich ebenso willkommen.

„www.aerzteohnekittel.de“ soll zu einem einheitlichen Portal für ärztliche Stellen der Aus- und Weiterbildung mit Schwerpunkt in Sachsen werden. Interessenten werden hiermit ermutigt, den kostenfreien Dienst zu nutzen, um bestehende Lücken im Informationsfluss schließen und ihr Angebot oder Gesuch schnell einem breiten Publikum bekannt zu machen.

Ausschuss „Junge Ärzte“
Sächsische Landesärztekammer

Anmerkung der Arbeitsgruppe „Multimedia in der Medizin“: Im Internet-auftritt der Sächsischen Landesärztekammer finden Sie einen Verweis auf die Jobbörse in der Rubrik „Links“.

Zytochromat zu verschenken

Herr Dr. Günter Link, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Gynäkologie, verschenkt wegen Praxisaufgabe einen Zytochromaten, Type PFG 3, und einen Siemens-Cardiotokografen. Der sich

interessierende sächsische Arzt möchte sich bitte mit Herrn Dr. Link, Auf der Heide 13, 87439 Kempton, Telefon/Fax: (08 31) 9 52 52, in Verbindung setzen.

Ergänzung: Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2001, Seite 300 bis 304, ist der Vortrag von Herrn Dr. Otmar Kloiber abgedruckt. Nachfolgend geben wir Ihnen die Korrespondenzadresse zur Kenntnis:

Dr. med. Otmar Kloiber
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Str. 1
50031 Köln

Onkologie-Preis des Tumorzentrums Dresden »Otto-Rostoski-Preis«

Im Dezember 2000 hat die Mitgliederversammlung des Tumorzentrums Dresden beschlossen, einen Onkologie-Preis zu vergeben für herausragende Leistungen auf den Gebieten Forschung, Prophylaxe, Früherkennung, Diagnostik, Therapie von Tumorerkrankungen, Nachsorge, Rehabilitation oder psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten in seinem regionalen Einzugsbereich.

Aller zwei Jahre können Einzelpersonen oder Arbeitsgruppen ausgezeichnet werden. Der Preis ist mit 5.000 DM dotiert und wird ausschließlich aus den Mitteln des Vereinskontos finanziert. Die erste Preisverleihung findet im Dezember 2001 statt. Vorschläge sind an den Vorsitzenden des Tumorzentrums einzureichen, der die Weitergabe an eine Jury des Ge-

samtvorstandes veranlasst. Zu Einzelheiten gibt die Geschäftsstelle (Löschstr. 18, 01309 Dresden, Tel. 03 51 / 3 17 73 02) gern Auskunft.

Otto Rostoski, geb. 1872, wirkte ab 1907 als Direktor der Medizinischen Klinik am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, übernahm 1910 die Leitung der Medizinischen Klinik im Krankenhaus Dresden-Johannstadt. Ab 1946 leitete er wieder die Medizinische Klinik im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, wurde 1954 Ordinarius für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie Dresden. Bis in sein 85. Lebensjahr betreute er Patienten. Sein ärztliches Ethos war vorbildlich. Auch für eine umfassende Ausbildung der Pflegekräfte engagierte er sich. Prof. Rostosis besondere wissenschaft-

liche Leistung liegt in der interdisziplinären Erforschung und Aufklärung der Ätiologie des Schneeberger Lungenkrebses (gemeinsam mit SCHMORL und SAUPE). Zu seinen Verdiensten zählt auch die Einrichtung der weltweit ersten Diabetikerambulanz in Dresden-Johannstadt im Jahre 1924.

Das Tumorzentrum Dresden e.V. sieht es als Verpflichtung im Sinne des Namensgebers an, wertvolle Beiträge und Initiativen zur Weiterentwicklung der Onkologie zu fördern.

Dr. Frank Dörre
Tumorzentrum Dresden am
Universitätsklinikum der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon: (03 51) 3 17 73 01

Zur Geschichte der medizinhistorischen Sammlung

Universität Leipzig
Karl-Sudhoff-Institut



Karl Sudhoff
Quelle: Bildersammlung KSJ

Die Geschichte des Karl-Sudhoff-Instituts und damit auch der medizinhistorischen Sammlung ist eng verknüpft mit der Annahme der „Vorschriften für die Puschmann-Stiftung bei der Universität Leipzig“ durch den akademischen Senat am 21. 12. 1904. Mit den Mitteln der Stiftung erwarb Karl Sudhoff (1853 bis 1938), der mit Wirkung vom 01. 7. 1905 zum etatmäßigen außerordentlichen Professor für Geschichte der Medizin berufen worden war, die ersten Exponate der Sammlung, die vor allem als Hilfsmittel für die Lehrtätigkeit angesehen wurden. Seine Nachfolger Henry Ernest Sigerist (1891 bis 1957) und Walter von Brunn (1876 bis 1952) setzten – oft mit eigenen finanziellen Mitteln – die Sammlungstätigkeit fort. Vorrangig Schenkungen ermöglichen bis heute einen weiteren Ausbau des Sammlungsbestandes. Die eigentliche Sammlung besteht über-

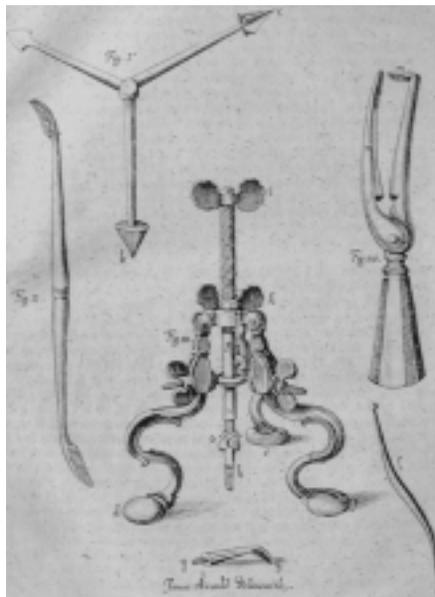
wiegend aus ärztlichen Instrumenten und Geräten, die größtenteils als Einzelstücke, aber auch als Instrumentensätze vorhanden sind. Sie stammen vor allem aus den letzten Jahrzehnten des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts; teilweise sind sie aber bis in das 16. Jahrhundert zurückzudatieren. Was sie anbelangt, so sind es hauptsächlich Gegenstände aus dem Bereich der Chirurgie: chirurgische Bestecke, Amputationsbestecke, Trepanationsbestecke oder Gerätschaften zum Schröpfen und Aderlassen. Des Weiteren befinden sich in der Sammlung Instrumente aus der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Zahnmedizin, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Augenheilkunde, wobei hier vor allem die Augenspiegel aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu nennen wären. Elektrische Geräte zur Selbstbehandlung und Gegenstände aus der Geschichte der

Labordiagnostik sind ebenso Bestandteil der Sammlung wie etwa Endoskope und Zytoskope. Sudhoff bemühte sich auch um antike ärztliche Instrumente aus der römischen Kaiserzeit (1. Jh. u. Z.), die er in Form von Nachbildungen aus Museen in Neapel und Mainz erwerben konnte. Objekte aus der Volksheilkunde, der Homöopathie sowie eine Wachsvotivsammlung aus dem 19. Jahrhundert gehören ebenfalls zur Sammlung. Weiterhin zählen zur Sammlung Medaillen, Siegel und Wappen – vor allem Medizinischer Fakultäten – und Gipsnachbildungen, insbesondere antiker Vorlagen mit medizinhistorischem Inhalt.

Um diesen Bestand einem breiten Leserkreis bekannt zu machen, sollen im „Ärzteblatt Sachsen“ in loser Folge bemerkenswerte Objekte vorgestellt und erklärt werden.

Triploide

Zu den interessantesten Instrumenten gehören Triploide. Sie wurden mindestens seit dem 16. Jahrhundert teils mit anderen Instrumenten, teils allein zur Behandlung von Schädelbrüchen genutzt. Johannes Scultetus (1595 bis 1645) hatte in seinem „Armamentarium chirurgiae“ (1653) dieses Instrument beschrieben. Amadeus Megerlin, Stadtphysicus in Haydenheim (Heidenheim), übersetzte das Werk. 1666 wurde es als Wund-Ärztneyisches Zeug-Hauß“ in Frankfurt bei Daniel (Johann) Gerlins verlegt.



Triploid und Hilfsinstrumente
Quelle: Scultetus. I.: Wund-Ärztneyisches Zeug-Hauß/übers.v. A. Megerlin. Frankfurt/M.:Gerlin

Oft wurde mit Hilfe eines Bohrers zunächst in die verletzte Schädeldecke ein Loch gebohrt, in das der Bohrer (Schraube) des Triploiden mittels seiner oberen Schraube (i) geführt wird, um dann unter Benutzung der unteren Schraube (k) das eingedrückte Knochenstück vorsichtig anzuheben, bis die Schädeldecke wieder geglättet war. Anschließend wurden die auf dem Schädel fixierten drei Füße (d, e, f) und der Bohrer (h) selbst – dieser mit Hilfe des Nagels (l) – durch Gegendrehung entfernt. So ging man bei



Triploid, dreifüßig
Med.-hist. Sammlung des KSJ

Schädelbrüchen ohne Riss vor (Biegungs- oder Impressionsfrakturen). Bei Brüchen, die einen Riss aufweisen, wurde der Triploid nicht mit einer Bohrspitze, sondern mit einem kleinen Hebeisen (g) versehen, mit dessen Hilfe man das eingedrückte Knochenfragment an hob (Berstungsbrüche).

Dr. Sabine Fahrenbach
Universität Leipzig
Karl-Sudhoff-Institut
Medizinhistorische Sammlung
Augustusplatz 10 - 11, 04109 Leipzig

Unsere Jubilare im September

Wir gratulieren

60 Jahre					
01. 09.	Dr.med. Eberth, Ulrich 01768 Bärenstein	02. 09.	Dr.med. Kilian, Rainer 08315 Bernsbach	04. 09.	Matting-Köhler, Jutta 01159 Dresden
01. 09.	Dr.med. Hahn, Bernd 08321 Zschorlau	02. 09.	Dr. med. Landschreiber, Klaus 04886 Beilrode	05. 09.	Dr.med. Herrmann, Anneliese 01109 Dresden
01. 09.	Dr.med. Schmitzer, Karin 08209 Auerbach	02. 09.	Prof.Dr.med.habil. Schott, Günter 08056 Zwickau	06. 09.	Dr.med. Goertchen, Elke 02827 Görlitz-Kunnerwitz
01. 09.	Dipl.-Med. Schönemann, Uwe 04209 Leipzig	03. 09.	Dr.med. Findeisen, Bernd 09619 Sayda	06. 09.	Dr.med. Günzel, Rolf 01129 Dresden
02. 09.	Haack, Inge 01920 Elstra	03. 09.	Dr.med. Schmidt, Bernd 01326 Dresden	06. 09.	Köhler, Runheid 04157 Leipzig
02. 09.	Hofmann, Sieglinde 04769 Mügeln	04. 09.	Martin, Hannelore 09468 Geyer	06. 09.	Dr.med. Kresse, Helmut 01069 Dresden

07. 09.	Dr.med. Langer, Heinz 08066 Zwickau	19. 09.	Dr.med. Flammiger, Bernd 04430 Böhlitz-Ehrenberg	27. 09.	Dr.med. Heidemüller, Bernd 09130 Chemnitz
07. 09.	Lüdicke, Dorothea 09399 Niederwürschnitz	19. 09.	Dr.med. Kohlstock, Isolde 09599 Freiberg	27. 09.	Dr.med. Krötzsch, Bettina 01474 Weißig
07. 09.	Dr.med. Oelschlegel, Klaus 08060 Zwickau	19. 09.	Dr.med. Krumpe, Horst 02999 Lohsa	27. 09.	Dr.med. Lommatzsch, Barbara 09120 Chemnitz
07. 09.	Schau, Friedrich 02979 Zeißig	19. 09.	Dr. med. Lange, Monika 04277 Leipzig	27. 09.	Dr.med. Schneider, Wolfgang 04683 Naunhof
07. 09.	Dr.med. Willsch, Marlies 02827 Görlitz	19. 09.	PD Dr.med.habil. Lindner, Joachim 09114 Chemnitz	27. 09.	Dr.med. Scholz, Ellen 04758 Oschatz
08. 09.	Dr.med. Schneider, Gerd 02977 Hoyerswerda	19. 09.	Dr.med. Ullmann, Dieter 08468 Reichenbach/OT Rotschau	27. 09.	Dr.med. Zacharias, Klaus 08645 Bad Elster
08. 09.	Dr.med. Tappert, Frank 02681 Schirgiswalde	19. 09.	Dr.med. Unger, Bernd 01257 Dresden	28. 09.	Dr.med. Otremba, Helga 08412 Königswalde
09. 09.	Elsner, Dorothea 01689 Weinböhla	20. 09.	Scheppan, Lucie 04736 Waldheim	28. 09.	Dipl.-Med. Scheffel, Peter 08349 Erlabrunn
09. 09.	Dr.med. Pleß, Doris 01587 Riesa	21. 09.	Erler, Jutta 01187 Dresden	28. 09.	Dr.med. Simon, Rita 09127 Chemnitz
09. 09.	Schab, Wolfram 01665 Triebischtal	21. 09.	Dr.med. Kleinod, Siegrun 04435 Schkeuditz	29. 09.	Dr.med. Driesnack, Rainer 01936 Schwepnitz
11. 09.	Dr.med Kästler, Ursula 01662 Meißen	21. 09.	Dr.med. Schirmer, Bärbel 09405 Zschopau	29. 09.	Dr.med. Freund, Helga 08064 Zwickau
11. 09.	Dr.med. Liesem, Jürgen 01609 Wülknitz	21. 09.	Dr.med. Schmidt, Horst 09235 Burkhardtsdorf	29. 09.	Herrmann, Heidemarie 08112 Wilkau-Haßlau
12. 09.	Hengst, Holger 08209 Auerbach	21. 09.	Struck, Ulrike 01662 Meißen	29. 09.	Möbius, Antje 09127 Chemnitz
12. 09.	Dr.med. Kießling, Ingrid 09114 Chemnitz	21. 09.	Wunderlich, Gottfried 08258 Siebenbrunn	30. 09.	Dr.med. Beuthner, Dietmar 08060 Zwickau
13. 09.	Dr.med. Friedrich, Klaus 09221 Adorf	22. 09.	Prof.Dr.med.habil. Dürrschmidt, Volker 01809 Dohna	30. 09.	Dr.med. Grimm, Sigrid 08312 Lauter
13. 09.	Dr.med. Magomedow, Ingeborg 04103 Leipzig	22. 09.	Dr.med. Hempel, Friedbert 08121 Wiesenburg	30. 09.	Dr.med. Schubert, Monika 08648 Bad Brambach
13. 09.	Dr.med. Schittkowski, Dorit 09618 Brand-Erbisdorf	22. 09.	Dipl.-Med. Matz, Christa 04720 Ebersbach		65 Jahre
13. 09.	Dr.med. Wollen, Gerrit 09127 Chemnitz	22. 09.	Dr.med. Olsen, Gisela 01768 Cunnersdorf	01. 09.	Dr.med. Kotte, Sigrid 01277 Dresden
14. 09.	Dr.med. Boxberger, Eva-Maria 04288 Leipzig	23. 09.	Dr.med. Herzog, Siegfried 04741 Roßwein	03. 09.	Hander, Eberhard 08539 Leubnitz
16. 09.	Mahncke, Emma 01219 Dresden	23. 09.	Dr.med. Kirschner, Ingeborg 01454 Radeberg	03. 09.	Dr.med. Hanisch, Inge 02733 Cunewalde
16. 09.	Prof.Dr.med.habil. Viehweg, Brigitte 04107 Leipzig	23. 09.	Dr.med. Schmidt, Dieter 01279 Dresden	04. 09.	Prof. Dr.med.habil. Keßler, Lutz 01309 Dresden
17. 09.	Dr.med. Chladt, Joachim 08060 Zwickau	23. 09.	Dr.med. Zacharias, Monika 04463 Großpösna	07. 09.	Dr.med. Fuhrmann, Marita 04205 Leipzig
17. 09.	Dr.med. Kretschmar, Hella 02625 Bautzen	24. 09.	Dr.med. Georgi, Brigitte 08294 Löbnitz	09. 09.	Dr.med. Langer, Hans 01587 Riesa
17. 09.	Prof.Dr.med.habil. Sebastian, Günther 01328 Dresden	24. 09.	Goldberg, Katrin 01474 Weißig	10. 09.	Dr.med. Götz, Annerose 02828 Görlitz
18. 09.	Dipl.-Med. Klaufß, Peter 04463 Großpösna	24. 09.	Dr.med. Jahn, Christof 09243 Niederfrohna	11. 09.	Dr. med. Knitter, Hannelore 08056 Zwickau
18. 09.	Dr.med. Pohl, Manfred 09306 Rochlitz	24. 09.	Prof. Dr.med.habil. Terhaag, Bernd 01796 Pirna/Pratzschwitz	11. 09.	Weis, Anita 08527 Plauen
18. 09.	Dr.med. Spitzhofer, Katharina 01259 Dresden	25. 09.	Dr.med. Gierth, Herrmann 01662 Meißen	13. 09.	Dr.med. Grethe, Ursula 09465 Sehma
18. 09.	Dipl.-Med. Teweleit, Dieter 08349 Johanngeorgenstadt	25. 09.	Dr.med. Mittelstädt, Gisela 09599 Freiberg	14. 09.	Dr.med. Hofmann, Regina 09123 Chemnitz
18. 09.	Dr.med. Wunderlich, Frank 09573 Augustusburg	26. 09.	Dr.med. Korth, Gerhard 02827 Görlitz	14. 09.	Dr.med. Pirlich, Ingrid 04357 Leipzig
19. 09.	Dr.med. Artym, Christa 01307 Dresden	26. 09.	Dr.med. Löffler, Helga 09405 Zschopau	14. 09.	Dr.med. Ziehank, Eberhard 08468 Reichenbach
19. 09.	Dr.med. Fischer, Gunter 01809 Meusegast	26. 09.	Schürer, Annemarie 09661 Hainichen	16. 09.	Dr.med. Roch, Christiane 01326 Dresden

-
- | | | | | | |
|---------|--|---------|---|---------|---|
| 17. 09. | Dr.med. Vogel, Helga
01277 Dresden | 12. 09. | 01187 Dresden
Dr.med. Hisek, Ludwig
01239 Dresden | 16. 09. | 86 Jahre
Dr.med. Meixner, Alfred
01816 Bad Gottleuba |
| 23. 09. | Dr.med. Harms, Jürgen
04824 Beucha | 19. 09. | Dr.med. Nicolai, Margarete
09599 Freiberg | | 90 Jahre |
| 24. 09. | Scherbak, Anatol
01307 Dresden | 23. 09. | Dr.med. Woratz, Ursula
09456 Annaberg-Buchholz | 20. 09. | Dr.med. Storm, Herta
01109 Dresden |
| 26. 09. | Dr.med. Matthes, Maria
01277 Dresden | 30. 09. | Prof.Dr.med.habil. Feudell, Peter
95445 Bayreuth | | 92 Jahre |
| 28. 09. | Dr.med. Just, Gabriele
04155 Leipzig | | | 14. 09. | Mitko, Regina
04435 Schkeuditz |
| | 70 Jahre | 14. 09. | Dr.med. Bockelmann, Elfriede
04109 Leipzig | 19. 09. | Dr.med. Triembacher, Ella
09126 Chemnitz |
| 01. 09. | Dr.med. Baumann, Irene
04105 Leipzig | | | 30. 09. | Dr.med. Pastor, Herbert
01737 Tharandt |
| 03. 09. | Dr.med.habil. Kluge, Werner
01259 Dresden | | 84 Jahre | | |
| 06. 09. | Dr.med. Gebauer, Horst
01877 Bischofswerda | 02. 09. | Dr.med. Hanzl, Werner
02763 Zittau | | |
| 08. 09. | Dr.med. Geißler, Manfred
08349 Johanngeorgenstadt | 15. 09. | Dr.med. Heintze, Hans-Georg
08606 Oelsnitz | | |
| 08. 09. | Dr.med. Steudtner, Ursula
01217 Dresden | | | | |
| 12. 09. | Dr.med. Dieter, Joachim
04808 Wurzen | | | | |
| 14. 09. | Dr.med. Nicolai, Rainer
01616 Strehla | | | | |
| 20. 09. | Dr.med. Lange, Waltraut
04416 Markkleeberg | | | | |
| 22. 09. | Dr.med. Lippoldt, Roland
08144 Ebersbrunn | | | | |
| 23. 09. | Dr.med. Hackel, Maria
01187 Dresden | | | | |
| 26. 09. | Dr.med. Leicht, Johannes
09385 Lugau | | | | |
| 27. 09. | Dr.med. Otto, Joachim
02763 Zittau | | | | |
| | 75 Jahre | | | | |
| 03. 09. | Dr.med. Grimm, Hans
04157 Leipzig | | | | |
| 04. 09. | Dr.med. Femmer, Klaus
01324 Dresden | | | | |
| | 80 Jahre | | | | |
| 05. 09. | Dr.med. Olbrich, Hildegund
02625 Bautzen | | | | |
| 06. 09. | Dr.med. Spielmann, Volker
04457 Mölkau | | | | |
| 20. 09. | Prof. Dr.med.habil. Lange, Ehrig
01067 Dresden | | | | |
| | 81 Jahre | | | | |
| 12. 09. | Dr.med. Zacharias, Horst
01187 Dresden | | | | |
| 21. 09. | Prof.em.Dr.med.habil. Barke, Reinhard
01326 Dresden | | | | |
| | 82 Jahre | | | | |
| 03. 09. | Dr.med. Münchow, Hildegard
01445 Radebeul | | | | |
| 06. 09. | Dr.med. Fronius, Ingrid | | | | |
-

Gerhard Naser

Hausärzte in der DDR: Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken?

Verlag Eppe GmbH, Bergareute
2000, 408 Seiten, zahlr. Abb.,
Graph., Tab., 29.80 DM

Der Autor des vorliegenden Buches, der baden-württembergische Verwaltungsjurist Dr. Gerhard Naser, hat eine besondere Beziehung zu Dresden. Er war von 1991 bis 1994 zum Regierungspräsidium Dresden abgeordnet, um die Abteilung Gesundheit und Soziales aufzubauen. Das Studium der zu „entsorgenden“ Akten des ehemaligen Bezirksarztes für den Bezirk Dresden führte ihn in die Struktur des Gesundheitswesens der DDR ein. Die in diesen Jahren laufenden Diskussionen über die Weiterführung von Polikliniken „in neuer Form“ oder die Neugründung niedergelassener Praxen sensibilisierten ihn für die Suche nach dem historischen Hintergrund des Prozesses der Umwandlung des Privatärztes zum Kassenarzt.

Er bearbeitete in großer Konsequenz die Entwicklung der ambulanten medizinischen Betreuung in dem Zeitabschnitt von 1945 bis 1961 in der Sowjetischen Besatzungszone und in der DDR.

Die Ergebnisse konnte er als Dissertation am Institut für Geschichte der Medizin, „Forschungsstelle Zeitgeschichte“ der Freien Universität Berlin verteidigen, wurden zum Dr. rerum medicinalium promoviert und legt sein Material in dem vorliegenden Buch der Öffentlichkeit vor.

Der Weg zur staatlich verordneten Einrichtung von Polikliniken wird in den einzelnen Phasen beschrieben. Das Pro und Contra belegt Herr Naser mit Dokumenten und Zitaten und weist als Schlussfolgerung darauf hin, dass Ende 1947 eine mehr ablehnende als zustimmende Meinung gegenüber den Polikliniken unter den ambulant tätigen Ärzten vorherrschte. Die von SED-Vertretern gemeinsam mit der SMAD realisierte Konsequenz in der Schaffung des staatlichen Gesundheitswesens, speziell der Polikliniken und des Betriebsgesundheitswesens, demonstriert

er überzeugend. Die biographischen Details sind gut zusammengestellt. Die Unklarheiten des Lebensweges, speziell das Ende des aus Dresden stammenden Paul Konitzer, des ersten Präsidenten der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, werden nicht aufgelöst. Das Bild des geschickten Opportunisten Karl Linser wird nicht kritisch beschrieben.

Die Durchsetzung der Niederlassungsordnung vom 23. 2. 1949 zeigt den von der SMAD in Übereinstimmung mit den neuen deutschen Behörden realisierten Stil, der keine in der Vorbereitung des Erlasses vorgebrachten Bedenken akzeptierte. Mit juristisch geschulter Klarheit werden die wichtigsten Einzelheiten der Niederlassungsordnung und der Honorarordnung vorgestellt.

Die Schilderung der Auseinandersetzungen zwischen den Ärzten und den Vertretern der politischen Macht im Gefolge des Ärztevertrages von 1952 und die „Schulduweisungen“ bei der Erhöhung des Krankenstandes beweisen die unsachliche Politisierung und die Unnachgiebigkeit der Politik in den frühen 50er Jahren.

Der Autor versteht es mit seiner gewissenhaften und aufmerksamen Art nachzuweisen, dass in allen Prognosepapieren zum Gesundheitswesen der Einsatz der Ärzte in eigener Praxis unerwähnt blieb, jedoch der Ausbau der staatlichen Betreuungsformen immer hervorgehoben wurde. Das erste Ärztekommunique vom 16. 9. 1958 wird als taktisches Manöver der SED eingeschätzt. Die Weimarer Gesundheitskonferenz und das zweite Ärztekommunique werden als partiell reaktive Zugeständnisse auf die Ärzteflucht unter Beibehaltung der Grundtendenz der Verstaatlichung dargestellt. Mit den zitierten Lageanalysen der Abteilung Gesundheitspolitik beim ZK der SED belegt der Autor die Kenntnis der Partei von der Situation und den Gründen für die Ärzteflucht.

Bei der Diskussion des Niederlassungs-

rechtes belegt Herr Naser die in der DDR vorhandene Divergenz von SED-Führungskräften mit realistischer Einschätzung und dogmatisch orientierten Phantasten ohne Akzeptanz der Wirklichkeit. Die Dokumentation des „Neustädter Gesprächs“ vom 20. 9. 1961 ist ein Zeichen für die Haltung und Zivilcourage von Ärzten aus der DDR, fünf Wochen nach der Errichtung der Berliner Mauer. Das aus der politischen Haltung abgeleitete Ziel der DDR war die Verdrängung der Ärzte aus eigener Praxis. Der Autor beweist den Erfolg mit den von ihm zitierten Zahlen von 6.291 niedergelassenen Ärzten im Jahr 1949 gegenüber 396 im Jahr 1989.

Die Dokumente im Text und im umfangreichen Anhang illustrieren die geschilderten Entwicklungslinien. Im laufenden Text und ausgeprägt im zusammenfassenden Schlusswort wird die Motivation Nasers für die ausführliche und sachgerechte Aufarbeitung der Geschichte des ambulanten Gesundheitswesens deutlich. War die radikale Umstrukturierung auf der Grundlage des Einigungsvertrages der richtige Weg? Der Ruf in der Gegenwart nach einer Gesundheitsreform symbolisiert die Unzufriedenheit. Der Autor entlässt uns mit der ihn bewegenden, seit Rudolf Virchow 1848 aktuellen Feststellung: „Eine soziale Medizin zu gestalten, die das merkantile Denken ablöst, bleibt eine offene Fragen“.

Albrecht Scholz, Dresden

Hilfstransport der »Diakonie Annaberg« nach Grodno/Weißrussland

Am 30. 10. 2000 versammelten sich die Teilnehmer des Hilfstransportes der „Diakonie Annaberg“ vor der St. Annen Kirche. Herr Pfarrer Renzig verabschiedete die freiwilligen Teilnehmer mit einer kurzen Andacht. Man betete gemeinsam das Vater Unser und Pfarrer Renzig sprach den Segen.

Organisiert wurde dieser Transport durch Herrn Marc Schwan, welcher schon gut zwei Dutzend Transporte nach Weißrussland, Ukraine, Kosovo und Bosnien organisiert und durchgeführt hat. Kurz nach 9 Uhr brachen wir in Richtung Görlitz auf, welches nach Zwischenstopp auf dem Zollhof in Chemnitz gegen Mittag erreicht wurde. Hier herrschte wegen der bevorstehenden Feiertage in Deutschland und Polen (Reformationstag am 31. 10. und Allerseelen am 1. 11.) eine ungewohnte Ruhe, da an den Feiertagen LKW's Fahrverbot haben, so dass die sonst üblichen, durch langes Warten und Anstehen verzögerten, Zollformalitäten in zwei Stunden erledigt waren.

Ohne größeren Halt ging es dann während der Nacht in Richtung Warschau und Bialistok zur weißrussischen Grenze, die am frühen Nachmittag des 31. 10. 2000 erreicht wurde. Die Formalitäten waren wieder einmal sehr langwierig und es dauerte viele Stunden und erforderte mein energisches Eingreifen, um das Tempo zu beschleunigen.

Der Transport wurde von Dr. Alexander Alexandrowitsch, dem Chef der geburts-hilflichen Klinik in Grodno, in Empfang genommen und nach Grodno geführt. Es dämmerte schon, als wir gegen 18.00 Uhr das orthodoxe Kloster „Zur hohen Geburt Christi“, unser Quartier in Grodno, erreichten. Die Ladung unseres LKW's wurde am nächsten Tag pünktlich durch den örtlichen Zoll abgenommen. Eine kleine Truppe Soldaten entluden dann die Fracht.

Unser Wunsch nach einem Banjabesuch (Russische Sauna) wurde in einem typischen Bauernhaus außerhalb der Stadt Grodno erfüllt.

Banja das ist: Birkenreiser zum Schlagen, Hitze zum Schwitzen und gutes

Essen mit viel Wodka.

Am 2. 11. 2000 wurde das Kinderheim mit 87 Kindern, der zweite Anlaufpunkt unseres Hilfstransportes, aufgesucht. Von diesen Kindern ist der größte Teil keine Waisen, sondern verlassene und ausgesetzte Kinder von 0 bis 5 Jahren.

In Weißrussland kann jede Frau nach der Entbindung von einem Kind die Annahme und Versorgung des neuen Erdenbürgers verweigern. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die weitere Versorgung und Unterbringung in einem Heim zu garantieren. Das Heim wird vorzüglich von einer Ärztin geleitet, es ist sehr sauber und räumlich großzügig ausgestattet. Sonst fehlt es an allem. Die mitgebrachten Güter (Kinderwagen, Wäsche, Lebensmittel, vor allem auch Nahrung für Allergiker, Spielsachen und Plüschtiere) wurde mit großer Freude aufgenommen. Die großzügigen finanziellen Spenden der Gemeinden Annabergs und Umgebung ermöglichten uns, dringend benötigte Möbel direkt zu finanzieren. Dadurch können weißrussische Arbeitsplätze gefördert und die Mittel effektiver eingesetzt werden.

Am Nachmittag erfolgte ein Besuch in einer der größten Glasbläsereien Weißrusslands, in Beresowka, zirka 135 km nordöstlich von Grodno.

Es war außerordentlich beeindruckend, dass hier noch reine Handarbeit mit jahrhundertalter Tradition unter recht abenteuerlichen Bedingungen ausgeübt wird. Man hatte, um den Menschen Arbeit zu geben und zu erhalten, alle automatischen Fertigungsstrecken außer Betrieb gesetzt. Und so fanden wir eine fast surrealistisch wirkende Betriebsamkeit von Hand mit erschreckender Vernachlässigung jeglichen Arbeitsschutzes vor.



Vormittags am 3. November 2000 zeigte sich die Stadt in üppigem Fahnenrot geschmückt.

Zu unserer Überraschung erfuhren wir, dass Weißrussland als einzige ehemalige Sowjetrepublik die „Große Sozialistische Oktoberrevolution“ offiziell im hergebrachten Stil feiert. Dr. Aleksander Aleksandrowitsch begleitete uns dann lebenswürdigerweise an den Grenzübergang nach Polen, wo er uns sehr behilflich war, um die nötigen Formalitäten abzukürzen.

Und es ging non stopp in Richtung Warschau und Görlitz. Vor der Deutschen Grenze trennte sich der Konvoi, der begleitende Mini-Bus brachte mich nach Leipzig zurück.

Es war mein vierter Hilfstransport mit Marc Schwan in die Ukraine oder Weißrussland. Überraschungen und Schwierigkeiten gab es genug, aber wir hatten immer einen Schutzengel dabei, dessen bin ich sicher!

Dr. Clemens Weiss
Vorstandsmitglied der Sächsischen
Landesärztekammer