

KONGRESSE

Erfahrungen von Ärzten aus der ehemaligen DDR beim diesjährigen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Grado:

Weitermachen

Vom 2. bis 8. September 1990 hatten die ersten, und nun auch die letzten, noch DDR-Ärzte Gelegenheit, an der zweiten Woche des XXIV. Internationalen Seminarkongresses der Bundesärztekammer und Österreichischen Ärztekammer in Grado teilzunehmen. Auf Grund der Mitteilungen bundesdeutscher einschlägiger Presseorgane, in erster Linie des DÄ, fanden 100 ostdeutsche Ärzte den Weg nach Grado. Es wurde, nach vielen Gesprächen zu urteilen, ein eindrucksvolles und nachhaltiges Erlebnis. Die breitbasig angelegten Veranstaltungen und Seminare zu verschiedenen Fachgebieten dienten einer effizienten medizinisch-wissenschaftlichen Weiterbildung. Spontane Gespräche zwischen den Seminaren, zu abendlichen Veranstaltungen und dergleichen mit bundesdeutschen Ärzten und auch namhaften Vertretern der Bundesärztekammer, bisher uns in vergleichbarer Weise unbekannt, konnten in angenehmer und offen-freundlicher Atmosphäre zur Erörterung anstehender allgemein interessierender Probleme genutzt werden. Verständlicherweise kamen Bedenken und Unsicherheiten von uns ostdeutschen Ärzten regelmäßig zur Sprache. Das deutlich gewordene Verständnis und der Trend zur aktiven Unterstützung haben uns sehr gut getan und geben der Hoffnung Nahrung, ab 3. Oktober 1990 nicht die „Ostdeutschen“ schlechthin (ohne dies noch werten zu wollen), sondern gleichberechtigte Deutsche in Deutschland zu sein. Trotz ausgefüllter Tagesprogramme blieb auch noch Zeit, über den fachlichen Rahmen hinausgehende Veranstaltungen mitzuerleben...



Dr. Karsten Vilmar umringt von Ärzten aus der ehemaligen DDR beim offenen und freundlichen Gespräch in Grado

Abschließend möchten wir, vielleicht im Namen vieler Teilnehmer, schlicht und einfach, aber um so herzlicher, denen Dank sagen, die am Zustandekommen dieses Kongresses und besonders unserer Teilnahme Anteil hatten, so der Bundesärztekammer, der Kurverwaltung Grado, dem Deutschen Reisebüro. Nicht zuletzt auch dem Deutschen Ärzteblatt, aus welchem wohl die meisten ihre diesbezüglichen Informationen erhielten. Ebenfalls möchten wir uns dafür aussprechen, diese Art von günstiger Kombination der Weiterbildung mit aktiver Erholung zu erhalten: Jetzt erst recht! Viele tausend ehemalige DDR-Ärzte werden dies bald zu schätzen wissen, nachdem sie dies nun auch erleben dürfen.

Wir wollen damit gewissen Bestrebungen, derartige Kongresse nicht mehr durchzuführen, keine Unterstützung gewähren.

D. Nitschmann, Andreas Berthold, Heinrich-Zille-Straße 13, O-8280 Großenhain/Sachsen

Zu dem „seite eins“-Beitrag „I had a dream...“ in Heft 42/1990:

Und noch ein Traum...

Seit vierzig Jahren trage ich, mit viel Freude am Beruf, an menschlichen Kontakten und an den schönen therapeutischen Möglichkeiten, meinen weißen Kittel. Seit

der gleichen Zeit besuche ich regelmäßig unsere Kongresse, sei es die gesamtdeutschen oder die lokalen südwestdeutschen HNO-Kongresse. Die in Ihrem Artikel aufgelisteten „Traumerscheinungen“ plagen auch mich, mehr noch aber die Tatsache, daß auf unseren deutschen Kongressen zunehmend weniger deutsch gesprochen wird. Ich meine damit nicht allein die zwangsweise Übernahme von fremden, teilweise einge-deutschen Lehnworten, sondern die so häufige und betrübliche Selbstbeglänzung der „Redner“, besser „der Ableser“ durch die Anwendung einer Unzahl sowohl unverständlicher als auch erst nach einiger Übung, einigem Nachdenken einzuordnender Fremdwort-Creationen. Daß mich so ein Verhalten, so eine Mißachtung unserer schönen, sehr vielseitigen und auch in ihren Ausdrucksformen reichen Sprache schmerzt, wird verständlich, wenn ich dieses als Auslandsdeutscher schreibe.

Und noch ein Traum plagt mich jedesmal: Das freie Sprechen, die direkte Zuwendung zum Hörer ist abhanden gekommen. Daß fast jeder Vortrag mit den stereotypen Worten „Meine Damen und Herren, bitte das erste Dia...“ beginnt, ist derart betrüblich, daß man sich manchmal nicht auf einem wissenschaftlichen Kongress, sondern bei der Vorführung von irgendwelchen, meist wenig gelungenen Urlaubsfarb-

dias in dem Nebenzimmer eines Spießervereins befindet.

Es ist bitter, solche „Träume“ immer wieder aufs neue zu erleben! Es würde mich freuen, wenn die Anregung Fuß fassen würde, doch endlich ein freies Sprechen vorzuschreiben, und wenn endlich einmal diese Unzahl von unlesbaren und nur als Krücke der Vortragenden zu bezeichnenden Dias zumindest begrenzt, besser aber entfallen, würde.

Ob mir noch einmal ein Erwachen in kultivierter Kongreßatmosphäre möglich wird...?

Dr. Heinrich Phleps, Woelkestraße 75, W-7340 Geislingen/Steige

POLIKLINIKEN

Zur medizinischen Betreuung in der ehemaligen DDR:

Zwangsläufige
Begleiterscheinung

Zur Beruhigung des Hartmann-Bundes und der Kasenärztlichen Vereinigungen erkläre ich zunächst an Eides Statt, daß ich während meiner 33jährigen ärztlichen Tätigkeit nie in einer Poliklinik gearbeitet habe und daß ich seit 1980 in einem konfessionellen Krankenhaus tätig bin. Auch dort arbeite ich nicht in einer Ambulanz.

Trotzdem kann ich mich nicht der Meinung anschließen, daß am Niedergang der medizinischen Betreuung in der ehemaligen DDR die Polikliniken die Schuld tragen. Dieser Niedergang ist eine zwangsläufige Begleiterscheinung des allgemeinen Verfalls, den uns der Weg zum real existierenden Sozialismus bescherte.

Wenn ich einen Vertreter des Hartmann-Bundes im Fernsehen richtig verstanden habe, ist aber auch die persönliche Zuwendung des Arztes zu seinem Patienten in der DDR geschwunden und das vorwiegend infolge der massiven Behinderung der freien Niederlassung. Diese Schlußfolgerung halte ich für falsch

und beleidigend. Ärztliche Zuwendung und Gewissenhaftigkeit sind nicht durch Dienstvorschriften oder Funktionspläne anzuweisen; sie müssen vorgelebt werden. Außerdem sind die Charaktereigenschaften des jeweiligen Arztes wichtiger als die Art der Berufsausübung. Natürlich spielt auch im ärztlichen Beruf die wirtschaftliche Motivation eine Rolle; aber um diese steht es doch bei uns zur Zeit nicht besser als unter den Genossen. Mancher westdeutsche Kollege wäre verdutzt, wenn er seine Einkommen mit unseren Bezügen vergleichen würde; noch mehr aber beim Vergleich der Arztgehälter in der ehemaligen DDR mit denen anderer Berufsgruppen in dieser Region, deren Ausbildung und berufliche Verantwortung weit unter ärztlichem Niveau liegen. Es ist mir ja völlig klar, daß ein vom Sozialismus völlig durcheinander gebrachtes Lohn- und Gehaltsgefüge nicht über Nacht zu korrigieren ist, aber etwas neugierig bin ich schon, wie lange ein großer Teil der Ärzte hier die alte Übersetzung verkörpern soll: DDR gleich „der doofe Rest“.

Dr. sc. med. K. J. Anthor,
Gagarin-Ring 18/0203,
O-5020 Erfurt

P.S. Ich wäre der Bundesärztekammer sehr dankbar, wenn sie sich um die Abschaffung des idiotischen Titels Dr. sc. med. bemühen würde.

MEDIZINSTUDIUM

Zu dem „seite eins“-Beitrag „Auswahlgespräche kommen gut an“ in Heft 40/1990:

Kein Wunder

Daß Frauen besser abschneiden als Männer, ist kein Wunder: sie sind einfach kommunikationsintensiver.

Das ließe sich nur dadurch ausschalten, daß die Auswahlgespräche von Frauen mit Frauen an der Universität geführt werden, während Männer-Auswahlgespräche mit Männern der Universität geführt werden. Sonst ent-

steht eine Fehlentwicklung bei den Auswahlgesprächen.

Ich nehme nicht an, daß ich interpretieren muß, was ich unter kommunikationsintensiver verstehe.

Dr. med. Otto Meyer zu Schwabedissen, Am Stadtgarten 28, W-7590 Achern

KASSENARZTPOLITIK

Zu dem Beitrag „Objektive Gründe für das Leistungswachstum“ von Dr. med. Ulrich Oesingmann in Heft 37/1990:

Kämpferische Mittel

... Da vielen Kolleginnen und Kollegen inzwischen das Wasser längst nicht nur am Halse steht, komme ich zur Frage der Therapie zurück: vor der Wirkung unserer Worte fürchtet sich ein Herr Blüm zur Zeit offenbar (noch) wenig. Selbstverständlich haben wir eine potentiell große Macht, da wir im Bunde mit unseren Patienten auf eine Änderung der Politik hinwirken können. Doch das bedeutet offenbar einen „langen Marsch“, auf dem zu viele Kollegen sicher noch auf der Strecke bleiben müßten.

Warum also lernen wir nicht auch von Organisationen, die ... gewohnt und geübt sind, die Interessen ihrer Mitglieder und somit meist auch die des Allgemeinwohls mit ... „kämpferischen Mitteln“ ... durchzusetzen?

Wenn Politiker offenbar nur diese Sprache verstehen und nur und erst auf solche Mittel gewohnt sind, zu reagieren – warum sollten wir sie dann nicht benutzen? Schließlich haben wir das beste aller möglichen Motive: wir handeln für und im Interesse der uns anvertrauten Patienten! Eine zugrundegerichtete ambulante Medizin ist eine Katastrophe für die ganze Gesellschaft; Herr Blüm mag es im wohlgesicherten Ruhestand dereinst ertragen können – wir werden und wollen das nicht.

Dr. med. Frank Weiland,
Brauweiler Straße 12, W-5000 Köln 40

Zusammensetzung: 1 Tablette CAPOZIDE® 25 (50) enthält: 25 (50) mg Captopril und 25 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Captopril, Thiazid-Diuretika und Sulfonamide, deutliche Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance \leq 60 ml/Min. und/oder Serum-Kreatinin $>$ 1,8 mg/100 ml), Glomerulonephritis, beidseitige Nierenarterienstenose oder Nierenarterienstenose bei einer Einzelniere; Zustand nach Nierentransplantation, Aortenklappenstenose oder andere Ausflußbehinderungen, Autoimmun- oder Kollagenkrankheiten, z.B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, besonders bei gleichzeitig eingeschränkter Nierenfunktion, und bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva, systemischen Corticoiden und Antimetaboliten. In diesen Fällen ist CAPOZIDE® nur nach besonders kritischer Nutzen- Risiko- Abwägung anzuwenden. Das weiße Blutbild bzw. der Urinbefund (Proteinurie) sind sorgfältig zu überwachen. Schwere Leberfunktionsstörungen, Coma hepaticum, Therapieresistente Hypokaliämie; schwere Hyponatriämie und/oder ausgeprägte Dehydratation, Schwangerschaft und Stillzeit; primärer Hyperaldosteronismus. **Warnhinweise:** Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika, bei ausgeprägten Salz- und Flüssigkeitsverlusten, bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz unter den oben zitierten Umständen kann es bei Beginn der CAPOZIDE®-Therapie zu einem starken Blutdruckabfall kommen. Bei diesen Patienten sollten vor Beginn der Therapie die Diuretika abgesetzt oder deren Dosis stark reduziert und auch die Dosis von CAPOZIDE® reduziert werden, um dadurch das Risiko des Blutdruckabfalls zu mindern. Bei jedem Patienten mit Hypertonie oder Herzinsuffizienz muß vor Behandlungsbeginn die Nierenfunktion untersucht werden. Die Häufigkeit des Auftretens der meisten Nebenwirkungen unter CAPOZIDE® ist prinzipiell mit der Nierenfunktion verknüpft, da das Medikament renal ausgeschieden wird. Die Dosis sollte nicht über das absolut nötige Minimum hinausgehen und sollte bei Nierenkranken reduziert werden. Bei Patienten mit Nierenerkrankungen müssen daher regelmäßig die entsprechenden Laborkontrollen durchgeführt werden. Die CAPOZIDE®-Behandlung soll abgebrochen werden bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushaltes, orthostatischen Beschwerden, Überempfindlichkeitsreaktionen, starken gastrointestinalen Beschwerden, zentralnervösen Störungen, Pankreatitis, Blutbildveränderungen, bei akuter Cholezystitis, beim Auftreten einer Vaskulitis und Verschlimmerung einer bestehenden Myopie. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergischer Hautausschlag mit Jucken und Rötung, selten Nesselausschlag, zum Teil mit Fieber, gelegentlich Eosinophilie, in Einzelfällen mit positivem ANA-Titer, kutaner Vaskulitis; selten schwere Hautreaktionen: Photosensibilität, angioneurotisches Ödem (Zungen-, Glottisödem). Gelegentlich Abnahme, Veränderung oder vorübergehender Verlust der Geschmacksempfindung, Manchmal Aphthosen, Mundtrockenheit, gastrointestinale Störungen. Gelegentlich vorübergehende Übelkeit, Oberbauchbeschwerden. In Ausnahmefällen Leberfunktionsstörungen mit sekundärer Cholestase, Pankreatitis möglich. Sehr selten Hustenreiz mit oder ohne trockenen Husten. Lungenödem mit Schocksymptomatik in Einzelfällen, möglicherweise allergische Reaktion auf Hydrochlorothiazid. Bei vorbestehender Nierenerkrankung Proteinurie möglich; in diesen Fällen daher vor Beginn und während der ersten 8 Monate der Behandlung monatliche Kontrolle (cave $>$ 1 g/Tag). Anstieg des Blutharnstoffs und des Serum-Kreatinins. Unter Behandlung mit CAPOZIDE®, besonders bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Kollagenkrankheiten oder Behandlung mit Immunsuppressiva oder Antimetaboliten, kann es sehr selten zu Leukopenie, in Extremfällen Panzytopenie, kommen. Die unter Thiazid-Diuretika manchmal auftretende Erhöhung von Blutzucker, Blutharnsäure oder Blutfetten wurde unter CAPOZIDE® bisher nicht beobachtet. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Nierenerkrankung kann in seltenen Fällen eine Störung des Flüssigkeits- oder Elektrolythaushalts auftreten. Die Anwendung von Hydrochlorothiazid kann bei länger dauernder Einnahme zu Elektrolytveränderungen, insbesondere zu einer Erniedrigung des Serum-Kaliums mit Muskel- und Wadenkrämpfen führen. Hohe Kochsalzzufuhr vermindert die blutdrucksenkende Wirkung von CAPOZIDE®. Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika oder bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz kann es innerhalb einer Stunde nach der ersten CAPOZIDE®-Gabe zu orthostatischen Kreislaufdysregulationen kommen. In Einzelfällen kann insbesondere bei vorbestehender koronarer Herzkrankheit oder Durchblutungsstörungen des Gehirns ein starker Blutdruckabfall zum Auftreten von Herz-Kreislauf-Komplikationen führen (z.B. Brustschmerz, Herzklappen, Herzinfarkt, Schlaganfall). In Einzelfällen wurde eine Raynaud-Symptomatik verschlechtert. Begleiterscheinungen ohne gesicherten ursächlichen Zusammenhang: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, depressive Symptomatik, Atemnot, Parästhesien, Haarausfall, Impotenz, Muskelschmerz, verschwommenes Sehen. **Laborwerte:** Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie sowie Anstiege von Leberenzymen s.o. **Wechselwirkungen** mit anderen Mitteln und Dosierung sowie weitere Einzelheiten siehe Gebrauchsinformation. Neuere Arbeiten zeigen, daß die Captopril-Komponente in CAPOZIDE® den thiazidbedingten Stoffwechselstörungen entgegenwirkt oder diese sogar aufhebt. **Handelsformen und Preise:** CAPOZIDE® 25-OP mit 20 Tabletten (N1) = DM 40,95; 50 Tabletten (N2) = DM 88,-; 100 Tabletten (N3) = DM 160,95; CAPOZIDE® 50-OP mit 20 Tabletten (N1) = DM 59,25; 50 Tabletten (N2) = DM 130,85; 100 Tabletten (N3) = DM 247,05. von Heyden Pharma GmbH, Volkartstraße 83, 8000 München 19 - Bristol Arzneimittel, Niederlassung Troisdorf, der Bristol-Myers GmbH, 5210 Troisdorf.

Stand: Mai 1990

