

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 1/2005

<b>Editorial</b>	Gesundheitsreform – die ärztlich ethische Perspektive	4
<b>Berufspolitik</b>	Abschaffung des AiP	5
	Elektronischer Arztausweis	8
	Impressum	8
	Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte	9
	Förderung zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	11
	Veranstaltungsreihe: Menschenwürde bis zum Ende leben	11
	15 Jahre polnische Niederschlesische Ärztekammer	12
<b>Gesundheitspolitik</b>	Zur Transplantationssituation in der Region Ost	13
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Wichtiger Hinweis zur Weiterbildungsordnung	14
	Kammerversammlung der Wahlperiode 2003/2007 – Verzicht eines Mandatsträgers im Wahlkreis Bautzen	14
	Konzerte und Ausstellungen	14
<b>Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung</b>	Beitragswerte 2005	
	Lastschriftverfahren 2005	15
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	16
<b>Originalie</b>	T. Gradistanac, Ch. Wittekind	
	Gastrointestinale Stromatumoren	17
<b>Kreisärztekammer Stadt Leipzig</b>	Seniorentreffen Herbst 2004	20
<b>Verschiedenes</b>	Von „heilpraktikernden Hämopathen“	21
	Albert Neisser zum 150. Geburtstag	22
	11. Interdisziplinärer Pflegekongress	28
<b>Personalia</b>	Unsere Jubilare im Februar	23
	Nachruf für Dr. med. Erhard Kochan	24
	Nachruf für Dipl.-med. Ursula Eulitz	25
<b>Buchbesprechung</b>	GLP-1-Therapiepotential bei Diabetes mellitus	26
<b>Medizingeschichte</b>	Der Anatom Wilhelm His	27
	Zur Krankengeschichte von Dr. Martin Luther	29
<b>Feuilleton</b>	Deutsche Ärzte in Schweden	32
<b>Kultur und Kunst</b>	Tobias Stengel: Zwischen Fläche und Körper – unterwegs	33
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen – Februar 2005	
	Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen im Jahr 2003...	
	Teilbeilage Plakat »In Würde bis zum Ende leben« (Bereich PLZ 01... Dresden)	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
 „Gesundheitsinfo Sachsen“: [www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Gesundheitsreform – die ärztlich ethische Perspektive



Die ethischen Grundwerte des Arztes – Wissenschaftlichkeit, Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung – haben einen unverändert hohen Stellenwert. Unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung und gesellschaftlichen Erwartungen bedarf es heute zusätzlicher Qualifikationen, die über die historisch gewachsene tradierte Arzt-Patienten-Beziehung hinausreichen. Diese neueren Anspruchshorizonte sind mit Managementkompetenzen, Teamfähigkeit, Achtung der Patientenautonomie und ökonomischem Kalkül für die Solidargemeinschaft eng verbunden.

Hervorragende Standards in den sozialen Sicherungssystemen konnten sich dank eines stabilen Wirtschaftswachstums in Westdeutschland nach 1945 unbeeinträchtigt entwickeln. Der medizinische Fortschritt blieb infolge von hohem Beitragsaufkommen bei noch weitgehender Vollbeschäftigung bezahlbar.

Im letzten Jahrzehnt entwickelte sich bei rasantem medizinisch-technischen Fortschritt, dadurch bedingter gestiegener Lebenserwartung der Menschen und dramatisch sinkenden Einnahmen der Krankenversicherung infolge Arbeitslosigkeit, und der inversen Bevölkerungspyramide ein zunehmendes Ungleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben im Bereich der Gesundheitsleistungen.

Heute muss eine Konsolidierung davoneilen der Kosten bei schwindenden Einnahmen der Krankenversicherung erreicht werden. Dazu wurden in den letzten 15 Jahren rund 20 Kostendämpfungsgesetze erlassen. Die nun

immer vordergründiger geführten Ökonomie-Debatten verdrängten zunehmend ärztlich-ethische Werte, die eigentlich eine Patienten-Arzt-Beziehung prägen sollten.

Die Ärzteschaft weiß selbstverständlich um die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen, und ihr ist auch bewusst, dass aus ökonomischen Gesichtspunkten eine Neuorientierung der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist. Aber Ärzte sind und bleiben verantwortungsvoll handelnde Mediziner in einem patientenorientierten Gesundheitswesen. Die Rolle des Arztes darf in den sich entwickelnden neuen Strukturen nicht kariert und ärztlich-ethische Maßstäbe nicht reduziert werden.

Der Ärzteschaft muss im Sinne einer Patienten- oder Gemeinwohlaufgabe in der Zukunft eine maßgebliche Verantwortung bei der kompetenten Beratung der Politik zu den zukünftigen medizinischen Basisleistungen, den neuen Versorgungsformen sowie der konstruktiv kritischen Kommentierung von DRG und DMP zukommen. Denn neben den Patienten selbst gibt es niemanden, der mit so viel Sachkenntnis, so viel persönlicher Erfahrung und sozialem Erleben heraus diese Beratungsfunktion übernehmen könnte.

Eine Reduzierung der ärztlichen Ethik auf 15 Prozent bei Notfallbehandlungen, wohingegen die restlichen 85 Prozent konsumorientierte Dienstleistungen ohne ethischen Anspruch betreffen, konterkariert den Behandlungsauftrag unserer Profession. Nichts ist einzuwenden gegen eine Ressourcenethik, die Verschwendung vermeidet – abzulehnen jedoch ist ein Ökonomismus, der die Ärzte zunehmend als Teilnehmer eines wirtschaftlich orientierten Systems instrumentalisiert und Patienten zu Nummern in einem Bettenregal degradiert. Diese Sichtweise schadet Patienten und frustriert Ärzte!

An dieser Stelle wird unser Berufsethos deutlich herausgefordert – jenes hippokratische „Salus aegrotii suprema lex“ – „Das Wohl der Kranken ist höchstes Gesetz“.

Wer wie wir Ärzte für die Gesundheit von Menschen verantwortlich ist, muss autonom entscheiden können und wenn nötig für dieses Recht auch mit Nachdruck bei Krankenkassen und Politik streiten. Wir müssen für unser ärztlich-ethisches Handeln politische

Rahmenbedingungen vorfinden oder erhalten, die eine medizinische Versorgung der Menschen nach ethischen Maßstäben ermöglichen. Unser Berufsethos muss sich frei entwickeln können und darf nicht durch Reglementierungen erdrückt werden.

Das gegenwärtige Defizit ein Jahr nach ersten Wirkungen der Gesundheitsreform ist durch das Fehlen eines Konzeptes charakterisiert, das die demographische und gesamtgesellschaftliche Entwicklung zu wenig berücksichtigt, dennoch medizinisch unabdingbare Leistungen definiert und versucht, diese mit den volkswirtschaftlichen Möglichkeiten in Einklang zu bringen! Die neuen Rahmenbedingungen haben zu mehr Reglementierung und Bürokratisierung der Medizin geführt. Trotzdem versuchen wir Ärzte, den hohen Standard der Medizin in Deutschland zu halten und die Erwartungen der Patienten im Hinblick auf Zuhören, Beraten, Helfen, Heilen, Versorgen auch zukünftig nicht zu enttäuschen.

Zugleich bedarf es der Fortentwicklung einer Heilkultur. Diese muss geprägt sein von:

- humaner Gesinnung,
- menschlicher Haltung,
- Begabung zur Partnerschaft,
- Selbsterkenntnis,
- Einfühlungsvermögen,
- ethischer Reflexion,
- Bereitschaft zur Kommunikation,
- ökonomischem Denken.

Diese breit angelegte Entwicklung einer Heilkultur käme allen Bürgern unserer Gesellschaft zugute.

Für meine Profession sehe ich die zukünftige Rolle des Arztes in einem kompetenten Berater, der sich durch kommunikative und humanistische Fähigkeiten auszeichnet, die durch Schule, Studium und Praxis beständig ausgebildet werden.

Von diesem Fundament aus muss auch eine Optimierung des Ressourceneinsatzes mit dem Ziel gelingen, dass sowohl inhumane Verknappung als auch ineffektiver Mittelverschleiß keinen Platz im deutschen Gesundheitswesen haben.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Abschaffung des AiP

## Auswirkungen und Konsequenzen aus der Novellierung der Approbationsordnung

Der Status „Arzt im Praktikum“ (AiP) wurde zum 1. Oktober 2004 abgeschafft. Die entsprechende Änderung der Bundesärzterordnung (BÄO) war am 6. Mai 2004 im Bundestag beschlossen worden und hatte am 11. Juni 2004 den Bundesrat passiert.

Einführung und Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) demonstrieren, wie der Gesetzgeber die jeweilige ärztliche Ausbildungssituation als ökonomisches Steuerungsinstrument genutzt hat.

Die AiP-Phase (Dauer anfangs 24 Monate, später 18 Monate) war zum 1. Juli 1988 mit dem Ziel eingeführt worden, die praktischen Fähigkeiten junger Ärzte zu verbessern (offizielle Begründung). Sie diente aber vor allem dazu, die damalige „Ärztenschwemme“ zu kanalisieren. Da sich inzwischen in vielen Bereichen ein Ärztemangel andeutet (unter anderem durch Abwanderung von Absolventen in andere Berufsfelder oder ins Ausland), war dies politisch nicht mehr notwendig. Außerdem wurde argumentiert, dass die ärztliche Ausbildung inzwischen u. a. durch die neue Approbationsordnung (am 1. Oktober 2003 in Kraft getreten) modernisiert worden sei und die Ausbildung mehr praktische Belange berücksichtige. Die jetzigen Absolventen haben von diesen Verbesserungen aber während ihres Studiums noch nicht profitieren können.

Das Bundesgesundheitsministerium teilte am 11. Juni 2004 mit: „Die Medizinstudenten erhalten künftig ihre Approbation unmittelbar nach Beendigung ihres Studiums und können dann sofort mit der Weiterbildung zum Facharzt beginnen.“

*Für alle Absolventen, die ihr AiP vor dem 1. Oktober 2004 begonnen haben, endet das Praktikum zum Stichtag. Danach sind sie automatisch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte mit entsprechender Vergütung. Die Abwicklung bestehender Arzt-im-Praktikum-Verträge sollten die betroffenen Ärztinnen und Ärzte mit ihren Arbeitgebern klären.“*

„Aufgrund der Neuregelung werden die rund 13 300 Jungmediziner in Deutschland künftig wie Assistenzärzte bezahlt, ihr monatliches Bruttoeinkommen steigt von 1000 auf 2500 bis 3000 Euro.“ (FAZ, 8. 5. 2004). Daraus



Prof. Dr. Peter Wunderlich

wurden Mehrkosten von 300 Millionen Euro jährlich für die Krankenhäuser errechnet. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt betonte, die Abschaffung des AiP verbessere das Einkommen der Berufseinsteiger und erhöhe dadurch die Attraktivität des Arztberufes. Durch die Bereitstellung von jährlich 300 Millionen Euro sowie 75 Millionen Euro mit der Gesundheitsreform noch im Jahre 2004 ist sichergestellt, dass die Krankenhäuser junge Ärzte künftig angemessen vergüten können.

Grundsätzlich haben alle bisherigen Absolventen des Medizinstudiums – unabhängig vom Zeitpunkt des 3. Staatsexamens – den Anspruch auf Erteilung einer Ärztlichen Approbation zum 1. Oktober 2004. Damit haben sie zugleich Anspruch auf eine Beschäftigung als Assistenzärzte. Die **rechtlichen Folgen** sind im Deutschen Ärzteblatt vom 2. Juli 2004 (Seite C 1608) erörtert worden.

### Konsequenzen für Medizinstudenten

In Zukunft werden sowohl der klinische Studienabschnitt als auch das „Praktische Jahr“ (das 6. Studienjahr) an Bedeutung gewinnen. Die praktischen Fähigkeiten müssen schon in dem klinischen Studienabschnitt gelehrt, geübt und auch geprüft werden, womit den Universitätskliniken, den Akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen die Hauptverantwortung zukommt. Für das „Praktische Jahr“ bedeutet dies zugleich erhöhte Verpflichtungen für die Universitätskliniken, Akademischen Lehrkrankenhäuser

und Lehrpraxen, der Vermittlung dieser Fertigkeiten und der Kontrolle ihres Erwerbs, erhöhte Aufmerksamkeit zu geben.

### Konsequenzen für junge Ärzte

Es ist erfreulich, dass es in Zukunft keine jungen Ärzte mehr geben wird, die in einer unklaren Position – kein Student mehr, aber noch kein Arzt – für eine geringe Vergütung untergeordnete, unselbständige Tätigkeiten im Krankenhaus oder der Arztpraxis ausführen. Bisher hatten die AiP nur eine beschränkte, das heißt befristete Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 der BÄO. Sie sollten unter der Aufsicht von Ärzten im Sinne einer kollegialen Supervision tätig werden. Das bedeutete zwar nicht, dass bei jeder ihrer Tätigkeiten der ausbildende Arzt anwesend sein musste. Den AiP durften Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Ausübung übertragen werden, die sie nach dem Stand ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen ordnungsgemäß verrichten konnten. Aber davon musste sich der aufsichtsführende Arzt zuvor überzeugen.

Es war aber vielfach gängige Praxis, dass AiP als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt wurden. Mit der Erteilung der Approbation sind junge Ärzte in Zukunft unmittelbar nach dem Studium von Anfang an „richtige“ Ärztinnen bzw. Ärzte mit allen sich daraus ergebenden Verpflichtungen, vor allem mit einer vollen Verantwortung für ihre Entscheidungen und ihr Handeln. Von ihnen kann künftig auch sofort eine volle Leistung erwartet werden. Sie werden unter Umständen nach nur kurzer Einarbeitung unter fachärztlicher Supervision

- Bereitschafts- und Nachtdienste,
- Tätigkeiten als Stationsärzte oder die
- Leitung einer Ambulanz

übernehmen müssen. Sie müssen sich eigenverantwortlich darum bemühen, dass sie diesen erhöhten Anforderungen auch genügen können.

### Anrechnung von Weiterbildungszeiten

Die Approbation legitimiert den Arzt zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit, unabhängig davon, ob dies zum Zwecke der Weiterbildung oder im Rahmen einer Erwerbstätigkeit geschieht. Insoweit ist also die Beschäftigung des „im Weiterbildungssinne sachgrundlosen Assistenzarztes“, also des Assistenzarztes, der weder in Weiterbildung befindlich noch Facharzt ist, in vollem Umfang möglich.

Entscheidend für die Anrechnung von ärztlicher Tätigkeit für die Weiterbildung ist, ob während der Tätigkeit des approbierten Arztes Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte gem. § 4 Abs. 1, 4 i. V. m. Anlage 1 und 2 der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer erfüllt werden oder nicht. Es ist insoweit nicht entscheidend, ob der Arzt zum Zwecke der Weiterbildung eingestellt wird, sondern ob diese Tätigkeit unter verantwortlicher Leitung der hierzu befugten Ärzte an einer Weiterbildungsstätte die Qualifikationsinhalte der Weiterbildung erfüllt.

Sicherlich sollte die Anstellung als Assistenzarzt zum Zwecke der Weiterbildung das primäre Ziel des „frisch“ approbierten Arztes sein. Jedoch hat der approbierte Arzt selbst Sorge dafür zu tragen, dass seine ärztliche Tätigkeit den Anforderungen der Weiterbildungsordnung genügt, wenn er eine Facharztanerkennung begehrt.

#### **Konsequenzen für Arbeitgeber/Klinikleitungen**

Bei der Einstellung von Absolventen unmittelbar nach der Approbation muss in Zukunft berücksichtigt werden, dass diesen nun die Erfahrungen der bisherigen 18 Monate AiP-Zeit fehlen werden. Deshalb sollten die Klinikleitungen allen Absolventen für wenigstens die ersten drei bis sechs Monate eine klar strukturierte klinikinterne Einarbeitung ermöglichen, um ihnen den Übergang in die ärztliche Tätigkeit zu erleichtern. Außerdem sollte jeder Absolvent einem bestimmten erfahrenen Kollegen (Facharzt, Oberarzt) zu geordnet werden, der ihm Anleitung und Unterstützung geben kann.

#### **Finanzierung der Mehrkosten**

Mit Erhalt der Approbation sind die Assistenzärzte nach BAT-Ost oder entsprechenden Haustarifverträgen als Assistenzärzte zu entlohnen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten werden von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellt und müssen von den Krankenhäusern bei den Krankenkassen angefordert werden.

Die Finanzierung der Mehrkosten durch Abschaffung der AiP-Phase wurde bereits im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (Artikel 14

Nr. 1 Buchstabe b, Artikel 15 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 5) durch Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes gesichert. Krankenhausträger können aus dieser Regelung gegenüber den Kostenträgern Budgetzuschläge beanspruchen, um AiP-Stellen in Assistenzarztstellen mit entsprechender Vergütung umzuwandeln.

Dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. Seite 1461) wurde im § 4 Absatz 14 angefügt:

„(14) Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis 2006 außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen.“

Die Finanzierung über das Jahr 2006 hinaus ist in dem, dem § 10 angefügten Absatz 7, geregelt:

„(7) in den ab dem 1. Januar 2007 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Bei Einhaltung und Ausschöpfung dieser gesetzlichen Möglichkeiten dürfte die Abschaffung des AiP in geordneter Bahn verlaufen. Der Sächsischen Landesärztekammer sind bisher auch keine gravierenden Verstöße oder Schwierigkeiten bekannt geworden.

Prof. Dr. Peter Wunderlich  
Vorsitzender des Ausschusses  
„Ärztliche Ausbildung“

## Elektronischer Arztausweis



Der elektronische Arztausweis ist eine dringend benötigte Voraussetzung für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte. Mit Hilfe des elektronischen Arztausweises können Ärzte zukünftig auf die Patientendaten der elektronischen Gesundheitskarte zugreifen, elektronische Dokumente rechtsgültig signieren und für den Versand über Datenleitungen sicher verschlüsseln. Erst dadurch werden Anwendungen wie das elektronische Rezept, elektronische Arzneimitteldokumentation und der elektronische Arztbrief möglich. Aus rechtlicher Sicht handelt es sich beim elektronischen Arztausweis um eine besondere elektronische Signaturkarte zur Erzeugung qualifizierter elektronischer Signaturen. Dadurch ist für die Ärzte auch sein Einsatz als „elektronischer Heilberufsausweis“ im Sinne des GKV-Modernisierungsgesetzes gewährleistet.

Die Bundesärztekammer beschloss, dass die deutschen Ärztekammern zukünftig gemeinsam als Herausgeber eines bundesweit einheitlichen elektronischen Arztausweises auftreten. Die operativen Vorbereitungen für die Herausgabe begannen auf Grundlage eines umfangreichen Planungsgutachtens.

### Projektbüro in Berlin

Ein Projektbüro bei der Bundesärztekammer, welches die Landesärztekammern bei ihren Aufgaben unterstützen soll, konnte Ende 2004 besetzt werden. Dieses Projektbüro wird die Aktivitäten koordinieren und in enger Abstimmung mit allen Landesärztekammern geeignete technische Partner auswählen. Um die bundesweite Nutzbarkeit des elektronischen Arztausweises zu gewährleisten, wird das Projektbüro auch die Interessen der Ärzteschaft gegenüber den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, der Politik und der Industrie vertreten. Mit der Herausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen die Ärztekammern Verantwortung für die Bereitstellung eines wichtigen Schlüs-

selements der zukünftigen Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen. Sie sichern damit auch den Einfluss der Ärzte auf zukünftige Entwicklungen der Telematik, die in erster Linie am Nutzen für die Patienten orientiert sein müssen.

### Refinanzierung der Kosten

Über die Höhe der Investitionskosten für den niedergelassenen Arzt für Hard- und Software gibt es zahlreiche Spekulationen. Die Höhe schwankt je nach politischem Interesse. Die Sächsische Landesärztekammer wird sich an diesen Spekulationen nicht beteiligen, sondern bei Vorliegen konkreter Zahlen ihre Kammermitglieder rechtzeitig informieren. Es gibt zudem Gespräche mit den Krankenkassen über eine Refinanzierung dieser Kosten.

### Vorbereitungen in Sachsen

Basierend auf dem Grundsatzbeschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Ausgabe des Elektronischen Arztausweises hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 7. Juli 2004 die Berufung einer Projektgruppe „Einführung elektronischer Arztausweis gemäß § 291a SGB V“ beschlossen. Diese Projektgruppe hat sich am 4. November 2004 konstituiert. Vorsitzender der Projektgruppe ist das Vorstandsmitglied, Herr Dr. Günter Bartsch.

Die Sächsische Landesärztekammer hat zwischenzeitlich die organisatorischen, finanziellen, technischen und personellen Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Aufgaben als Registrierungsstelle und als zuständige Stelle gemäß § 5 Abs. 2 SigG getroffen. Die Sächsische Landesärztekammer ist auch am Koordinierungskreis des Freistaates Sachsen zur Bewerbung als Testregion für die Erprobung der Gesundheitskarte beteiligt. Mit der Rechtsaufsichtsbehörde, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, wurde die Ergänzung des Heilberufekammergesetzes und die Ergänzung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer abgestimmt. Die Sächsische Landesärztekammer ist auf die Ausgabe des elektronischen Arztausweises im vierten Quartal 2005 vorbereitet und erwartet die weiteren notwendigen technischen und organisatorischen Vorgaben.

Knut Köhler

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

### Ärzteblatt Sachsen

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

### Herausgeber:

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

### Redaktionskollegium:

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

### Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion

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

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen und Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise  
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478



## Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund freier Stellen in Sächsischen Kliniken und zunehmender Probleme in der Besetzung freier wendender, vor allem hausärztlicher Vertragsarztsitze in Sachsen, fanden am 19. und 20. November 2004 in Wien Informationsveranstaltungen für junge österreichische Ärzte statt.

Anliegen der Präsentation war es, österreichischen Ärzten das deutsche Gesundheitswesen nahe zu bringen und Interesse für eine Weiterbildung und/oder Tätigkeit in unserem Land zu wecken.

Durch Organisation der österreichischen Ärztekammer, vertreten durch die Herren Dr. Peter Gschaider und Magister Kaiser, gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer entstand ein halbtägiger Vortragszyklus.

Am Nachmittag des 19. November und Vormittag des 20. November 2004 verfolgten ins-

gesamt ca. 100 junge österreichische Ärztinnen und Ärzte interessiert die Vorträge.

Der Präsident der SLÄK, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, erläuterte in Grundzügen das deutsche Gesundheitswesen. Dabei stellte er die Versicherungsstrukturen dar. Zur Sprache kamen ebenso die Arztzahlen im Lichte der demographischen Entwicklung. Besonderes Augenmerk legte Herr Prof. Dr. Jan Schulze, unterstützt durch Frau Dr. Birgit Gäbler, Ärztin in der Geschäftsführung, auf Inhalte der Weiterbildungsordnung. Praktische Fragen, insbesondere auch aus dem vertragsärztlichen Bereich, konnte der Verfasser dieses Berichtes beantworten. Hilfestellung dazu gab eine gut zusammengestellte Informationsmappe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Herr Dr. Stefan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, erläuterte



*Kirche Maria vom Siege, Wien*



*Dr. Stefan Helm, Dr. Birgit Gäbler, Jürgen Hommel, Prof. Dr. Jan Schulze, Reiner Rogowski (von links)*

im Anschluss die Krankenhaustopographie Sachsens. Veränderungen in der Versorgungslandschaft innerhalb der letzten 14 Jahre seit der Wiedervereinigung beider deutscher Staaten kamen ebenso wie Investitionssummen der sächsischen Kliniken zur Sprache. Der hohe und moderne Standard sächsischer Kliniken fand deutliche Beachtung. Herr Dr. Stefan Helm demonstrierte das Zusammenspiel von Kliniken der Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

Herr Jürgen Hommel vom Sächsischen Sozialministerium erläuterte approbationsrechtliche Bestimmungen. Er verwies darauf, dass nach österreichischem Recht Ärzte erst nach Abschluss einer sogenannten Turnuszeit voll-approbiert werden können. Aus diesem Grunde erhalten junge österreichische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter voller Anerkennung und ohne Gleichwertigkeitsprüfung bei Aufnahme einer Tätigkeit in einem deutschen Krankenhaus eine Berufserlaubnis. Daraus ergeben sich alle Rechte und Pflichten eines Arztes. Es wurde herausgearbeitet, dass die Bestimmung der Grenzen

des eigenverantwortlichen Arbeitens in die Obliegenheiten des Ausbilders, respektive Weiterbilders, gehören und somit die junge Ärztin/der junge Arzt entsprechend des Kenntnisstandes auch zunehmend sicher eigenverantwortlich tätig sein kann. Im übrigen erfolgen bei Nachweis auch von anderen Abschlüssen österreichischer Universitäten Anerkennungen ohne Nachweis einer Gleichwertigkeitsprüfung.

Im zweiten Teil seines Vortrages brachte Herr Jürgen Hommel den österreichischen Kolleginnen und Kollegen Umfeldbedingungen nahe. Er stellte in kurzen Zügen das sächsische Bildungswesen mit dem hervorragenden Ausbau auch der Kleinkindbetreuung dar, zum anderen kamen Wohnbedingungen zur Sprache.

Herr Rogowski als Geschäftsführer der Oberlausitz-Kliniken Bautzen und Vertreter der Krankenhäuser seiner Region sowie Herr Dr. Hinrichs als Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Stollberg gaben als Abschluss der Vortagsrunde wichtige praktische Hinweise. Hierbei legten sie besondere Aufmerk-

samkeit nicht zuletzt auf die moderne Ausstattung ihrer Kliniken und die Arbeitsbedingungen, sondern erläuterten ebenso beispielhaft Verdienstmuster. Sie unterstrichen in ihren sehr praxisnahen Vorträgen die Vorteile ihrer Regionen.

Im Anschluss an die Vorträge konnten unter Moderation von Herrn Dr. Peter Gschaider Fragen gestellt und zur Zufriedenheit beantwortet werden. Die Inhalte bezogen sich hauptsächlich auf Themen wie Approbation, Anerkennung akademischer Grade und Weiterbildung. Ebenso im Mittelpunkt standen Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen. Weiterhin wurden Fragen zum sozialen und kulturellen Umfeld gestellt.

Nach Abschluss der Fachvorträge bestand für die Teilnehmer die Möglichkeit, im persönlichen Gespräch offene Fragen zu klären. Reges Interesse fand dabei umfangreiches Informationsmaterial des Freistaates Sachsen, der Kliniken des Freistaates ebenso wie Informationsmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer. Dicht umringt waren die Vertreter der Krankenhäuser und Kliniken.

Unter dem Eindruck eines „Ärzteüberschusses“ errichtete auch die österreichische Ärztekammer eine Informationsbörse für Auslandsvermittlung österreichischer Ärzte.

Alle Beteiligten sind der Meinung, dass diese Veranstaltung vielversprechend war. Sie wollen sich in einigen Monaten zusammensetzen und eine Auswertung vornehmen.

Abschließend bleibt allerdings zu konstatieren, und darüber sind sich die Beteiligten ebenso einig, dass die Beschäftigung ausländischer Ärzte in Sachsen wünschenswert ist, allerdings nicht die Lösung der komplizierten demographischen Situation sein kann. Gleichfalls sind die Ansprechpartner dieser Informationsveranstaltung eher junge, in Weiterbildung befindliche Ärzte gewesen.

Erik Bodendieck  
Vorstandsmitglied



## Förderung zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Die sächsischen Krankenkassen und die Kasernenärztliche Vereinigung Sachsen haben mitgeteilt, dass sie sich nach intensiver Vorbereitung einvernehmlich für die Förderung von Hausärztinnen und -ärzten für den Planungsbereich Torgau-Oschatz ab dem Jahr 2005 geeinigt haben, in der Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde. Die Maßnahmen umfassen:

1. Die Förderung der Übernahme eines bestehenden Hausarztstitzes erfolgt durch Zahlung einer Investitionspauschale in Höhe von 60.000 Euro. Die Auszahlung wird über fünf Jahre in Teilbeträgen von jeweils 12.000 Euro jährlich nachschüssig vorgenommen. Voraussetzung ist, dass die neue niedergelassene Ärztin oder der Arzt 80 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl (Anzahl der behandelten Patienten) des Vorjahres der Hausärzte im Freistaat Sachsen erreicht.

2. Die Förderung einer Praxisneugründung erfolgt durch Zahlung einer Investitionspauschale in Höhe von 30.000 Euro, verteilt auf fünf Jahre. Der Förderbetrag pro Jahr wird nur dann ausbezahlt, wenn die Ärztin oder der

Arzt im ersten Niederlassungsjahr mindestens 50 Prozent und in den weiteren Niederlassungsjahren mindestens 80 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Hausärzte erreicht. Weitere 30.000 Euro werden als zinsloses Darlehen gegen einen Investitionskostennachweis gewährt.

3. Die Errichtung von Zweigpraxen wird bis maximal 7.000 Euro gegen Vorlage eines Investitionskostennachweises gefördert.

4. Für alle niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte in der Region, für die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung definiert ist, gilt Folgendes: Bereits niedergelassene Hausärztinnen oder -ärzte erhalten für alle Fälle zwischen 75 Prozent und 100 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl des Vorjahres der Hausärzte in diesem Gebiet einen Bonus pro Fall. Wenn die Ärztin oder der Arzt über 100 Prozent der Fallzahl erreicht, erhöht sich der Bonus für diese Fälle zusätzlich. Für Ärztinnen oder Ärzte, die diese Kriterien erfüllen, gelten die Regelungen entsprechend. Diese Maßnahme gilt, solange Unterversorgung oder drohende

Unterversorgung besteht; maximal jedoch drei Jahre. Dafür werden ca. 400.000 Euro pro Jahr für die im Planungsbereich Torgau-Oschatz niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte zur Verfügung gestellt.

Alle Beteiligten gehen davon aus, dass diese Maßnahmen Wirkungen für die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen zeigen werden. Wie zunächst im Landkreis Torgau-Oschatz würden im Weiteren andere Regionen untersucht, ob dort eine Unterversorgung droht und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden müssen. Voraussetzung für diese Unterstützungsmaßnahmen sei, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen förmlich feststellt, dass in der jeweiligen Region ein Ärztemangel droht. Mit dem Beschluss des Landesausschusses ist eine wichtige Grundlage geschaffen, um gezielt ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung zu motivieren.

Knut Köhler  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## »Menschenwürde bis zum Ende leben«

Ziel der Veranstaltungen ist es, eine Gesprächsmöglichkeit zwischen der Öffentlichkeit und Ärzten sowie Pflegenden abseits von Betroffenheit und Behandlungssituationen zu schaffen. Es sollen die Motive, Erfahrungen, Ängste und Wertvorstellungen zur Sprache kommen, die Hintergrund für eine Patientenverfügung sein können. Es wird um die Frage gehen, wie frei der freie Wille des Patienten angesichts der gesellschaftlichen Entwertung von alten und nicht leistungsfähigen Menschen ist. Die schwierigen Entscheidungen von Ärzten und die Rolle von Pflegenden in kritischen Situationen am Lebensende und der Umgang mit Patientenverfügungen sollen vor dem Hintergrund der Neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung thematisiert werden.

### 9. Februar 2005

Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Europa: Zwischen Euthanasie, Hospizdienst und Leben um jeden Preis

Dr. med. Fuat S. Oduncu, M.A. European Master in Bioethics, Internist, Onkologe, Medizinethiker, Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik - Innenstadt

### 16. Februar 2005

Lieber tot als hilfsbedürftig und abhängig? Alt werden in der Leistungsgesellschaft

Prof. Dr. Gertrud M. Backes, Lehrstuhl Soziale

Gerontologie Universität Kassel, angefragt

### 23. Februar 2005

Sterbebegleitung im Krankenhaus, im Heim und zu Hause: Erfahrungen und Wünsche Pflegender  
Ulrike Nieß, Pflegedienstleitung im Städtischen Klinikum St. Georg, Leipzig  
Ansgar Ullrich, Christlicher Hospizdienst Dresden

### 9. März 2005

Notfall- und Intensivmedizin – nicht immer nur ein Segen?

Dr. med. Marcus Pohl, Neurologe, Chefarzt Intensiv- und Frührehabilitation

MU Dr. med. Frank Oehmichen, Kardiologe und Notfallmediziner  
beide Klinik Bavaria Kreischa,

### 16. März 2005

Palliative medizinische Versorgung Schwerstkranker in Klinik und zu Hause

PD OA Dr. med. Ulrich Schuler, Hämatologe und Onkologe, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum TU Dresden

PD Dr. med. habil. Heiner Wolf, Hausarzt und Onkologe Dresden

### 23. März 2005

**Podiumsdiskussion**

„Menschenwürde bis zum Ende leben“ – die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung im Gespräch zwischen Medizin, Pflege, Ethik und Politik

Podiumsteilnehmer:

Helma Orosz, Sächsische Staatsministerin für Soziales

Jochen Bohl, Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. Klaus Tanner, Theologe, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Ulrike Nieß, Pflegedienstleitung im Städtischen Klinikum St. Georg, Leipzig

Moderation:

Bernd Seguin, Hamburg, angefragt

**Veranstaltungsort:** Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1, 01069 Dresden

**Beginn:** jeweils 19.00 Uhr

**Information:** Dorothea van Loyen,  
E-Mail: dorothea.van-loyen@dhmd.de

Tel.: 0351 4846 774,

Dr. Siegfried Herzig, Tel.: 0351 8267 311

**Eintritt: 2,- € (Ermäßigungsberechtigte 1,- €)**

**Ärzte erhalten bei jeder Veranstaltung zwei Fortbildungspunkte auf das sächsische Fortbildungszertifikat angerechnet.**

## 15 Jahre polnische Niederschlesische Ärztekammer



*Dr. Helmut Schmidt (re.) und Bischof Edward Janiak im Gespräch auf der Festveranstaltung*

### **Besuch einer Delegation der Sächsischen Landesärztekammer zur Feier des 15. Jahrestages der Gründung der Dolnośląska Izba Lekarska (DIL) in Wrocław am 10. November 2004.**

Am 10. November 2004 beging die Dolnośląska Izba Lekarska (DIL) den 15. Jahrestag ihrer Gründung. Aufgrund der langjährigen freundschaftlichen Beziehungen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) und der DIL waren auch Vertreter der sächsischen Ärzteschaft zu dieser Feier eingeladen. Der sächsischen Delegation gehörten Herr Dr. Peter Schwenke, ehemaliger Vizepräsident der SLÄK, Dr. Helmut Schmidt, Verwaltungsratsvorsitzender der Sächsischen Ärzteversorgung, und Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer, an. Da der Präsident der SLÄK verhindert war, an der Jubiläumsveranstaltung teilzunehmen, übernahm Dr. Schmidt die Leitung der Delegation. Wir wurden wie immer auf das herzlichste von den polnischen Freunden empfangen und freuten uns darauf, die Grüße und Glückwünsche der SLÄK überbringen zu können. Die Feier fand in den Räumen der DIL statt und zahlreiche Gäste aus Politik, Wirtschaft, befreundeter Organisationen und Kirche waren erschienen. Viele Grußworte wurden überbracht. Dr. Schmidt, der die Grüße von Prof. Dr. Schulze überbrachte, verwies auf die 10-jährige erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den beiden Kammern, die ihre Höhe-

punkte in den im Wechsel stattfindenden gemeinsamen Symposien „Vergangen verstehen – Zukunft gestalten“ und den gemeinsamen Vorstandssitzungen findet. Das 3. Deutsch-polnische Symposium findet am 9. und 10. September 2005 in Breslau statt. Die Grußworte beinhalteten die herzlichsten Glückwünsche vom Vorstand und von der Geschäftsführung der SLÄK und wir wünschten den polnischen Kollegen für die Zukunft Mut und Entschlossenheit, Erfolg und Unverzagtheit für die Lösung der vielen noch anstehenden Aufgaben.

An dieser Stelle ein paar Worte zur Struktur der DIL: Gegründet wurde die Kammer auf der Grundlage des Kammergesetzes vom 17. Mai 1989. Der Ärzterat entspricht unserer Kammerversammlung und wird ebenfalls wie bei uns für vier Jahre gewählt. Das Präsidium (Vorstand) setzt sich zusammen aus: Präsident, drei Vizepräsidenten, Sekretär, Schatzmeister, Sprecher für Berufsordnung, Bevollmächtigter (Vorsitzender) der Kreiskammern Hirschberg, Liegnitz, Waldenburg, Breslau, insgesamt 11 Personen. Ausschüsse (in der DIL Kommissionen genannt) gibt es folgende: Kommission für Bioethik, Ethik, Finanzen, Kontakt mit den Krankenkassen, Weiterbildung, für Soziales, Diplomanerkennung, Zahnärzte, Wahlen, Revision, Arztgericht, privat praktizierende Ärzte, für die Registrierung der Ärzte und Privatpraxen, Zusammenarbeit mit dem Ausland.

Im Kammergesetz sind auch Funktionen und Aufgaben der Kammer und der Kammermitglieder geregelt. Zum Beispiel: Eine Wahlperiode dauert vier Jahre, für ein und die selbe Funktion (einschließlich Präsident) kann man nur zweimal hintereinander gewählt werden. Die Wahl erfolgt geheim bei einer unbegrenzten Zahl von Kandidaten.

Es gäbe noch viel über Unterschiede und Gemeinsamkeiten unserer beiden Kammern zu berichten, die sich aber mit Fortschreiten der Europäischen Union auch immer mehr angleichen werden.

Dr. med. Siegfried Herzig  
Ärztlicher Geschäftsführer

## Zur Transplantationssituation in der Region Ost

Seit 1997 besitzt Deutschland das Transplantationsgesetz. Damit wurde vom Parlament die längst erforderliche Rechtssicherheit gesetzlich bestimmt.

Zugleich ist durch die Transparenz der Abläufe jede Form des Organhandels ausgeschlossen.

Wesentlichen Anteil zur Erarbeitung der Richtlinien, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, hat dabei die von der Bundesärztekammer eingesetzte Kommission.

Es werden Allokationsregeln verbindliche eingeführt, die gewährleisten sollen, dass die Patienten auf der Warteliste auf der Grundlage eines fairen, auf medizinische Gesichtspunkte orientierten Verteilungssystems, Organe erhalten. Das von der Bundesärztekammer neu geschaffene System der Prüfungs- und Überwachungskommission zur Kontrolle des Gesamtablaufs hat sich bewährt. Leider ist mit dem Transplantationsgesetz die Zahl der Organspenden in der Bundesrepublik keines-

falls auf dem Niveau anderer Länder der westlichen Welt.

Die Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer und die Fachkommission der Region Ost Mitteleuropa haben deshalb permanent nach den Ursachen dieses ungenügenden Ergebnisses gesucht und kommen in der Auswertung des Ist-Standes für das zu Ende gehende Jahr 2004 zu folgenden Ergebnissen (siehe Tabelle 1, 2, 3, 4).

1. Laut Transplantationsgesetz (§ 2 TPG) ist noch immer nicht die dort geforderte öffentliche Aufklärungsarbeit in die Realität umgesetzt.

Beide Kommissionen bemerken trotz intensiver Arbeit der DSO und der Kammern Informationsdefizite in der Bevölkerung.

2. Trotz umfangreicher Bemühungen der DSO und der Kammern beteiligen sich nur weniger als die Hälfte aller Krankenhäuser mit Intensiv-Abteilungen an gesetzlich geforder-

ten Mitteilungen von möglichen Organspendern an die Koordinierungsstellen. Dies war Anlass, zusammen mit dem Staatsministerium nochmals auf das Anliegen in schriftlicher Form hinzuweisen. Es muss deshalb und in diesem Zusammenhang nicht kritiklos hingenommen werden, dass Transplantationszentren in den Universitäts-Kliniken vergleichsweise „wenige“ Explantationen melden, aber die nach der Wende teure Aufrüstung dieser Zentren erfuhren (siehe Tabelle 2).

Es ist gleichermaßen beeindruckend zu wissen, dass einige Schwerpunktkrankenhäuser und Häuser der Maximalversorgung nicht genügend bemüht sind, den gesetzlichen Forderungen zur Organspende nachzukommen. Die Maßnahme des von der DSO eingeführten Erhebungsbogens, auf dem alle, auf Intensivstationen verstorbenen Patienten mit Hirnschädigung dokumentiert werden sollen, ist durch Einigung mit dem Datenschutz in fast allen Ländern konsentiert und soll die Transparenz bei der Zahl möglicher Organspender erhöhen. Leider liegen der DSO keine gesicherten Zahlen hinsichtlich der am Hirntod Verstorbenen vor. Bei konsequenter Beteiligung aller Krankenhäuser mit Intensivstationen könnte zukünftig die Datenlage zur Organspende flächendeckend verbessert werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sterben in der Bundesrepublik ca. 400.000 Menschen pro Jahr im Krankenhaus. Davon sind ca. 9.000 Menschen an einer primären oder sekundären Hirnschädigung verstorben. Die tatsächliche Zahl der Mitteilungen möglicher Organspender an die DSO betrug im vergangenen Jahr 1.928 Meldungen. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von Informationsdefiziten über grundsätzliche (zum Beispiel ethische) Bedenken bis hin zur Arbeitsüberlastung von ärztlichem und pflegerischem Personal auf Intensivstationen.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Sachsen	Meldungen insgesamt	133	132	129	114	104	127	106
	realisiert	68	58	76	62	51	70	53
	nicht realisiert	65	74	53	52	53	57	53
Sachsen-Anhalt	Meldungen insgesamt	58	73	74	70	58	85	63
	realisiert	22	22	29	33	29	40	36
	nicht realisiert	36	51	45	37	29	45	27
Thüringen	Meldungen insgesamt	80	65	51	46	60	70	48
	realisiert	52	33	30	30	37	51	23
	nicht realisiert	28	32	21	16	23	19	25
	Meldungen insgesamt	271	270	245	230	222	282	217
	realisiert	142	113	135	125	117	161	112
	nicht realisiert	129	157	119	105	105	121	105

Tabelle 1: Organspende-Aktivitäten in der Region Ost 31.10.2004; insgesamt 151 Krankenhäuser

	Jan.-Okt. 2004		2003		2002		2001		2000		1999		1998		1997		1996		1995	
Unikliniken	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile	EX	Konsile
Dresden	15	28	16	31	13	24	12	26	15	30	9	27	12	29	16	36	10	21	8	8
Halle	8	18	12	18	7	15	4	23	9	25	3	9	4	12	8	16	4	11	5	13
Jena	4	8	10	14	7	11	3	6	10	14	9	25	15	24	6	15	5	10	8	16
Leipzig	13	23	25	40	10	31	20	35	27	47	25	53	31	55	28	52	16	38	7	16
Magdeburg	5	7	7	8	4	7	7	10	11	15	11	18	9	17	10	17	6	10	9	9
Summe	45	84	70	111	41	88	46	100	72	131	57	132	71	137	68	136	41	90	37	62

Tabelle 2: Postmortale Organspende in der Region OST

Nicht berücksichtigt ist: Im Zeitraum 01-10/2004 Universität Leipzig Herzzentrum Leipzig 1 Explantation und insgesamt 4 Konsile.

Transplantations-Zentrum	Leber	Niere	Herz	Lunge	Pancreas
Dresden	-	21	7	1	-
Jena	6	57	8	6	1
Leipzig	18	26	16	4	8
Halle	-	33	1	-	-
Magdeburg	6	-	-	-	-
Gesamt:	30	137	32	11	9
Gesamte Region	219	-	-	-	-

Tabelle 3: Transplantationszahlen bis 30. September 2004

	2003		Januar – Oktober 2004 (vorläufig)	
	Ablehnungsrate	Zustimmungsrate	Ablehnungsrate	Zustimmungsrate
Deutschland gesamt	34,8	65,2	37,8	62,2
Region Ost	29,0	71,0	35,4	64,6
Sachsen	31,5	68,5	38,5	61,5
Sachsen-Anhalt	31,3	68,8	25,5	74,5
Thüringen	23,2	76,8	40,9	59,1

Tabelle 4: Ablehnung / Zustimmung zur postmortalen Organspende in Deutschland und der Region Ost

Es ist deshalb zu begrüßen, dass bei der heute generellen Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf Drängen der Fachkommission Ost und der Kammern die Kostenregelung zur

Explantationsleistung der Krankenhäuser deutlich verbessert wurde. Mit Wirkung vom 1. Januar 2004 wurde zwischen den Vertragspartnern (DKG, BÄK, Spitzenverbände der

Krankenkassen und der DSO) eine adäquate veränderte Aufwandsersatzung der Krankenhäuser für den Zeitraum von 2004 bis 2006 vereinbart, damit ist eine leistungsgerechtere „Aufwandsersatzung“ für die Organbereitstellung garantiert.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer wird deshalb am 25. Januar 2005, 16.00 Uhr, die Ärztlichen Direktoren und deren Transplantationsverantwortliche der Kliniken Sachsens mit Intensiv-Abteilungen in die Sächsische Landesärztekammer, Albert-Fromme-Saal, bitten, um gemeinsam mit der Staatsministerin und der DSO nach Wegen zu suchen, den dringenden Organbedarf zu verbessern. Dafür werden persönliche Einladungen erfolgen.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich,  
Mitglied Transplantationskommission der  
Sächsischen Landesärztekammer

## Wichtiger Hinweis zur Weiterbildungsordnung

Der Weiterbildungsausschuss möchte darauf hinweisen, dass die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die am 26. Juni 2004 durch den Sächsischen Ärztetag verabschiedet wurde, **nicht wie geplant zum 1. 1. 2005 in Kraft treten konnte.**

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat diese neue Weiterbildungsordnung derzeit noch nicht genehmigt, da zuvor eine

Änderung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes erforderlich ist.

**Sobald die Genehmigung der Aufsichtsbehörde vorliegt, wird die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer im Ärzteblatt Sachsen (einschließlich Zeitpunkt des Inkrafttretens) veröffentlicht werden.**

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber  
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

## Kammerversammlung der Wahlperiode 2003/2007 Verzicht eines Mandatsträgers im Wahlkreis Bautzen

Aus dem Wahlkreis Bautzen erklärte der Mandatsträger, Herr Christian Liebisch, mit Schreiben vom 25. Mai 2004 gegenüber dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer den Verzicht auf seinen Sitz in der Kammerversammlung.

Der Vorstand hat den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung in seiner 17. Sit-

zung am 1. Dezember 2004 bestätigt und die Bekanntmachung im „Ärzteblatt Sachsen“ verfügt.

Dr. jur. Verena Diefenbach  
Hauptgeschäftsführerin  
Landeswahlleiterin

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Sonntag, 6. Februar 2005, 11.00 Uhr

#### Junge Matinee

Aufbaustudenten im Konzert

Mit Studierenden der Klasse Prof. Monika Raitchel

(Instrumentalkorrepetition)

Hochschule für Musik

„Carl Maria von Weber“ Dresden

### Ausstellungen

#### Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer

und 4. Etage

Tobias Stengel

**Zwischen Fläche und Körper –  
unterwegs**

Objekte und Arbeiten auf Papier

19. Januar 2005 bis 13. März 2005

#### Vernissage

Donnerstag, 20. Januar 2005, 19.30 Uhr

Einführung: Susanne Greinke, Berlin,

Kulturwissenschaftlerin

## Beitragswerte 2005

### Sächsische Ärzteversorgung und gesetzliche Rentenversicherung

Der Bundesrat hat am 26.11.2004 der Festlegung der neuen Rechengrößen in der Sozialversicherung für 2005 zugestimmt.

Somit ergeben sich ab 1. Januar 2005 folgende Werte:

#### I. RENTENVERSICHERUNG

<b>1. Beitragssatz für alle Bundesländer:</b>	<b>19,50 %</b>
Arbeitgeberanteil:	9,75 %
Arbeitnehmeranteil:	9,75 %
 <b>2. Beitragsbemessungsgrenze:</b>	
gültig ab 01.01.2005	
	<b>neue Bundesländer</b>
	4.400,00 EUR/Monat
	52.800,00 EUR/Jahr
	<b>alte Bundesländer</b>
	5.200,00 EUR/Monat
	62.400,00 EUR/Jahr

**FÜR DIE SÄCHSISCHE ÄRZTEVERSICHERUNG** ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

<b>1) Höchstbeitrag</b>	858,00 EUR/Monat	1.014,00 EUR/Monat
<b>2) Mindestbeitrag</b> (1/10 vom Höchstbeitrag)	85,80 EUR/Monat	101,40 EUR/Monat
<b>3) halber Mindestbeitrag</b>	42,90 EUR/Monat	50,70 EUR/Monat
<b>4) maximaler Pflichtbeitrag</b>	1.287,00 EUR/Monat	1.521,00 EUR/Monat
<b>5) Einzahlungsgrenze für die Summe aus Pflichtbeiträgen und freiwilligen Mehrzahlungen</b> (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV)	2.145,00 EUR/Monat	2.535,00 EUR/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 2004 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2005 zugeschickt.

#### II. GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG UND ERSATZKRANKENKASSEN

<b>1) Beitragssatz</b>	spezifisch für jede Krankenkasse	
<b>2) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.525,00 EUR/Monat	3.525,00 EUR/Monat

#### III. PFLEGEVERSICHERUNG

<b>1) Beitragssatz allgemein</b>	1,70 %	1,70 %
<b>2) Beitragssatz für Kinderlose</b>	1,95 %	1,95 %
<b>3) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.525,00 EUR/Monat	3.525,00 EUR/Monat

#### Lastschriftverfahren 2005 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2005 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

##### Monatlicher Lastschrifteinzug

Monat	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Termin	31.01.	28.02.	31.03.	29.04.	31.05.	30.06.	29.07.	31.08.	30.09.	28.10.	30.11.	27.12.

##### Quartalsweiser Lastschrifteinzug

Quartal	I.	II.	III.	IV.
Termin	31.03.	30.06.	30.09.	27.12.

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer bei dem jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.





## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 05/C01

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 1. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/D001  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/D002  
Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 05/D003  
Facharzt für Diagnostische Radiologie (Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/D004

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Urologie  
Reg.-Nr. 05/D005

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D006

#### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 2. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 05/L001  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 05/L002  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L003

#### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*) (Teil einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/L004  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L005

#### Muldentalkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 2. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Waltersdorf  
geplante Praxisabgabe: ab sofort

#### Riesa-Großenhain

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Stadt Riesa  
geplante Praxisabgabe:  
1. 3. 2005 bis 31. 3. 2006  
(ab 20.00 Uhr unter: Tel. 03525 631330)

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*) (Teil einer Gemeinschaftspraxis)  
geplante Praxisabgabe: 2005

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2005

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Juni 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

T. Gradištanac, Ch. Wittekind

# Gastrointestinale Stromatumoren

Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät  
Institut für Pathologie

## Zusammenfassung

Gastrointestinale Stromatumoren (GIST) sind die häufigsten mesenchymalen Tumoren des Gastrointestinaltraktes. Lange bestanden kontroverse Standpunkte hinsichtlich Klassifikation, Differenzierung und Prognose. In den letzten Jahren hat die Kenntnis der zentralen Rolle aktivierender KIT-Mutationen und damit verbundener Expression von KIT-Protein in diesen Läsionen nicht zuletzt die Entwicklung einer effizienten Therapie von GIST mittels Imatinib Mesylat (Gleevec, STI571)

ermöglicht. Auf dem Boden der KIT-Immunhistochemie konnte ein Schema zur Diagnose und Prognose von GIST erarbeitet werden. Die drei entscheidenden prognostischen Faktoren sind Mitoserate, Tumorgrosse und Lokalisation. Da sich Resistenzen gegen Imatinib Mesylat entwickeln können, wird in Zukunft verstärkt das Verständnis der molekularen und zytogenetischen Mechanismen im Vordergrund stehen. Die Anzahl, Art beziehungsweise Kombination chromosomaler Anomalien

wie Translokationen, Amplifikationen und Deletionen lässt bereits Aussagen bezüglich der Risikoklassifikation von GIST zu. Weitere therapeutische Möglichkeiten könnten sich nicht zuletzt durch die Aufklärung onkogener KIT Signaltransduktion ergeben.

**Schlüsselwörter:** gastrointestinale Stromatumoren, c-KIT, Imatinib Mesylat, Mutationen

## Epidemiologie

Mesenchymale Tumoren des Gastrointestinaltraktes wurden ursprünglich entweder als Tumoren der glatten Muskulatur (Leiomyome, Leiomyoblastome oder Leiomyosarkome) oder als Schwannome klassifiziert. 1983 prägten Mazur und Clark den Begriff der gastrointestinalen Stromatumoren als histogenetisch neutralen Ausdruck für die grosse Gruppe der mesenchymalen Tumoren des Gastrointestinaltraktes, welche weder auf einen glattmuskulären noch auf einen neurogenen Ursprung zurückgeführt werden konnten.

Seit 1998 werden gastrointestinale Stromatumoren als eigenständige Entität definiert und anerkannt (Hohenberger P et al. 2003). GIST sind mit 1 bis 3 Prozent aller gastrointestinalen Neoplasien selten, sie sind jedoch die häufigsten mesenchymalen Tumoren des Gastrointestinaltraktes. Die Inzidenz kann im Moment nur als Schätzwert angegeben werden, da das wichtigste Diagnosewerkzeug – die Immunhistochemie – erst seit wenigen Jahren routinemässig eingesetzt wird. Das mediane Alter bei Erkrankungsbeginn liegt zwischen 55 und 65 Jahren. Die Primärtumorlokalisation liegt im Magen mit 39 bis 70 Prozent, gefolgt vom Dünndarm (ausgenommen das Duodenum) mit 20 bis 35 Prozent, Kolon und Rektum mit 5 bis 15 Prozent und Ösophagus mit bis zu 5 Prozent. Keine Daten liegen für das Duodenum vor. Neben dem Gastrointestinaltrakt als Primärlokalisation ist zudem die extraintestinale Lokalisation in Omentum und Mesenterium in bis zu 9 Prozent der Fälle beschrieben. GIST variieren sehr stark hinsichtlich ihrer Grösse. So sind GIST mit einer Tumorgrosse von 1 bis über 20 cm im Durchmesser beschrieben. Mit zunehmender Tumorgrosse finden sich vermehrt Nekrosen, zystische

Degenerationen und Hämorrhagien. GIST sind meist umschriebene ungekapselte Tumoren, wenngleich gelegentlich eine Pseudokapsel besteht.

Die primären klinischen Symptome hängen von der Tumorgrosse und Lokalisation ab. Die Erstdiagnose erfolgt in bis zu 20 Prozent der GIST zufällig. Die häufigsten Symptome von GIST in Magen und Duodenum sind Schmerzen (50 bis 70 Prozent) und gastrointestinale Blutungen (20 bis 50 Prozent). Letztere jedoch selten akut, vielmehr als protrahierte gastrointestinale Blutung mit chronischer Anämie. Weitere Symptome finden ihre Ursache in Obstruktion und Perforation durch GIST. Im allgemeinen herrschen unpezifische Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und Gewichtsverlust vor.

## Histologie

Aufgrund der immunhistochemischen Untersuchungen vermuteten Hirota und Kindblom 1998, dass GIST ihren Ursprung von den interstitiellen Cajal-Zellen nehmen oder eine Differenzierung zu Cajal-Zellen vollziehen. Die Cajal-Zellen, nichtneuronale gastrointestinale Schrittmacherzellen, bilden ein komplexes Netzwerk, welches zwischen die autonomen Nerven und die glatte Muskulatur des Gastrointestinaltraktes geschaltet ist. Dieser Zellverband in der Wand des Gastrointestinaltraktes ist für die Regulation der intestinalen Motilität verantwortlich. Bei primären mesenchymalen Stromatumoren des Omentums sowie des Mesenteriums konnte gezeigt werden, dass diese das typische immunhistochemische Muster von GIST besitzen. Da jedoch Cajal-Zellen weder im Omentum noch im Mesenterium lokalisiert sind, wird davon ausgegangen, dass GIST von multipotenten intestinalen mesenchymalen Vorläuferzellen

stammen (Wang X et al. 2002). Die gastrointestinalen autonomen Nerventumoren (GANT) sind als ultrastrukturell neural differenzierte Variante den GIST zuzuordnen.

Histologisch weisen bis zu 70 Prozent der GIST ein spindelzelliges Zellmuster auf. In 20 Prozent der Fälle liegt ein epitheloider Typ vor. Weniger als 5 Prozent zeigen ein myxoides Stroma oder ein paragangliom- beziehungsweise karzinoid-ähnliches Wachstumsmuster.

Aufgrund der positiven Expression nicht nur von c-KIT und/oder CD34, sondern teils von myogenen und neurogenen Markern vermutete Newman 1991, dass GIST in verschiedene Untergruppen (myogen, neurogen, biphasisch, undifferenziert) eingeteilt werden könnten. Wang et al. hingegen forderten auf der Grundlage der Immunhistochemie eine Unterteilung der gastrointestinalen mesenchymalen Tumoren in die Gruppe der GIST (c-Kit und/oder CD34 Positivität, unabhängig von einer Coexpression von SMA und/oder S-100), der glattmuskulären Tumoren (nur SMA Positivität) und der Schwannome (nur S-100 Positivität). Sinnvoll erscheint dies im Hinblick auf das überwiegend benigne Verhalten glattmuskulärer Tumoren.

## c-KIT und weitere Immunhistochemie

Wichtigstes diagnostisches Kriterium, vor allem in Abgrenzung zu den Leiomyosarkomen, ist die Expression von CD 117 (c-KIT) (de Silva C, Reid R 2003). Mehr als 90 Prozent der Zellen in GIST zeigen eine starke zytoplasmatische Positivität. Bei manchen GIST jedoch sind nur 10 Prozent der Zellen KIT-positiv. C-KIT ist ein auf Chromosom 4q11-21 lokalisiertes Protoonkogen, welches für eine Typ-III-Rezeptor-Tyrosinkinase kodiert.

Als Ligand der Typ-III-Rezeptor-Tyrosinkinase wurde 1990 der sogenannte Stammzellfaktor (SCF) identifiziert. Neben Cajal-Zellen ist c-KIT auch auf zahlreichen anderen Zellen einschliesslich Knochenmarkstammzellen, Mastzellen, Melanozyten und Keimzellen nachweisbar. Die Interaktion zwischen dem Stammzellfaktor und dem c-KIT Protein ist entscheidend für die regelrechte Entwicklung der genannten Zellen. Entscheidend für die Pathogenese von GIST ist eine aktivierende Mutation („gain of function“) im Rezeptor, die in bis zu 90 Prozent der GIST nachweisbar ist. Am häufigsten betroffen ist das Exon 11 (bis 70 Prozent), welches für die juxtamembranöse Region kodiert. Mutationen in dieser Region führen zu einer Daueraktivierung der Tyrosinkinase durch ligandunabhängige Homodimerisation des Rezeptors. Damit erfolgt der normale Stammzellfaktorvermittelte Wachstumsstimulus unabhängig von einem extrazellulären Signal. Im Weiteren führt dies zu einer unkontrollierten Proliferation bei zudem bestehendem Schutz vor Apoptose. Seltener sind Mutationen im Exon 9, 13 und 17 oder das Fehlen einer Mutation (wild type). Patienten mit Mutationen in den genannten Exons haben häufiger Rezidive und eine höhere Mortalität als Patienten ohne Mutationen. Da c-KIT-Mutationen bereits in nahezu 85 Prozent der GIST mit einer Tumorgrosse unter 1 cm bestehen, wird angenommen, dass c-KIT-Mutationen sehr früh in der Entwicklung von GIST erworben werden. Mutationen des c-KIT-Gens werden ausser in GIST auch in Mastozytosen, Leukämien, kleinzelligen Lungenkarzinomen und Seminomen beobachtet.

Eine kleine Gruppe an GIST zeigen keine KIT Immunreaktion. Die Abwesenheit der CD117 Expression erschwert die sichere Diagnose eines GIST. In verschiedenen Publikationen konnte gezeigt werden, dass in KIT negativen GIST wahrscheinlich eine Mutation von PDGFRA (Exon 12 und 18), einer verwandten Rezeptor Tyrosinkinase, die zugrundeliegende genetische Veränderung ist (Debiec-Rychter M et al. 2004).

Immunhistochemisch kann zudem bei GIST in 70 Prozent der Fälle eine CD 34-Positivität nachgewiesen werden. Die Expression von Smooth muscle actin (SMA, 30 bis 40 Prozent) und S-100-Protein (10 Prozent) besitzt heute keine differentialdiagnostische Bedeutung mehr.

Die Expression von Desmin spricht eher

gegen das Vorliegen eines GIST, obwohl 1 Prozent aller GIST auch Desmin exprimieren. Die Bestimmung von p53, Bcl-2 und Cyclin D dient nicht zur zusätzlichen Prognoseabschätzung. Zur Prognose nach chirurgischer Resektion bleibt die Anzahl der Mitosen der aussagekräftigste Wert.

Zur Beurteilung der Proliferationsaktivität kann Ki67 verwendet werden (Nagasako Y et al. 2003). Neben Tumorgrosse und Mitoseindex wurde ein Ki67-Index von über 10 Prozent in GIST als unabhängiger prognostischer Indikator einer schlechten Prognose beschrieben. Als prognostischer Index scheint das Antigen Ki67, welches proliferierende Zellen in der G1-, S- und G2-Phase des Zellzyklus erkennt, zudem objektiver als der Mitoseindex zu sein. Darüberhinaus zeigen Rezidive einen zunehmend höheren Ki67-Index.

Als weiterer prognostischer Marker in GIST wurde CD44 postuliert (Montgomery E et al. 2004). Montgomery et al. konnten zeigen, dass eine CD44 Expression mit morphologischen Charakteristika von GIST mit niedrigem Risiko und einem günstigen klinischen Verlauf korreliert.

In den vergangenen Jahren war eine Aussage zur Prognose von GIST Patienten nur schwer möglich. Grund hierfür war eine fehlende klare Definition von GIST. Mittels KIT Expression konnte nicht nur eine eindeutigere Klassifikation erfolgen, sondern durch Ermittlung der KIT-Mutationen ist letztenendes in der Zusammenschau auch eine prognostische Aussage möglich.

**Klassifikation**

Da auch als benigne eingestufte GIST grundsätzlich c-KIT-Mutationen aufweisen, stellt sich die Frage, ob nicht alle GIST ein Metastasierungspotential besitzen. Diese Unsicherheit der Bewertung des biologischen Verhaltens der GIST zeigt sich in der aktuellen

Klassifikation. Die Bezeichnungen benigne/maligne werden durch die Einschätzung des Risikos in Bezug auf einen malignen Verlauf ersetzt. Dies erfolgt in Abhängigkeit von den histologischen Typen, der Mitosenzahl/HPF, dem c-KIT-Mutationstyps, der Tumorgrosse und dem Geschlecht (Singer S et al. 2002; Tabelle 1). Bei fortgeschrittenen GIST hängt die Prognose vom Vorhandensein eines Lokalrezidives oder von Metastasen ab. Hinsichtlich der Tumorlokalisation wird beobachtet, dass GIST des Magens (3-5:1) im Gegensatz zu denen des Ösophagus und des Kolons meist benigne in ihrem Verhalten sind.

Weitverbreitet und viel zitiert ist die Risikoklassifikation nach Fletcher. Berücksichtigt werden die zwei wichtigsten Prognosefaktoren – die Tumorgrosse und die Zahl der Mitosen (Fletcher C et al. 2002; Tabelle 2). Diese ist bezüglich des Risikos eines Rezidives innerhalb der 5-Jahresüberlebensrate aussagekräftig. Singer et al. (2002) ermittelten die wichtigsten unabhängigen Parameter rezidivfreien Überlebens bei GIST. Prognostisch ungünstig sind eine gemischte spindelzellig/epitheloide Zytomorphologie, >15 Mitosen/30 HPF, Punktmutation Exon 17, Deletion/Insertion Exon 11 und männliches Geschlecht. Gerade Patienten mit einer Deletion/Insertion des Exon 11 haben im Vergleich zu Patienten mit anderen Mutationen eine signifikant verminderte rezidivfreie Überlebenszeit. Prinzipiell jedoch gilt, dass jeder GIST als Läsion mit malignem Potential behandelt werden sollte. Denn auch morphologisch benigne erscheinende Tumoren mit niedrigen Proliferationsparameter besitzen die Fähigkeit zur Metastasierung und Rezidivbildung. Zudem weist etwa die Hälfte der Patienten mit GIST bei Diagnose bereits Fernmetastasen auf. Diese sind vorzugsweise in Leber (40 bis 56 Prozent) und Peritoneum

Prognose	Günstig	Intermediär	Ungünstig
Histologischer Typ	spindelzellig	epitheloidzellig	gemischter Typ
Mitosenzahl/HPF	< 3	> 3 - < 15	> 15
C-Kit-Mutationstyp	Missense Mutation Exon 11	Deletion, Insertion Exon 11	Mutationen Exon 9 oder 13
Tumorgrosse	< 5 cm	5 – 10 cm	> 10 cm
Geschlecht	weiblich		männlich

Tabelle 1: Primärtumorcharakteristika mit unterschiedlicher Diagnose

(11 bis 40 Prozent) lokalisiert. Lokalisationen wie Lunge und Knochen sind weitaus seltener. Sehr selten sind Metastasen in den regionären Lymphknoten. Insgesamt liegt in verschiedenen Studien das rezidivfreie Überleben bei ungefähr 50 Prozent der Patienten.

### Molekulargenetik und Imatinib Mesylat

In den gegenwärtigen Modellen kristallisieren sich folgende Hypothesen:

- Signalwege, welche durch KIT Onkoproteine aktiviert wurden, modifizieren entscheidende Aspekte des Phänotyps von GIST Zellen hinsichtlich Differenzierung, Adhäsion, apoptotischer und mitogener Aktivität,
- die durch onkogene KIT aktivierten Signalwege unterschieden sich von denen nicht neoplastischer Zellen,
- die jeweiligen durch KIT Onkoproteine aktivierten Signalwege variieren in Abhängigkeit von Ort und Art der KIT Mutationen von GIST zu GIST,
- entscheidende klinisch-pathologische und biologische Parameter wie die apoptotische und mitogene Aktivität, das Metastasierungspotential und die Reaktion auf STI-571 werden durch die Sequenz und Struktur von KIT beeinflusst (Heinrich M et al. 2002).

KIT Onkoproteine werden früh in der Tumorigenese nachgewiesen. Bei metastasierten GIST war dies nach fehlendem therapeutischen Erfolg mit Chemo- und Radiotherapie der erfolgversprechende Therapieansatz. Die Therapie mit KIT Kinase Inhibitor Imatinib Mesylat (STI571, Gleevec®) ist sowohl in GIST mit KIT, als auch mit PDGFRA Mutationen effizient (Duffaud F, Blay J 2003). Imatinib Mesylat ist zur Behandlung der CML entwickelt worden. Die Wirkung ist durch eine selektive Blockade der Aktivität der PDGFR, ABL und KIT Rezeptor Tyrosinkinase bedingt. Dabei kommt es zu einer kompetitiven Bindung der Adenosin-triphosphat-Bindungsstelle der katalytischen Domäne.

GIST können jedoch Resistenzen gegen Imatinib entwickeln. Solche Resistenzen entwickeln sich vermutlich aufgrund neu erworbener Mutationen des KIT-Onkoproteins. Ebenso denkbar wären zugrundeliegende erworbene Mutationen anderer Proteine in der noch wenig bekannten onkogenen KIT Signaltransduktion (Sattler M et al. 2004). Hier bieten sich möglicherweise zusätzliche therapeutische Angriffspunkte.

Neben onkogenen KIT Mutationen in Exon 9 und 11, welche für extra- oder intrazelluläre juxtamembranöse Regionen kodieren, sind Mutationen in Exon 13 oder 17, welche für Teile der Kinasedomäne kodieren sehr viel seltener. Der phosphorylierte KIT Rezeptor stimuliert intrazelluläre Signalwege, wie zum Beispiel RAS/RAF/MAPK und PI3-K/AKT, welche Zellproliferation, Adhäsion, Apoptose und Differenzierung kontrollieren (Duensing A et al. 2004).

Ungeachtet des genomischen Mechanismus der Aktivierung zeigt sich in den meisten GIST eine Tyrosinphosphorylierung.

### Zytogenetik

Das zytogenetische Profil von GIST unterscheidet sich deutlich von dem der Leiomyome und Leiomyosarkome. GIST zeichnen sich durch Monosomien der Chromosomen 14 und 22 oder durch eine Deletion von 1p (Chen Y et al. 2004). Da jedoch nur eine kleine Zahl der neoplastischen Zellen eines GIST diese zytogenetischen Aberrationen zeigen, könnte dies ebenso als eine nach onkogener KIT-Mutation sekundär erworbene Veränderung gesehen werden. Darüberhinaus besitzen manche GIST aktivierende KIT-Mutationen, ohne dass eine zytogenetische Aberration vorliegt. Möglich wäre demnach, dass KIT-Punktmutationen den neoplastischen Prozess in vielen GIST initiieren. Zytogenetische

Aberrationen hingegen könnten für die biologische und klinische Progression eine entscheidende Rolle spielen. So ist es nicht verwunderlich, dass „benigne“ GIST oft einen normalen Karyotyp oder einen isolierten Verlust des Chromosoms 14 aufweisen. In „Borderline“ GIST hingegen finden sich neben dem Verlust des Chromosoms 14 oft begleitend der Verlust von 1p, 9p, 11p oder 22q. „Maligne“ GIST besitzen mindestens 3 der genannten chromosomalen Deletionen. Daraus folgerten Heinrich et al. in Anlehnung an die zusätzlichen zytogenetischen Veränderungen in CML, dass pathogenetische Mechanismen einer klinischen Progression zugrunde liegen. Insgesamt zeigen GIST jedoch bei weitem nicht ein solch komplexes Muster chromosomaler Veränderungen wie sie in den differentialdiagnostischen Tumoren vorliegen.

### Peptidrezeptoren – ein neuer therapeutischer Ansatz

Wegweisend bezüglich neuer therapeutischer Ansätze ist der Nachweis einer Expression von Peptidrezeptoren in GIST (Reubig J et al. 2004). Bombesin-Rezeptoren (BB2-Subtyp, Gastrin-releasing peptid), Cholecystokinin-2-Rezeptoren, vasoaktive intestinale Peptid-Subtyp-2-Rezeptoren zeigen eine sehr hohe Inzidenz in GIST. Die Rezeptorexpression korreliert nicht mit einem der anderen Tumorcharakteristika. Dies ermöglicht nicht nur die Verwendung radiomarkierter Analoga von Bombesin, vasoaktivem intestinalem Peptid oder Cholecystokinin zur Lokalisation der GIST mittels Szintigrafie, sondern eröffnet alternativ eine mögliche gezielte Radiotherapie. Gerade für Imatinib Mesylat resistente GIST muss sich in den nächsten Jahren zeigen, ob dies diagnostisch und therapeutisch eine Alternative zur Therapie mit Imatinib Mesylat werden kann.

Risikogruppe	Tumorgröße	Anzahl Mitosen
Sehr niedriges Risiko	< 2 cm	< 5/50 HPF
Niedriges Risiko	2 - 5 cm	< 5/50 HPF
Intermediäres Risiko	< 5 cm 5 - 10 cm	6 - 10/50 HPF < 5/50 HPF
Hohes Risiko	> 5 cm > 10 cm jede Größe	> 5/50 HPF jede Zahl > 10/50 HPF

Tabelle 2: Risikoklassifikation nach Fletcher 2002

Korrespondenzführende Anschrift:  
Tanja Gradištanac  
Institut für Pathologie  
der Universität Leipzig  
Liebigstraße 26  
04103 Leipzig  
Tel: 0341 97 -15034  
Fax: 0341 97 - 15009

E-Mail: tanja.gradistanac@medizin.uni-leipzig.de

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Stadt Leipzig im Herbst 2004

Am 3. November 2004 trafen sich auf Einladung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig insgesamt 210 Kolleginnen und Kollegen zum Teil mit ihren Partnern zu einem gemeinsamen Kaffeetrinken im Renaissancehotel Leipzig. Mit Spannung erwartet wurde der angekündigte Vortrag von Herrn Ordinariatsrat Christoph Pötzsch, Bistum Dresden-Meißen, „Mord in der Thomaskirche zu Leipzig“. Brilliant entführte der Vortragende das Kollegium in die sächsische Geschichte. Er widmete sich vorwiegend den so genannten „vergessenen Wettinern“, das heißt nicht den bekannten Lichtgestalten der Fürstenhäuser sondern deren Verwandten, die für das Herrscheramt nicht in Frage kamen – aber doch Geschichte schrieben.

So begegnete uns noch einmal Graf Dedo von Groitzsch – Sohn des Konrad von Wettin. Bekannt war er durch unseren Seniorenausflug im Mai 2004 zur Wechselburg als Stifter des Augustiner Chorherrenstiftes „Zschillen“ und des bis heute erhaltenen bedeutenden Bauwerkes – der Pfeilerbasilica, wo wir die Grabplatte des Grafen Dedo und seiner Ehefrau sahen. Nun erfuhren wir etwas zu seiner persönlichen Geschichte. Er wurde wegen seiner mächtigen Körperfülle auch der „Feiste“ genannt. Nichtsdestoweniger hatte er den dringenden Wunsch, seinen König – Heinrich den IV – zu Pferde nach Rom zu begleiten. Als dieser ihm – bezogen auf Konditionsschwäche infolge seines Übergewichtes und auch wegen des „armen Pferdes“ – die Bitte

abschlug, entschloss sich Dedo zu einer Rosskur. Er befahl seinem Leibarzt eine kosmetische Operation – nämlich sein überflüssiges Fett und Fleisch abzuschneiden. Der Eingriff misslang und so starb der bekannte Stifter am 16. 8. 1190.

Wir hörten auch die traurige Geschichte der Anna v. Oranien (1544 bis 1577), der Tochter des bedeutenden wettinischen Fürsten Moritz. Nach dem frühen Tod ihres Vaters wuchs Anna unter der Obhut ihres kinderreichen Onkels – dem Kurfürsten August – auf. Baldmöglichst sollte sie verheiratet werden. Die Bewerbung des Sohnes (Erich) des schwedischen Königs v. Wasa schlug fehl, da das Porträt Annas dem schwedischen Hof nicht gefiel. 1561 fand dann doch die prunkvolle Hochzeit Annas mit Wilhelm v. Oranien in Leipzig statt. Anna passte sich dem lockeren Leben am Hof der Oranier an. Aber ihre Dominanz und wohl auch ein zänkisches Wesen ließen die Ehe scheitern. Anna floh vor den spanischen Invasoren nach Köln. Hier wurde der Rechtsanwalt Dr. Jahn Rubens, der für ihr Eigentum verantwortlich war, ihr Geliebter und Vater ihres unehelichen Kindes. Jahn Rubens kam in Kerkerhaft. Interessant ist, dass seine Ehefrau ihm verzieh und ihn loskaufte. Beide bekamen ein weiteres Kind – Peter Paul Rubens! Seit 1572 lebte Anna im Dresdner Schloss hinter Gittern. Ihre Ehe wurde geschieden. Sie bekam Wahnvorstellungen und die ehemalige sächsische Herzogin starb verwirrt und einsam im 33. Lebens-

jahr – so wie es ein Horoskop bei ihrer Geburt vorausgesagt hatte.

Nun aber zum Mord in der Thomaskirche zu Leipzig. Im Jahr 1307, nach Beendigung des Gottesdienstes in der Thomaskirche in der Heiligen Nacht, fand ein Kirchendiener eine in sich versunkene, unbewegliche Gestalt in einer Blutlache mit einem Dolch im Rücken. Es war der Wettiner Fürst Diezmann (1260 bis 1307), der jüngere Bruder des Landesherrn – des Markgrafen Friedrich. Das Volk deutete den Mord an Diezmann als Strafe Gottes für seine schreckliche Tat. Aufgeklärt wurde der Mord nie. Aber was hatte Diezmann getan? Die Brüder Friedrich und Diezmann litten unter ihrem genussüchtigen, gewalttätigen Vater – „Albrecht dem Entarteten“ – dem Regenten über Gebiete Thüringens und des Umlandes von Leipzig und Chemnitz. Wegen Vernachlässigung ihres Landes und infolgedessen einer Bedrohung durch den Kaiser, entmachteten die Söhne ihren Vater. Sie stellten sich den rauflustigen und plündernden kaiserlichen Truppen (überwiegend Schwaben). Diese waren über Hof, Plauen, Zwickau und Altenburg in das Leipziger Land gekommen. Auf ihrem Wege hatte ihnen der Abt des Jakobsklosters in Pegau Unterkunft und Verpflegung gewährt. Friedrich und Diezmann gewannen mit Unterstützung einer Reiterschaft aus Braunschweig die blutige Schlacht. Die kaiserlichen Truppen wurden in die Flucht geschlagen und mussten noch die Rache der vorher gepeinigten Bevölkerung ertragen. So hatten Friedrich und Diezmann die Wettiner Herrschaft gesichert. Aber Diezmann verzieh dem Pegauer Abt nicht die gute Betreuung der kaiserlichen Truppen vor der Schlacht. Er überfiel am 21. Juli 1307 das Kloster und zerstörte es. Nun richtete sich der Volkszorn auf ihn. Wenige Monate später fand man Diezmann erstochen in der Thomaskirche. Beigesetzt wurde er zunächst in der Pauliner Kirche. 1834 erhielt er eine neue Tumba (gestaltet von E. Rietschel). Bei Zerstörung der Paulinerkirche auf Befehl Walter Ulbrichts kam die Grabplatte Diezmanns in die Thomaskirche – dorthin, wo man ihn ermordet hatte. Die anschaulich erzählten Daten der sächsischen Geschichte boten bei Kaffee und Kuchen eine gute Diskussionsgrundlage für die Kollegen und wieder einmal hatte man einen ausgesprochen interessanten Nachmittag erlebt.

Prof. Dr. Ingrid Raue





## Von „heilpraktikernden Hämopathen“ und anderen Exoten im deutschen Gesundheitswesen



Hahnemann-Denkmal Leipzig

Immer wieder erstaunt den klassisch homöopathisch arbeitenden Arzt, wie wenig über die Homöopathie bei Kollegen bekannt ist und wie viel trotzdem darüber geurteilt wird. Diese zugegebenermaßen etwas provokante Überschrift stammt aus Überweisungen von Kollegen und ärztlichen Berichten.

Wir, die Gesellschaft homöopathischer Ärzte in Sachsen, haben es uns zur Aufgabe gemacht, Ärzte in Homöopathie aus- und weiterzubilden und das Wissen über die Homöopathie zu verbreiten.

Unserer Meinung nach sollte es für jeden sächsischen Arzt selbstverständlich sein, über die Homöopathie zumindest in ihren Grundzügen und geschichtlichem Kontext Bescheid zu wissen.

Anlass für den Artikel zum jetzigen Zeitpunkt ist einmal die vom Deutschen Ärzteblatt angeregte Pluralismuskonversation in der Medi-

zin, zum anderen der 250. Geburtstag von Samuel Hahnemann, des Begründers der Homöopathie, am 10. 4. 2005.

Wir möchten Sie schon jetzt zu der Festveranstaltung am 10. 4. 2005 nach Meißen, in Hahnemanns Geburtsstadt, einladen. Von der Initiativgruppe des Dialogforums Medizinischer Pluralismus wird Herr Prof. Robert Jütte anwesend sein und seine neue Hahnemannbiographie vorstellen. Herr Dr. A. Saine aus Kanada referiert über die Entwicklung der Homöopathie in den USA im 19. Jahrhundert, dabei begegnen uns mit Konstantin Hering aus Oschatz und Adolph zur Lippe aus See bei Görlitz zwei große sächsische Pioniere der Medizin. Deren Erfolge bei der Behandlung schwerster Krankheitsbilder wie Diphtherie, Typhus, Gelbfieber usw., die A. Saine anhand von etwa 600 Fällen dokumentieren konnte, überzeugte die Universität von Connecticut im Jahre 2002 einen Lehrstuhl für Homöopathieforschung zu begründen.

Weitere Referenten werden u.a. Herr Dr. Manfred von Ungern Sternberg und Frau Nandita Shah aus Indien sein.

Die Schirmherrschaft hat der Ministerpräsident von Sachsen, Herr Prof. Milbradt, übernommen.

Im Vorfeld der Festveranstaltung gibt es am 8. und 9. April 2005 ein Seminar mit Andre Saine. Es wird die homöopathische Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen aus seiner umfangreichen Praxis in Montreal und jene historischen Fälle von Lippe und Hering zum Gegenstand haben.

Vielleicht nutzen Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, unsere Veranstaltung als einen „Schnupperkurs“, um diese faszinierende Heilwissenschaft kennen zu lernen. Bei weiterem Interesse bieten wir jeweils im Frühjahr und im Herbst einwöchige Weiterbildungen zur Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ an. Nähere Informationen dazu im Internet unter [www.homoeopathie-sachsen.de](http://www.homoeopathie-sachsen.de) oder unter unten angegebener Adresse.

Weiterhin möchten wir, als erfahrene Ärzte in beiden Heilweisen, der „Schulmedizin“ und Homöopathie, mit Ihnen in Dialog treten. Die Homöopathie leistet einen substantiellen Beitrag in der Akutbehandlung wie in der Therapie der chronischen Krankheiten. Sie ist effizient, kostengünstig und mit 5000 Ärzten mit Zusatzbezeichnung Homöopathie in Deutschland flächendeckend verfügbar.

Unser Dachverband ist der Deutsche Zentralverein Homöopathischer Ärzte in Deutsch-

land und besteht seit 1829. Er ist damit der älteste deutsche Ärzteverein.

Auf gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen wollen wir miteinander zum Wohle unserer Patienten kooperieren.

Zur Einstimmung und als Zeichen für eine effektive Zusammenarbeit möchte ich Ihnen folgenden kleinen Fall schildern.

Anfang Mai 2004 kommt ein Sänger in meine Praxis. Er hat seit Dezember 2003, also seit etwa einem halben Jahr, Probleme mit der Stimme. Er reiste quer durch Deutschland zu drei HNO-Zentren.

An der rechten Stimmlippe befindet sich ein Polyp, dieser sollte am 30. April an der Charité operiert werden, die Operation musste aufgrund anatomischer Gegebenheiten abgebrochen werden. Da seine Karriere auf dem Spiel stand, suchte der Patient im Internet nach alternativen Behandlungsmethoden. In Absprache mit seinen behandelnden Ärzten wurde eine homöopathische Behandlung erwogen und ihm die Adresse eines ortsansässigen homöopathischen Arztes versorgt.

Bei der homöopathischen Erstanamnese stellt sich heraus, dass die Beschwerden mit einer Überlastung der Stimme in Zusammenhang mit einer Erkältung im Dezember 2003 begannen, hinzu kam wohl auch wie ein Bekannter es ausdrückte, der „Schiss vor dem großen Auftritt“.

Verstärkt wurde die Heiserkeit dann nach einem schweren Autounfall Ende Januar.

Die Repertorisation der Symptome: „Beschwerden durch Erwartungsspannung“, „Beschwerden durch Schreck“, „Heiserkeit durch Singen“, die „Entzündung des Kehlkopfs bei Sängern“ und die „Polypen am Kehlkopf“ deckt einzig *Argentum nitricum* ab. Der Patient erhält es am 10. 5. 2004 in der C 30, die HNO-ärztliche Untersuchung am 01. 06. 2004 ergab, dass sich der Polyp fast vollständig zurückentwickelt hatte. Bis heute (15. 11. 2004) war keine Wiederholung des Mittels nötig.

Solche Heilungsmöglichkeiten, bei denen der ganze Mensch gesundet, sind ein Grund, weshalb die Anzahl der Homöopathischen Ärzte immer größer wird.

Also dann, auf ein Wiedersehen in Meißen 2005.

Dr. med. Silke Meisel  
2. Vorsitzende der Gesellschaft Homöopathischer  
Ärzte in Sachsen  
Blumenstraße 92, 01307 Dresden

## Albert Neisser (1855 – 1916) zum 150. Geburtstag

„Was machen Sie eigentlich in den schönen Morgenstunden von 12.00 Uhr bis 7 Uhr?“ fragte Albert Neisser seine Assistenten, wenn sie mit einer ihnen übertragenen Arbeit nicht vorwärts kamen, denn für ihn selbst galt die Devise: „Das Leben wäre ja scheußlich langweilig, wenn man nicht so viel zu arbeiten hätte“. Fleiß und Selbstdisziplin, Energie und Konzentration, Dynamik und Faszination den Menschen gegenüber gehörten zu den bestimmenden Eigenschaften von Albert Neisser. Mit 24 Jahren entdeckte er als junger Assistent an der Breslauer Hautklinik den Gonococcus, ein Jahr später habilitierte er in Leipzig und wurde zum Privat-Dozenten ernannt. Mit 27 Jahren wurde er zum Direktor der Hautklinik Breslau und außerordentlichen Professor berufen. Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit galt sein Bemühen dem Bau einer neuen Hautklinik, die er 1892 eröffnen konnte. Die Klinik umfasste Zimmer für 95 Patienten und wies für die Zeit alle modernen Therapieoptionen auf. Die Laboratorien waren für mikroskopische, bakteriologische und experimentelle Arbeiten eingerichtet. Albert Neisser hatte französische Anregungen aufgenommen und begründete eine der ersten deutschen Moulagen-sammlungen.

Die neue Klinik wurde zu einem Ausbildungszentrum mit hoher Anziehungskraft für Assistenten aus Deutschland und dem Ausland. Der kleinen Zahl von Klinikassistenten stand eine große Gruppe von ca. 200 Gastärzten gegenüber, die zur Ausbildung an die moderne Klinik kamen. 17 Direktoren von



Albert Neisser  
Ölgemälde von Fritz Erler, Hautklinik der  
Medizinischen Akademie Wroclaw

Universitäts-Hautkliniken und 18 Chefärzte von städtischen, überwiegend neu gegründeten Hautabteilungen sind aus der „Breslauer Schule“ hervorgegangen. Das unterstreicht, dass Neisser zu den entscheidenden Gründern einer eigenständigen, deutschen Dermatologie gerechnet werden kann.

Das Jahr 1907 wurde zu einem Höhepunkt seiner akademischen Laufbahn. Albert Neisser erhielt das erste ordentliche Ordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Deutschland. Sein wissenschaftlicher Einsatz galt in erster Linie den epidemiologisch bedeutsamen Krankheiten Gonorrhoe, Syphilis, Lepra und Tuberkulose. Neben der Entdeckung des Gonococcus 1879 führte A. Neisser als einer der ersten Autoren Silbersalze, speziell die Silber-Eiweiß-Verbindung Protargol, in die Therapie der Gonorrhoe ein. Ebenfalls 1879 gelang Neisser die färberische Darstellung des Leprabacillus, der 1873 von dem Norweger Armauer Hansen erstmals beschrieben worden war. In Bezug auf die Syphilis führte Albert Neisser 1905 und 1907 zwei ausgedehnte Forschungsreisen nach Java durch, wo er in Impf- und Therapieversuchen an Hunderten von Affen Einzelheiten des klinischen Verlaufs und die fehlende Immunität nach Behandlung aufklärte. 1906 erarbeitete er die nach den Entdeckern benannte Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion zur Diagnostik der Syphilis. Bei der zu starken Entstellungen führenden Hauttuberkulose bemühte er sich um die schnelle Einführung der neuen Therapiemethoden und setzte alle seine Kräfte für die Resozialisierung der Lupuskranken ein. Beispielfhaft beschäftigte er in seiner Klinik eine Vielzahl von Lupuskranken.

Das Verständnis für notwendige Organisationsformen bewies er als Mitbegründer der „Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“ im Jahre 1889 und der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ im Jahre 1902.

Die Weite von Neissers Persönlichkeit schloss eine große Liebe zur Kunst ein. Er war ein Freund der Musik und Malerei, musizierte gemeinsam mit seiner Frau und besuchte nach Möglichkeit alle herausragenden Konzert- und Opernaufführungen in Breslau, Dresden und Berlin, München und Bayreuth. Als Vorstandsmitglied des Breslauer Orchester-Vereins setzte er sich für die Aufführung von Werken zeitgenössischer Komponisten wie Gustav Mahler, Richard Strauß und Max Reger ein. Mit dem Maler Fritz Erler (1868 bis 1940)

verband Albert Neisser eine tiefe Freundschaft. Die Hautklinik Wroclaw bewahrt eines der von Erler gemalten Porträts (Abb. 1). Der aus Schlesien stammende Erler hatte seine malerische Ausbildung in Berlin, München und Paris erhalten. Er gehörte zu den wichtigsten Vertretern der Stilkunst um 1900 in Deutschland.

Für das private Wohnhaus, das sich Neisser 1898 in Kliniknähe im Scheitniger Park (Szczytnicke Park) von dem Münchner Architekten F.L. Mayer erbauen ließ, entwarf Fritz Erler die gesamte Ausgestaltung bis ins kleinste Detail, von den Wandgemälden über die Lampenträger bis zu den Türbeschlägen. Die Neisser-Villa wurde im 2. Weltkrieg zerstört. Die Kunstsammlung der Neissers wurde von den Nationalsozialisten wegen der „nicht-arischen Herkunft“ der Öffentlichkeit entzogen. Der Verbleib der Kunstschatze ist bis auf Einzelstücke unbekannt.

Albert Neisser bleibt uns mit seiner vielfältigen Ausstrahlung als Arzt, Wissenschaftler, Forscher, Lehrer und Kunstfreund ein Vorbild.

### Neisser-Symposium in Wroclaw/Breslau 27. bis 29. Mai 2005

Aus Anlass des 150. Geburtstages des ehemaligen Direktors der Breslauer Hautklinik, Albert Neisser, führt die Hautklinik der Medizinischen Akademie Wroclaw in Verbindung mit dem Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden ein internationales Neisser-Symposium durch.

Am Freitag, dem 27. Mai 2005 wird eine Festsetzung mit Ehrengästen und Reden zur historischen Bedeutung des Lebens und Wirkens von Albert Neisser in der Aula Leopoldina der Universität Wroclaw stattfinden. Am Samstag, dem 28. Mai 2005, ist die unzerstörte Hautklinik Albert Neissers mit Hörsaal, Bibliothek und Moulagensammlung der Tagungsort. Vorträge zur aktuellen Dermatologie werden mit einer Posterausstellung zur Geschichte der Klinik verbunden. Im Nationalmuseum Wroclaw wird eine Kunstausstellung zur Sammlung „Toni und Albert Neisser“ eröffnet.

Anmeldungen für die Teilnahme erbeten unter: [www.info.am.wroc.pl/neisser](http://www.info.am.wroc.pl/neisser)

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz  
Institut für Geschichte der Medizin  
der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus  
der Technischen Universität Dresden,  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

# Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

04.02.	<b>60 Jahre</b> Geisler, Adam 04159 Leipzig	16.02.	Vogel, Krista 02627 Weißenberg	12.02.	Dr. med. Eisold, Manfred 09669 Frankenberg/Sachsen
04.02.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Häusler, Hans-Jürgen 04316 Leipzig	17.02.	Dr. med. Naßler, Hannelore 01705 Freital	18.02.	Dr. med. Arnold, Peter 09456 Annaberg
05.02.	Huhle, Erltraut 01157 Dresden	17.02.	Dr. med. Steuber, Joachim 04299 Leipzig	19.02.	Dr. med. Münch, Heinz 08209 Auerbach
05.02.	Dr. med. Weiner, Diana 01324 Dresden	17.02.	Dr. med. Stockklauser, Rainer 04177 Leipzig	20.02.	Dr. med. Kochan, Erhard 02692 Döberritzsch
07.02.	Dr. med. Naumann, Peter 04425 Taucha	18.02.	Dr. med. Schmidt, Gerlinde 04129 Leipzig	22.02.	Dr. med. Geikler, Helmut 04129 Leipzig
08.02.	Dr. med. Berthold, Frank 01731 Kreischa	18.02.	Dr. med. Thomas, Heinz-Peter 01768 Glashütte	22.02.	Dr. med. Seifert, Bodo 01662 Meißen
08.02.	Dr. med. Vogel, Erika 04299 Leipzig	19.02.	Krones, Helga 08209 Auerbach	25.02.	Dr. med. Böhme, Hella 01277 Dresden
09.02.	Dr. med. Cerpinsky, Gunnar 08459 Neukirchen	19.02.	Dr. med. Wölflick, Albin 08352 Pöhlitz		<b>80 Jahre</b>
13.02.	Dr. med. Mikulin, Hans-Dieter 01445 Radebeul	21.02.	Dr. med. Heckmann, Ute 04229 Leipzig	16.02.	Dr. med. Löffler, Herbert 08280 Aue
14.02.	Seidel, Werner 01589 Riesa	21.02.	Dr. med. Kockstroh, Wolfgang 01259 Dresden	16.02.	Dr. med. Stephan, Christine 04103 Leipzig
15.02.	Steinbach, Helga 08132 Thurm	21.02.	Dr. med. Schneider, Reina 08141 Reinsdorf b. Zwickau	18.02.	Prof. Dr. med. habil. Crasselt, Carl 01324 Dresden
21.02.	Dipl.-Med. Lawonn, Dieter 04668 Grimma	22.02.	Dr. med. Knabe, Renate 08280 Aue	18.02.	Dr. med. Schmiedel, Annelies 01326 Dresden
22.02.	Dr. med. Rössel, Frank 01069 Dresden	22.02.	Prof. Dr. med. habil. Vitzthum, Hans-Ekkehart 04103 Leipzig	19.02.	Dr. med. Adam, Marliese 08058 Zwickau
22.02.	Dr. med. Seidel, Gernot 08058 Zwickau	22.02.	Dr. med. Winter, Bernd 09114 Chemnitz		<b>81 Jahre</b>
25.02.	Dr. med. Bauer, Barbara 08309 Eibenstock	23.02.	Dr. med. Wenzel, Hans-Jürgen 01774 Höckendorf	01.02.	Hübner, Gertraud 04319 Leipzig
25.02.	Fischer, Sieglinde 09350 Lichtenstein	25.02.	Jaschke, Wolfgang 01279 Dresden	08.02.	Dr. med. Gräßer, Annelies 04157 Leipzig
27.02.	Dr. med. Wünschmann, Klaus-Otto 01814 Bad Schandau	27.02.	Dr. med. Petzold, Gerd 09123 Chemnitz	18.02.	Böttcher, Werner 04279 Leipzig
28.02.	Dr. med. Lange, Rainer 09232 Hartmannsdorf	29.02.	Dr. med. Faßbender, Ute 01309 Dresden		<b>82 Jahre</b>
28.02.	Weber, Kristina 01309 Dresden	29.02.	Dr. med. Menz, Lothar 09661 Striegistal	24.02.	Dr. med. Kunze, Irmgard 08258 Wernitzgrün
		29.02.	Mittenzwei, Peter 09376 Oelsnitz		<b>83 Jahre</b>
01.02.	<b>65 Jahre</b> Dr. med. Herberger, Barbara 04288 Leipzig	29.02.	Dr. med. Zimmermann, Jürgen 04299 Leipzig	07.02.	Dr. med. Kreihs, Werner 02708 Löbau
01.02.	Dr. med. Tautenhahn, Hildegund 01217 Dresden				<b>84 Jahre</b>
02.02.	Dr. med. Ehrig, Ernst 08064 Zwickau	01.02.	<b>70 Jahre</b> Götze, Helga 04838 Eilenburg	06.02.	Prof. Dr. med. habil. Seyfarth, Harro 04288 Leipzig
02.02.	Dr. med. Lehmann, Anne-Lore 01809 Heidenau	01.02.	Dr. med. Tischler, Linda-Maria 04155 Leipzig	10.02.	Dr. med. Schmeiser, Marianne 01219 Dresden
02.02.	Dr. med. Zschuckelt, Roselies 04838 Sprotta-Siedlung	02.02.	Dr. med. Schumacher, Maria 01217 Dresden	13.02.	Dr. med. Ahnert, Friedrich 04109 Leipzig
03.02.	Dr. med. Köhler, Helga 01307 Dresden	03.02.	Dr. med. Notzke, Marianne 02828 Görlitz	13.02.	Dr. med. Kluge, Helmut 01067 Dresden
03.02.	Dr. med. Reinicke, Peter 07985 Elsterberg	03.02.	Dr. med. Schneider, Gerd 01326 Dresden	23.02.	Dr. med. Klöppel, Eva 04275 Leipzig
06.02.	Dr. med. Günther, Bernd 01877 Bischofswerda	06.02.	Dr. med. Keller, Hans-Peter 04288 Leipzig	26.02.	Dr. med. Berlin, Krista 01069 Dresden
06.02.	Dr. med. Kellner, Isolde 04229 Leipzig	08.02.	Dr. med. Zetzsche, Jochen 04720 Döbeln		<b>85 Jahre</b>
07.02.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Horn, Klaus 01326 Dresden	15.02.	Dr. med. Alberts, Hannelore 04277 Leipzig	15.02.	Dr. med. Franck, Gerhard 08349 Erlabrunn
07.02.	Klipphahn, Ilka 08645 Bad Elster	15.02.	Dr. med. Riegel, Ursula 09130 Chemnitz	16.02.	Dr. med. Fischer, Helmut 04564 Böhlen
07.02.	Dr. med. Liewers, Christine 01454 Großerkmannsdorf	16.02.	Prof. Dr. med. habil. Marré, Marion 01157 Dresden	29.02.	Dr. med. Kerber, Jürgen 09114 Chemnitz
08.02.	Dr. med. Brunner, Eckhard 04177 Leipzig	16.02.	Noack, Hannelore 02730 Ebersbach		<b>87 Jahre</b>
09.02.	Dr. med. Geipel, Helmut 08371 Glauchau	18.02.	Dr. med. Fischer, Walter 04552 Borna	26.02.	Dr. med. Dörr, Wilmar 04860 Torgau
09.02.	Dr. med. Teßmar, Ute 02763 Zittau	19.02.	Dr. med. Küttler, Ursula 08523 Plauen		<b>89 Jahre</b>
10.02.	Bohne, Wolfram 04668 Grimma	23.02.	Dr. med. Bressau, Manfred 08393 Meerane	17.02.	Nawka, Joachim 02627 Radibor
11.02.	Dr. med. Lischke, Jürgen 01612 Diesbar-Seußlitz	23.02.	Dr. med. Kluge-Franke, Helga 09482 Oberwiesenthal	29.02.	Prof. Dr. sc. med. Sachsenweger, Rudolf 04277 Leipzig
11.02.	Dr. med. Wenzel, Waltraud 04275 Leipzig	23.02.	Dr. med. Schäffner, Jörg 04668 Grimma		<b>90 Jahre</b>
12.02.	Dr. med. Keßner, Bernd 01683 Nossen	24.02.	Dr. med. Knorn, Marianne 01445 Radebeul	03.02.	Dr. med. Krause, Helmut 09111 Chemnitz
12.02.	Dr. med. Pürsten, Barbara 08371 Glauchau	24.02.	Dr. med. Kuschwitz, Horst 08547 Plauen		<b>92 Jahre</b>
14.02.	Grzenia, Gerhard 04315 Leipzig	24.02.	Dr. med. Maschke, Peter 04720 Döbeln	18.02.	Dr. med. Dr. med. dent. Becker, Heinz 08371 Glauchau
15.02.	Priv.-Doz. Dr. sc. med. Böhme, Bernd 01326 Dresden	24.02.	Taubert, Günter 01855 Sebnitz		<b>93 Jahre</b>
15.02.	Dr. med. Löffler, Falk 01309 Dresden	26.02.	Prof. Dr. med. habil. Flach, Michael 01324 Dresden	20.02.	Dr. med. Kunzmann, Annie 04460 Kitzen
15.02.	Dr. med. Schmidt, Christel 08056 Zwickau				<b>94 Jahre</b>
16.02.	Dr. med. Gerlach, Gisela 01217 Dresden	08.02.	<b>75 Jahre</b> Dr. med. Mauroschat, Luise 09120 Chemnitz	01.02.	Dr. med. Seefried, Johannes 01465 Dresden
		09.02.	Dr. med. Lange, Ruth 08499 Mylau		

## Nachruf für Dr. med. Erhard Kochan

\* 20. 2. 1930  
† 23. 10. 2004



Am 23. Oktober 2004 hat sich der Lebenskreis des vormaligen Chefarztes der Medizinischen Klinik und Ärztlichen Direktors des Kreiskrankenhauses Bautzen Dr. Erhard Kochan im 75. Lebensjahr geschlossen.

Erhard Kochan wurde am 20.2.1930 in Klettwitz geboren, legte 1948 in Senftenberg das Abitur ab und studierte von 1949 bis 1954 an der Berliner Humboldt-Universität Medizin. Er begann seine ärztliche Tätigkeit 1955 im Kreiskrankenhaus Neustrelitz und wechselte 1958 zur Facharztausbildung an die Medizinische Klinik der Universität Rostock. Die Klinik stand unter der Leitung des international renommierten Martin Gülzow und gehörte zu den profiliertesten internistischen Einrichtungen der damaligen DDR. Erhard

Kochan erwarb dort ein umfassendes internistisches Wissen und fand bevorzugtes Interesse an der Pulmologie und Gastroenterologie. Er wurde 1965 Oberarzt und wechselte mit der Emeritierung Gülzows 1970 als Chefarzt an das Kreiskrankenhaus Bautzen.

Die Bautzner Klinik gehörte mit über 300 Betten zu den größten stationären internistischen Einrichtungen der DDR. Erhard Kochan erwuchs damit eine herausragende Aufgabe, denn diese Klinik war zuvor Jahrzehnte durch den exzellenten Internisten und Radiologen Prof. Dr. Wilhelm Haring geführt worden. Erhard Kochan hat diese große medizinische Einrichtung behutsam aber konsequent fortentwickelt. Unter seiner Leitung bildeten sich schließlich die Schwerpunkte Kardiologie, Intensivmedizin, Gastroenterologie, Pulmologie, Hämatologie, Onkologie und Nephrologie mit angeschlossener Hämodialyseabteilung heraus. Diese Struktur gibt dem Haus bis heute das Gepräge.

Die Entwicklung vollzog sich unter schwierigsten Bedingungen. Erhard Kochan hatte kein Mitgliedsbuch der SED in der Tasche, daher war es besonders kompliziert, sich in den Entscheidungsgremien von Partei und Gesellschaft durchzusetzen. Er hat in der Zeit des real existierenden Sozialismus seine grundlegenden Überzeugungen zu Wahrheit und Offenheit, zu Verantwortung und Selbstbestimmung nie verleugnet. Zivilcourage gehörte zu seinen markantesten Wesenszügen. Seine bürgerlich-humanistischen Prinzipien, sein persönliches Vorbild als Arzt, seine Geradlinigkeit überzeugten in einer Weise, dass bis zu seinem Ausscheiden unter seiner Obhut zahlreiche bestens ausgebildete Fachärzte für Innere Medizin herangewach-

sen sind. Sicherlich war es kein Zufall, dass in dieser Klinik mit dieser fachlichen Kompetenz und dieser regionalen Bedeutung keiner der Internisten SED-Genosse gewesen ist.

Ein schwerer Reitunfall hat ihn völlig unvermittelt aus seinem beruflichen Schaffen gerissen, 1991 zur Berufsaufgabe gezwungen und an den Rollstuhl gefesselt. Er hat diesen schockierenden Schicksalsschlag, der sein ganzes Leben grundlegend verändert hat, mit beispielhafter Charakterstärke getragen. Er hat mit großem Interesse die weitere Entwicklung des Krankenhauses Bautzen verfolgt, nach Kräften unterstützt und die modernen baulichen, technischen und strukturellen Veränderungen erleben können. Nun hat sein irdisches Leben im Kreise der Familie ein stilles, behütetes Ende gefunden.

Wir, die wir ihn kennen lernen durften, trauern. Doch wir werden ihn als Menschen und als Arzt mit seinen wohltuenden menschlichen Eigenschaften tief im Herzen behalten und ihm ein ehrendes Andenken bewahren. Wenn es heute den Anschein hat, dass ärztliche Tätigkeit hauptsächlich wirtschaftlichen Interessen folgen muss, dann braucht es Männer, die uns an unsere unkündbare menschliche Schuldigkeit mahnen. Das Gesundheitswesen kann sich nicht von den ökonomischen Gesetzen abkoppeln, aber ruheloses Streben nach Gewinnmaximierung ist ein Irrweg. Arzt sein heißt, bedingungslos und zu jeder Zeit dem Kranken zu dienen. Erhard Kochan war einer von denen, die den Arztberuf so gelebt haben.

Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

## Nachruf für Dipl.-med. Ursula Eulitz

\* 11.7.1943  
† 21.11.2004



Am Sonntag, dem 21. November 2004, verstarb in Dresden unsere Kollegin Ursula Eulitz nach kurzer, schwerer und nicht mehr heilbarer Krankheit im 62. Lebensjahr. Frau Eulitz war in der Zeit zwischen 1972 und 2000 zunächst im (früheren) Landambulatorium Weixdorf-Langebrück, nach 1990 in Praxisgemeinschaft mit Herrn Dr. med. Dieter Scheufler und von 1995 bis Mai 2000 in eigener Praxis in Langebrück niedergelassen.

Ursula Eulitz wurde am 11. Juli 1943 in Meißen geboren. Sie besuchte die Grundschule Oberlößnitz und danach die erweiterte Oberschule (heute Gymnasium Luisenstift) in

Radebeul, wo sie das Abitur 1962 ablegte. Von 1962 bis 1964 absolvierte sie eine Ausbildung zur Krankenschwester. Danach folgte das Medizinstudium von 1966 bis 1972 in Berlin.

Seit 1972 war sie im Landambulatorium Weixdorf-Langebrück tätig und schloss ihren beruflichen Werdegang im Sommer 1974 mit der Facharztprüfung im Fach Allgemeinmedizin ab.

Ursula Eulitz zeigte sich in ihrer täglichen Arbeit, wie auch in ihrem ganzen Wesen als sehr umsichtig, gewissenhaft und von unbedingter ständiger Hilfsbereitschaft. Ihr wichtigster Beweggrund für die Ausbildung zur Krankenschwester vor dem Medizinstudium war, dass sie den kranken Menschen noch besser helfen wollte. Sie wollte ihren Beruf quasi „von der Pike auf“ lernen; hat ihr ganzes Leben für ihren verantwortungsvollen Beruf gelebt. Sie hatte immer einen sehr guten Kontakt zu den Mitarbeitern, Kollegen und Patienten und war stets einsatzbereit auch für zusätzliche Aufgaben. Aushilfstätigkeiten, auch in anderen Abteilungen oder Vertretungen von Kollegen übernahm sie, ohne auf eigene Freizeitbedürfnisse zu achten.

Um Ursula Eulitz trauern neben ihrer Familie, Freunden, Kolleginnen und Kollegen auch viele ehemalige Patientinnen und Patienten aus Langebrück, Liegau, Schönborn, Grünberg, Hermsdorf und Umgebung, die durch „Ihre“ Hausärztin über viele Jahre in liebevoller, manchmal mütterlicher Art und Weise betreut und umsorgt wurden. Sie alle erinnern sich gewiss dankbar an die Zeit, in denen sie im „Ambu“ und später nach der Wende in der Praxis untersucht und behandelt worden sind. Frau Dipl. med. Ursula Eulitz war durch die vielen Jahre ihrer haus- und landärztlichen

Tätigkeit eine erfahrene Ärztin, die auch durch den Einsatz sehr bescheidener Mittel ernsthafte Krankheiten sicher von Bagatellen, wesentliches von unwesentlichem zu diagnostizieren wusste. Auch nach dem Ende der materiellen Ressourcenknappheit und dem Beginn der Überfluss-Medizin nach der politischen Wende 1990 setzte sie sich weiter auf ihre Art und Weise für die ihr anvertrauten Patienten ein. Durch Beharrlichkeit und unermüdlichen Einsatz konnte sie auch nach der Eröffnung eigener Praxisräume ihre Patienten in der für sie gewohnten Tätigkeit versorgen und gleichzeitig ihre Praxis in erfolgreicher Weise führen.

Durch eine schwere Allgemeinerkrankung wurde Frau Eulitz im Mai 2000 gezwungen, ihre Praxistätigkeit in Langebrück zu beenden. Aber trotzdem konnte sie nach Akut- und Rehabilitationsbehandlung nach einer längeren Pause wieder ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen, Auto fahren und sich, wenn auch mühsam, im täglichen Leben behaupten. Durch den einsetzenden Mangel an Allgemeinärzten gestaltete sich die notwendig gewordene Übergabe ihrer Praxis allerdings schwierig und diese konnte erst zum Jahreswechsel 2002/03 wieder besetzt werden.

Dass jetzt eine weitere schwere Krankheit unsere Kollegin Ursula Eulitz aus dem Leben reißen musste, kann nur als äußerst tragisch bezeichnet werden. Wir trauern um eine hochverdiente, gute Ärztin, einen liebenswerten Menschen und eine aufopferungsvolle Kollegin.

Dr. med. Klaus Lorenzen,  
Dr. med. Dieter Scheufler, Langebrück



## Buchbesprechung

### Rezension

Gallwitz, Baptist: GLP-1-Therapiepotential bei Diabetes mellitus

1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2004

ISBN 3-89599-763-3

Preis: 44,80 EUR

Im Vorfeld der für nächstes Jahr erwarteten Einführung des ersten Inkretinmimetikas zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 erschien in der Reihe UNI-MED SCIENCE ein von Gallwitz und Coautoren verfasstes Buch mit dem Titel „GLP-1-Therapiepotential bei Diabetes mellitus“.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde eine funktionelle Verbindung zwischen Darm und endokrinem Pankreas experimentell nachgewiesen. 1929 prägten Zunz und La Barre den Begriff Inkretin für Substanzen aus einem Duodenalextrakt, die zu einer Stimulation der Insulinsekretion führten. In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts konnte diese funktionelle Verbindung zwischen Darm und endokrinem Pankreas noch einmal eindrucksvoll bestätigt werden. Experimentell wurde nachgewiesen, dass bei oraler Glukosezufuhr eine deutlich größere Menge an Insulin freigesetzt wurde als eine vergleichbare blutzuckerspiegelerreichende intravenöse Zufuhr. Diese vermehrte Insulinfreisetzung nach oraler Glukoseaufnahme wurde als Inkretineffekt bezeichnet. 1979 formulierte Prof. W. Creutzfeldt, der als Vater des Inkretinkonzepts angesehen wird, drei grundlegende Eigenschaften, über die gastrointestinale Hormone verfügen müssen, um eine physiologische Rolle als Inkretin ausfüllen zu können. Dabei handelt es sich 1. um die Freisetzung dieser Hormone nach oraler Kohlenhydratbelastung, 2. führen die erreichten zirkulierenden Hormonkonzentrationen zu einer Steigerung der Insulinsekretion und 3. die insulinotrope Wirkung ist glukoseabhängig; das heißt, eine Steigerung der Insulinfreisetzung ist bei normalen Nüchternblutzuckerkonzentrationen bzw. bei hypoglykämischen Blutzuckerwerten durch Inkretinhormone nicht möglich.

In den 70er und 80er Jahren erfolgte dann die Erstbeschreibung von Peptidhormonen, die diesen Kriterien entsprachen. Dabei kristallisierten sich zwei Vertreter als besonders wirksam heraus. Zum einen handelt es sich dabei

um das gastrointestinale Peptid (GIP), zum anderen um ein durch proteolytische Prozessierungsvorgänge aus dem Proglukagon entstehenden Peptidhormon, dem glukagonähnlichen Peptid 1 (Glukagon-like-Peptid/1 GLP-1). Bei weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen kristallisierte sich zusehens das GLP-1 für den therapeutischen Einsatz bei Diabetes mellitus Typ 2 heraus. Im Gegensatz zum GIP ist im Falle der gestörten Betazellfunktion i. R. eines Diabetes mellitus Typ 2 die insulinotrope Wirkung von GLP-1 voll erhalten. Die Eigenschaft prädestiniert GLP-1 bzw. seine Analoga für den therapeutischen Einsatz für Patienten mit Typ 2 Diabetes.

In dem vorliegenden Buch, an dessen Erstellung die in Deutschland die auf diesem Gebiet führenden Wissenschaftler beteiligt waren, erfolgt zunächst von Prof. M. A. Nauck eine knappe und sehr lesenswerte Beschreibung der historischen Entwicklung des Inkretinkonzeptes. Im gleichen Kapitel werden ausführlich die physiologischen Effekte von GLP-1 auf den Glukosestoffwechsel bei gesunden und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erläutert. Leider sind die beigefügten Diagramme sehr klein gehalten und bei der Fülle der darin enthaltenen Informationen manchmal unübersichtlich.

In den weiteren Kapiteln des Buches, die sich dann ausschließlich dem Glukagon-like-Peptid MARN widmen, werden dann ausführlich die für die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 sehr vielversprechenden Nebeneffekte der GLP-1-Wirkung dargestellt. Dabei handelt es sich sowohl um die Suppression der Glukagonfreisetzung als auch um zentrale Wirkungen des GLP-1, die mit einer Zügelung des Appetits bzw. einer schnelleren Sättigung assoziiert sind. In einem weiteren von Prof. Nauck verfassten Kapitel wird die Brücke von ersten experimentellen Daten bis hin zum ersten therapeutischen Einsatz von GLP-1 geschlagen. Wie alle Kapitel des Buches zeichnet sich auch dieses Kapitel durch eine klare Gliederung und sehr gute Verständlichkeit aus. Dem Leser werden in diesem Kapitel sowohl die möglichen Anwendungsbereiche von nativem GLP-1 als auch die deutliche Limitierung durch die ungünstigen pharmakokinetischen Eigenschaften des nativen Peptidhormons erläutert.

Bereits am Ende des Kapitels erschließt sich für den Leser leicht die Notwendigkeit für die Entwicklung von GLP-1-Derivaten bzw. Analoga, die durch bessere pharmakokinetische Eigenschaften eine breitere Anwendung dieser vielversprechenden Therapieoption ermöglichen. Alternativ zu diesem Schritt wird die Hemmung des Abbaus von GLP-1 durch die Dipeptidylpeptidase-4-Inhibitoren und damit eine Verbesserung der pharmakokinetischen Eigenschaften erläutert.

Beide Mechanismen, die erst einen therapeutischen Einsatz ermöglichen, werden in den beiden nächsten Kapiteln vorgestellt. Hier werden sowohl für die GLP-1-Analoga als auch für die DPP-4-Inhibitoren erste vorklinische Untersuchungen präsentiert. Erwähnenswert ist auch, dass für den interessierten Leser am Ende eines jeden Kapitels eine Aufstellung der akuten Originalliteratur angehängt ist.

Besonders empfehlenswert ist das von Prof. W. Creutzfeldt verfasste letzte Kapitel des Buches. Unter dem Titel „GLP-1 und das Inkretinkonzept: Rückblick und Ausblick“ erfolgt auf wenigen Seiten eine nahezu vollständige Zusammenfassung der vorangegangenen Kapitel. Neben aller Euphorie, die mit der Einführung dieser neuen Substanzgruppe in die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 vorhanden ist, wird hierbei auch auf noch offene Fragen, die besonders den langfristigen Einsatz dieses Fremdpeptits betreffen, eingegangen.

Mit der Einführung der Inkretinmimetika bzw. GLP-1-Analoga als vielversprechendes Behandlungsprinzip in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 steht mit diesem Buch, das den derzeitigen Forschungs- und Erkenntnisstand zusammenfasst, ein Nachschlagewerk zur Verfügung, das den Leser schnell und umfassend über die physiologischen Wirkmechanismen, mögliche Indikationen sowie allererste Studienergebnisse von GLP-1 informiert.

Es sei abschließend besonders den diabetologisch tätigen Kollegen als schnelle Orientierungshilfe bei der Einführung einer neuartigen Therapieoption empfohlen.

Dr. med. Thomas Selisko  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der TU Dresden  
Medizinische Klinik und Poliklinik III  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## Der Anatom Wilhelm His

**Der Anatom Wilhelm His sen. (1831 – 1904) als Forscher, Hochschullehrer und Wissenschaftsorganisator**

Am 1. Mai 2004 jährte sich zum 100. Male der Todestag des bedeutenden Anatomen Wilhelm His sen., der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an der Leipziger Universität zu den hervorragenden Wissenschaftlern und Gelehrten zählte, die Studenten und Fachkollegen aus aller Welt in die Messe- und Buchstadt zogen. (Abb. 1)

An der Leipziger Medizinischen Fakultät wirkte sich in dieser Zeit der Übergang zu einem naturwissenschaftlichen, experimentell orientierten Konzept in der Medizin besonders fruchtbar aus. Nicht nur die „Physiologische Anstalt“ Carl Ludwigs, der 1865 den Ruf auf den Leipziger Lehrstuhl für Physiologie angenommen hatte, wurde zum Mekka für Experimentatoren und Kliniker, auch die Chirurgen Carl Thiersch und Heinrich Curschmann, der Pathologe Ernst Leberecht Wagner und dessen Nachfolger Julius Cohnheim, der Hygieniker Franz Hofmann, der Neurologe Wilhelm Erb, der Hirnforscher und Psychiater Paul Flechsig trugen zum ausgezeichneten Ruf der Leipziger Medizinischen Fakultät bei. So konnte ein ehemaliger Student der Medizin rückblickend schreiben: „In Summa beherbergte in den siebziger bis neunziger Jahren keine deutsche Fakultät eine so große Zahl führender Männer und weithin anerkannter Gelehrter wie Leipzig“.

Wilhelm His nahm 1872 die Berufung auf den Leipziger Lehrstuhl für Anatomie an. Aus einer angesehenen Baseler Patrizierfamilie stammend, hatte er seine medizinische Ausbildung vor allem in Berlin, Würzburg, Bern, Wien und Paris erhalten. Bereits 1857, erst 26 Jahre alt, wurde er in Basel ordentlicher Professor der Anatomie und Physiologie. In Leipzig trat His die Nachfolge von Ernst Heinrich Weber an, seit 1821 Ordinarius für Anatomie, der seit 1840 zusätzlich und ohne Honorar bis zur Berufung von Carl Ludwig die Physiologie las und eine experimentell orientierte, alle naturphilosophische Spekulation ablehnende Forschung eingeführt hatte. Zum Oktober 1871 suchte Ernst Heinrich Weber um Entbindung von seinen Pflichten nach, damit das geplante neue anatomische Institut durch seinen Nachfolger nach dessen Vorstellungen errichtet werden konnte. Der am 26. April 1875 eröffnete Neubau des Leipziger Anatomischen Institutes galt als muster-



Wilhelm His (9. Juli 1831 – 1. Mai 1904)  
(Bildersammlung Karl-Sudhoff-Institut)

gültig und diente anderen Institutsbauten als Vorbild.

Die Anatomie verdankte His zahlreiche methodische Neuerungen, so einen „Embryographen“ zum Zeichnen von Schnitten auf Wachsplatten, ein verbessertes Mikrotom, einen „mikrophotographischen Apparat“ und nicht zuletzt die berühmten „His-Steger-Modelle“ für den anatomischen Unterricht. Neben den umfangreichen Lehrverpflichtungen – His soll ein ausgezeichnete Lehrer gewesen sein – und seinen Ämtern an der Fakultät (Dekan 1877/78, 1883/84, 1887/88 und 1898/99 sowie 1882 Rector magnificus) widmete er jede freie Minute der Forschung. Dabei waren seine wissenschaftlichen Interessen nicht auf einige wenige Gebiete begrenzt, denn er war, wie Werner Spalteholz im Nekrolog auf His betonte, eine „groß angelegte Gelehrtennatur durch und durch“. Von His' Arbeiten seien vor allem erwähnt die durch ihn angeregte und in großen Teilen realisierte Reform der anatomischen Nomenklatur („Baseler Nomenklatur“), seine Identifizierung der Gebeine von Johann Sebastian Bach samt Rekonstruktion von dessen Skelett, Schädel und Gesichtsteilen (als Vorarbeiten für das durch Seffner geschaffene Bach-Denkmal an der Thomaskirche), seine auf der Histogenese basierende Klassifikation der Gewebe, vor allem aber seine Forschungen auf dem Gebiet der Embryologie des

Nervensystems. Bis ans Lebensende beschäftigte ihn dieses Gebiet, und sein letztes, 1904 erschienenes Werk trägt den Titel „Die Entwicklung des menschlichen Gehirns während der ersten Monate“.

Bei einer so vielseitigen und erfolgreichen Persönlichkeit fällt es schwer, die Ergebnisse nach ihrer größeren oder geringeren Bedeutung für die Wissenschaft zu werten. Wahrscheinlich war es die Fähigkeit von His, innerhalb der Anatomie und der gesamten experimentellen Medizin grenzüberschreitend zu arbeiten und zu denken, die zu einer seiner wichtigsten Entdeckungen, nämlich der des Neuroblasten, führte. Diese Entdeckung samt der daraus von His abgeleiteten Schlussfolgerungen hatte im Streit um die Feinstruktur des Nervensystems und um die sogenannte Neuronentheorie eine außerordentliche Signifikanz.

Nachdem Karl Deiters in seinem (posthum herausgegebenen) Werk „Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugetiere“ festgestellt hatte, dass multipolare Ganglienzellen neben dem Achsenzylinder noch sich verästelnde „Protoplasmafortsätze“ besitzen, war die Nervenzellen mit Achsenzylinderfortsatz (Neurit) und Protoplasmafortsatz (Dendrit) beschrieben, doch die wesentliche, nun zu beantwortende Frage betraf die funktionelle Bedeutung der Nervenzellen, ihre Wechselbeziehungen untereinander und mit innervierten Organen. War die Nervenzelle eine morphologische und funktionelle Einheit oder Teil eines Kontinuums, eines Nervennetzes?

Joseph von Gerlach und auch Camillo Golgi, der mit seiner „reazione nera“ eine hervorragende Methode zur Darstellung der feinsten Silhouetten der Neurone samt Dendritenverzweigungen gefunden hatte, vertraten die Idee eines Nervennetzes. Erst in den mit wesentlich verbesserten Metallimprägnierungsverfahren gewonnenen Präparaten des spanischen Neurohistologen Santiago Ramón y Cajal war eine Diskontinuität der neuronalen Verbindungen zu erkennen. In Fortsetzung der Nervendegenerationsexperimente von Augustus Volney Waller zeigte August Forel, daß die Zerstörung einer Nervenfasers stets Degeneration der zugehörigen Nervenzelle bewirkt. Bedeutungsvoll war als weiteres Argument in diesem Zusammenhang die Entdeckung des Neuroblasten durch Wilhelm His, denn dieser vertrat „als feststehendes Princip [...] den Satz: daß jede Nervenfasers

aus einer einzigen Zelle als Ausläufer hervorgeht. Diese ist ihr genetisches, ihr nutritives und ihr funktionelles Centrum, alle anderen Verbindungen der Faser sind entweder nur mittelbare, oder sie sind sekundär entstanden.“

Die Resultate der Degenerationsforschung und der Neuroembryologie führten zusammen mit den histologischen Befunden Ramón y Cajals schließlich zur Formulierung der Theorie von der Diskontinuität nervöser Elemente. Die Bezeichnung „Neuronentheorie“ stammt vom Anatomen Wilhelm Waldeyer, der – selbst kein Neurohistologe – 1891 in einer referierenden Darstellung neuerer Ergebnisse der Anatomie des Zentralnervensystems die Nervenzelle mit ihren Fortsätzen „Neuron“ nannte. Der englische Physiologe Charles Sherrington führte 1897 den Begriff „Synapse“ ein für die Schaltstellen zwischen Neuronen bzw. zwischen Neuron und innerviertem Organ.

Am 19. September 1900 traf sich die „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ in Aachen zu ihrer 72. Versammlung, und die Befürworter und Gegner der Neuronentheorie, „Retikularisten“ und „Neuronisten“, lieferten sich ein heftiges Gefecht. Der Streit dauerte auch an, als die Histologen Camillo Golgi und Santiago Ramón y Cajal, die den beiden verschiedenen Lagern angehörten, 1906 gemeinsam den Nobelpreis für ihre Untersuchungen zur Feinstruktur des Nervensystems erhielten. Die klassische Neuronentheorie blieb der unter physiologischen Gesichtspunkten ein-

leuchtendste Erklärungsansatz für die Funktion des Nervensystems, wenn es auch vorsichtige Stimmen gab, die neben den Synapsen einen direkten Kontakt zwischen den Nervenzellen für möglich hielten. Inzwischen hat der Nachweis von „gap junctions“, die sowohl im ZNS als auch zwischen den Zellen anderer Organe vorkommen, nicht nur die Neuronentheorie, sondern die gesamte Zelltheorie erschüttert. Erkenntnisse über die elektrische Aktivität des Neurons oder über die neuronale Organisation (zum Beispiel die Beschreibung dendrodendritischer Synapsen) zeigen ebenfalls, dass scheinbar Gesichertes mit der ständigen Verbesserung von Methoden, dem Eindringen in immer kleinere Subeinheiten, relativiert werden muss. Wilhelm His hätte dies als eine gewaltige Herausforderung betrachtet. Für die damaligen Auseinandersetzungen um die Neuronenlehre bildete die Hissche Entdeckung des Neuroblasten ein wesentliches Argument, und anders als seine Parabeln-Theorie, die sich als Irrtum herausstellte, bleibt die Beschreibung des Neuroblasten eine seiner hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen.

His hat sich engagiert für sein Fachgebiet eingesetzt. So war er einer der Gründer der „Anatomischen Gesellschaft“, deren erste Versammlung 1887 in Leipzig stattfand, Mitbegründer der „Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte“ sowie des „Archiv für Anthropologie“, und er hatte großen Anteil an der Gründung der Brain Commission, einer Vorläuferin der Interna-

tional Brain Research Organization (IBRO). Gemeinsam mit Flechsig (beide als Mitglieder der Königlich Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig) schlug er der Versammlung der assoziierten deutschen Akademien vor, spezielle Hirnforschungsinstitute zu schaffen nach dem Vorbild der Zoologischen Station von Anton Dohrn in Neapel. Zur 1904 stattfindenden Generalversammlung der internationalen Assoziation der Akademien, zu der auch die hervorragendsten Hirnforscher aller Länder eingeladen waren, gelang es der Brain Commission, die Arbeit „Interakademischer Hirnforschungsinstitute“ (Wien, Frankfurt am Main, Budapest, Pavia, Madrid) zu koordinieren und in Amsterdam ein Zentralinstitut für Hirnforschung zu gründen. Diese wesentlich auf die Anregung von His zurückgehende wissenschaftsorganisatorische Leistung förderte die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Hirnforschung und findet in der IBRO ihre Fortsetzung.

Wilhelm His war somit eine der großen Leipziger Wissenschaftlerpersönlichkeiten, die nicht nur ihr Fachgebiet durch zahlreiche Entdeckungen und Erkenntnisse bereicherten und sich in der studentischen Ausbildung engagierten, sondern die auch weit über Universitäts- und Landesgrenzen hinaus wirkten.

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. Ingrid Kästner  
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin  
und der Naturwissenschaften  
Augustusplatz 10 – 11  
04103 Leipzig

## 11. Interdisziplinärer Pflegekongress

Demenz gehört zu den wichtigsten medizinischen, pflegerischen und gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl von Betroffenen wächst die Notwendigkeit interdisziplinärer Fortbildung.

Das Thema Demenz wird deshalb ein Schwerpunkt des **11. Interdisziplinären Pflegekongresses** sein, zu dem vom **9. bis 11. März 2005** mehr als 800 Fachleute aus Pflege und Medizin in Dresden erwartet werden.

Weitere Schwerpunkte sind:

- Umgang mit der Sucht: Auftrag zur vernetzten Versorgung
- Neue Anforderungen des Arbeitgebers und höhere Bedürfnisse des Patienten – Auswirkungen auf die Pflegepraxis
- Multiresistente Erreger – eine neue Pest?
- Spezialbereiche der Pflege (Wundspezialist, Case Manager, MS-Schwester)
- DRG – Worauf kommt es in der Praxis an?
- Was können Standards und was sollen sie?

Bereits am **Mittwoch, dem 9. März**, wird in Zusammenarbeit mit der Sächsische Landesärztekammer und dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und TierärzthelferInnen (BdA) die Fortbildung PLUS für ArzthelferInnen, ÄrzteInnen und interessierte Pflegefachkräfte angeboten.

### Informationen & Anmeldung:

Telefon: 030/20 45 60-3

E-Mail: tauchert@urban-vogel.de

Internet: www.heilberufe-kongresse.de

## Zur Krankengeschichte von Dr. Martin Luther



Abbildung 1: Marmorstatue von Dr. Martin Luther im Lutherhaus Plauen/Vnach einem Entwurf von B. Wollstädter (Leipzig), gefertigt: E. Fratelli (Italien)  
Fotoquelle: Denkschrift Lutherstiftung Plauen, 1908

Der am 10. November 1483 in Eisleben geborene Martin Luther war ein außergewöhnlicher Mensch. Sein Vater, ein harter Mann, hatte ihn zum Jurastudium geschickt, doch ein Naturereignis änderte die Laufbahn des jungen Studenten. Er war allein unterwegs und in ein heftiges Gewitter geraten, welches ihn so erschreckte, dass er einer höheren Gewalt erlag und beschloss, Augustinermönch in Erfurt zu werden. Der dadurch entstandene Zwist mit seinem Vater traf ihn dennoch ins Herz, denn er spürte, dass er ungehorsam war. Als Kind erlebte Martin seine Mutter als eine Frau, die auf Zucht und

Ordnung hielt und in ständiger Angst vor Hexen lebte. Welche Charaktereigenschaften übernahm Martin Luther von seinen Eltern?

In Erfurt lebte der Mönch Martin Luther nicht nur nach den Regeln seines Ordens, sondern er strebte nach maximaler Sündenvergebung und marterte seinen Leib und seine Seele. Er fastete tagelang und unterstützte die Askese noch dadurch, dass er auf dem nackten, kalten Fußboden schlief. Einige Klosterbrüder hielten ihn für „besessen“. Martin Luther war ein hagerer Bettelmönch geworden.

Erste Anzeichen für die Anfälligkeit seines Körpers zeigten sich auf der Pilgerreise nach Rom 1510/1511, als Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen auftraten. In Rom erkannte er die Verlogenheit der damaligen Praxis in der römisch-katholischen Kirche zur Sündenvergebung. Gegen Geld konnten sich die Pilger von Sünden freikaufen, ja man durfte sogar Bußgeld für bereits Verstorbene in die Kasse werfen. Diesen Schwindel prangerte Martin Luther an, wurde erbitterter Gegner des Ablasshandels, bezeichnete den Papst als Antichristen und wurde so zur Zielscheibe namhafter Gegner im In- und Ausland. Der Papst, der Kaiser und einige deutsche Fürsten hätten den Mönch Luther gerne, wie einst Jan Hus, auf dem Scheiterhaufen gesehen. Aber weder die päpstliche Bannbulle, noch die Reichsacht und auch nicht zwei ausgeschickte Mörder konnten das Leben Martin Luthers auslöschen. Sein Werk, die Reformation und alles was damit im Zusammenhang steht, soll nicht Gegenstand dieser Betrachtung sein, sondern der Reformator als Mensch.

Als Jurastudent hatte er 1505 zum Magister artium promoviert, erhielt 1507 die Priesterweihe, erreichte 1509 seinen ersten theologischen Grad als Baccalaureus biblicus und wurde 1512 Doktor der Theologie (die 50 Gulden für die Doktorpromotion übernahm für den mittellosen Mönch Kurfürst Friedrich der Weise). Im Alter von 29 Jahren erhielt Dr. Martin Luther an der Wittenberger Universität die Bibelprofessur auf Lebenszeit. Die Heilige Schrift und das Gebet waren fortan sein Arbeitsgebiet. Alles was Luther sagte und schrieb, hatte seinen Ursprung in der Bibel und keiner seiner vielen Gegner konnte ihn darin widerlegen. Er triumphierte über Papst und Kaiser auf dem Reichstag 1521 in Worms, wo er der Aufforderung zu widerrufen nicht nachkam. Er stand wie ein Fels in der Brandung, er war nicht zu erschüttern. In

Worms waren einige Hundert bewaffnete deutsche Ritter zu seinem Schutze bereit, aber sein Leben verdankte Martin Luther seinem Landesherrn, dem sächsischen Kurfürst Friedrich d. Weisen, der ihn in Schutzhaft nehmen ließ und nie daran dachte, seinen Professor nach Rom auszuliefern. Spurlos gingen die Angriffe auf seine Person auch nicht an Dr. Martin Luther vorbei. Er erlebte zwar das positive Echo auf seine Thesen im Lande, aber er war vogelfrei erklärt und jeder Beliebige konnte ihn totschießen. Eine solche Last musste erst einmal verdaut werden und mit der Verdauung fing es bei Luther auch an. Seine neue Umgebung auf der Wartburg, getrennt von seinen Wittenberger Freunden, sein Auftreten als Junker Jörg und die ritterliche Kost führten zu einer quälenden Obstipation, die verbunden mit Hämorrhoidalblutungen, so unangenehm war, dass er sich nach Erfurt in ärztliche Behandlung begeben wollte, wenn ihm nicht sein Freund Spalatin wirksame Arznei verschafft hätte.

Die Einsamkeit auf der Wartburg führte zu verstärkten Auseinandersetzungen mit seinem ärgsten Feind, dem Teufel. Die Anfechtungen und Visionen gipfelten eines Abends darin, dass in seinem Bett ein großer schwarzer Hund saß und er es nicht wagte, sich in sein Bett zu legen. Schließlich habe er den Hund gepackt und aus dem Fenster geworfen, erst dann hatte Luther Ruhe.

H. Obermann (Jerusalem, 1982) sah in Luther einen Menschen zwischen Gott und dem Teufel und Luther selbst fühlte sich bis an sein Lebensende als Werkzeug Gottes zur Rettung der Christenheit in Anbetracht des zu erwartenden „Jüngsten Gerichts“. Sein fester Glaube und seine Standhaftigkeit hatten Luther große Bewunderung eingebracht und viele seiner Anhänger erhoben ihn zu einem Propheten. Michael Stiefel, ein Augustiner-Eremit und nach Luthers Tod Mathematikprofessor in Jena, setzte Luther mit einem Engel gleich, der das Evangelium zu verkünden und das Jüngste Gericht anzudrohen hätte. Derartige Lobpreisungen stärkten zwar das Selbstvertrauen Luthers, führten aber auch zu einer gewissen Selbstverherrlichung. Seit dem Thesenanschlag 1517 hatte Dr. Martin Luther eigentlich keine ruhige Zeit mehr gehabt. Er predigte, hielt Vorlesungen, schrieb Aufsätze, Flugschriften und Bücher, gab auf die vielen brieflichen Anfragen Auskünfte und Ratschläge, lernte zwischen 1518 und 1521 Hebräisch und Griechisch,

heiratete 1525 die Nonne Katharina von Bora und hatte mit ihr sechs Kinder. In seinem Haus (das schwarze Kloster in Wittenberg) hatte er immer Gäste. Auch als Dichter und Liedermacher war der Reformator aktiv. Nach seinem Vorbild heirateten Mönche und Nonnen und die Klöster wurden leer. Es gab viele Fragen und Probleme. Seine reformatorischen Anregungen führten von ihm ungewollt zu gewaltsamen Veränderungen. Die Wiedertäufer und der Bauernkrieg waren nicht nach seinem Willen. Ehemalige Freunde wie Erasmus von Rotterdam und Karlstadt, wendeten sich von Luther ab. Im Leben von Dr. Martin Luther wechselten Freude und Traurigkeit. Er konnte mit funkelnden Augen agitieren und in Zorn ausbrechen, dann wieder war er schwermütig und von der Melancholie überfallen. Die Auseinandersetzungen mit dem Teufel wurden heftiger. Luther war überzeugt, dass ihn der Satan schon 1521 den Weg nach Worms versperren wollte, indem er ihn bei Eisenach krank werden ließ. Später quälte ihn der Satan mit Schlaflosigkeit, Schweißausbrüchen und Brustbeklemmungen. Ein offenes linkes Bein plagte ihn seit dieser Zeit. Seine Heirat betrachtete er als ein Werk Gottes und er meinte: „was wundert es, dass die Welt sich ärgert“? Nach einiger Zeit kam er zu der Feststellung, „der Teufel würde nachts ihm näher schlafen als seine Käthe“.

Da Dr. Martin Luther in vielen Briefen an seine guten Freunde oft und auch ausführlich von seinen gesundheitlichen Problemen berichtete, ist die Erhebung einer Anamnese unproblematisch.

Unter ständiger Arbeitsüberforderung im Sinne von Stress lassen sich für die Zeit nach 1521 folgende Ereignisse auflisten.

1522 bis 1524: Luther lebte mit einem Diener im schwarzen Kloster in Wittenberg, arbeitete oft Tag und Nacht in seinem Studierstübchen und vergaß dabei das Essen und das Trinken. Er vernachlässigte auch die Körperpflege. Plötzlich traten Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen auf. Als sich Schwermütigkeit zeigte, halfen ihm Freunde, unter anderem Lucas Cranach d. Ä., mit Musik und Gesang darüber hinweg.

1526 kam es zur ersten schmerzhaften Nierenkolik mit Abgang eines großen Steines.

1527 musste Luther eine Osterpredigt wegen plötzlich auftretendem Schwindel abbrechen. Im Juli kam es nach einer Anfechtung zu einer körperlichen Schwäche und zu stören-

dem Ohrensausen im linken Ohr. Eine Ohnmacht streckte ihn nieder und es war ihm sehr übel. Er verlangte nach kaltem Wasser, man übergoss ihn damit und Luther fing laut an zu beten, weil er glaubte, sein letztes Stündlein sei gekommen. Der herbei gerufene Dr. Schurff rieb den kalt gewordenen Leib mit heißen Tüchern ab und bedeckte den Kranken mit einem Berg angewärmter Kleidungsstücke, damit er schwitzen konnte. Die Schwäche verging, aber das Brausen (Meeresrauschen) im Haupte blieb. Darüber schrieb er seinem Freund Hausmann, Pfarrer in Zwickau, weil er wegen seines Kopfes gezwungen war, mit dem Lesen und Schreiben zu pausieren. Das Ohrensausen ließ den Reformator nicht mehr los.

1530 musste Dr. Martin Luther als Berater seines Landesherren einige Monate auf der Veste Coburg ausharren. Kurfürst Johann weilte mit Gefolge (unter anderem Melanchthon) zum Reichstag in Augsburg, wohin Luther wegen der Reichsacht nicht durfte. Coburg war damals der südlichste Zipfel von Sachsen. Wieder kam sich Luther, obwohl er reichlich Arbeit in seinem Reisegepäck mitgebracht hatte, wie ein Gefangener vor. Die einsame, riesige Festung bot wenig Möglichkeiten zur Kommunikation. Umso mehr belästigten Schwärme von Dohlen und Krähen Tag und Nacht mit ihrem Gekrächze das Nervenkostüm des Doktors. In einem Brief vom Juni an seinen Freund Zwilling, Superintendent in Torgau, heißt es an einer Stelle: „... nisi quod iam paene mensem, passus sum tonitruum capitis, non tinnituum ...“, das heißt, dass Luther fast einen Monat an Donnern im Kopf, nicht Klingen, gelitten hat. Da er auch auf der Veste Coburg Anfechtungen und Visionen hatte, sah Luther darin zunächst keine Krankheit, sondern satanische Heimsuchungen. Zwei Monate später schrieb der Doktor an seine Frau, dass es ihm besser ginge, aber zugleich gab er zu, dass ihn das Sausen im Kopfe „wohl zuplaget“ hat. Die Hälfte seiner Coburger Zeit war Luther zur Untätigkeit gezwungen, zumal ihn auch eine Lichtscheu am Lesen und Schreiben hinderte. 1532 kam es erneut zu heftigstem Ohrensausen mit Ohnmachtsanfall. Solche Attacken behinderten zunehmend die Arbeit Luthers und er konstatierte, dass seine Kräfte nachließen. Über seinen Kopf war er verzweifelt, denn: „... niemand glaubt mir, wieviel Qual mir der Schwindel, das Klingen und Sausen der Ohren verursacht“.

Immer öfter musste Luther Predigten und Vorlesungen ausfallen lassen. Sein starker Wille war es, der immer wieder über den schon erschöpften Körper siegte. Seine Qual schilderte er in einer Tischrede einmal so: „... Wenn ich aufwache und nicht weiterschlafen kann vor Ohrensausen, dann meine ich oft die Glocken zu Halle, Leipzig, Erfurt und Wittenberg zugleich zu hören und denke bei mir: da mußt du einen Paroxysmus leiden“.

In dieser Zeit wunderte sich Martin Luther auch über eine Zunahme seiner Körperfülle und er beklagte den Umstand, dass er in den Morgenstunden vor Mattigkeit nicht arbeiten konnte.

1537 wurde der Reformator auf einer Reise in Schmalkalden von einer schweren Steinkolik mit tagelanger Harnverhaltung überrascht. Ärztliche Kunst konnte nicht helfen. Die Rettung kam auf dem Transport über holprige Wege, so dass der geplagte Patient seiner Käthe am 27. Februar 1537 aus Tambach folgenden Brief schreiben konnte (auszugsweise Wiedergabe): „... Ist die Ursach, ich bin nicht über drei Tage allhie gesund gewest, und ist bis auf diese Nacht vom ersten Sonntag an kein Tröpflein Wasser von mir kommen, hab nie geruget noch geschlafen, kein Trinken noch Essen behalten mögen. Summa, ich bin todt gewest, und hab dich mit den Kindlein Gott befohlen und meinem gnädigen Herrn, als würde ich euch in dieser Sterblichkeit nicht mehr sehen; ...daß mir Gott diese Nacht der Blasen Gang hat geöffnet und in zwei Stunden wohl ein Stübigen (3-4 Liter) von mir gangen ist, und mich dünket, ich sei wieder von Neuen geboren ... Deine Kunst hilft mich auch nicht mit dem Mist (Trank aus Pferdemit und Knoblauch). Gott hat Wunder an mir gethan diese Nacht, und thuts noch durch frommer Leute Fürbitt ...“

Seit ihrer Verheiratung war Katharina Luther sehr oft die häusliche Krankenschwester ihres berühmten Mannes. Sie versuchte es nicht nur mit den Gaben aus dem Garten der Natur, sondern verstand es auch seine Schwermut zu vertreiben. Dr. Martin Luther selbst hielt sich nicht immer an den Rat seiner Ärzte, er unterwarf sich wohl nur ungerne. Außerdem erfreute er sich einer größeren Anzahl hilfreicher Gönner, die ihm bei Bedarf seltene Arzneien zukommen ließen. Diesbezüglich erhielt Luther stets auch Hilfe durch die sächsischen Kurfürsten.



Abbildung 2: Luthers linke Hand auf dem Sterbebett mit Gichttophi nach einem Abdruck aus der Sakristei der Marktkirche Halle/S.

Fotoquelle: Otto Kammer; Griesheim b. Darmstadt

Furcht vor ansteckenden Krankheiten hatte Martin Luther nicht. Er kam deshalb der Aufforderung seines Landesherrn nicht nach, als dieser bei Pestepidemien die Evakuierung der gesamten Universität Wittenberg anordnete. Luther blieb mit seiner Familie im schwarzen Kloster und half sogar bei der Betreuung der Pestkranken.

Dr. Martin Luther hat über 25 Jahre viel körperlichen und seelischen Schmerz ertragen. Er fühlte sich schon lange vor seinem Ableben alt, krank und verbraucht. Zu den

genannten Erkrankungen kamen zeitweilige Schmerzen beim Gehen (Hüfte, Knie und Zehen) und zuletzt Einäugigkeit hinzu. Die Nierensteine, der Schwindel, das Sausen und Rauschen in Ohren und Haupt (das offene linke Bein wurde künstlich offen gehalten zur Entlastung des Kopfes!) und die Brustbeklemmungen waren seine schlimmsten Plagegeister. Mit seinen Krankheiten hatten sich namhafte Theologen und Mediziner befasst. Einige wollten ihm eine Geisteskrankheit anhängen, sie gehörten der religiö-

sen Gegenpartei Luthers an. 1989 kam H. Feldmann (Prof. em. in Münster) in einer umfangreichen und interessanten Publikation für Luthers Kopfleiden zu der Diagnose „Morbus Meniere“. Wenn auch nach gründlicher Aktenlage erstellt, muss dennoch darauf verwiesen werden, dass zur Diagnose Morbus Meniere die Symptomtrias Tinnitus (meist einseitig), Schwindel (mit Übelkeit und Erbrechen) sowie Schwerhörigkeit gehört. Schwerhörigkeit hat weder der Reformator beklagt noch irgendwer bei ihm bemerkt. Im Gegenteil, 1541 schrieb Luther an Melancthon, dass er nach beidseitiger Ohrerkrankung (Abgang von Schleimeiter) wieder zu hören beginne. Feldmann unterstellte die Schwerhörigkeit und kam so zu einer konstruierten Diagnose. Die bekannte Symptomatik spricht mehr für ein anfallartiges Migräneleiden (die verschiedenen Spielarten siehe ICD-10) bei chronischem Tinnitus. Der alternde Luther war mit sich und der Welt nicht mehr zufrieden, er war von seinen Landsleuten enttäuscht, rügte den Sittenverfall und wurde selbst als wortgewaltiger Theologe grob in seiner Wortwahl. Er fühlte, dass nach ihm einstige Weggenossen andere Bahnen gehen werden (Melancthon, Peucer, Calvin und andere) und dass es wegen der Religion Krieg geben würde. Er war kein Prophet, aber alles traf ein.

Dr. Martin Luther, als Reformator bis in die Gegenwart unvergessen, erlag am 18. Februar 1546 in Eisleben einem Herzinfarkt. Bis zuletzt gab es bei ihm keinerlei Anzeichen einer geistigen Verwirrung.

Dr. med. Heinz Zehmisch  
08523 Plauen, Stresemannstraße 40

## INFORMATIONEN IM INTERNET

Neue Domain: [www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)  
Gesundheitsinformationen für Ärzte und Patienten



# Deutsche Ärzte in Schweden

## Eine Reportage

Unter Bollerschüssen und dem Applaus tausender Schaulustiger wird in Göteborg am schwedischen Nationalfeiertag der vor dreihundert Jahren in der Hafeneinfahrt mit tausenden Porzellantellern gesunkene und jetzt aufwändig restaurierte Ostindienfahrer „Die Göteborg“ vom Stapel gelassen. König und Königin landen wenige Meter weiter mit einem Motorboot, um an einem Festbankett teilzunehmen. Für 17 Zuschauer ist an diesem Tag ein dreimonatiger, kostenloser Sprachkurs in schwedischer Alltags- und Medizinersprache zu Ende gegangen. Die überwiegend deutschen, aber auch griechischen, italienischen und polnischen Ärzte und Zahnärzte werden in den kommenden Wochen ihre Arbeit in westschwedischen Krankenhäusern antreten.

Ein Jahr später begleite ich Harald (Name geändert) zur Vardcentral in Vänersborg am Vänernsee, dem mittelschwedischen „Meer“. Es ist eine Poliklinik in einem Flachbau mit hellen Räumen. Benachbart steht das mehrstöckige Gebäude eines ehemaligen Krankenhauses, das Ende der 80er Jahre aus Kostengründen geschlossen wurde und jetzt Schulungsräume, Büros und ein medizinhistorisches Museum beherbergt.

„Aktuell arbeiten hier neun Allgemeinmediziner und zwei Assistenzärzte. Wir üben eine Art Lotsenfunktion aus. Das bedeutet allerdings, dass die Vardcentralen sehr schlicht ausgestattet sind, so haben wir in unserer Vardcentral kein Röntgen- oder Ultraschallgerät. Ein System aus Arztpraxen wie in Deutschland gibt es in Schweden nicht. Fachärzte arbeiten größtenteils in Krankenhäusern und teilen sich die Arbeit zwischen Krankenstation und Ambulanz. Facharztpraxen gibt es nur vereinzelt.“

„Das schwedische Gesundheitssystem ist auf Gastärzte angewiesen. Ein Ärztemangel wird nach Schätzungen mindestens weitere zehn Jahre bestehen, zumal in diesem Zeitraum etwa die Hälfte der schwedischen Allgemeinmediziner das Rentenalter erreichen werden. In unserer Region, Västergötaland, sind ca. ein Drittel der Assistenzärzte mit Spezialisierung auf Allgemeinmedizin ausländischer Herkunft, etwa die Hälfte davon stammt aus Deutschland. Und in Schweden ist die Ärztedichte schon geringer als im übrigen Kontinentaleuropa und nur mit Großbritannien zu vergleichen (Einwohner pro Arzt: Deutschland 298, Schweden 395, Spanien 262, Anm. d. Autors). Unattraktiv für Schweden und

damit medizinisch unterversorgt sind viele ländliche Regionen, der hohe Norden und soziale Brennpunkte in Großstädten. Aber das versteht sich von selbst.“

Existiert das vielgepriesene Folkhem (Volkshem), das schwedische Sozialsystem noch? „Die 90er Jahre haben zu sehr einschneidenden, auf jeden Fall drastischeren Veränderungen geführt als in Deutschland. Ein paar Beispiele: Jeder Arztbesuch kostet 120 schwedische Kronen, wird die Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht sogar 200 Kronen (etwa 1 € = 10 SKE, Anmerkung des Autors). Die Zuzahlungen für ein Medikament betragen 170 SKE, für jedes weitere 70 SKE. Allerdings werden Patienten von Medikamenten- und Behandlungspauschalen befreit, wenn die Jahreskosten 2200 SKE übersteigen. Im Krankheitsfall erhält der Arbeitnehmer nach einem unbezahlten Fehltag nur noch 75% des Einkommens.“

„Die positiven Seiten für den Arzt: Es wird nach Stechuhr gearbeitet. Für jede Überstunde kann Freizeitausgleich genommen werden. Zwei meiner Kolleginnen, die Kinder haben, arbeiten halbtags. Aber auch Männer dürfen Teilzeit arbeiten. Vorbildlich ist das „Elterngeld“ für 450 Arbeitstage als Lohnersatzleistung, das mittlerweile auch in Deutschland diskutiert wird und das von beiden Elternteilen genutzt werden darf.“ Harald lächelt.

Die Fülle der offensichtlich funktionierenden Reglementierung erstaunt mich: Freistellungen für eine festgelegte Anzahl von Weiterbildungsveranstaltungen oder Balint-Gruppentreffen, ein angestrebter vierwöchiger „Pflicht“urlaub in den Sommermonaten Juli und August, Freizeitausgleich, ein lückenloser Rotationsplan für Ärzte in Weiterbildung. Während der Urlaubszeit oder wenn zu viele Ärzte durch Freizeitausgleich ausfallen, werden von Leihfirmen für wesentlich höhere Kosten Ärzte auf Zeit gemietet. Allerdings wird dieses für die darin engagierten Ärzte lukrative System wohl doch zukünftig dem Sparzwang geopfert werden.

Hat solch ein System auch Nachteile? „Die Gestaltung des Dienstplans gleicht häufig einem Drahtseilakt. Als Ärztin im Praktikum stehe ich manchen Tag mehrere Stunden ohne einen erfahrenen Kollegen in der Nähe, den ich um Rat fragen kann, in der Notfallzentrale. Ich kann mich mit dem Facharzt im Hintergrund nur per Telefon austauschen, Supervision ist auf diese Art schwierig. Allerdings gibt es in jeder Klinik eine Dienst-



planmanagerin, der ich diese Probleme schildern kann.“ Katharina arbeitet im sjukhus – Siechenhaus, wie Krankenhäuser in skandinavischen Sprachen heißen – in Trollhättan, fünfzehn Kilometer von Vänersborg entfernt. Sie ist nach sieben Monaten auf der Inneren gerade in die Orthopädie rotiert. Ihre Stellung während der zweijährigen Rotation als AT (Allman Tjänstgöring) entspricht der einer Ärztin im Praktikum, aber deutlich fairer bezahlt, und ist in ihrem Ablauf wohl eher mit der eines Turnusarztes in Österreich zu vergleichen.

„Durch das straffe Rotationssystem trifft ein Patient wahrscheinlich nur selten in Folge auf den selben Arzt. Da ich, wie alle anderen Kollegen, nach Bedarf eingesetzt werde, bin ich also mal einige Tage in der Notfallambulanz, mal auf dieser, mal auf jener Station. So kann ich nur selten die Wirkung eines neuen Medikamentes beobachten oder den Heilungsverlauf eines Patienten miterleben.“

„Allerdings gibt es auch persönliche Krankheitsassistenten, die Ansprechpartner für Patienten mit chronischen Erkrankungen sind.“ wirft Harald ein.

„Der wie heute im Fall einer Patientin mit langjähriger Multipler Sklerose gerade seinen Freizeitausgleich hatte.“

Zur „deutschen medizinischen Gemeinschaft“ in Vänersborg gehören auch die Zahnärzte Anette, Eberhardt und Max. Eberhardt macht eine Zusatzausbildung in Zahnimplantologie, Anette komplettiert ihre Ausbildung zur Zahnärztin, bevor sie die Praxis ihrer Mutter in einer südsächsischen Stadt übernehmen wird. „Alle Schweden sind nach dem Gleichheitsprinzip staatlich versichert. Allerdings wird eine Zahnbehandlung nur bis zum 20. Lebensjahr bezahlt. Vor jeder Behandlung gehe ich gemeinsam mit dem Patienten einen Preiskatalog für Füllungen, Kronen usw. durch. Bei Bedürftigkeit gibt es eine Greencard mit einem festen, aber großzügig bemessenen Betrag für Zahnbehandlungen.“

Was lockt die ärztlichen Arbeitsimmigranten aus Deutschland an Schweden? Der Ver-



dienste sind ähnlich, die Lebenserhaltungskosten höher als in Deutschland. „Das Abenteuer Ausland, aber mit geringem Risiko und Deutschland in der Nähe.“ meint Harald und Max ergänzt. „Auf jeden Fall berechenbare und attraktivere Arbeitsbedingungen, auch wenn in Deutschland vielfältigere Möglichkeiten existieren. Banal zu sagen, dass ich die schwedische Natur liebe, aber ich bin leidenschaftlicher Segler... Darüber habe ich schon viele außerberufliche Kontakte mit Schweden knüpfen können“

Katharina bereitet die Eingewöhnung gelegentlich Schwierigkeiten. „Wenn ich Heimweh habe, wünsche ich mich nach Mitteleuropa mit seinen Cafes und Restaurants zurück. Die Geschichtslosigkeit der Orte verstört mich manchmal: Wassertürme, statt Kirchtürme, Einzelhöfe statt Dörfer, überall monotone Sozialbauten... Viele der Orte in dieser Region sind tatsächlich nicht älter als 100 oder 200 Jahre. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Schweden oft rücksichtslos modernisiert. Die deutsche Gemütlichkeit fehlt – röhrende Elche kann ich allerdings mit etwas Glück im Original auf dem Halleberg sehen.“

In der Straße, die vom Marktplatz bis zur Seepromenade führt und in der Harald und Katharina wohnen, sind auffällig viele Alte mit Rollator und Gehhilfen zu sehen. „Trollhättan ist jünger. Dort ist Flugzeug- und

Rüstungsindustrie von Saab und Volvo angesiedelt. Nicht wenige Arbeiter sind aus Persien, dem Irak oder Bosnien.“

„Es kann sein, dass die Zeit, in der ausländische Ärzte angeworben wurden, zu Ende geht. Vor zwei Jahren besuchten wir eine Werbeveranstaltung des schwedischen Gesundheitsministeriums in Hamburg. Außerdem wurden uns die Kosten für Fahrt und Übernachtung zu einem Vorstellungsgespräch an einem Krankenhaus unserer Wahl erstattet. Im nächsten Jahr wird es wahrscheinlich den Sprachkurs für Mediziner in Göteborg nicht mehr geben. Die Schweden haben entdeckt, dass es in ihrem Land sogar arbeitslose Ärzte gibt und dass es effizienter sein kann, eingebürgerte Flüchtlinge und Immigranten zu fördern, die Mediziner sind. Außerdem werden mehr und mehr Krankenhäuser geschlossen, Leistungen auf immer weniger Zentren konzentriert, eine Entwicklung, die auch in Deutschland in den nächsten Jahren ablaufen wird. So sollen Rettungsstelle und Akutversorgung in der Klinik Trollhättan geschlossen und diese Versorgung ausschließlich von der dreißig Kilometer entfernt gelegenen Schwesterklinik in Uddevalla gewährleistet werden. Im Umkreis von hundert Kilometern ist in Uddevalla dann die einzige Notfallambulanz zu finden!“

„Ein für uns Deutsche amüsantes Detail möchte ich noch erwähnen: An Geburtstagen

oder Flaggentagen wird eine schwedische Miniaturfahne auf den Tisch im Aufenthaltsraum oder den Schreibtisch gestellt.“

Langsam lassen wir das Kajak zwischen Inseln aus Granitplatten, auf denen die Schleifspuren der letzten Eiszeit zu sehen sind, auf eine Landzunge zu gleiten. Kein Pfad, nur Wald mit Erlen, Haseln, Eichen und Kiefern... Ein pastellfarbener Widerschein aus violett und rosa breitet sich über einen hellblauen, sonnelosen Himmel aus. Zwei Stunden vor Mitternacht ist es taghell. „Diese Woche scheint die schwedische Regierung für schönes Abendwetter zu sorgen. Aber vielleicht macht das Schweden für viele aus: Relativ ohne Zukunftsorgen der Arbeit nachgehen zu können und weitgehend ohne Ablenkung die Natur in der Freizeit genießen zu können und ein anderes Land mit seinen Menschen kennen zulernen.“

Schon haben die ersten Sprachkursabsolventen vom letzten Jahr einen Möbeltransporter Richtung Deutschland bestellt, weitere tragen sich ernsthaft mit dem Gedanken, im nächsten Jahr ins Heimatland zurückzukehren. Wie lange bleibt ihr? „Einige Jahre? Für immer? Wir wissen es nicht.“

Dr. Frank Hanisch

Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Ernst-Grube-Straße 40, 06097 Halle/Saale

## Tobias Stengel: Zwischen Fläche und Körper – unterwegs

Ausstellung



Einer der langjährigen Arbeitskomplexe von Tobias Stengel (Jg. 1959) sind seine „Variationen zum Würfel“. Mit einer der wissenschaftlichen Vorgehensweise nahekommenden Akribie – teilweise auch im Bündnis mit einem

Mathematiker – hat der Künstler, ausgehend von Wachsmodulen, zahlreiche Wand- und Bildobjekte sowie Bodenskulpturen geschaffen. In der kommenden Ausstellung zeigt er nun eine Serie von Wandobjekten, wo, einer Systematik folgend, mit verschiedenen Modulen eines aufgeklappten Würfels Kreise gebildet werden. In Korrespondenz dazu sind in jüngster Zeit auch Radierungen entstanden. Aus Überlagerungen der bekannten Module bildeten sich hier interessante Strukturen.

Neben diesen, von einem ausgeprägt konzeptuellen Ansatz getragenen Arbeiten, präsentiert Tobias Stengel „Das kleine abc“ – eine sich seit Jahren ständig vermehrende Ansammlung von gestalteten Karteikarten. Es handelt sich um ein zu anderen Schaffensbereichen parallel laufendes Projekt, das Nachrichten aus Wissenschaft und Technik künstlerisch „kommentiert“.

Der Dresdner studierte zwischen 1981 und 1986 an der Hochschule für Bildende Künste Dresden und arbeitet seit Studienende freischaffend. Er ist durch zahlreiche Ausstellungen sowie Crossover-Projekte im In- und Ausland bekannt geworden, erhielt eine Reihe von renommierten Stipendien, darunter der Bundeskulturstiftung, und kann auf zahlreiche Arbeiten in öffentlichen und privaten Sammlungen in Deutschland, den USA und Israel verweisen.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 19. Januar bis 13. März 2005, Montag bis Freitag: 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr Vernissage: Donnerstag, 20. Januar 2005, 19.30 Uhr**