

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/98

Die erste Seite	Präsident/Vizepräsident	552
Berufspolitik	Bericht zur 19. Kammerversammlung am 14. November 1998	553
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen	371
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Sachsens ärztliche Senioren trafen sich zum dritten Mal	562
	Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	562
	Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung	563
	Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer	563
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	564
Originalie	Primärer Hyperparathyreoidismus - Klinik, Diagnostik und Therapie M. Nagel, H. Bergert, D. Ockert, M. Hanefeld, H. D. Saeger	566
Verschiedenes	Ohrgeräusche und Magnetresonanztomographie (MRT) Ein Hinweis an die Ärzteschaft	579
	Impressum	579
	Eindrücke eines Arbeitsaufenthaltes in Ruanda	581
	Leo N. Tolstois letzte Krankheit und ihre Hintergründe	583
	Leserbrief	Leserzuschrift von Dipl.-Med. Thomas Flämig
Aktuelles in Kürze		584
Hochschulnachrichten	Universität Leipzig	586
Buchbesprechung		588
Personalia	Geburtstage im Januar 1999	591
Feuilleton	Weihnachten - ein Fest der Klänge	592
	Fortbildung in Sachsen - Februar 1999 Beilage: Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 1997	

Die Sächsische Landesärztekammer ist jetzt auch im Internet unter <http://www.slaek.de> und per e-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de) zu erreichen.

*Das Jahr schlägt seinen Bogen,  
Das Dunkel nicht mehr weit, -  
Die Störche fortgezogen  
Zu ferner heller Zeit.*

*Die schwarzen Wälder schweigen  
In Nebelstreif erstarrt,  
Der Blütenköpfe Neigen:  
Zur Erde das, was ward.*

*Dr. med. Horst Oehler, Schneeberg, 1996*

*Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,*

*Deutschland hat eine neue Regierung. Die Erwartungen sind hoch. Wird es wirklich grundlegende Änderungen geben? Noch sind die Vorstellungen der rot/grünen Regierung für uns nebulös. Es wäre jedoch wenig hilfreich, schon jetzt wieder bei den anstehenden und fortzusetzenden Gesprächen der ärztlichen Selbstverwaltung mit den neuen Ministeriellen einzig und allein die alten Forderungen nach mehr Geld zu stellen. Das würde dem Gesamtanliegen der Ärzte schaden und nur die alten Klischees bedienen, den Ärzten ginge es nur ums Geld.*

*Viel wichtiger ist es jetzt, dafür zu sorgen, daß nicht jeder einzelne Verband seine eigenen spezifischen Interessen voranstellt, sondern die Ärzte mit ihren beiden Körperschaften gemeinsam auf die Regierung zugehen, um sich in die Erarbeitung des zu erwartenden Gesetzes mit besseren Regelungen einbringen zu können, als jetzt erkennbar scheint. Nicht Polemik, sondern sachlich differenzierte Diskussionsbeiträge sind jetzt gefragt.*

*Jahrelang hatte der Grundsatz „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ gegolten. Daß es dabei bleibt, muß unser generelles Anliegen sein. Dabei ist darauf zu achten, daß uns nicht Aufgaben zugewiesen werden, die wir von der Natur der Sache her nicht lösen können. Budgets, wie wir sie leidvoll kennengelernt haben, werden hoffentlich nur für einen vorübergehenden Zeitraum notwendig sein.*

*Eine für die Dauer bestehende Budgetierung muß unter dem Aspekt der wachsenden medizinischen Betreuungsnotwendigkeiten abgelehnt werden. Eine sektorale Budgetierung, wie vorgesehen, würde uns schaden und die innerärztliche Harmonie gänzlich zerstören.*

*Das sich seinem Ende zuneigende Jahr war inhaltsreich in jeder Beziehung.  
Vom neuen Jahr erwarten wir für Deutschland eine gesellschaftliche Vorwärtsentwicklung.  
In Sachsen werden neben den Parlamentswahlen 1999 auch die Kammerwahlen eine neue Kammerversammlung und einen neuen Vorstand bringen. Wir sind voller Erwartung!*

*Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wünschen wir gesegnete Festtage und ein gesundes und glückliches Jahr 1999.*

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

*Dr. med. Peter Schwenke  
Vizepräsident*

## Bericht zur 19. Kammerversammlung, 14. November 1998, in Dresden

Mit ihrer 19. Kammerversammlung beschloß die Sächsische Ärzteschaft die 2. Wahl- oder Amtsperiode von 1995 bis 1999. Die 20. Versammlung und zugleich 9. Sächsischer Ärztetag ist dann die konstituierende Tagung des neuen Sächsischen Ärzteparlamentes für die 3. Wahlperiode von 1999 bis 2003. Dafür sind, wie Sie wissen, die Vorbereitungen zu den Kammerwahlen angelaufen. Darauf soll auch an dieser Stelle noch einmal hingewiesen und zur Beteiligung an der Nominierung der Kandidaten zur Wahl des Selbstverwaltungsorganes aufgerufen werden.

Wie bei allen vorangegangenen Kammer-versammlungen und Ärztetagen nahm *der Präsident, Prof. Dietrich*, mit seinem Bericht „*Zu aktuellen Themen der berufspolitischen Lage*“ das Wort, nachdem mit der Anwesenheit von zunächst 72 Delegierten, deren Zahl sich dann weiter auf 84 erhöhte, die Beschlußfähigkeit festgestellt worden war.

Wie stets begrüßte er in Sonderheit die der Kammer und ihrer Arbeit wertvollen Gäste, *Herrn Ministerialdirigenten Einbock und Herrn Hommel* vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, *Herrn Koob*, den juristischen Berater der Schlichtungsstelle, die Damen und Herren der ärztlichen Standespresse sowie die Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe „*Junge Ärzte*“. Besondere Worte der Begrüßung wurden den Angehörigen der Familie von *Professor Albert Fromme* zuteil, die zur Namensgebung eines in unmittelbarer Nähe des Kammergebäudes verlaufenden Weges in „*Albert-Fromme-Weg*“ nach Dresden gekommen waren; *Frau Dr. Christa Struckmeyer* als der Tochter des verdienstvollen Friedrichstädter Chirurgen und sein Sohn, *Dr. Friedrich-Karl Fromme*. Manchem Leser dürfte er bereits bekannt geworden sein. In den zurückliegenden Jahren nach der Wendezeit hat er für die „*Frankfurter Allgemeine Zeitung*“ aus den neuen Bundesländern einfühlsam berichtet. Den Akt der Namensgebung vollzog der *Erste Bürgermeister der Landeshauptstadt Dresden, Herr Dr. Deubel*, in angemessener und würdiger Form.

In seiner Rede ging der Präsident im einzelnen auf mehrere Themenbereiche der gegenwärtigen deutschen und sächsischen Gesundheitspolitik ein.

Zunächst stellte er die Bedeutung des „Ge-

sundheitsmarktes“ in Deutschland heraus, der mehr als 2,5 Millionen Erwerbstätigen Arbeit und Brot gibt, das sind 8 % der arbeitenden Bevölkerung! 1995 wurden 345 Milliarden DM im Gesundheitsbereich umgesetzt, um jährliche Zuwachsraten bis heute gesteigert. Doch sind die Ressourcen des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems infolge Mindereinnahmen durch Massenarbeitslosigkeit und Mehrausgaben bei der anhaltenden Dynamik in der Entwicklung immer neuer und teurerer diagnostischer und therapeutischer Verfahren erkennbar begrenzt. Dennoch - so legte der Präsident dar - ist dem gegenwärtigen System der Krankenversicherung gegenüber einem staatlichen, steuerfinanzierten oder einem rein marktwirtschaftlichen der Vorzug zu geben. Doch sollte die GKV auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt, von versicherungsfremden Leistungen befreit und ihre Finanzierung verbreitert werden. Kritik übte der Präsident am Krankenhausbereich, der unter antiquierten Verwaltungsstrukturen und am Mangel wissenschaftlicher Planung der Kapazitäten leide.

Letztere müßten am Bedarf des Patienten und der Qualität der Betreuung ausgerichtet werden. Das erfordere aber mehr Einbeziehung und unmittelbare Beteiligung der Ärzteschaft als bisher.

Dann ging der Präsident auf die anhaltende Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft und die Niederlassungssperre ein. Beides führt, im Verein mit jährlich zu viel ausgebildeten, stetig nachdrängenden jungen Ärzten, zu vereitelten Lebensperspektiven und wachsender Arbeitslosigkeit bei Ärztinnen und Ärzten.

Besonders enttäuscht zeigte sich der Präsident von dem Abstimmungsergebnis in der Vertreterversammlung der KV Sachsen am 7. November 1998, mit dem eine Beteiligung an der Finanzierung zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin abgelehnt wurde. Der Kammer empfahl die Versammlung, die Allgemeinmediziner-Weiterbildung finanziell zu unterstützen, denn die Ärztekammer wäre ja für die Weiterbildung zuständig. Dabei wurde jedoch die Unge-setzlichkeit eines solchen Vorgehens übersehen: Das Heilberufekammergesetz schließt die Verwendung von Kammerbeitrags-Mitteln für andere als im Gesetz genannte Zwecke ausdrücklich aus. Die Si-

cherstellung und Förderung der ambulanten Versorgung ist nach Gesetz nicht Aufgabe der Kammern, sondern der Kassenzärztlichen Vereinigungen. Das Schwarze-Peter-Spiel versäume nur Zeit, es wäre verhängnisvoll, wenn dadurch die von der neuen Bundesregierung im sogenannten Vorschaltgesetz nun festgelegte paritätische Stützung der Allgemeinmediziner-Weiterbildung mit 2.000,- DM/Monat ab 1. Januar 1999 versäumt würde. Der Präsident rief dazu auf, die Vertreter der KVS mögen ihr Votum nochmals bedenken und doch, ähnlich der bekannten Bauumlage für die drei Verwaltungsgebäude der KV in Sachsen, eine Allgemeinmedizinerumlage gründen. Würden nicht die Ärzte handeln, so bestünde die Gefahr, daß sich die Krankenkassen in der Zukunft Allgemeinmediziner einkaufen, um das gesundheitspolitische Ziel: „60 % Allgemeinmediziner als Hausärzte, 40 % übrige Gebietsärzte“, zu erreichen. Damit würde jedoch den Ärzten die Verantwortung für die Weiterbildung aus der Hand genommen werden.

Des weiteren ging der Präsident auf die neue Lage angesichts der Neubesetzung des Bundesgesundheitsministeriums ein und warnte davor, schon jetzt wieder bei den anstehenden Gesprächen der ärztlichen Selbstverwaltung mit den neuen Ministeriellen finanzielle Forderungen zu stellen. Dies würde dem Gesamtanliegen der Ärzte schaden. Man solle die Budgetierungen, die jetzt vorgesehen sind, als eine vorübergehende, die Kosten begrenzende Maßnahme der Koalitionsregierung akzeptieren, zugleich aber kooperativ auf die Regierung zugehen, um durch Beteiligung an der Ausarbeitung des zu erwartenden neuen Sturkturgesetzes bessere Lösungen zu erreichen. Ginge man nicht auf diese Weise vor, dann - so warnte der Präsident - blieben die Budgets bestehen, womit wir ja leidvolle Erfahrungen hätten. Heftige Auseinandersetzungen zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten und zwischen den einzelnen Arztgruppen wären dann die zu fürchtende Folge, wobei überdies den Ärzten überlassen würde, den zu erwartenden Mangel im System dem Patienten (glaubhaft?) zu vermitteln. Eine tiefgreifende Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses wäre das fatale Ergebnis.

Notwendig wäre es überdies, ärztliche Leistung nach gleichen Gesichtspunkten

zu bewerten, unabhängig davon, ob sie im ambulanten oder stationären Sektor erbracht würde. Sie sollte jeweils leistungsorientiert sein und habe deshalb nichts mit einer DDR-Einheitsbezahlung gemeinsam.

Schließlich ging der Präsident noch auf das *Solidaritätsstärkungsgesetz*, das sogenannte Vorschaltgesetz näher ein und dabei u. a. nochmals auf die darin festgelegte Beteiligung der Krankenkassen an der schon erwähnten Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin mit 216 Millionen DM außerhalb des beziehungsweise zusätzlich zum Honoraranteil.

Während zu diesem Gesetz die parlamentarische Zustimmung noch aussteht, ist über die von Minister Seehofer den ostdeutschen Ärzten für den 1. 1. 1999 versprochene Anhebung des GOÄ-Satzes von 83% auf 90 % vom Bundesrat abschlägig entschieden worden. Die Ländervertretung bewilligte nur 86 % des West-Niveaus, obwohl, wie der Präsident der Versammlung mitteilte, der sächsische Gesundheitsminister Dr. Geisler sich entschieden für eine Besserstellung verwendet hatte.

Abschließend appellierte *Herr Prof. DiETRICH* an die Politiker, der fortschreitenden Bürokratisierung entgegenzutreten und die Unzahl von Gesetzen zu reduzieren. Die Spitzenvertretungen der Ärzteschaft mahnte er zu gemeinsam abgestimmten Gesprächen mit der neuen Regierung mit dem Ziel, das Fortbestehen von Budgets zu verhindern.

Bevor der Präsident seinen Bericht zur ausführlichen berufspolitischen Diskussion stellte, war noch *Herr Professor Schröder* als Leiter des Kammerausschusses „*Ambulante Versorgung*“ aufgefordert, über den Stand der Umsetzung des „*Initiativprogrammes Allgemeinmedizin*“ zu berichten. Wichtige ergänzende Erläuterungen konnten so der nachfolgenden Diskussion zugutekommen.

Noch auf dem Kölner 95. Deutschen Ärztetag von 1992 stand die dreijährige Weiterbildung für den allgemeinmedizinisch tätigen Arzt („*Europraktiker*“) im Mittelpunkt der Beratungen. Nachfolgende Initiativen, besonders aus den neuen Bundesländern, namentlich auch Sachsens, am DDR - Modell orientiert, führten in den nachfolgenden Jahren zum Konzept eines fünfjährigen Kurrikulums. Nach kämpferischen Auseinandersetzungen wurde

schließlich auf dem 100. Deutschen Ärztetag dafür die Beschlußfassung erreicht, allerdings mit dem unabdingbaren Konditional der finanziellen Sicherstellung dieser Weiterbildungskonzeption. Dafür erweist sich eine Erweiterung des Inhaltes um einen § 105 a SGB V als nötig, um die Verfügbarmachung von dafür errechneten 216 Millionen Mark zu erreichen. Nutznießer, die eventuell später doch in andere Medizinsparten zu wechseln beabsichtigen, müssen dann freilich ihre allgemeinmedizinischen Fördermittel rückerstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die schon bislang bereit war, bis zu 400 DM pro Monat zur Weiterbildungsförderung bis zu einem halben Jahr für jedes Fachgebiet bereitzustellen, wäre auch willens gewesen, den Betrag bis zu 750 DM pro Monat für die Zeit von 2 Jahren aufzustocken.

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder zu treffenden Entscheidungen stehen zwar noch zum allergrößten Teil aus. Für Sachsen sind die Entscheidungen allerdings auf der Vertreterversammlung gefallen; wider aller Hoffnung in unerwartet gegenteiligem Sinne, nämlich der Ablehnung mit 17 zu 15 Stimmen. Obwohl die Kassenärztliche Vereinigung an einer positiven Lösung sehr ernsthaft interessiert war, ließ sich diese Erwartung auf der Bezirksebene offenbar nur unzureichend vermitteln.

So bedauerlich die nunmehr entstandene Lage auch ist, sollte sie die damit Befallenen nicht abhalten, vernünftige Lösungswege aus der Krise zu suchen. Konfrontation muß dringend gemieden werden. Es darf dabei nicht vergessen werden, daß in den kommenden Jahren die Zahl der ersatzbedürftigen Praxen rasch ansteigt und besonders von Ärztinnen besetzte Niederlassungen frei werden. Die errechnete Zahl notwendiger allgemeinmedizinischer Weiterbildungen betrüge z. B. für die Jahre 1999 und 2000 je siebzig. Zu den Ausführungen von *Herrn Prof. Schröder* ergänzte *Herr Dr. Herzig*, Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, daß eine auf Beschluß der Kammer schon frühzeitig ins Leben gerufene Projektgruppe „*Allgemeinmedizin*“ Chefärzte in dieser Angelegenheit der Weiterbildung angeschrieben habe. 47 haben geantwortet und ihre grundsätzliche Bereitschaft der Mitwirkung signalisiert, fünf davon definitiv.

Von 190 weiterbildungsbefugten Allgemeinärzten antworteten 65. Ein Drittel derer bekunden keine Vorbehalte, das zweite Drittel hat bereits einen Weiterbildungsassistenten/-tin im Auge, das letzte Drittel bildet bereits nach dreijährigem Kurrikulum aus. Hier ergeben sich bei der Erweiterung auf fünf Jahre verschiedene Fragen und Probleme, um dafür auch Fördermöglichkeiten anbieten zu können. Am Rande wäre noch zu erwähnen, daß im Fachgebiet erledigte „*Arzt im Praktikum*“-Zeiten anrechenbar sind und förderfähig wären, soweit sie bei einem weiterbildungsbefugten Facharzt absolviert wurden.

Zu resümieren bleibt, daß in Sachsen per 1.1.1999 die Weiterbildungsförderung für die Allgemeinmedizin möglicherweise noch nicht vollzogen werden kann. Auch der generelle Trend in der Bundesrepublik geht in diese Richtung, und die finanzielle Weiterbildungsförderung findet nicht die notwendige Stütze. Die derzeit offenbar unbefriedigende wirtschaftliche Situation der Niedergelassenen könnte ein wesentlicher Grund sein, denn schließlich, so meint man hierzu, stammten die Mittel der Kassenärztlichen Vereinigungen für diesen Zweck letztlich auch aus ihrem Portefeuille. Damit wird aber auch der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch die KVen tangiert. Es könnte schwer werden, rechtzeitig Nachwuchs herbeizuschaffen. Das wurde vom Bericht durch statistisches Material belegt. Die sich anschließende Diskussion aus dem durch die Mitteilungen betroffenen wirkenden Auditorium, rief zuerst als Vertreter *Herrn Reichardt von der Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“* auf, der seine Bestürzung über die fatale Beschlußfassung der Kassenärztlichen Vereinigung artikuliert und die Hoffnung anklingen ließ, daß es nicht das „*Aus*“ für die fünfjährige allgemeinmedizinische Weiterbildung sei. Er rief die Kammer auf, alles in ihrer Kraft stehende zu tun, die finanzielle Unterstützung auch über die zwei Jahre hinaus durchzusetzen. In positiver Vorwegnahme empfahl er, qualitätssichernde Evaluierungsprogramme zu gestalten, um die Weiterbildung niveauvoll zu garantieren. Auch wäre es förderlich, zum Arbeitsvertrag zusätzlich Weiterbildungsverträge abzuschließen. Andererseits darf die allgemeinmedizinische Aufrüstung nicht zur Beeinträchtigung anderer Ausbildungsfäh-

cher führen.

*Herr Grethe*, Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, empfand die von der sächsischen Kassenärztlichen Vereinigung getroffene Entscheidung als harten Schlag, aber verbarge trotzdem nicht die verbliebene Hoffnung auf eine Lösung. Er erbat die Zustimmung der Mandatsträger für die Beschlußvorlage 8, die aussagt, die fünfjährige Weiterbildung gegebenenfalls noch zu einem späteren Zeitpunkt als dem 1. Januar 1999 in Kraft zu setzen, zu dem dann die gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen der Finanzierung als gesichert gelten können.

*Herr Prof. Leonhardt* sah im Wahlergebnis 17:15 die Widerspiegelung der derzeitigen Stimmungslage in der Vertreterversammlung, jedoch nicht die Wiedergabe der grundsätzlichen Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Weiterbildungskonzeption Allgemeinmedizin. Schließlich könne das gesamte Gesundheitswesen nicht besser sein, als die es sein müssen, die es in vorderster Front bedienen. Das ist somit kein allgemeinärztliches Problem allein, sondern ein gesamtärztliches Anliegen. Könnten sich nicht alle Ärzte beteiligen? Es wären vielleicht 100 DM pro Jahr für jeden; er wäre dazu bereit. Prof. Dietrich korrigierte: 170 DM für jeden der etwa 5600 Niedergelassenen pro Jahr.

*Herr Dr. habil. Hommel* verstehe die Emotionen des Kammerpräsidenten, doch solle man auch sehen, daß die in Rede stehenden Beschlüsse in einer Phase relativer wirtschaftlicher Konsolidierung und mit Hoffnung auf Besserung der 75 % - Vergütungen gefaßt worden waren und auf diesem Boden zum positiven Abschluß in Thüringen geführt hätten. Er ist inzwischen in Kritik geraten. Ansonsten gilt: Vorrang hat die Selbstverwaltung. Zugriff in das Honorar kann nur mit Billigung durch die Vertreterversammlung und nicht vom Vorstand aus erfolgen.

Nun prägen inzwischen andere Dinge unser Handeln, z. B. das sogenannte „Vorschaltgesetz“ („Solidaritätsstärkungsgesetz“): „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung mit ihrer Ausgabenbegrenzung für 1999.“ Es ist, wie er meinte, „eine erschreckende Entwicklung“ und die KVen der neuen Länder werden ihre Beschlüsse revidieren oder ruhen lassen, so lange nicht klar ist, wie sich die Ho-

norarentwicklung gestalten wird. Auch wenn es „nur“ um eine Gesamtmillion gehe oder um 170 DM für den Einzelnen, müsse unter den Zukunftserwartungen für die gezeigte Entscheidungsverständnis aufgebracht werden.

Nun meldet sich *Herr Einbock*, Ministerialdirigent im sächsischen Gesundheitsministerium, zu Wort. Er begrenze seine Aussage bezüglich des Vorschaltgesetzes auf den Stand vom 9. November dieses Jahres und bestätigte noch einmal die seit 1995 entfaltenen, genuin sächsischen Initiativen zur Förderung der Allgemeinmedizin und des Hausarztes, verneinte aber die rechtlich nicht durchsetzbaren Kammerbeteiligungsmodelle. Er präferiere eine Einigung auf Bundesebene mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, da Entschließungen der Selbstverwaltungsorgane letztlich immer besser seien. Das Ministerium könnte moderierend hilfreich sein und die zu Beteiligten zu Gesprächen einladen.

*Herr Dr. Baumann*, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, bedauerte die von der KVS getroffene Entscheidung. Er glaube aber auch, daß die Politik sich gemäß des 1995 initiierten Initiativprogrammes und zeitweiser Beteiligung mit Fördermitteln nicht ganz aus der Verantwortung nehmen sollte, damit das Ziel der Umkehr des Verhältnisses der Fachärzte zu Allgemeinärzten von 40:60 auf 60:40 nicht aus den Augen gerät. Zum anderen sollten sich die Ärztekammern der Ostländer bezüglich der erfolgenden GOÄ-Abschläge der privaten Krankenversicherungen noch einmal vereinen und die neuerliche Aktivität durch den *brandenburgischen Kammerpräsidenten, Dr. Wolter*, unterstützen, diese offenkundige Benachteiligung trotz 100 % iger Beitragsleistung aufzugeben. Dazu replizierte *Präsident Dietrich*, daß schon vor Jahren aus Sachsen der Antrag auf Prüfung an die Bundesversicherungsaufsicht erging und die Woltersche Initiative lediglich ein Nachklang einer Beschlußfassung des Vorstandes der Bundesärztekammer sei. Auch die Bundesärztekammer hat sich mit dem Begehren der Ostländer solidarisch erklärt. Nachdem der Antrag im letzten Bundesrat keine Beachtung fand, muß erneut nachhaltig auf diesen unhaltbaren Zustand hingewiesen werden. Tatsache bleibt, daß diese Festlegun-

gen im deutschen Einigungsvertrag so niedergelegt seien. Das läßt sich dort im Prinzip ebenso verändern, wie vieles andere dort schon geändert wurde. Andere Versuche, die die Gesetzlichkeit übergehen und Gesetze brechen, können nicht gebilligt oder gar unterstützt werden. Dazu führte *Herr Hommel, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie*, ergänzend weiteres aus. Danach kann die Empfehlung Brandenburgs, 100 % statt der gesetzlich derzeit zugestandenen 86 % nach GOÄ zu liquidieren, seitens der Aufsichtsbehörde keine Zustimmung zuteil werden. Dies kann nur auf dem Wege der Änderung der Gesetzlichkeit erreicht werden. Zur Bezuschussung der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin hat die Gesundheitsministerkonferenz mit einem 16:0 - Votum eine länderfinanzierte Bezahlung abgelehnt. Gemäß dem Initiativprogramm sollen die Mittel durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt werden. Die Ärztekammern würden hierbei den organisatorischen Part übernehmen. Erst wenn es den Selbstverwaltungskörperschaften mißlingt, eine Einigung zu erzielen, sei der Gesetzgeber gefragt. Niemand möge die Hoffnung hegen, damit etwa höhere Zuschüsse zu erzielen.

*Herr Dr. Liebscher* beleuchtete noch einmal die ablehnende Haltung der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen auch als ein ethisch-moralisches Problem, nämlich für die Heranbildung des Nachwuchses der Allgemeinärzte Sorge zu übernehmen und die ihrer Ausbildung innewohnenden besonderen Probleme damit überwinden zu helfen. Er hätte gern einmal aus berufenem Munde eines dafür Einstehenden die Argumente vernommen, die schließlich zur Ablehnung führten. Wenn man die bereits ergangenen Finanzierungsvorschläge weiter verfolgt und seine Berechnung richtig sei, würden bei 5500 Ärzten der KVS pro Monat und Person 15 DM anfallen. Beteiligten sich gar alle sächsischen Ärzte, verringerte sich der Betrag auf etwa 10 DM. Viel wichtiger scheint ihm aber die obliegende moralische Verpflichtung zu sein, in prekärer Situation für den Berufsstand zu sorgen, (Beifall)

*Herr Prof. Haupt* beklagte mit dem ablehnenden Votum der Vertreterversammlung auch den Umstand, daß die von den Kran-

kenkassen bewilligten Gelder nun gar nicht mehr entgegengenommen würden, wozu sie sich nach langen Bemühungen bereitgefunden hatten. Dann hätte er aber noch die Frage zu stellen, ob ein die Allgemeinartztausbildung wählender junger Kollege am Ende der Weiterbildung bei der herrschenden Niederlassungsbegrenzung auch eine Praxis erhielte? Er wird zu dieser Frage angeregt, weil ihm bei Facharztprüfungen in der Inneren Medizin jeder zweite oder dritte Prüfling mitteile, daß er nun in die Arbeitslosigkeit ginge. Kurzsichtig empfände er die Haltung der Chefärzte Innere Medizin, keine Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin bereitzustellen. Diese Kollegen wären es doch künftig, die ihre Patienten dorthin vorzugsweise einwiesen, und sie wären auch die geeigneten nachbehandelnden Partner nach der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. *Der Präsident* zerstreute die Besorgnisse des Vorredners, da zahlreiche Allgemeinarztpraxen frei würden, allerdings müsse Mobilität vorausgesetzt werden. Wichtig sei, die Ausscheidenden durch gut Weitergebildete zu ersetzen. Ihre vorherige Weiterbildung sei auch im Krankenhaus der Regelversorgung zu ermöglichen, wovon es im Freistaat etwa fünfzig gäbe. Eine solche Stelle, „eine, eine einzige“, zu reservieren, sei für viele ein Klax. Sein Haus, das Krankenhaus Dresden-Neustadt, stelle zwei. Er erneuere sein Plädoyer für die Allgemeinmedizin als ganz wichtiger Disziplin der Medizin und klassischem Feld ambulanter Tätigkeit, das 2000 der 5600 Niedergelassenen versorgen.

*Herr Dr. Weiss* greift auf Gespräche im Muldentalkreis mit Allgemeinmedizinern zurück, die sich deshalb verweigerten, weil die 2000 DM für die in Allgemeinmedizin Weiterzubildenden letztlich schon aus ihren Beiträgen stammten. Auch hielt er seinen Vorschlag eines Solidaritätstopfes schon deshalb für bedenkenswert, weil damit auch die Kassen sich veranlaßt sähen, über die zwei Jahre hinaus Weiterbildungszuschüsse zu gewähren. Andererseits solle man die anvisierte Weiterbildungsanzahl von 70 vielleicht auf 40 bis 50 reduzieren. Viele der ins Rentenalter Eintretenden würden nämlich doch noch weiterarbeiten wollen. *Herr Vizepräsident Dr. Schwenke* sinnierte, ob der den Ärzten obliegenden berufsimmanenten und moralischen Verpflichtung manchmal wohl die

Sicht verstellt sei, sei es durch den leeren oder auch vollen Geldbeutel, wie es *Bundeskammerpräsident Prof. Vilmar* recht verkürzt und mit sarkastischem Touch in Anbetracht der heraufbeschworenen Situation pointierte. Die Tatsache verbleibender Ungewißheit, wohin die Reise künftig geht, mag die Entscheidung in dieser Weise mit beeinflußt haben. Zur Bundesärztekammertagung in Köln, die eben stattfand, ließ sich feststellen, daß Sachsen in Deutschland das einzige Land war, was sich so dezidiert dagegen entschieden hätte. Die Bemerkung des *Bundeskammer-Vizepräsidenten, Prof. Hoppe*, dann müssen die Sachsen eben in andere Länder gehen, wenn sie Allgemeinmediziner werden wollen, wurde vom Plenum mit bösem Gelächter und gestischen Zeichen der Ratlosigkeit quittiert und war von ihm als sächsischem Vertreter nur mit Bitterkeit hinnehmbar. Er begrüßte das Angebot von *Herrn Einbock*, moderierend hilfreich einzuwirken, und er sei überzeugt, daß für Sachsen eine Lösung gefunden würde. Es sei aber auch wichtig, mit der neuen Regierung ins Gespräch zu kommen, wozu erste Termine ins Auge gefaßt sind. Falsch wäre es, die alten Schilder wieder hochzuziehen, auf denen steht, wir brauchen mehr Geld, sonst passiert gar nichts. Damit werden nur in der Öffentlichkeit sattsame Klischees bedient, die den Stand brüskieren. Auch diese Regierung darf neue Wege gehen und soll ihre Chance haben, und wir sollten uns ihr nicht von vorn herein verweigern, sondern auf sie zugehen. Auch das sogenannte Vorschaltgesetz könne nicht in Bausch und Bogen abgelehnt werden. Es enthalte vieles, was die Ärzteschaft an Forderungen erhoben hat. Über Unvereinbares müsse geredet werden. *Der Vizepräsident* mahnte zum Abschluß seines längeren Beitrages nochmals an, einig zu sein und mit einer Stimme zu sprechen. (starker Beifall)

Nachdem das Plenum in Anbetracht der Zeit einer Redezeitbegrenzung auf 3 Minuten zugestimmt hatte, wurde die Sitzung nach kurzer Kaffeepause und Vollzug der feierlichen Namensgebung „Albert-Fromme-Weg“ fortgesetzt.

Auch *Herr Dr. Bartsch* verwandte sich für eine jetzt greifende Regelung, sonst stürbe das Projekt am nicht eingehaltenen Termin vom 1. 1. 1999. Er warb um Gründung einer Stiftung, an der sich alle Ärzte beteiligen sollten und hielt auch eine zeitweise

Reduzierung des Kammerbeitrages bedenkenswert.

*Frau Dr. Güttler* pflichtete dem bei. Die Ärzte sollten sich nicht mit dem Abstimmungsresultat identifizieren und handeln. „Für mich sind 100 oder auch 500 DM kein Thema.“ Juristen unter uns sollten prüfen, ob das realisierbar wäre. (Beifall) Auch *Herr Dr. Straube* unterstützte die gemachten Vorschläge.

*Herr Bühler, AG „Junge Ärzte“*, sah eine problematische Situation für diejenigen erwachsen, die im dreijährigen Weiterbildungsgang stünden. Er fand es auch als inakzeptabel, daß die Ärzteschaft selbst für die gesundheitliche Versorgung aufkommene sollte. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Dann meldete sich *Herr Dr. Heckemann* zu Wort und „outete“ sich als einer, der dagegen gestimmt hätte. Herr Heckemann kritisierte den Kammerpräsidenten, der dort nicht anwesend war und dabei die Möglichkeit gehabt hätte, das zu sagen, was er hier gesagt hat und hätte vielleicht die Sache noch herumreißen können. Eine andere Lösung hatte *Herr Wittek, Kassenärztliche Vereinigung Bayern*, vorgestellt, nämlich aus dem Laborkonzept freiwerdende Gelder dafür einzusetzen, die auch hinreichend wären. Darüber müßte die Kassenärztliche Bundesvereinigung entscheiden. *Herr Prof. Dietrich* entgegnete dazu, daß ihm für diesen Tag ein Vorsitz bei der Tagung der Sächsischen Chirurgenvereinigung ehrenvoll seit Monaten angetragen worden sei, dem er Vorrang einräumte. Und im übrigen solle man bei Einladungen, die erst neuerdings ergingen, die Form wahren und ihm dies nicht erst wenige Tage vorher und ohne Mitteilung der Tagesordnung wissen lassen.

Nachdem der Präsident den Abschluß der Rednerliste und das Ende der Debatte hierzu festgestellt hatte, wandte er sich der Abstimmung der *Beschlußvorlage 10* zum Gegenstand Initiativprogramm Allgemeinmedizin durch die Mandatsträger zu und der Gründung eines Solidarpaktes in Form einer Stiftung zur Finanzierung der 5jährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Sie wurde mit überwältigender Mehrheit angenommen.

Zum Tagesordnungspunkt 4, Einkommenssituation der Vertragsärzte, referierte erneut *Herr Prof. Schröder*. Wenn auch die Situation einiger Vertragsärzte nicht gut sei, sei entgegen mancher Behauptungen

noch keiner tatsächlich Pleite gegangen. Wichtigste Einflußgrößen seien die hohe Arbeitslosigkeit (Ost 18 % - West 8 %), Abflüsse durch Übertritte in Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Sitz am Firmensitz in Westdeutschland sei, Rückgänge bei der AOK, dem größten Zahler an die Ärzte, niedrige und differente Punktwerte und eine vernachlässigbare Anzahl an Privatpatienten. Reserven sind noch in der Stärkung des ambulanten Sektors zu sehen, wenn eine Verkürzung der Krankenhausverweilzeiten eintritt. Es lassen sich mangels verfügbaren Zahlenmaterials keine konkreten Angaben machen, die darüber hinausgehen, daß die Umsätze seit 1993 bis zu 1996 etwa um 25 % stiegen. Ansonsten gibt es einige veröffentlichte Aussagen von der *Ärztekammer Berlin*, wo von 6000 angeschriebenen Ärzten etwa ein Fünftel auf eine Umfrage antworteten. Deren durchschnittliche Arbeitszeit belief sich dabei auf 53 Wochenstunden, das durchschnittliche Nettoeinkommen schließlich auf 3.660 DM. Die gemäß Auftrag durch die Kammerversammlung und die Vorsitzenden der Kreisärztekammern an den Ausschuß „Ambulante Versorgung“ gerichtete Frage nach schlechtem oder gutem Befinden der Ärzte war jedoch letztlich nicht beantwortbar. Echte Aussagen gibt es keine, ohne Offenlegung ist das eben auch nicht zu beantworten; dazu müßte man aber auch noch Herrn Dr. Hommel fragen.

*Herr Dr. habil. Hommel* sieht die Einkommensentwicklung ganz in Abhängigkeit der gesamtwirtschaftlichen Situation. Danach ist der Arzt eine Art Mittelständler oder Kleinunternehmer. „Pleite“ zu machen, sei gar nicht drin, er befindet sich ja meistens in einer Kreditklemme. Vielmehr wird die bedrohte Rentabilität der Praxen durch Personalabbau, Mitarbeit der Ehefrau gemindert, dann aber bald mit Einfluß auf die Qualitätssicherung. Durch „Herunterfahren“ der Praxis entstehen dann unvermeidbare Konflikte und gehen dann bis an die Erfüllung der Pflichten der Berufsordnung heran. Er hätte auch keine besseren Zahlen. Der alte Witz, „Berlin ist der tiefste Punkt, demgemäß fließt da alles hin“, hat auch heute noch einige Geltung. Aber was er trotz Budgetierung nicht versteht, sei die häufig überdimensionale Anschaffung von Geräten, und er frage sich, wo die Mittel dafür herkommen und wie die Amortisation erreicht würde. Oft

wären es auch nicht allein die Personalkosten, sondern die der Miete, die drücken. Viele nehmen nicht genügend wahr, die Praxis streng aus betriebswirtschaftlichem Blickwinkel zu betrachten. Er unterstrich noch einmal die Bedeutung der Abwanderung Versicherter von der AOK und auch VDAK, also von den größten Zahlungsgebern, und auch die größere Anzahl mitbehandelter Kinder und Angehöriger, die arbeitslos wurden, und natürlich auch von Arbeitslosen selbst, die die Lohnsummen beeinflussen. Einen gewissen Anstieg konnten wir 1996/97 verzeichnen, „das dicke Ende wird jetzt kommen“. *Herr Dr. Baumann* ergänzte dazu, daß die Tendenz degressiv sei. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wären für den ambulanten Sektor etwa gleichgeblieben, für den stationären Bereich aber weiter stark ansteigend. Eine Erhöhung der Behandlungszahlen insgesamt sei nicht zu verzeichnen, und bei eher noch abnehmendem Punktwert, gar auf 5 bis 6 Pfennige, müsse man sich eben noch schneller drehen, um das Gleiche herauszuholen. *Prof. Dietrich* anerkenne die Besorgnisse der Niedergelassenen. Wer aber glaubt, für die angestellten Ärzte, die jeden Monat ihr erwartetes Gehalt bezögen, sei die Sache rosiger, der täusche sich. Ein Übergang in die Niederlassung ist ihnen nicht mehr möglich. Die Bettensperrungen, die in Sachsen jährlich stattfinden, führen zwangsläufig zu Personaleinsparungen.

Zum Tagesordnungspunkt 5 „Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer“ referierte statt des verhinderten *Prof. Gruber*, *Herr Prof. Link*, stellvertretender Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses. Präzis und klar arbeitete er die Vorstellungen zur Neustrukturierung und die besonderen Inhalte der Satzungsänderung heraus. Auch zukünftig werden die Gremien der Bundesärztekammer und die Deutschen Ärztetage über die Inhalte des Paragraphenteils zu entscheiden haben, inhaltliche Fragen und Ausgestaltungen aber dem Spielraum der Länderkammern überlassen. Bis zum Jahr 2000 soll die Verschlanung und Neustrukturierung ohne Simplifizierung erfolgen. 153 Arzt-, 40 Gebiets- und 18 Schwerpunktbezeichnungen und noch anderes mehr sind kaum noch handhabbar. Manche Gebiete müssen rückgeführt oder neu integriert werden, etwa die Anatomie,

Neuropathologie, Humangenetik, Klinische Pharmakologie; auch die vorklinischen Fächer bedürfen einer Neuordnung. Bei Zusatzbezeichnungen wäre zu überlegen, wie weit man sie in die Gebiete integrieren kann, wie z. B. Balneologie, Klimatologie, Flugmedizin, medizinische Informatik, und bei den fakultativen Weiterbildungen z. B. die speziellen Intensivtherapien in den Gebieten, die ja eine beachtliche Vielzahl bilden. Darüber hinaus könnte man fakultative Weiterbildungen zu Schwerpunkten umwandeln. So könnten die gesamten Arztbezeichnungen wieder überschaubarer gemacht werden. Schließlich ist die Frage zu beantworten, ob man künftig zwischen einer Facharzt- und einer Weiterbildungsordnung unterscheiden müsse. Das hängt mit dem europäischen Recht zusammen. Die Facharztordnung beschreibe die äußeren Gebietsgrenzen, die Weiterbildungsordnung das, was innerhalb eines Gebietes grundsätzlich vermittelt werden muß. Durch Zusatzqualifikationen können Fachgebietsteile dazu erworben werden. Somit ist der Fachgebetsbegriff der weitergefaßt. Weiterhin wird über die Einführung von „Facharztweiterbildungsheften“ diskutiert, deren Sinnhaftigkeit aber nicht durchgängig geteilt werde. Am Ende erbat *Prof. Link* auch Vorschläge für die Ausgestaltung einer künftigen, katharsisunterzogenen Weiterbildungsordnung einzureichen.

Das Plenum wurde nun aufgefordert, über die Beschlüßvorlagen 1, 7, 8 und 9 als Änderungen zur Weiterbildungsordnung abzustimmen. Die Beschlüßvorlagen wurden einstimmig oder mit überwältigender Mehrheit angenommen.

In einer Diskussion, an der sich *Dozent Stösslein*, *der Kammerpräsident*, *Prof. Bach* und *Prof. Herrmann* beteiligten, wurde die Einführung von obligaten Weiterbildungskursen insbesondere für kleinere Gebiete begrüßt, da nicht allorts die Weiterbilder alle Anteile in entsprechender Qualität anzubieten vermögen oder peripher nicht genug Interessenten vorhanden sind. Die Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung nimmt sich künftig besonders dieser Problematik an und wird diesbezüglich Angebote machen. *Frau Kuhn*, AG „Junge Ärzte“, gibt zu bedenken, daß allerdings dadurch für junge Kollegen zusätzliche Kosten entstehen würden.

Tagesordnungspunkt 6 hatte sich abschließend mit der Satzung zur freiwillig zertifizierten Fortbildung in der Sächsischen Landesärztekammer zu befassen. Ausführlich war darüber bereits anlässlich der 18. Kammerversammlung und der Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern beraten worden. Der von *Herrn Prof. Bach* als Vorsitzendem der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung noch einmal unteretzten Beschlusvorlage (BV 2) wurde dann aber einstimmig durch die Delegierten Zustimmung zuteil, nachdem es gelungen war (Diskussionsbemerkungen von *Frau Prof. Schiffner*, *Prof. Knopf*, *Herrn Heße*, *Dr. Huschke*, *Prof. Geidel*, *Dr. Teubner* und *Dr. Ermisch*), Fragen zur Bewertung von Literaturstudien und Multimedia-Angeboten, der Erreichbarkeit des geforderten Punktevolumens, der jeweiligen Punktbewertung von Veranstaltungen, von länderübergreifenden Aktivitäten, von Veranstaltungen unter der Ägide der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und zur Mitbeteiligung der seriösen Pharmaindustrie zufriedenstellend zu beantworten. Der Präsident hatte noch einmal den Modellcharakter der Unternehmung betont. Einzelheiten und besonderen Gesichtspunkten kann noch später Rechnung getragen werden, zunächst solle das Projekt erst einmal zum Laufen kommen.

Zum Tagesordnungspunkt 7 und der dazugehörigen Beschlusvorlage 3 referierte Herr Privatdozent Sauer mann, der Vorsitzende des Ausschusses „Satzungen“. Es ging dabei um die Erfüllung des 1997 in Kraft getretenen „Informations- und Kommunikationsdienste-Gesetzes“. Es waren danach Bedingungen für digitale Signaturen zu schaffen, die helfen, sie sicher zu machen und Fälschungen oder Verfälschungen erkennbar werden lassen. Digitale Signaturen entstehen mit Hilfe eines persönlichen Signaturschlüssels, der mit einer kompatiblen Entsprechung sowohl dessen Inhaber und die Unversehrtheit der Daten gewährleisten. Vice versa kann ein Signaturschlüsselinhaber, sofern er über die Berechtigung verfügt, Daten anderer lesen.

Dazwischen geschaltet ist eine von der Ärztekammer mitbetriebene Dienststelle, die Sorge trägt, daß „ärztliche Schlüssel“ nur an geprüfte Kommunikationspartner zum Schutz der Patienten geraten. Diesem Umstand wurde durch die Ände-

rung des § 10 unter Anfügung eines Absatzes 6 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Rechnung getragen. Die Neufassung kann im Nachgang zu diesem Bericht in der *Beschlufvorlage 3* nachgelesen werden. Die wesentliche praktische Schlußfolgerung daraus ist, den persönlichen Signaturschlüssel niemals aus der Hand zu geben.

*Herr Dr. Burkhardt*, seit Anbeginn in allen Angelegenheiten des Rettungs- und Notfalldienstes tätig, begründete die *Beschlufvorlage 4*, Änderungen der „Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst“. Danach ist zum Erhalt des Fachkundenachweises Rettungsdienst die Ableistung der 18monatigen klinischen Tätigkeit an eine ausschließliche Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus gebunden.

Er informierte ferner, daß bislang in Sachsen 2800 Fachkunden ausgereicht wurden. Sie genügen, alle Ansprüche zu befriedigen. Rechnerisch wäre die Zahl von etwa 1000 Fachkundigen ausreichend. Trotzdem kommt es immer noch vor, daß Notarzdienste auch ohne Besitz des Fachkundenachweises Rettungsdienst absolviert werden. Selbst Testierungen konnten nachgewiesen werden, ohne daß die Betreffende den Fachkundenachweis besaß. Der Vorsitzende des Finanzausschusses, *Herr Dr. Helmut Schmidt*, begründete mit der *Beschlufvorlage 5* eine aus Kostendeckungsgründen erforderliche Erhöhung der Mahngebühr und die Änderung der Anlage der Gebührenordnung vom 15. März 1994 - § 1 Abs. 2, worüber im einzelnen nachzulesen ist. Auch die Erteilung des Fortbildungsdiploms ist künftig nicht gratis und franko zu vollziehen. Damit ist insgesamt ein beträchtlicher Aufwand an ehrenamtlicher Prüfung verbunden, der eine Gebühr von 100 DM rechtfertigt. Die Kammerversammlung stimmte trotz einiger Bedenken mit großer Mehrheit dem Inhalt der Vorlage zu.

*Herr Dr. Bartsch*, der verdienstvolle Promotor von Telemedizinprozessen im Dienste des Arztes und *Leiter der AG „Multimedia“* und *Herr PD Sauer mann* referierten unter TOP 10 zu den Darstellungsmöglichkeiten der Ärzte im Internet. Da inzwischen 90 % der sächsischen Ärzte computerisiert sind und schon 70 % ihre Abrechnungen auf diesem Wege tätigen, ist ihnen der Internetzugang offen. Was man braucht, sei eine ISDN-Leitung oder

ein Modem, das man heute für etwa 100 DM bekommen kann, und schließlich einen (von zahlreichen) Provider.

Um der Ärzteschaft behilflich zu sein, wird die Landesärztekammer unter fachlicher Vermittlung von *Herrn Prof. Kunath*, Direktor des Institutes für Medizinische Informatik und Biometrie am Universitätsklinikum Dresden, mehrere Grundkurse anbieten. Darüber wird gesondert im „Ärzteblatt Sachsen“ informiert.

*Herr PD Sauer mann* rekapitulierte noch einmal die Besonderheiten der Homepage, die weltweit frei zugänglich sei und der Praxisinformation, die sich ein Interessent zugänglich machen kann sowie über das Intranet, das einer Zugriffsbeschränkung für Ärzte unterliegt.

Zum Abschluß berichteten *Herr Prof. Kunath* und *Herr Dr. Thomeczek*, *Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer, Köln*, über sächsische Leitlinien zur Qualitätssicherung und Leitlinien zur Qualitätssicherung und ihre Internetpräsentation. Die Entwicklung von Leitlinien, zumal für Diagnostik und Therapie chronischer Krankheiten, fußt auf subtilen epidemiologischen Erhebungen und Daten. Gerade darüber wurde nach langer Vernachlässigung in den letzten Jahrzehnten viel gearbeitet und aufgeholt. Ein Standardwerk dafür ist das *Buch von David L. Sackett*, *Clinical Epidemiology*. A basic science. Damit wurden die Voraussetzungen zur Verbesserung und der Handhabung dabei notwendiger Prozesse geschaffen.

In Sachsen ist das vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung unterstützte Projekt zur Versorgung chronisch Kranker für die Volkskrankheit Diabetes und der Entwicklung entsprechender Leitlinien für die neuen Bundesländer (außer Berlin) erfolgreich vorangekommen. Es beinhaltet die besonderen Kooperationsformen ambulanter und stationärer Einrichtungen und von Praxen untereinander. Wie schwer solche vorwärtsführenden, in langer Arbeit entstandene Konzepte dann allerdings um- und durchzusetzen sind, wurde am Verhalten von wissenschaftlichen Fachgesellschaften deutlich, die nicht nur kontraproduktiv, sondern massiv hindernd mit Christian Morgensterns „was nicht sein kann, das nicht sein darf“, einer weiteren, gar republikweiten Propagierung entgegenstehen.

*Herr Prof. Haupt* ergänzte aus Sicht seines

pathologisch-anatomischen Fachgebietes die gemeinsam mit *Dozent Goertchen* vorangebrachten Bemühungen der Bewertung der pathologischen Arbeit, wobei ausgewählte histologische Präparate eines Institutes oder einer Praxis der Beurteilung durch mehrere Kollegen unterzogen werden.

*Herr Dr. Thomeczek, Köln*, referierte abschließend über den internationalen Stand der Qualitätssicherung und die in anderen Ländern betriebenen Projekte. Was das Internet hierbei zu leisten vermag, wurde anhand einer eingerichteten „live“-Schaltung dem Auditorium vor Augen geführt.

Erst hier schließt der Bericht über die 19. Kammerversammlung und sein nicht nur umfangreiches, sondern auch außerordent-

lich bedeutsames Programm. Der geneigte Leser ist gebeten, den Umfang der Wiedergabe im Interesse der verhandelten Gegenstände zu respektieren. Gleichzeitig wird er feststellen können, mit welchem Ernst und profunder sachlicher Abwägung, die von den sächsischen Ärztinnen und Ärzten gewählten Mandatsträger ihre Arbeit leisten, auf der Höhe der Zeit sind und sich der Zukunft zugewandt sehen.

*Der Präsident* dankte dem Plenum, das numerisch fast ungeschmälert teilhaftig geblieben war, für seine Mitarbeit und Präsenz. Er hatte am Ende noch eine freundlichen Applaus bewirkende Mitteilung bekanntzugeben: Für den „Kunstgarten“ der Sächsischen Landesärztekammer wurde ein Sonderpreis mit Geldprämie des Freistaates Sachsen (Sächsisches Staats-

ministerium für Umwelt und Landwirtschaft) im Wettbewerb „Gärten in der Stadt 1997/98“ gewonnen. Die Wiedergabe barocker Strukturen ist auch tatsächlich mit modernen hortikulturellen Mitteln beispielhaft umgesetzt. Mit dem Älterwerden der gewählten Gewächse wird das Ensemble dann noch zunehmende natürliche Vervollkommnung erfahren, was der Rezensent und viele andere erfreut wahrnehmen.

ro.  
(TOP 1: Bericht des Präsidenten:  
Berichterstatter P. Schwenke)

\*) Wegen der umfangreichen Berichterstattung mußte die Bebilderung entfallen. Auf die Namensgebung des „Albert-Fromme-Weg“ werden wir im Januarheft 1999 des „Ärzteblatt Sachsen“ eingehen.

## Beschlüsse der 19. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer faßten zur 19. Kammerversammlung am 14. November 1998 folgende Beschlüsse:

- Beschlußvorlage Nr. 1:** **Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 8. November 1993** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 2:** **Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung** (freiwillig zertifizierte Fortbildung) (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 3:** **Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 4:** **Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 5:** **Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 6:** **Zu Tagesordnungspunkt Nr. 7 Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beschlußvorlage Nr. 3) redaktionelle Änderungen** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 7:** **Zu Tagesordnungspunkt Nr. 5.2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BV Nr. 1) redaktionelle Änderungen** (bestätigt)

- Beschlußvorlage Nr. 8:** **Zu Tagesordnungspunkt 5.2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BV Nr. 1) Konditionalbeschluß zur Einführung der fünfjährigen Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 9:** **Zu Tagesordnungspunkt 5.2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BV Nr. 1) Einführung der Inhalte des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen in die Weiterbildungsordnung** (bestätigt)
- Beschlußvorlage Nr. 10:** **Gründung einer Stiftung zur Sicherung der Finanzierung der fünfjährigen Weiterbildung für Allgemeinmedizin** (Vorstandsüberweisung)

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer und das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer (freiwillig zertifizierte Fortbildung) werden im vollen Wortlaut als Mittelhefter im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/1998, Seiten 571 bis 578 amtlich bekanntgemacht.

## Sachsens ärztliche Senioren trafen sich zum dritten Mal

Das 3. Sächsische Seniorentreffen der Landesärztekammer fand im September und Oktober in und um Dresden statt. Wie in den beiden Vorjahren hatten der Landesausschuß „Senioren“ und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer alle weiblichen Kolleginnen ab 60 Jahre und alle männlichen ab 65 Jahre zu einem Erlebnistag eingeladen, den Frau Prof. Dr. med. Helga Schwenke mit ihrem Ausschuß vorbereitet hatte und an dem viele einsatzbereite Organisatoren beteiligt waren. Wegen der hohen Teilnehmerzahl von knapp 600 Gästen waren vier Veranstaltungstage erforderlich. Nach Buszufahrten begann der Tag im Schloß Moritzburg mit Besichtigung und Führung durch das barocke Jagdschloß aus der Zeit August des Starken. Historische Zeitzeugen und Geschichten sowie natürlich eine Fülle



zünftiger Jagdtrophäen waren zu bewundern. Anschließend konnten sich alle im Kammergebäude in Dresden bei einem appetitlichen Mittagsbuffet stärken und danach dem interessanten Vortrag von Herrn Prof. Dr. med. Reinhardt Ludwig aus Leipzig lauschen, der nicht nur zum musikalischen Schaffen, sondern auch über die gesundheitlichen Probleme und Todesursachen von Ludwig van Beethoven berichtete mit neuesten Ergebnissen der auch eigenen Forschung. Herausgefunden wurde, daß Spuren von Arsen und Blei in den damaligen, zumindest den preiswerten

Weinen bei regelmäßigem Genuß dieses Getränkes zu einer chronischen Intoxikation geführt haben könnten. Umrahmt und untermalt wurde der Vortrag durch passende Musikbeispiele, vorgetragen von Mitgliedern der Kammermusikgruppe des Universitätsklinikums Leipzig. Mit Kaffee und Kuchen klang der Tag aus, der im Nebenergebnis auch wieder viele interkollegiale Begegnungen und Gespräche mit sich gebracht hatte.

Prof. Dr. med. Helga Schwenke  
Vorsitzende des Landesausschusses Senioren  
der Sächsischen Landesärztekammer

## Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

### Christoph Wetzel - Malerei

vom 19. 10. 1998 bis 5. 1. 1999

### Wieland Richter - Malerei

vom 7. 1. 1999 bis 26. 2. 1999

Vernissage am Dienstag, dem 12. Januar 1999, 19.30 Uhr

Vortrag Herr Dr. Axel Schöne

## Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer

Auf der 19. Kammerversammlung am 14. November 1998 wurden die Regularien zum Erwerb des Fortbildungsdiploms beschlossen. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer haben nun die Möglichkeit, sich ihre Fortbildungsaktionen durch die Sächsische Landesärztekammer in Form eines Fortbildungsdiploms bestätigen zu lassen, wenn sie es wünschen.

Sie können bei der Sächsischen Landes-

ärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Frau Rose, eine Sammelmappe ab dem 4. Januar 1999 anfordern. In dieser Sammelmappe sind die Regularien zum Erwerb des Fortbildungsdiploms abgedruckt und darin sollen die Teilnahmebescheinigungen von Fortbildungsveranstaltungen gesammelt und aufgelistet werden, um sie dann bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen. Diese Sammelmappe enthält gleichzeitig einen Antrag auf Prüfung der vorgelegten Unter-

lagen, um bei Erfüllung der Voraussetzungen das Fortbildungsdiplom erteilt zu bekommen.

Wir würden uns freuen, wenn recht viele Ärzte in Sachsen teilnehmen würden, um auf diese Weise ihre sachgerechte Fortbildung zu dokumentieren.

Dr. med. Siegfried Herzig  
Ärztlicher Geschäftsführer

An der Sächsischen Landesärztekammer ist die Stelle

### Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung

zu besetzen.

Wir erwarten eine(n) qualifizierte(n) Ärztin/Arzt, nach Möglichkeit mit Facharztabschluß sowie mit Kenntnissen und Erfahrungen im medizinischen Qualitätsmanagement und in der Informatik.

Die Vergütung erfolgt nach den Tarifbestimmungen des BAT-O.

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden.

## Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

### Donnerstag, 17. Dezember 1998, 19.30 Uhr

Gesprächskonzert der Sächsischen Landesbibliothek  
anlässlich des 150jährigen Erscheinungsjubiläums des „Album für die Jugend“ von Robert Schumann.  
Es musizieren Herr Prof. Arkadi Zenzipér und seine Studenten sowie Studenten der Klasse Prof. Peter Rösel,  
Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“  
(Der Eintritt ist frei)

### Sonntag, 10. Januar 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee  
Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden  
Musik russischer Komponisten  
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

### Sonntag, 7. Februar 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee  
Sächsische Spezialschule für Musik Dresden  
Konzert in Vorbereitung auf den Landeswettbewerb „Jugend musiziert“  
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

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

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



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

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

**Planungsbereich  
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**

**1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23.12.1998** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

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

**Planungsbereich  
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**  
**1 FA für Allgemeinmedizin**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.1.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

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

**Planungsbereich Aue-Schwarzenberg**  
**1 Facharzt für Innere Medizin**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.1.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon

(03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

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

**Planungsbereich Chemnitz-Stadt**  
**1 FA für Augenheilkunde**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.1.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

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

**Planungsbereich  
Mittlerer Erzgebirgskreis**  
**1 FA für Allgemeinmedizin**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.1.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

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

**Planungsbereich Chemnitzer Land**

**1 FA für Allgemeinmedizin**

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.1.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 **zu richten**.

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

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag eines Partners einer Gemeinschaftspraxis folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich  
Landkreis Riesa-Großenhain**  
**1 FA für Diagnostische Radiologie**

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

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

**Planungsbereich  
Landkreis Sächsische Schweiz**  
**1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt**

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung

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

**Planungsbereich Dresden-Stadt**

**1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt**

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30.12.1998 an die o.g. Bezirksstelle.**

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

**Planungsbereich Dresden-Stadt**

**1 FA für Chirurgie**

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung

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

**Planungsbereich Torgau-Oschatz**

**1 FA für Allgemeinmedizin**

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

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 8.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

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

**Planungsbereich Leipzig-Stadt**

**1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

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

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 8.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

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

**Planungsbereich Delitzsch**

**1 FA für Allgemeinmedizin**

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

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 8.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

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

**Planungsbereich Leipziger Land**

**1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

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

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 12.1.1999 an die o. g. Bezirksstelle.**

# Primärer Hyperparathyreoidismus Klinik, Diagnostik und Therapie

## Einleitung:

Das Krankheitsbild des primären Hyperparathyreoidismus (pHPT), das heißt der idiopathischen Form der Überfunktion der Nebenschilddrüsen, stellt nach den Schilddrüsenkrankungen und dem Diabetes mellitus die dritthäufigste Erkrankung einer endokrinen Drüse dar. Die Inzidenz des pHPT wird in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben und schwankt zwischen 0,08 und 5 pro 1000 Einwohner (3). Während das Krankheitsbild bis in die Mitte der 70er Jahre eher selten diagnostiziert wurde, kam es in den letzten 20 Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Operationsfrequenz in allen größeren chirurgischen Zentren.

Die typische Symptomatologie, bestehend aus Nierensteinen, Osteoporose und Magen-Darm-Beschwerden wird immer seltener beobachtet (6). Dagegen nimmt die Anzahl der Patienten zu, die weitgehend asymptomatisch sind und bei denen sich die Diagnose nur auf eine laborchemische Konstellation gründet.

Eine gezielte Anamnese bei den betroffenen Patienten zeigt jedoch häufig, daß sie nicht wirklich asymptomatisch sind, sondern die Krankheitserscheinungen nur so mild verlaufen, daß sie der Diagnose pHPT erst retrospektiv zugeordnet werden. Vor allem die routinemäßige Kalzium-Bestimmung im Rahmen von Serum-Analysen führte zu einer Zunahme der Entdeckung okkult Hyperkalzämien. Die häufigste Ursache einer Hyperkalzämie stellt dabei der pHPT dar.

Die intensive klinische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild des pHPT hat zu einer weitgehenden Standardisierung der Diagnostik und Therapie geführt. Der aktuelle Stand soll im folgenden dargestellt werden.

## Klinik:

In den ersten Beschreibungen war der pHPT eine Erkrankung der Knochen. Die Maximalausprägung, die Ostitis fibrosa cystica generalisata von Recklinghausen hat heutzutage zwar nur noch historische Bedeutung, aber immer noch finden sich bei einem erheblichen Anteil der Patienten ossäre Beteiligungen wie Osteoporose oder spontane oder nach Bagatelltrauma entstandene Frakturen. Ebenso werden Chondrokalzinose, Sehnenverkalkungen

und auch spontane Sehnenrupturen beschrieben.

Noch häufiger als eine Beteiligung des knöchernen Systems sind heute Affektionen der Niere und der ableitenden Harnwege (Tab. 1).

Tabelle 1

Symptomatik	Häufigkeit in %	
	Cope 1966 n = 343	Nagel 1991 n = 68
Nierensteine	56,8	48,5
Osteopathie	23,3	26,4
Ulcera duodeni	7,8	7,3
Pankreatitis	2,6	8,8
Neuro-psychiatrische S.	2,9	7,3
Hypertonus	1,7	2,9
Keine Symptome	0,5	26,4

Im Vordergrund steht dabei die Nephrolithiasis gefolgt von der Nephrokalzinose. Das Auftreten abdomineller Begleiterkrankungen wie gastro-duodenale Ulzera, akute Pankreatitis oder auch die Cholelithiasis wurden in der Literatur immer wieder beschrieben, ein kausaler Zusammenhang kann jedoch nicht als gesichert gelten (10, 11).

Häufig übersehen, aber bei einer subtilen Anamnese meist zu eruieren, sind neurologische und psychiatrische Symptome. So werden von einer nicht unerheblichen Anzahl der Patienten depressive Verstimmungen, leichte zerebrale Verwirrheitszustände oder chronische Erschöpfung angegeben.

Selten tritt der pHPT zusammen mit Tumoren anderer endokriner Organe als MEN 1 - (mit Tumoren der Hypophyse oder des endokrinen Pankreas) oder als MEN 2 - Syndrom (mit Phäochromozytomen und dem medullären Schilddrüsenkarzinom) auf.

## Diagnostik

Zu unterscheiden ist prinzipiell zwischen der Diagnosestellung eines pHPT einerseits und der Lokalisationsdiagnostik andererseits.

## Diagnosestellung:

In der Regel steht der Nachweis einer Hyperkalzämie im Vordergrund der laborchemischen Befunde. Dies kann jedoch

Aus der <sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und dem <sup>2</sup>Institut und Poliklinik für Klinische Stoffwechselforschung des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

zahlreiche andere Ursachen haben und muß zu weiterführenden Untersuchungen Anlaß geben (Tab. 2).

Tabelle 2

Differentialdiagnose der Hyperkalzämie

- Maligne Tumoren
- Knochenmetastasen (z. B. Prostatakarzinom, Mammakarzinom)
- ektope Parathormon-Produktion
- Endokrine Erkrankungen
- Hyperparathyreoidismus
- Hyperthyreose
- Morbus Addison
- Granulomatosen
- Tuberkulose
- Sarkoidose
- Vermehrte Aufnahme
- Kalzium-Substitution
- Vitamin D - Überdosierung
- Vitamin A - Intoxikation
- Milch-Alkali-Syndrom
- Sonstige Ursachen
- Morbus Paget
- Immobilisation
- Therapie mit Thiaziden, Lithium

Beweisend für einen pHPT ist die Kombination erhöhter Kalziumspiegel und erniedrigter Phosphatspiegel im Serum bei gleichzeitig erhöhten Parathormonspiegeln. Das Parathormon im Serum wird heute als intaktes Molekül (Sequenz 1-84), welches auch die biologisch aktive Form darstellt, mittels eines radioimmunometrischen Assays bestimmt.

In etwa 5 % der Fälle kann ein pHPT auch normokalzämisch verlaufen. In diesen Fällen kann die klinische Symptomatologie in Zusammenhang mit einem erhöhten Parathormonspiegel die Diagnose sichern. Weitere typische Laborbefunde sind eine Erhöhung der Kalzium- und Phosphat-Ausscheidung im Urin.

## Lokalisationsdiagnostik:

Die meisten in der Nebenschilddrüsenchirurgie erfahrenen Chirurgen halten eine Lokalisationsdiagnostik bei Patienten mit primärem HPT und „jungfräulichem Hals“, das heißt ohne vorausgegangene Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenoperation, für nicht notwendig. Die Erfolgsquote beim Ersteingriff wegen eines pHPT liegt bei etwa 95 % (9).

Die Sensitivität der verschiedenen bildgebenden Verfahren zur Lokalisationsdiagnostik hingegen schwankt zwischen 60 und 80 % (1, 12).

Unumstritten ist hingegen die Anwendung lokalisationsdiagnostischer Maßnahmen beim persistierenden oder rezidivierenden HPT oder nach vorausgegangenem zervikalen Operationen. Hier sind die Ergebnisse der chirurgischen Reintervention deutlich schlechter und die postoperative Morbidität höher, so daß zur Erleichterung und besseren Planbarkeit des operativen Vorgehens eine Ausschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten indiziert ist.

#### Sonographie

Die hochauflösende Sonographie ist gegenwärtig das primäre Verfahren bei der Lokalisationsdiagnostik des pHPT. Aufgrund der Non-Invasivität und der geringen Kosten kann sie als Screening-Untersuchung auch beim nicht voroperierten Patienten zur Anwendung kommen. Bei Patienten mit pHPT ohne vorausgegangene Operation kann die Sonographie in etwa 75 % ein Adenom sichern. Die Treffsicherheit hängt von der Lage und Größe des Adenoms ab. In etwa 15 % der Fälle ist mit einem falsch-positiven Befund zu rechnen, hierbei ist besonders die Differenzierung zwischen einer vergrößerten Nebenschilddrüse und einem Schilddrüsenadenom problematisch. Bei ektooper Lage im vorderen Mediastinum und nach vorausgegangenem Operationen mit entsprechenden narbigen Veränderungen ist die Aussagekraft der Sonographie in der Regel sehr eingeschränkt.

#### Szintigraphie

Die Szintigraphie der Nebenschilddrüsen wird als Thallium-Technetium-Subtraktionsszintigraphie durchgeführt. Thallium wird dabei von den Nebenschilddrüsen und der Schilddrüse aufgenommen, während Technetium nur von normalem Schilddrüsenengewebe gespeichert wird. Die Treffsicherheit dieser Untersuchung korreliert mit der Größe und dem Gewicht der Nebenschilddrüsenadenome und liegt bei etwa 70 %. Bei ektooper Lokalisation, das heißt, wenn das Nebenschilddrüsenkörperchen nicht in Kontakt mit der Schilddrüse steht, sinkt die Trefferquote auf unter 50 % ab.

Eine weitere Verbesserung scheint durch die Anwendung der <sup>99m</sup>Technetium-Mibi-Szintigraphie gegeben zu sein. Diese Substanz (<sup>99m</sup>Technetium-Methoxyisobutylisonitril) wird sowohl von der Schilddrüse wie auch von den Nebenschilddrüsen aufgenommen. Die Eliminierung aus der Schilddrüse erfolgt jedoch deutlich rascher als aus den Epithelkörperchen, so daß diese auf Spätaufnahmen sichtbar werden. Die Trefferquote schwankt in der Literatur jedoch erheblich und liegt zwischen 79 und 97 % (8, 12).

#### Computertomographie

Die Computertomographie (CT) ist bezüglich der Trefferquote den anderen bildgebenden Verfahren gleichwertig. Die Sensitivität schwankt zwischen 50 und 87 %. Ihr Nachteil liegt jedoch in der Strahlenbelastung, der Notwendigkeit der Kontrastmittel-Applikation und im deutlich höheren Aufwand und den damit verbundenen Kosten. Besser ist die Aussagekraft hingegen bei ektooper Lage eines Adenoms im Mediastinum.

#### Magnet-Resonanz-Tomographie

Die Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) weist bei regulärer Lage der Nebenschilddrüsenkörperchen am Hals keine Vorteile gegenüber den anderen Untersuchungsmethoden auf. Bei ektooper Lage hingegen scheint sie deutlich überlegen zu sein. Die Indikation zur Durchführung dieses zeit- und kostenintensiven Verfahrens sollte deshalb sehr eng gestellt werden und Patienten mit persistierendem oder rezidivierendem HPT vorbehalten sein.

#### Selektive Halsvenenkatheteruntersuchung

Diese invasive Maßnahme ist weitgehend

durch die bildgebenden Verfahren verdrängt worden und sollte in ihrer Anwendung streng auf Patienten mit persistierendem HPT nach bereits vorausgegangener operativer Exploration beschränkt werden, wenn die nicht-invasiven Untersuchungsmethoden keinen pathologischen Befund ergeben.

#### Schlußfolgerung zur Lokalisationsdiagnostik

Angesichts der Trefferquoten der unterschiedlichen lokalisationsdiagnostischen Maßnahmen (Tab. 3), des zunehmenden Kostendrucks und der hohen Erfolgsrate der primären operativen Exploration ist u. E. eine Lokalisationsdiagnostik vor einem Ersteingriff wegen eines Hyperparathyreoidismus verzichtbar.

Indiziert scheint sie uns jedoch bei Patienten mit persistierendem oder rezidivierendem HPT oder bei bereits stattgehabten Operationen im Halsbereich. Bei diesen Patienten sollte an erster Stelle die der <sup>99m</sup>Technetium-Mibi-Szintigraphie stehen. Bei negativem Befund ist als nächste Maßnahme ein MRT oder, wenn dieses nicht verfügbar ist, ein CT durchzuführen. Nur wenn alle Befunde keinen Hinweis auf die Lokalisation des gesuchten Nebenschilddrüsenadenoms ergeben, ist die selektive Halsvenenkatheteruntersuchung mit Etagenblutentnahme und Bestimmung der Parathormonkonzentration angebracht.

#### Therapie

Beim symptomatischen pHPT ist die Indikation zur operativen Therapie unstrittig. Beim asymptomatischen pHPT wird von der Mehrzahl der Autoren ebenfalls die Operation empfohlen, da über die Hälfte der Patienten mit laborchemisch

**Tabelle 3**

Sensitivitäten der verschiedenen diagnostischen Maßnahmen bei der Lokalisation von Nebenschilddrüsenadenomen (1, 7, 12)

Verfahren	Literatur	Eigene Ergebnisse
Sonographie	65 - 88 %	65 %
Computertomographie	50 - 87 %	63 %
Magnet-Resonanz-Tomographie	64 - 79 %	75 %
Selektive Halsvenen - Katheterisierung	60 - 72 %	-
Thallium-Technetium-Szintigraphie	60 - 90 %	64 %
<sup>99m</sup> Tc-Sesta-MIBI-Szintigraphie	69 - 97 %	74 %
Chirurgische Exploration	90 - 97 %	94 %

gesichertem pHPT innerhalb von 10 Jahren auch Symptome entwickeln (13). In der Regel stellt die operative Behandlung des pHPT eine der dankbarsten Aufgaben dar, sie kann sich jedoch auch zu einer der frustrierendsten entwickeln. Die Aufgabe des Chirurgen beim Ersteintritt ist es, die einzelne oder die mehreren pathologischen Nebenschilddrüsen zu finden, zu exstirpieren und somit eine definitive Therapie der Erkrankung zu erreichen. Gelingt dies nicht, so sollte eine so subtile Revision der Halsweichteile erfolgen, daß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein Nebenschilddrüsenadenom an typischer Stelle oder an einer ektopten Lokalisation verbleibt, die vom zervikalen Zugang aus zugänglich ist (5).

Für die Exploration wichtig ist die Kenntnis der topographischen Anatomie und der Embryologie, welche Rückschlüsse auf eventuelle atypische Lokalisationen gestattet.

Zunächst sollten jeweils die Art. thyroidea inferior und der N. laryngeus recurrens dargestellt werden.

- Das obere Epithelkörperchen liegt dann oberhalb der Art. thyroidea inferior und dorsal des N. laryngeus recurrens, während das untere unterhalb der Art. thyroidea inferior und ventral des N. laryngeus recurrens liegt.

- Findet sich ein oberes Epithelkörperchen nicht an typischer Stelle, so ist es meistens dorsal im hinteren Mediastinum lokalisiert.

- Ein fehlendes unteres Epithelkörperchen ist meistens in das vordere Mediastinum in direktem Kontakt oder in das Gewebe der Thymusdrüse disloziert.

Daraus ergeben sich folgende Regeln für die chirurgische Strategie beim Ersteintritt wegen eines primären HPT:

- Es hat die Darstellung aller 4 Nebenschilddrüsenkörperchen zu erfolgen.

- Bei Nachweis nur eines vergrößerten Epithelkörperchens wird dieses exstirpiert und schnellschnitthistologisch untersucht.

- Ein makroskopisch unauffälliges Epithelkörperchen wird als Referenzkörperchen entnommen oder biopsiert.

- Finden sich mehrere vergrößerte Nebenschilddrüsenkörperchen, so wird eine totale Parathyreoidektomie durchgeführt.

In gleicher Sitzung hat dann die Replantation von Nebenschilddrüsenewebe, am besten in einen M. brachioradialis zu erfolgen.

In 90 - 97 % der Fälle gelingt es, beim Ersteintritt das oder die pathologischen Nebenschilddrüsenkörperchen zu lokalisieren und zu exstirpieren.

Der Erfolg einer Operation läßt sich an folgenden Kriterien ablesen:

- kurzfristig (Stunden):

- Normalisierung der Parathormon-Werte

- mittelfristig (Stunden bis Tage):

- Normalisierung der Kalzium-Werte

- langfristig (Wochen bis Monate):

- Rückbildung der Symptome

Bei 3 - 10 % der Patienten kommt es jedoch postoperativ nicht zu einer Normalisierung der Kalzium- und/oder Parathormon-Werte. Eine persistierende Hyperkalzämie muß nicht Folge einer fehlgeschlagenen Operation sein, sondern kann auch auf eine primäre Fehldiagnose hinweisen (2). Eine persistierende Erhöhung des Parathormons hingegen zeigt eine inkomplette Exstirpation von Parathormon produzierendem Gewebe an und kann unterschiedliche Ursachen haben:

- das pathologische Epithelkörperchen liegt ektopt und wurde beim Ersteintritt nicht gefunden,

- es wurde zwar ein pathologisches Epithelkörperchen (Adenom oder Hyperplasie) entfernt, es liegen jedoch Veränderungen weiterer Epithelkörperchen vor,

- es liegt ein überzähliges (5.) Epithelkörperchen vor.

#### Intraoperatives

##### Parathormon-Monitoring

In der Regel zeigen sich solche Fehlschläge der operativen Therapie erst Tage nach dem Eingriff (persistierende Erhöhung von Kalzium und Parathormon) und stellen den Operateur dann vor die undankbare und schwierige Aufgabe einer Reoperation.

Hier könnte der intraoperative Nachweis eines Abfalls der Parathormon-Werte jedoch bereits zuverlässig den Operationserfolg nachweisen und somit die Rate notwendiger Wiederholungseingriffe senken (7).

Bis weit in die 80er Jahre war Parathormon als intaktes Molekül nur immunoradiometrisch mittels

<sup>125</sup>J-markiertem Antigen oder Antikörper zu bestimmen. Das aus 84 Aminosäuren bestehende Protein ist relativ empfindlich und wird leicht proteolytisch gespalten. Die Inkubationszeiten der Teste lagen bei 14 bis 18 Stunden. Durch Verbesserungen der Antikörperspezifität und -affinität gelang es Anfang der 90er Jahre Immunoassays zu entwickeln, welche Inkubationszeitverkürzungen bis auf 2 Stunden gestatteten. Die gute Reproduzierbarkeit der Messung von Lumineszenz-Immunoassays stellte schließlich die entscheidende Voraussetzung dafür dar, in eigenen Untersuchungen eine Inkubationszeitverkürzung bis auf 20 Minuten zu ermöglichen. Somit kann bereits während der Operation zuverlässig die Vollständigkeit der Exstirpation des Parathormon-produzierenden Gewebes kontrolliert werden.

#### Eigenes Patientengut:

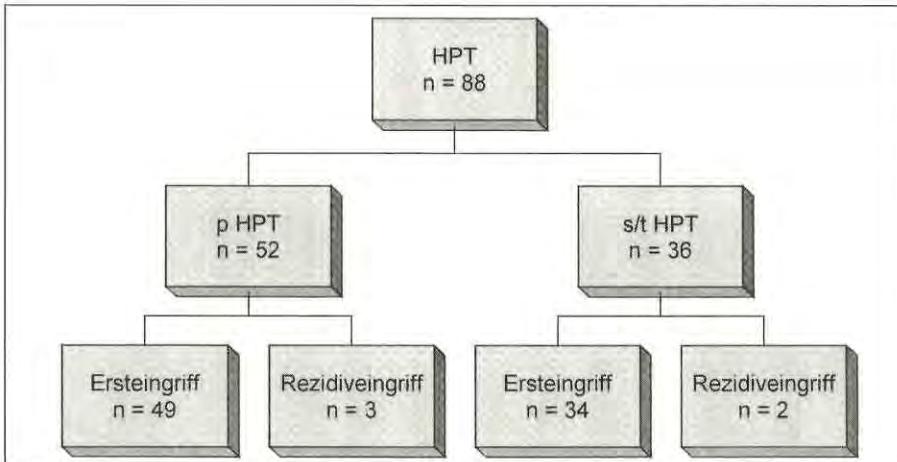
An der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden führten wir im Zeitraum vom 01.10.1993 bis zum 31.12.1997 insgesamt 88 Operationen an den Nebenschilddrüsen durch (Abb. 1 - Seite 570).

Von den 52 Operationen wegen eines primären HPT waren 49 Ersteinträge und 3 Wiederholungseingriffe.

Frauen überwogen im Verhältnis 4:1. Das Durchschnittsalter betrug 59,5 Jahre. Bei den Ersteinträgen fand sich 43 mal ein Nebenschilddrüsenadenom an typischer Stelle. Eine ektope Lage fanden wir 9 mal vor (dreimal in der Schilddrüse; einmal in der zervikalen Gefäß-Nerven-Scheide, zweimal retroösophageal und dreimal im oberen Mediastinum in unmittelbarer Lagebeziehung zum Thymus).

Bei den Re-Eingriffen fanden wir das Adenom einmal an erwarteter Lokalisation und zweimal in atypischer Lage (einmal retroösophageal; einmal im mittleren Mediastinum).

Bei einer Patientin persistierte der Hyperparathyroidismus. Bereits intraoperativ blieb die Parathormon-Konzentration während des gesamten Zeitraums auf unverändert hohem Niveau. Auffallend war die Tatsache, daß einerseits die Werte nur mäßig erhöht waren (180 bis 220 pg/ml; Normalwert > 50 pg/ml) und andererseits während der Manipulationen der zervikalen Exploration keine nennenswerten Schwankungen der Werte festzustellen waren. Die Operation wurde nach Durchführung einer zervikalen Thymektomie,



**Abbildung 1:**  
Anzahl und Art der operativen Eingriffe an den Nebenschilddrüsen; 01.10.1993 bis 31.12.1997; Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

einer Hemithyreoidektomie rechts sowie einer subtotalen Schilddrüsenresektion links beendet. Auch die erweiterte Lokalisationsdiagnostik einschließlich Sonographie, Computertomographie, Magnet-Resonanz-Tomographie, selektiver Halsvenenblutentnahme und <sup>99m</sup>Tc-Sesta-MIBI-Szintigraphie konnte weder ein vergrößertes oder vermehrt speicherndes Epithelkörperchen nachweisen, noch eine Seitenlokalisierung erbringen.

Bei 48 Patienten führten wir, zunächst unter Studienbedingungen, dann routinemäßig das intraoperative Parathormon-Monitoring durch. Der Ausgangswert wies erhebliche Schwankungen auf und lag zwischen 64 und 2206 pg/ml (Mittelwert: 315 pg/ml). Intraoperativ kam es nach Manipulation und Darstellung makroskopisch bereits vergrößerter Epithelkörperchen in der Regel zu einem passageren Anstieg der Parathormonwerte um bis zu 70 %. 10 Minuten nach Exstirpation der adenomatösen oder hyperplastischen Epithelkörperchen war immer bereits eine Reduktion der Parathormon-Konzentrationen auf max. 40 % der Ausgangswerte zu verzeichnen (Abb. 2). Bei erfolgreicher Operation lag der Abschlußwert, welcher nach Hautverschluß entnommen wurde in der Regel unter 20 % der Ausgangswerte, in über der Hälfte der Fälle sogar unter 10 %.

**Zusammenfassung:**

Der primäre Hyperparathyreoidismus ist

die häufigste Ursache der primären Hyperkalzämie. Seit Einführung der routinemäßigen Serum-Kalzium-Bestimmung wird die Diagnose häufiger als früher gestellt. Als Folge steigt der Anteil der asymptomatischen Patienten kontinuierlich an, während der typische Symptomenkomplex, bestehend aus ossärer, renaler und neuro-psychiatrischer Manifestation immer seltener beobachtet wird.

Die Diagnostik umfaßt die laborchemische Diagnosesicherung mittels Bestimmung der Kalzium- und Parathormon-

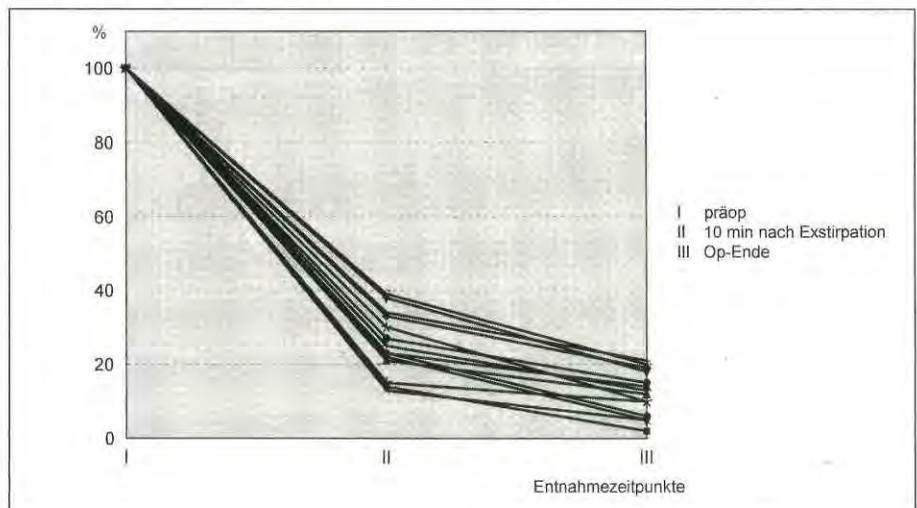
Konzentration im Blut. Zur Lokalisationsdiagnostik stehen zahlreiche bildgebende und nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren zur Verfügung, wobei die Sensitivität aller Verfahren im Durchschnitt nur bei ca. 70 - 80 % liegt. Da die Erfolgsrate der chirurgischen Exploration in Zentren mit entsprechender Erfahrung in der Nebenschilddrüsenchirurgie bei 95 % liegt, kann vor einem Ersteingriff auf eine Lokalisationsdiagnostik verzichtet werden.

Die Therapie der Wahl ist die chirurgische Exploration mit Exstirpation der adenomatösen Epithelkörperchen. Bei einer Hyperplasie aller 4 Nebenschilddrüsen erfolgt die totale Parathyreoidektomie mit Autotransplantation in gleicher Sitzung. Durch intraoperative Schnellschnitt-Histologie und perioperatives Monitoring der Parathormonkonzentration kann ein hohes Maß an therapeutischer Sicherheit gewährleistet werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der Technischen Universität Dresden  
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und  
Gefäßchirurgie  
PD Dr. med. Michael Nagel  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Artikel eingegangen: 12. 5. 1997  
Artikel nach Revision angenommen: 25. 2. 1998



**Abbildung 2**

Perioperativ bestimmte Parathormonwerte bei 14 Patienten mit primärem Hyperparathyreoidismus; Angaben in %; Ausgangswert = 100 %

# Ohrgeräusche und Magnetresonanztomographie (MRT)

## Ein Hinweis an die Ärzteschaft

Subjektive Ohrgeräusche (Tinnitus) sind pathologische Hörempfindungen ohne äußere Ursache und werden zumeist als Rauschen, Pfeifen, Summen oder Hämmern angegeben. Nach Angaben der Deutschen Tinnitus Liga ist mit 1 Million Betroffenen in Deutschland zu rechnen, die nachhaltiger therapeutischer Hilfe bedürfen.

Eine häufige Ursache in bis zu 30 % der Fälle liegt in einer Schädigung der Innenohrrezeptoren (Haarzellen), ausgelöst durch Lärm, Schall- und Knalltraumen.

In 70 % finden sich Ohrgeräusche bei Innenohrkrankungen selbst, z. B. Hörsturz, Morbus Menière, Membranrupturen, Intoxikationen etc. (Michel und Klemm, 1997).

Bei Tinnitusbeschwerden, unabhängig ob ein- oder beidseitig und mit oder ohne Hörschäden bzw. peripheren oder zentralen Gleichgewichtsstörungen, sind differentialdiagnostische Abgrenzungen von Hirntumoren, Gefäßerkrankungen und Multipler Sklerose durch bildgebende Verfahren vorzunehmen. Dazu wird in der Regel nach der Leitlinie „Ohrgeräusche“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie von 1996 die Magnetresonanztomographie (MRT) empfohlen. Bei der MRT entstehen je nach Gerätetyp durch elektromagnetische Schaltvorgänge knallartige Schallspitzenpegel geräteabhängig bis über 100 dB.

Besteht eine individuelle Disposition für Ohrgeräusche (Innenohrvorschäden, berufsbedingte Lärmexposition und -schäden, HWS-Erkrankungen, Stoffwechsel-, Nerven- oder Gefäßerkrankungen etc.), können akustische Traumen zu einer Generierung beitragen oder bestehende Ohrgeräusche verstärken.

1997 wurden in der HNO-Klinik Dresden-Friedrichstadt 2 Patienten vorgestellt, die über eine angebliche Auslösung von Ohrgeräuschen nach MRT-Untersuchungen des Kopfes klagten und rechtliche Schritte gegen die Betreiber erwogen (Die Vorwürfe richteten sich nicht gegen die Autoren.) Durch sofortige Therapie und eingehende Aufklärungen konnten die Klagen abgewendet werden.

Im Wissen um die Problematik zu Tinnitus und MRT gab die ADANO (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Audiologen) 1996 eine Empfehlung an die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heil-

kunde, Kopf- und Halschirurgie, die 1998 für die HNO-Heilkunde als Leitlinie „Die Verwendung hoher Schallpegel in der audiometrischen Diagnostik und Kernspintomographie“ umgesetzt worden ist. Nach dem derzeitigen Wissensstand ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1. Die MRT ist das aussagekräftigste bildgebende Verfahren bei der Tinnitus-Aufklärung.
2. Die MRT sollte grundsätzlich mit Gehörschutzstöpseln durchgeführt werden. Beratend mitwirken können hier Hörgeräteakustiker.
3. Bei akuten Hörstörungen einschließlich akutem Tinnitus sollte wegen einer gesteigerten Lärmempfindlichkeit die MRT nicht vor Ablauf einer Woche nach Beginn des Ereignisses durchgeführt werden. Sowohl für den ambulanten als auch klinischen Ablauf ist diese Frist für die MRT und die speziellen Verfahren der überschwelligen Audiometrie bindend empfohlen.
4. In Kenntnis der mediko-legalen Situation bei Hörstürzerkrankungen und Tinnitusleiden und einer festzustellenden Sensibilisierung von Betroffenen gegenüber möglichen auslösenden Ursachen möchten wir Radiologen empfehlen, eine Aufklärung zum Tinnitus vor MRT-Untersuchungen und zum erfolgten Gehörschutz aktenkundig vorzunehmen.

Seitens des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde gemäß einer Veröffentlichung im Tinnitus-Forum 1/97 bestätigt, daß eine Lärmbelastung der Patienten bei der MRT unbestritten und eine Aufklärung der Patienten über mögliche Nebenwirkungen erforderlich ist.

Beim Fehlen entsprechender Hinweise und Aufklärungen können für entstandene Hörschäden nach dem Medizin-Produkt-Gesetz sowohl der Anwender als auch Hersteller haftbar gemacht werden.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

PD Dr. med. Eckart Klemm, HNO-Klinik  
Doz. Dr. med. Falk Stösslein, Radiologische  
Klinik, Klinikum Dresden-Friedrichstadt,  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden  
Doz. Dr. med. Harald Tellkamp,  
Radiologische Gemeinschaftspraxis,  
Georg-Palitzsch-Straße 12, 01239 Dresden

### Ärzteblatt Sachsen

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

### Herausgeber:

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

### Redaktionskollegium:

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

### Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion

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

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Annett Neumann

Anzeigenverwaltung: Frau Thormann

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:  
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag, Schützenhöhe  
16, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 8 26 72 28,  
Fax (03 51) 8 26 72 29  
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1. 1. 1998 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 05 10, 01075 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

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

### Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 138,00 DM zzgl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

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

# Eindrücke eines Arbeitsaufenthaltes in Ruanda

## 1. Motivation

An Grenzpunkten des Lebens überschaut man sein bisheriges Leben und zieht Bilanz. Ich trug seit meiner Schulzeit den Wunsch in mir, einmal längere Zeit in Afrika tätig zu sein. Er hat mich nie ganz verlassen, und ich wollte mir treu bleiben. So wählte ich eine „Arbeitsplatz-kompatible“ Kompromisslösung, nahm meinen Jahresurlaub und reiste für den Monat Januar 1997 nach Zentralafrika.

## 2. Rahmen des Aufenthaltes

Ich wurde durch die JOHANNITER-UNFALL-HILFE E.V. zur medizinischen Betreuung von Personal der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) entsandt, das von den Vereinten Nationen beauftragt war, die Trinkwasserversorgung von Flüchtlingen aus Ruanda, Zaire und Tanzania sicherzustellen. Zusätzlich erhielt ich zwei Tage in der Woche eine chirurgische Arbeitsmöglichkeit in einem 70 km von der Hauptstadt Kigali entfernten Krankenhaus in Gahini, welches durch die Kooperatione Italiana Nord Sud unterstützt wurde.

## 3. Ruanda, Land und Geschichte

Ruanda liegt im östlichen Zentralafrika und hat eine dem Bundesland Hessen vergleichbare Größe. Das tropische Klima wird durch die Höhenlage gemäßigt und ist für den Europäer angenehm (2, 4). Man kann eine wunderschöne, abwechslungsreiche Natur mit Bergen, Seen, Regenwald, Vulkanlandschaften erleben. Aufgrund der Fruchtbarkeit des Landes ist alles sehr grün, und man spricht vom Land des ewigen Frühlings mit vier Ernten im Jahr.

Man schätzt die Bevölkerung auf ca. 7 Millionen, wovon sich 85 % auf die Hutu, 14 % auf die Tutsi und 1 % auf die Twa



Tagesanbruch in Ruanda

verteilen. Bei den Massakern 1994, die ca. 1 Million Menschen das Leben kostete, ist das Volk der Tutsi um etwa zwei Drittel dezimiert worden. Es wurde ein Flüchtlingsstrom von ca. 2,5 Millionen Menschen ausgelöst. Als Folge der Flucht und Rückkehr schätzt man im Land die Zahl der Waisenkinder auf 3 Millionen (2, 4).



Ntarama, ein Ort, wo die Folgen des Massakers als Gedächtnisstätte belassen wurden

Die Kolonialkonferenz von Berlin unter dem Vorsitz des deutschen Kanzlers Otto von Bismarck stellte Ruanda 1885, als einen Teil von Deutsch-Ostafrika mit der Hauptstadt Dar-es-Salaam, unter deutsche Verwaltung. In Folge des Ersten Weltkrieges geriet Ruanda von 1916 bis 1962 in belgische Herrschaft. Die belgische Kolonialmacht führte 1934/35 eine Volkszählung durch, die nach MUYOMBANO (4) den eigentlichen Ausgangspunkt für die Spaltung des ruandischen Volkes darstellte und die Wurzeln für die aktuellen Auseinandersetzungen legte. Da sie über kein objektives Kriterium verfügten, um die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Volksgruppen zu bestimmen, erfolgte die Einteilung je nach der Anzahl der Rinder. So waren das Volk der Tutsi die, die mehr als 10 Rinder besaßen. Die weniger als 10 Rinder besaßen, wurden dem Volk der Hutu zugeschlagen, und zum Volk der Twa gehörig wurden die, die keine Rinder besaßen (1, 4). 1962 erlangte das Land die

Unabhängigkeit. Ab 1959 hörte man von Bürgerkriegen, großen Massakern gegen die Tutsi und Fluchtbewegungen in die Nachbarländer Zaire, Uganda, Burundi, Tansania und Kenya.

Der größte Völkermord begann am 10. August 1994 mit dem Flugzeugabschuß des damaligen Präsidenten Juvenal Habyarimana. Die Pläne für die Massaker an den Tutsi waren schon 1990 ausgearbeitet und über Radio und Zeitung z. B. als die rassistischen Zehn Gebote des Hutu und andere direkte Mordaufrufe verbreitet worden (4).

Der Völkermord war zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes beendet, eine Regierung der nationalen Einheit wurde gebildet, die viele Flüchtlinge der letzten Jahrzehnte zurück ins Land kehren ließ, was ein neues Land- und Wohnungsproblem schuf (3, 4, 5).

## 4. Eindrücke

Während der Operationstage im Hospital Gahini mußte ich erstmals zu meiner Überraschung mehrere Kaiserschnitte ausführen. Ich konnte sehen, daß man unter diesen Bedingungen, wo Anästhesisten nicht verfügbar waren, das gesamte Spektrum, einschließlich der Abdominal- und Kinderchirurgie, mit Spinal- und Ketanestanästhesie durchführbar war. Häufig waren Eingriffe der Gynäkologie wie Abortkürretagen, Kaiserschnitte, Sterilisationen. Mir begegneten viele Folgezustände nach Verbrennungen und Schußverletzungen. Wegen Passagestörungen bei Ulzera oder Karzinomen des Magens und Pankreas wurden mehrere palliative Gastroenterostomien angelegt.

In den Krankenhäusern, die ich besuchte, war die Versorgung mit Medikamenten und Verbrauchsmaterialien durch viele Spenden gut. Große Probleme zeigten sich



Sectio caesarea im Hospital Gahini

an gelagerten defekten elektrischen Geräten (Absauggeräten, Koagulationsgeräten, Röntengeräten), die dort nicht repariert werden konnten, oder die einfach nicht eingesetzt werden konnten, weil sie eine andere Netzspannung benötigten.

In der Zusammenarbeit im OP-Saal zeigten sich vielfach Mentalitätsunterschiede. Für meine Haupttätigkeit, die Betreuung der Mitarbeiter des Technischen Hilfswerkes, hatte ich zwei feste medizinische Behandlungsräume, ein Unimogfahrzeug mit Patientenkabine mit den Möglichkeiten eines Notarztes, einen Operationscontainer mit zwei OP-Plätzen, vielfältig nutzbares chirurgisches Instrumentarium, Sterilisation, ein Automatenlabor für Hämatologie und Chemie, ein Mikroskop zur Malariadiagnostik und eine reichhaltige Apotheke zur Verfügung. Zum Teil gehörten zum Medical Team noch ein Assistenzarzt für Anästhesie und zwei Rettungssanitäter. Die Existenz dieses Hospitals sprach sich in Kigali herum, so daß es häufig Besuch von anderen Hilfsorganisationen und deren einheimischem Personal gab. Auf diese Weise und beim regelmäßigen Besuch eines deutschen Bäckers, der in Kigali ein Café führte, fand ich Kontakte und begann mein Leben dort zu organisieren. Ich konnte viele Menschen kennenlernen, deren Leben nicht durch finanzielle Dinge geleitet wurde. In Gesprächen hörte ich vieles über Entwicklungshilfe. So waren nach Projektsuche in bestimmten Zeiten über 250 Hilfsorganisationen in diesem kleinen Land im Einsatz.

Nachdem die großen Flüchtlingsströme im Dezember 1996 u. a. durch das THW versorgt wurden, arbeitete das THW an verschiedenen Wasserversorgungsprojekten für Krankenhäuser und Kinderheime an verteilten Orten des Landes, durch deren Besuch ich viele Eindrücke gewann. So besuchte ich mehrmals Pater Herrmann, einen Deutsch-Litauer, der seit vielen Jahren ein Jugenddorf in Muscha mit ca. 100 Beschäftigten in Werkstätten, im Häuserbau und derzeit mit 380 betreuten Waisenkindern aufbaute. Mit ihm sprach ich über die schlimmsten Überfälle in seinem Dorf, bei denen Menschen nicht einfach getötet, sondern gefoltert und entwürdigt wurden, bis sie den Tod erflehten; er sprach von vielen Vergewaltigungen in

seiner Kirche in Priestergewändern und von dem Satanischen im Menschen. An allen Orten mit kirchlich geführten sozialen Einrichtungen begegnete einem viel Wärme, beeindruckendes Engagement für ein Ziel, trotz so schlimmer Erfahrungen. Die Wege durch das Land waren durch die grüne, abwechslungsreiche Landschaft, durch die Straßen säumenden Menschen, die zu Fuß oder mit Rad alle möglichen Dinge transportierten, sehr abwechslungsreich, z. T. auch sehr beschwerlich, wie in den Fotos dargestellt.



Weg zum Krankenhaus Musasa Ruli, das von Deutschland erbaut wurde, ein Projekt der JOHANNITER

Es gab sehr viele korrekte Militärkontrollen, wobei die Soldaten überraschenderweise weitestgehend NVA-Uniform trugen.

Beeindruckend war eine Wanderung im „Parc National des Volcans“ bei Ruhengeri, wo eine freilebende Gruppe von noch 600 auf der Welt lebenden Gorillas auf Tuchfühlung zu besuchen war.

In Ruanda war die politische Lage für mich nie vollständig kalkulierbar, es gab oft nächtliche Schüsse und auch Hinrichtungen spanischer Helfer durch extremistische Hutus während meines Aufenthaltes. Im OP-Saal war - bei einer der höchsten AIDS-Durchseuchungsraten - eine latente Angst vor Gelegenheitsverletzungen vorhanden.

Aber der Aufenthalt in Ruanda hat mein Weltbild sehr erweitert; die Werte unserer Kultur ordnen sich neu, man lernt Dinge wieder schätzen, die man fast vergaß. Mir ist bewußter geworden, daß man überall mit Kompromissen leben muß, umso wichtiger halte ich für mich regelmäßige Reisen in andere Kulturen.



Gorillafamilie



Parc des Volcans

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Steffen Leinung  
Chirurgische Klinik I, Universität Leipzig  
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig

Literatur beim Verfasser

# Leo Nikolajewitsch Tolstois letzte Krankheit und ihre Hintergründe

Graf L. N. Tolstoi verließ am 10. November 1910 zusammen mit seinem Arzt Dr. Mackowicky fluchtartig sein Gut Jasnaja Poljana in der weiteren Umgebung Moskaus.

Was veranlaßte den 82jährigen Greis, Familie und Besitztum zu verlassen? Tolstoi besaß eine hohe menschliche und künstlerische Sensibilität, einen bis zu Depressivität reichenden Lebensernst und einen kompromißlosen Wahrheitsrigorismus. Schonungslos sagte er seine Wahrheit, analysierte selbstquälerisch sich und seine Umgebung und prangerte Verderbtheit und Heuchelei an. Ihm war es nicht gegeben, seine Einbildungskraft im Rausche des Lebens zu ersticken. Die Motive seines Denkens offenbart Tolstoi in seiner „Beichte“: Ich bin ein 50jähriger geachteter, reicher Schriftsteller, der sich bedienen läßt. Unweigerlich nahen Krankheit, Alter, Tod. Gibt es im Leben ein Ziel, das nicht zerstört wird? Unruhe, Angst, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung hausten in seiner Seele. Die meisten Menschen können ähnliche Gedanken durch den Schutzmechanismus der Verdrängung besiegen.

Tolstoi suchte nach seiner Wahrheit: Er studierte Sokrates, Schopenhauer, Nietzsche, Buddha, Goethe (den er nicht leiden konnte), die Weisen Indiens, die Naturwissenschaften. Er näherte sich dem Volk, schusterte, mähte, pflügte und pilgerte mit seinem Diener Arbusow. Tolstoi bemühte sich, Christ zu sein. „Wenn der Mensch lebt, glaubt er an etwas.“ Tolstoi befolgte die Lehren der Orthodoxen russischen Kirche und fand in der Orthodoxie ein in Riten, Dogmen und Glaubenslehren erstarrtes Evangelium.

Tolstois Ehefrau Sofia Andrejewna Tolstaja, Tochter eines Arztes, energisch, fleißig, schön und praktisch, hielt Tolstois Gedanken für zufällig und kauzig. Sie fragte sich, was ihren berühmten Mann eigentlich unzufrieden machte? Tolstois Schmerz bestand darin, daß er seine Gedanken seiner geliebten Frau nicht mitteilen konnte. Diese konnte ihrem Mann nicht folgen. Sie wollte sich keiner Sache opfern, die sie nicht anerkannte. Völlig allein mußte sie sich um die mate-

rielle Existenz der Familie bemühen, da Tolstoi sich um derartige Dinge nicht kümmerte.

Die Eheleute entfernten sich voneinander. Painliche Szenen in Gegenwart der Kinder und Bediensteten häuften sich. 1884 notierte Tolstoi: „Der Bruch mit meiner Frau läßt sich nicht mehr als stärker bezeichnen, sondern als vollständig.“ Der bis ins Alter an Körper und Geist kräftige Mann stand allein. Und tatsächlich kann man heute nachempfinden, daß seine Nächsten nicht länger an seiner Seite zu gehen vermochten.

Vor den Toren des Todes stehend, wollte L. Tolstoi ganz seinen Idealen leben, so daß der schon lange in ihm schlummernde Entschluß, zu gehen, katastrophal aus ihm herausbrach.

Deshalb saß Tolstoi in einem primitiven, langsam dahinrollenden Eisenbahnzug und fuhr über Koselsk in Richtung Rostow am Don gen Osten. Diese Fahrt auf Rußlands Bahnstrecken tötete Tolstoi. Er bekam unterwegs Husten und hohes Fieber und mußte auf der Bahnstation Astopowo im Zimmer des Bahnvorstehers Quartier beziehen.

Die Welt war informiert, Telegraphen und Presse arbeiteten unaufhörlich. Die in Astopowo versammelten Ärzte stellten eine Lungenentzündung fest. Der Kranke

wurde bewußtlos, man spritzte ihm Kampfer.

Am Morgen des 20. November 1910, 6 Uhr 5 Minuten, verstarb Tolstoi. 5000 - 6000 Menschen, Studenten, Bauern, Freunde, Intellektuelle, begleiteten den Toten zur letzten Ruhe im Hegewald von Jasnaja Poljana, dort, wo Tolstoi angeordnet hatte, ihn zu beerdigen. Als der Sarg herabgelassen wurde, knieten die Menschen nieder. Es war ein trauriger Tag mit Schneefall.

Dr. med. Jürgen Fege  
Facharzt für Orthopädie  
Hauptstraße 8  
09618 Brand-Erbisdorf

Kreisärztekammer NOL  
Der Vorstand  
Dipl.-Med. Thomas Flämig  
Zum Fuchsbau 1  
02906 Niesky

Herrn Dr. med. Herzig  
Ärztlicher Geschäftsführer der  
Sächsischen Landesärztekammer  
PF 10 05 10  
01075 Dresden

Niesky, am 20.09.1998

Sehr geehrter Herr Herzig,

in Anknüpfung an die gestrige Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern möchte ich mich zum Thema Initiativprogramm Allgemeinmedizin noch einmal schriftlich äußern.

Ich bin der Meinung, daß man den Ausbildungsgang und die Organisation einzelner Abschnitte der Ausbildung nicht dem Selbstlauf und dem Assistenten allein überlassen sollte.

Ich schlage daher vor, daß der Auszubildende für 2,5 Jahre stationäre Zeit in einer Klinik angestellt wird und einem Ausbildungsleiter unterstellt wird. Dieser ist auch für Delegationen in andere klinische Fächer mit verantwortlich. Der Assistent wird nur in einer Klinik eingestellt und bezahlt, in andere Einrichtungen wird nur delegiert.

Analog dazu sollte mit den 2,5 Jahren ambulante Weiterbildung verfahren werden.

Es erfolgt eine Einstellung bei dem Kollegen, der die 1,5 Jahre allgemeinmedizinisch weiterbildet. Das verbleibende Jahr wird in kleine Fächer delegiert, die beiden Kollegen wichtig erscheinen. Der Assistent wird für 2,5 Jahre vom ambulanten Kollegen arbeitsvertraglich gebunden und bezahlt.

Dieses Verfahren geht nur, wenn auch in der ambulanten Phase eine angemessene finanzielle Stützung von mindestens 50 % der Gehaltskosten erfolgt. Ich bin der An-

sicht, daß nur so in der angedachten Zeit von 5 Jahren die Ausbildung zu bewältigen ist. Keine Klinik stellt für 3 Monate bezahlte Assistenten ein. Dieser Abschnitt scheint mir der schwierigste zu sein.

Völlig unklar ist die ambulante Finanzierung. Im Initiativprogramm der Gesundheitsminister ist das sehr schwach formuliert. Es müssen Mittel außerhalb des ärztlichen Honorars zur Verfügung gestellt werden. Wir Ärzte sind Vertragspartner der Kassen in der Versorgung der Bevölkerung. Die auszubildenden Allgemeinmediziner sind die Vertragspartner der Zukunft. Das muß den Kassen klargemacht werden. Es gibt sonst in naher Zeit nicht einmal mehr eine ausreichende und medizinisch notwendige Versorgung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Thomas Flämig

## 2 AiP-Stellen frei

In der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Haldensleben sind zwei AiP-Stellen zu vergeben. Interessenten wenden sich an: Chefarzt Dr. med. H. Jandl, Innere Abteilung des KKH Haldensleben, Telefon: (0 39 04) 4 74 - 2 16/2 17, Fax: (0 39 04) 4 74 / 3 23.

## „Ärzte helfen Ärzten“

Wie in jedem Jahr ergeht der Weihnachtsaufruf der Hartmannbund-Stiftung zum Spenden. Damit soll den um Hilfe nachfragenden Ärzten und Arztkindern in einer momentanen Not geholfen werden. Herzlichen Dank an alle Einzelspender und Organisationen!

Die Stiftung hat folgende Konten:  
„Ärzte helfen Ärzten“,  
Deutsche Apotheker- und Ärztekasse  
Stuttgart Nr. 0001486942  
(BLZ 600 906 09),  
Postbank Stuttgart Nr. 41533-701  
(BLZ 600 100 70) oder Sparkasse Bonn  
Nr. 24000705 (BLZ 380 500 00).

## Wissenschaftlicher Beirat „Psychotherapie“ konstituiert

Zum Vorsitzenden wurde gemäß dem Gründungsprotokoll durch die Bundesärztekammer und die Psychotherapeutenverbände

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden

ernannt.

Stellvertreter wurde Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann von der Universität Mainz.



## Preisverleihung

Dr. med. Mario Koksich aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Universität Leipzig erhielt in Tokio anlässlich des 18. Weltkongresses den Preis der International Union of Angiology. Eine Arbeitsgruppe der Abteilung Kardiologie/Angiologie hatte belegen können, daß Patienten mit Einengungen der Beinarterien nicht nur Gerinnungs- sondern auch Plättchenfunktionsstörungen aufweisen, was therapeutisch bedeutsam ist.

## Postgradualer Studiengang „Technik in der Medizin“

Die Universität Kaiserslautern richtet an Mediziner die Offerte für den Fernstudiengang „Technik in der Medizin“, wobei der Beginn des Studiums bereits während des Praktischen Jahres möglich ist. Interessant ist das Angebot für Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Arbeit in der Forschung oder Medizingeräteentwicklung vorstellen können.

Nähere Informationen erhalten Sie am Zentrum für Fernstudien und Universitäre Weiterbildung (ZFUW), Universität Kaiserslautern, Erwin-Schrödinger-Str., Gebäude 58, 67663 Kaiserslautern, Telefon: 06 31/ 20 17- 2 16, Fax: 06 31/ 3 11 08 11.

**Einladung zum „8. Sächsischen Treffen zur Suchtprävention“  
am 7. und 8. Mai 1999 nach Dresden,  
Haus der Kultur und Bildung, Maternstraße 17  
Thema: „Sucht - Drama und Hoffnung“.**

Die Fortbildungsveranstaltung organisiert die Landesgruppe Sachsen der „Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e.V.“ (GAD).

Mit der Einladung möchten wir sowohl die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie als auch die Fachärzte für Allgemeinmedizin und alle Interessierten ansprechen, die zunehmend Abhängigkeitskranke und deren Familienangehörige betreuen.

**Die Fortbildungsveranstaltung mit den Vorträgen beginnt am 7. Mai um 17.00 Uhr, dauert bis gegen 19.30 Uhr und wird am 8. Mai um 9.30 Uhr in 14 Arbeitsgruppen bis 15.30 Uhr fortgesetzt.**

**Arbeitsgruppen:**

1. Abstinenzstrategie - Wille zur Abstinenz und doch ein Rückfall?
2. Selbsthilfegruppen im Spannungsfeld von Hoffnung und Enttäuschung.
3. Drama ohne Ende?  
Der steinige Weg zur Abstinenz.
4. Abstinenz - Lebenssinn - Lebensziele - Zufriedenheit?
5. Suchtkrankenbehandlung - eine Balance zwischen Enttäuschung und Hoffnung.
6. Alkoholabhängigkeit in der Familie.
7. Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen und Mädchen.

8. (Nicht) - Essen als Sucht / Eßstörungen.
9. Abhängigkeitserkrankungen - Liebe und Sexualität.
10. Gefahren des Konsums von Alkohol, Rauschgiften und Designerdrogen für Kinder und Jugendliche.
11. Unterschiedliche Therapieansätze in der Suchtkrankenbehandlung.
12. Der alkoholauffällige Patient in der ärztlichen Sprechstunde.
13. Medikamentöse Behandlung Suchtkranker.
14. Alkoholkrankte Straftäter - Therapie und Wiedereingliederung.

**Tagungsgebühr:** 45,- DM, außerdem sind Zimmerreservierungen beim Tagungsleiter möglich.

Jeder Anwesende erhält ein Teilnahmezertifikat dieser Fortbildungsveranstaltung.

**Anmeldungen an den Tagungsleiter:**

Siegfried Wilhelm  
Gartenweg 6  
01109 Dresden  
Tel. (03 51) 8 80 84 80  
Fax: (03 51) 8 90 98 05

Nach Anmeldung werden Ihnen die Tagungsunterlagen zugesandt.

**Neugierig auf Deutschland**

**Australische Schüler suchen Familienanschluß**

Es besteht ein gegenseitiger Austausch deutscher und australischer Schüler in den jeweiligen Ländern. Die Schüler sind 15 bis 18 Jahre alt und bleiben zwei oder drei, gelegentlich auch 10 Monate in Deutschland.

Familien, die sich zu einem Gastaustausch bereitfinden, werden dafür sowohl vorbereitet wie auch in der Austauschzeit betreut. Ideal sind sie dann, wenn sie neben Verpflegung und Unterkunft auch Familienanschluß gewähren.

Wer interessiert sein sollte, wende sich an STEB IN e.V., Auf dem Brand 10, 53177 Bonn, Telefon: (02 28) 31 40 30, Fax: (02 28) 31 40 90.

**Erster Bauabschnitt des Bergarbeiterkrankenhauses Schneeberg eingeweiht**

Der Teilneubau beherbergt zwei Pflegestationen mit insgesamt 60 Betten, womit das Krankenhaus über eine Kapazität von 150 Betten verfügt. Dafür standen 12 Millionen Mark zur Verfügung. In einem zweiten Bauabschnitt mit Kosten von 23 Millionen DM wird ein Funktionsneubau errichtet und das schon bestehende Funktionsgebäude umgerüstet werden.

Pressemitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie

## Größter Krankenhausneubau in Sachsen

Mit der Einweihung des Neubaus des Kreiskrankenhauses Meißen wurde der achte komplette und zugleich größte Neubau seiner Bestimmung übergeben. Obgleich bereits zu DDR-Zeiten geplant, jedoch nie verwirklicht, konnte dieses Vorhaben nun durchgeführt werden. Dafür standen 164 Millionen DM zur Verfügung. Das Krankenhaus verfügt jetzt über 420 Betten und umfaßt die Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie und Orthopädie. Die hohe Kapazität des neuen Hauses soll unter anderem durch eine enge Kooperation mit dem Krankenhaus Radebeul ausgelastet werden.

Pressemitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie

## Großer Um- und Erweiterungsbau

Wegen Flächendefiziten und Funktionsmängeln war sowohl ein Um- als auch Erweiterungsbau des über 150 Jahre bestehenden Kreiskrankenhauses Bautzen erforderlich geworden.

Der 170-Betten-Neubau beherbergt 5 Pflegestationen, ebenso viele neue Operationssäle, eine Intensivstation mit 10 Betten, die Notfallversorgung und Röntgenabteilung.

Dafür stellte das Sächsische Gesundheitsministerium aus dem Budget der

Krankenhausfinanzierung fast 65 Millionen DM zur Verfügung.

Das 473-Betten-Krankenhaus birgt die Fachrichtungen Augenheilkunde, HNO, Urologie, Kinderheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe, und als größte Abteilungen die Innere Medizin und Chirurgie. Eingeschlossen sind 20 Betten für Intensivtherapie.

Pressemitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie

# Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

## Beschluß über die Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 21. Juli 1998

### Frau Andrea Bachmann aus Bernsbach:

Behandlung ossärer Metastasen mit Bisphosphonaten - eine klinische Beobachtung bei Patienten mit verschiedenen fortgeschrittenen Malignomen

### Herr Hermann Josef Berberich aus Hofheim am Taunus:

Befindlichkeit, Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatacarcinom und ihren Partnerinnen

### Herr Jochen Gille aus Leipzig:

Die Prognose des akuten Arterienverschlusses der unteren Extremitäten in Abhängigkeit von verschiedenen Risikofaktoren

### Herr Thomas Keitel aus Leipzig:

Die Funktionsspiral-CT in der Nachsorge bestrahlter Kehlkopfkarzinome

### Herr Tobias Kröbner aus Hoyrn:

Synopsis der in der Klinik für Chirurgie der Universität Leipzig in den Jahren 1960 - 1984 behandelten malignen mesenchymalen Weichteiltumoren

### Herr Joachim Müller aus Görlitz:

Untersuchungen zur Sekretion von Gallensäuren bei verschiedenen Formen der kindlichen exokrinen Pankreasinsuffizienz

### Herr Jens Reinhold aus Greifswald:

Klinik, Therapie und Langzeitergebnisse bei benignen und malignen Knochentumoren an der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig. Eine retrospektive Untersuchung der Jahrgänge 1978 - 1987

### Frau Heike Schäker aus Leipzig:

Vitamin-E-Status einer gesunden Population: Alters- und geschlechtsbedingte Besonderheiten und Einflüsse seitens der Lipidparameter

### Frau Uta Schubert aus Leipzig:

Internusinzision - eine alternative Methode zur Behandlung der Internus-Barre

### Herr Dirk Stöckel aus Königswartha:

Lokalisation und Schweregrad arteriosklerotischer Gefäßveränderungen in Abhängigkeit vom Risikoprofil bei Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten

### Frau Anette Weicker aus Leipzig:

Therapie des Wachstumshormonmangel-Syndroms im Erwachsenenalter mit rekombinantem humanem Wachstumshormon

### Frau Renate Braune aus Zschaiten:

Dosisfindung, Toxizität und klinische Pharmakokinetik nach einmaliger und wiederholter intravenöser Applikation von Bendamustin bei Tumorpatienten

### Frau Uta Fleischer aus Braunsdorf:

Nebenwirkungen zytostatischer Chemotherapie auf das Pankreas und das hepatobiliäre System

### Herr Matthias Gratz aus Johannegeorgenstadt:

Zytomegalievirusinfektion der Leber bei letaler pulmonaler CMV-Infektion nach Knochenmarktransplantation

### Herr Bodo Haink aus Hoyerswerda:

Die Bedeutung der Zytologie bei der Diagnostik bronchopulmonaler Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Schnellfärbungszytologie während der Bronchoskopie

### Herr Eckart Hofmann aus Korbach:

Studie der seitlichen Röntgenaufnahmen sub partu an der Universitätsfrauenklinik Leipzig 1990 - 1991

### Frau Maren Kluge aus Neumark:

Die Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes in Deutschland im Zeitraum von 1933 bis 1945 - Approbationen, Wandlungen in den Wirkungsfeldern und Facharztstrukturen

### Herr Tobias Kramer aus Bad Liebenwerda:

Wandlungen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland während der Jahre von 1933 bis 1945 unter dem Druck der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik und des Krieges

**Frau Ute Leinung aus Leipzig:**

Einfluß der Antibiotikaprophylaxe mit Cefuroxim auf postoperative Infektionen in der Thoraxchirurgie - eine retrospektive Studie

**Herr Timo Lenk aus Plauen:**

Die operative Versorgung der Leistenhernien an der Vogtlandklinikum Plauen GmbH von 1986 bis 1992

**Frau Birgit Menzel aus Meinsberg:**

Die Anfänge der Herzchirurgie in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung des Wirkens von Martin Herbst. Ein Beitrag zur Geschichte der Institutionalisierung neuer medizinischer Spezialfächer

**Frau Annette Potyralla aus Leipzig:**

Asthma bronchiale und allergische Erkrankungen bei Schulkindern unter dem Einfluß verschiedener inhalativer Schadstoffbelastungen sowie unterschiedlicher Lebensweisen in den Städten Leipzig und München

**Herr Matthias Rösler aus Zeithain:**

Entwicklung der Strumaprophylaxe durch Jodierung im Speisesalz nach der Wiedervereinigung von West- und Ostdeutschland im Raum Leipzig (Stand 1992)

**Frau Kerstin Winkler aus Böhlitz-Ehrenberg:**

Katamnestiche Erhebungen zu entwicklungspsychologischen Besonderheiten transsexueller Personen

Fakultätsratssitzung vom 22. 9. 1998

**Frau Karen Auerswald aus Leipzig:**

Vestibuläre Reizentzugserscheinungen beim wachsenden Meerschweinchen

**Herr Konrad Boche aus Leipzig:**

Zum Stellenwert von somatoformen Symptomen und psychischen Alterationen beim sekundären Fibromyalgiesyndrom

**Herr Steffen Craatz aus Leipzig:**

Histologische, histochemische und immunhistochemische Untersuchungen zur Verteilung verschiedener Kollagene und Glykosaminoglykane im Rippenknorpel bei Pectus excavatum

**Herr Jens Fernau aus Leipzig:**

Nachuntersuchungen an Patienten mit paraorbital-transethmoidal-transsphenoidal operierten Hypophysentumoren unter besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Befunde

**Frau Annetrin Georgi aus Radeberg:**

Die Urinausscheidung stickstoffhaltiger Substanzen bei hypotroph geborenen Kindern mit Gedeihstörung im Kleinkindalter im Vergleich zu Kindern mit Gedeihstörungen anderer Genese

**Herr Rüdiger Gerlach aus Erfurt:**

Untersuchungen zum axonalen Transport der Phosphofruktokinase und ihrer Isoenzyme im Nervus ischiadicus der Ratte

**Herr Sven Hartmann aus Aue:**

Labordiagnostische Untersuchungen im höheren Lebensalter - ihre Bedeutung für Altern, Altersrisiko und Langlebigkeit

**Herr Frank Haupt aus Sömmerda:**

Von Trendelenburg bis Übermuth - Chirurgie im 20. Jahrhundert an der Leipziger Universität

**Frau Ulrike Hoppert aus Potsdam:**

Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie: 10-Jahres-Rückblick über Behandlungsergebnisse an der Universität Leipzig

**Herr Torsten Klein aus Leipzig:**

Systematische und lokoregionäre thrombolytische Therapie tiefer Becken- und Beinvenenthrombosen und experimentelle Untersuchungen zur lokoregionären Thrombolysse

**Herr Ralf-Dieter Lindner aus Jüterbog:**

Doppler - Echokardiographische Untersuchungen zur diastolischen links- und rechtsventrikulären Funktion im Kindesalter

**Frau Ulrike Löttsch aus Nerchau:**

Zur Entwicklungsprognose von Kindern mit intra- und periventriculären Hirnblutungen und periventriculären Leukomalazien

**Herr Andreas Lubienski aus Heidelberg:**

Der katheterinterventionelle Verschluss von Vorhofseptumdefekten

**Frau Ina Ponsold aus Ruhla:**

Die Fibrinklebung in der Kinderchirurgie

**Frau Antje Rothschuh aus Stotternheim:**

Wirkung umwelttoxikologisch relevanter Schwermetalle auf Zinkmetalloenzyme

**Frau Annett Schuchort aus Neichen:**

Die Myektomie des M. sphincter ani internus, Indikationen und Operationsergebnisse. Eine retrospektive klinische und morphologische Studie

**Frau Erdmute Schuricht aus Ehrenfriedersdorf:**

Lipoproteinsubfraktionierung mittels Kapillarisorotachophorese bei Patienten mit Fettstoffwechselstörungen

**Frau Susanne Steinbach aus Kösching:**

Die Betreuung Geisteskranker und Schwachsinniger im Lande Sachsen in den Jahren 1933 - 1945

**Frau Ulrike Steude aus Memmingen:**

Thrombocytenfunktionsstörungen bei Kindern mit Glycogenose Typ I

**Herr Oliver Wolfram aus Leipzig:**

Autopsische Herzbefunde nach Knochenmarkstransplantation an der Universität Leipzig im Zeitraum 1980 bis 1994

Fakultätsratssitzung am 20. 10. 1998

**Frau Lien Angela Dögnitz aus Leipzig:**

Vegetative Funktionen beim idiopathischen Parkinsonsyndrom - Untersuchungen der sudorimotorischen und vasomotorischen Innervation des autonomen Nervensystems

**Frau Dagmar Graf aus Leipzig:**

Grenzen und Möglichkeiten der Molekularen Simulation in der Umwelttoxikologie, dargestellt am Beispiel der Phosphorsäureester-Insektizide und 1,3,5-Triazin-Herbizide

**Frau Katrin Gundelach aus Leipzig:**

Das Verhalten der Wirtsabwehr bei Sepsis - Immunmonitoring zur Bewertung von Verlauf und Prognose des Krankheitsbildes

**Frau Ulrike Klüglich aus Leipzig:**

Die Bestimmung des biologischen Alters - eine Methode zur Erfassung des Gesundheitszustandes einer größeren Population

**Herr Christoph Knaus aus Würzburg:**

Einfluß differenter Dosis - Zeitschemata der kurativen Strahlentherapie auf lokoregionäre Tumorkontrollrate und Heilungsrate von Larynxkarzinomen. Eine retrospektive Studie der Behandlungsjahrgänge 1987 bis 1991

**Frau Anja Kühne aus Dresden:**

Verhalten von Parametern des biologischen Alters bei Demenz vom Alzheimer-Typ

**Frau Ines Ruck aus Leipzig:**

Meningitis purulenta - eine retrospektive Analyse von 201 Fällen aus den Jahren 1985 - 1994 unter besonderer Berücksichtigung prognostischer Faktoren

**Frau Christine Scheel aus Böhlitz-Ehrenberg:**

Untersuchung von hämostaseologischen Parametern bei Patienten mit Fettstoffwechselstörungen

**Herr Thomas Schulz aus Leipzig:**

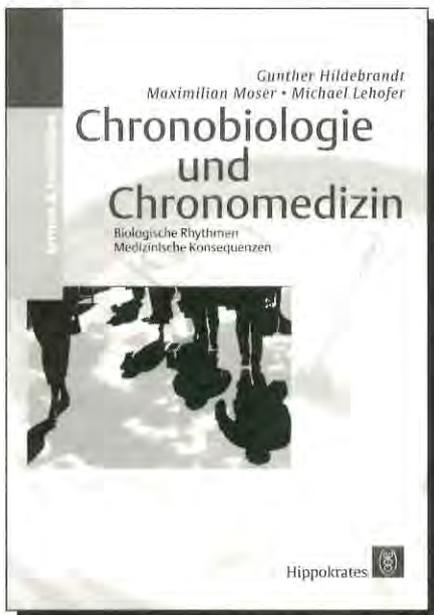
Kritischer Methodenvergleich der Sensitivität und Spezifität von Trachealsekretuntersuchung, endotrachealer Absaugung und bronchoalveolärer Lavage in der Diagnostik nosokomialer Pneumonien beatmeter Patienten des Krankengutes von drei Jahren (1992 - 1994)

**Herr Andreas Schwittay aus Rötha:**

Überblick über den Philadelphia - Status der Stammzellen bei chronischer myeloischer Leukämie in Abhängigkeit von der Therapie und der Erkrankungsphase im Hinblick auf die autologe Stammzelltransplantation

**Herr Detlef Tutschkus aus Leipzig:**

Verlaufsuntersuchungen der kurzzeitigen selektiven Aufmerksamkeit und der Lebensqualität bei Patienten mit obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom unter Therapie mit nCPAP



**Gunther Hildebrandt,  
Maximilian Moser,  
Michael Lehofer:**  
**Chronobiologie und Chronomedizin**  
Biologische Rhythmen,  
Medizinische Konsequenzen  
Hippokrates Verlag,  
Stuttgart 1998  
141 Seiten, kartoniert, DM 58,00  
ISBN 3-7773-1302-5

Biologische Rhythmen sind ein grundlegendes Merkmal aller Lebewesen, vom Einzeller über Pflanzen und Tiere bis zum menschlichen Organismus. Die Dauer der Perioden dieser Rhythmen reicht von mehrjährigen Verläufen als reaktives Geschehen auf solare Vorgänge bis zu Bruchteilen von Sekunden in einzelnen Zellen und im Zentralnervensystem.

Grundlegende Untersuchungen zur Physiologie biologischer Rhythmen stammen bereits aus der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts. Diesbezügliche Erkenntnisse sind schon seit Jahrzehnten Allgemeingut kurmedizinischer Betreuung. Aber erst in den letzten Jahren hat man die Problematik chronobiologischer Reaktionen des Menschen erneut aufgegriffen mit dem Ziel, durch Berücksichtigung insbesondere zirkadianer Rhythmen diagnostische

und therapeutische Maßnahmen zu optimieren. Vieles ist hier noch im Fluß. So wird die klinische Relevanz derartiger Zusammenhänge insbesondere auf den Gebieten der Kardiologie und Endokrinologie z. T. noch kontrovers diskutiert. Andererseits können im Hinblick auf eine weitere Optimierung der Chemotherapie bereits heute für viele Zytostatika Tageszeiten mit günstiger Toleranz angegeben werden. Auch für die simultane Radiochemotherapie scheinen sich durch Berücksichtigung zirkadianer Prinzipien Vorteile für den Patienten abzuzeichnen.

Die Autoren des Buches sind ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der Chronobiologie. Prof. Hildebrandt, Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie und Rehabilitation der Universität Marburg, hat sich seit Jahrzehnten intensiv und tiefgründig der Erforschung rhythmischer Funktionsabläufe beim Menschen gewidmet. Die Professoren Moser und Lehofer sind Mitarbeiter des Physiologischen Instituts der Universität Graz, das sich seit vielen Jahren mit Problemen der Chronobiologie befaßt.

Anliegen der Verfasser ist es, mit der Darstellung ihrer eigenen Forschungsergebnisse sowie der umfangreichen Literatur Anregungen zu einer stärkeren Berücksichtigung der Chronobiologie in der medizinisch-biologischen Lehre und in der Praxis zu geben.

Die Autoren besprechen zunächst rhythmische Lebensäußerungen, die durch Schwankungen geophysikalischer Faktoren hervorgerufen werden (Exo-Rhythmen), Rhythmen, die im Organismus selbst erzeugt und mittels äußerer Zeitgeber synchronisiert werden (Exo-Endo-Rhythmen) sowie endogene Spontarrhythmen, die von äußeren Zeitgebern unabhängig sind (Endo-Rhythmen).

Ein weiteres Kapitel ist der Bedeutung biologischer Rhythmen im Hinblick auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen gewidmet. Hier erwartet der in Praxis und Klinik vielbeschäftigte Arzt detaillierte Hinweise zur Umsetzung der gewonnenen Forschungsergebnisse in die Praxis. Er bleibt aber weiterhin auf das Studium der umfangreichen Originalliteratur angewiesen. Das gleiche gilt für die

Umsetzung in der physikalischen Therapie sowie im Rahmen psychotherapeutischer Maßnahmen.

Anliegen des dann folgenden Kapitels ist die Vermittlung von Vorschlägen zur Durchführung chronobiologischer Untersuchungen am Menschen, wobei einige Meßverfahren aus den Bereichen der Physiologie und Psychologie empfohlen werden.

Das umfangreichste Kapitel befaßt sich mit Ergebnissen chronobiologischer Untersuchungen am Menschen. Umfassendes Datenmaterial aus den Gebieten der Herz- und Kreislauf- sowie Lungenfunktionsdiagnostik, der Verdauung, des Stoffwechsels, des Wasser- und Elektrolythaushaltes, des Blutes sowie der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit wird an Hand zahlreicher grafischer Darstellungen erläutert.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es den Autoren gelungen ist, die neueren Erkenntnisse der Chronobiologie im Sinne eines kurzgefaßten Lehr- und Arbeitsbuches darzustellen. Das Eindringen in die angesprochene Thematik schärft den Sinn und das Verständnis für unsere eigenen Lebensäußerungen und die unserer belebten Umwelt.

Für eine zu erwartende 2. Auflage würde sich der Rezensent eine Erweiterung des seiner Ansicht nach zu kurz gefaßten Kapitels über die „Praktischen Anwendungen in der Chronomedizin“ wünschen, um dem praktisch tätigen Arzt Möglichkeiten aufzuzeigen, die neueren Erkenntnisse bei seinem diagnostischen und therapeutischen Handeln zu berücksichtigen.

D. Aßmann, Pirna

# Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

## 60 Jahre

- 3. 1. Dr. med. Barth, Felix  
09119 Chemnitz
- 3. 1. Dr. med. Ermlich, Gunther  
01326 Dresden
- 3. 1. Dr. med. Künzel, Rolf  
04129 Leipzig
- 3. 1. Dr. med. Müller, Irene  
09366 Stollberg
- 3. 1. Dr. med. Völz, Brigitte  
02826 Görlitz
- 5. 1. Dr. med. Ehrhardt, Waltraud  
02829 Ludwigsdorf
- 6. 1. Dr. med. Neumann, Gudrun  
09496 Marienberg
- 6. 1. Dr. med. Siegel, Elwira  
08115 Schönfels
- 8. 1. Gröttsch, Adelheid  
01705 Freital
- 8. 1. Dr. med. Schönrock, Christine  
08340 Schwarzenberg
- 8. 1. Dr. med. Stange, Helga  
04683 Naunhof
- 9. 1. Rödenbeck, Helgard  
04155 Leipzig
- 10. 1. Reiß, Gisela  
08289 Schneeberg
- 12. 1. Dr. med. habil. Herber, Friedrich  
04103 Leipzig
- 13. 1. Dr. med. Friedel, Wolfgang  
08326 Sosa
- 13. 1. Dr. med. Smilowsky, Brunhilde  
01587 Riesa
- 14. 1. Dr. med. Bergan, Margot  
02625 Bautzen
- 14. 1. Dr. med. Franz, Renate  
04463 Großpösna
- 14. 1. Dr. med. Lindlar, Reinhold  
08523 Plauen
- 14. 1. Dr. med. Müller, Claus  
01827 Pirna-Pratzschwitz
- 15. 1. Büchner, Klaus  
02953 Gablenz
- 16. 1. Dr. med. Garten, Claus  
01277 Dresden
- 16. 1. Dr. med. Härtel, Günter  
08373 Voigtlaide
- 17. 1. Dr. med. Pisowotzki, Annelies  
01279 Dresden
- 17. 1. Sauerbrei, Klaus  
08261 Schöneck
- 19. 1. Jahn, Rosemarie  
04299 Leipzig
- 19. 1. Dr. med. Rochelt, Ingrid  
01157 Dresden
- 19. 1. Dr. med. Sammet, Christine  
08146 Mülsen St. Niclas

- 19. 1. Dipl.-Med. Schmelz, Wolfgang  
01816 Bad Gottleuba
- 20. 1. Dr. med. Heil, Gotthard  
10717 Berlin
- 20. 1. Dr. med. Walbe, Bernd  
04416 Markkleeberg
- 22. 1. Dr. med. Wünsche, Wolfgang  
01099 Dresden
- 23. 1. Prof. Dr. med. habil.  
Kamprad, Friedrich  
04157 Leipzig
- 23. 1. Dr. med. Stief, Ingrid  
01139 Dresden
- 24. 1. Dr. med. habil. Kunze, Wolfgang  
04821 Brandis
- 24. 1. Dr. med. Lohmann, Ingeborg  
09337 Bernsdorf
- 24. 1. Dr. med. Schultz, Gisela  
08451 Crimmitschau
- 25. 1. Dr. med. Börner, Peter  
04454 Holzhausen
- 25. 1. Dr. med. Esterl, Diето  
08543 Jocketa
- 25. 1. Dr. med. Fleischer, Eberhard  
04249 Leipzig
- 25. 1. Dr. med. Miedlich, Ursula  
04357 Leipzig
- 28. 1. Dr. med. Reinhold, Günther  
09350 Rödlitz
- 28. 1. Dr. med. Seliger, Karlheinz  
07973 Greiz
- 29. 1. Dr. med. Neumann, Holm  
04329 Leipzig
- 29. 1. Parentin, Roswitha  
08233 Schreiersgrün
- 29. 1. Steller, Barbara  
01109 Dresden
- 31. 1. Dr. med. Kroh, Jürgen  
01640 Coswig

## 65 Jahre

- 1. 1. Dr. med. Werner, Irmgard  
01445 Radebeul
- 6. 1. Dr. med. Fernschild, Adelgund  
04317 Leipzig
- 11. 1. Dr. med. Leutritz, Sigrid  
01307 Dresden
- 14. 1. Dr. med. Müller, Helga  
04860 Torgau
- 17. 1. Dr. med. Dörfelt, Helga  
08280 Aue
- 20. 1. Dr. med. Burtzik, Karin  
04318 Leipzig
- 20. 1. Dr. med. Kratzsch, Peter  
02625 Bautzen
- 20. 1. Dr. med. Scharfe, Peter  
01237 Dresden
- 20. 1. PD Dr. med. habil. Thiele, Gerhard  
04157 Leipzig

- 20. 1. Dr. med. Tischendorf, Heinz  
09573 Augustusburg
- 26. 1. Dr. med. Orda, Ursula  
08523 Plauen
- 28. 1. Dr. med. Stürzbecher, Klaus  
04430 Rückmarsdorf
- 29. 1. Dr. med. Meinerzhagen, Klaus  
01705 Freital
- 30. 1. Dr. med. England, Manfred  
04103 Leipzig
- 30. 1. Dr. med. Wickleder, Rudolf  
09130 Chemnitz

## 70 Jahre

- 4. 1. Dr. med. Haberland, Rolf  
01589 Riesa
- 5. 1. Dr. med. Meier, Hans-Joachim  
09366 Stollberg
- 7. 1. Dr. med. habil. Lehnert, Wolfgang  
01445 Radebeul
- 12. 1. Dr. med. Ripp, Wolfgang  
01324 Dresden
- 14. 1. Dr. med. Michel, Edith  
04155 Leipzig
- 23. 1. Dr. med. Thomas, Brigitte  
01640 Coswig
- 24. 1. Dr. med. Donath, Rolf  
01731 Kreischa
- 28. 1. Dr. med. Heinrich, Ursula  
01796 Pirna

## 75 Jahre

- 5. 1. Dr. med. Breidenbach, Sabine  
04347 Leipzig
- 13. 1. Prof. Dr. med. habil.  
Dürwald, Wolfgang  
04299 Leipzig

## 80 Jahre

- 2. 1. Dr. med. Patzelt, Oskar  
04808 Wurzen
- 8. 1. Dr. med. Zimmermann, Blandine  
01217 Dresden
- 9. 1. Dr. med. Gawantka, Joachim  
09468 Geyer
- 22. 1. Dr. med. Nickol, Rénatus  
01326 Dresden

## 81 Jahre

- 22. 1. Dr. med. Oehler, Horst  
08289 Schneeberg

## 82 Jahre

- 23. 1. Dr. med. Illing, Heinrich  
09496 Marienberg

## 83 Jahre

- 16. 1. Dr. med. Fischer, Ilse-Maria  
04720 Döbeln

#### 84 Jahre

17. 1. Dr. med. Sieg, Heinz  
09599 Freiberg
18. 1. Dr. med. Merkl, Ursula  
04683 Naunhof

#### 85 Jahre

9. 1. Prof. em. Dr. med. habil.  
Edel, Herbert  
01465 Langebrück

#### 86 Jahre

2. 1. Dr. med. Runge, Anneliese  
04157 Leipzig
4. 1. Dr. med. Langer, Horst  
01689 Weinböhla
10. 1. Dr. med. Schubert, Walter  
02999 Lohsa

#### 87 Jahre

17. 1. Dr. med. Singer, Harry  
09127 Chemnitz
26. 1. Dr. med. Weißgerber, Renate  
04758 Oschatz

## Weihnachten - ein Fest der Klänge

*Wieder neigt sich ein Jahr seinem Ende entgegen, und Weihnachten sowie die Festtage zum Jahreswechsel sind nähergerückt. Es beginnt die Zeit der Besinnlichkeit und Ruhe nach dem vorfestlichen Trubel.*

*In traditioneller Weise sollen an dieser Stelle im „Ärzteblatt Sachsen“ wieder einige Besonderheiten zum Weihnachtsfest besprochen werden. Was liegt da also näher, nachdem in den vorausgegangenen Jahren Sitten und Bräuche beleuchtet wurden, sich diesmal der Weihnachtsmusik zuzuwenden.*

*In den christlichen Ländern kommt der Weihnachtsmusik eine besondere Bedeutung zu. Auch wer zum Weihnachtsfest keine Kirche besucht, singt und hört meist im Kreis der Familie Weihnachtslieder oder spielt Instrumentalmusik. Zwar nimmt das häusliche Musizieren leider mehr und mehr ab und immer weniger Weihnachtslieder sind allgemein bekannt, aber Weihnachten wäre undenkbar ohne Weihnachtslieder und Weihnachtsmusik.*

*Im Laufe seiner Geschichte hat das Weihnachtslied viele Veränderungen erfahren. Es fand seinen Ursprung in kirchlichen Gesängen, deren Texte noch halb lateinisch und halb deutsch waren. Vor der Reformation war Kirchenmusik sehr ernst und beim Volke weniger beliebt. Dagegen waren Hirten- und Krippenlieder mit ihren*

*beschwingten Melodien und gut zu merkenden Refrains eine willkommene Alternative. Diese durften jedoch zunächst nicht in den Kirchen gesungen werden. Martin Luther setzte sich im 16. Jahrhundert dafür ein, daß sich dieser Zustand änderte. Ein jeder sollte die Texte verstehen und mitsingen können. Die Kirche war bemüht, das Weihnachtsfest als Ereignis Christi Geburt zu verbreiten, und da das Volk gerne sang, ermutigte die Kirche zum Musizieren.*

*Die Popularität der Weihnachtslieder verblaßte im 18. Jahrhundert, weil sogenannte Sternsinger den festlichen Anlaß nutzten, Bettelgänge durch das Land zu unternehmen. Die große Zeit der Weihnachtslieder begann erst im 19. Jahrhundert. In Deutschland wurde Weihnachten mehr und mehr ein Fest des Schenkens und häuslicher Tradition. Weihnachtslieder wurden nun vor allem zu Hause gesungen. So wurden viele Lieder innerhalb der Familie von Generation zu Generation mündlich weitergegeben. Zu Beginn unseres Jahrhunderts sang man Weihnachtslieder auch wieder an alte Traditionen anknüpfend in den Kirchen. Durch den Einfluß englischer und amerikanischer Musik nimmt es nunmehr nicht wunder, daß heute auch Elemente des Jazz ihren Niederschlag in weihnachtlicher Musik gefunden haben.*

*Zurück aber zur traditionellen Entwicklung.*

*Heinrich Schütz, einer der bedeutendsten und wichtigsten deutschen Komponisten des 17. Jahrhunderts schrieb 1664 eine eindrucksvolle oratorienartige Weihnachtshistorie. Es ist das erste Werk dieser Art mit deutschem anstelle lateinischem Text. Neu war hierbei, daß der Handlungsverlauf von einem Sprecher als Rezitativ und nicht vom Chor vorgetragen wurde. Johann Sebastian Bach war als Leipziger Thomaskantor für die Musik in Leipziger Kirchen verantwortlich und hatte regelmäßig Kantaten zu komponieren. Das Weihnachtsoratorium, 1734 vollendet, besteht aus sechs einzelnen Kantaten. Jeweils drei Kantaten schrieb Bach für die drei Weihnachtsfeiertage, das Fest der Beschneidung Christi, den Sonntag nach Neujahr und das Fest der Heiligen drei Könige. Nicht nur in der Dresdner Kreuzkirche und in der Leipziger Thomaskirche wurden und werden diese prachtvollen Kantaten zur Weihnachtszeit vorgetragen, auch im kleinsten Winkel unseres Landes sind diese Klänge bekannt und beliebt.*

*Weniger bekannt ist bei uns weihnachtliche Instrumentalmusik anderer, so italienischer Meister wie Corelli, Manfredini und Torelli, aus deren Feder weihnachtliche Concerti grossi, die auch heute noch aufgeführt werden, entstammen.*



Auch in Frankreich erfreut sich das Oratorium großer Beliebtheit. Hector Berlioz, einer der französischen Komponisten des 19. Jahrhunderts, schuf das Werk „Die Kindheit Christi“. Unter Verzicht auf ein großes Orchester erzählt dieses Oratorium von der Geburt Christi und der Flucht der heiligen Familie nach Ägypten. Neben dieser konzertanten Musik ist es aber besonders das Weihnachtslied, welches weite Verbreitung in allen Volksschichten gefunden hat. *Erinnert sei an das Weihnachtslied „O Tannenbaum“.* Es gehört zum unveräußerlichen Schatz weihnachtlichen Liedgutes in Deutschland. Dieses Lied geht auf eine schlesische Weise des 16. Jahrhunderts zurück und stand inhaltlich mit einem grünen Nadelbaum in Beziehung, hatte aber ursprünglich nichts mit dem christlichen Weihnachtsfest zu tun. Erst im Jahre 1820 entstand dann daraus das uns heute so lieb gewordene Weihnachtslied, dessen erste Strophe August Zarnak dichtete. 1824 schuf der Leipziger Lehrer Ernst Anschütz die zweite und dritte Strophe in der uns heute geläufigen Fassung. Der in Weimar lebende und aus Danzig stammende Legationsrat Johann Falk

bescherte uns das allgemein bekannte Weihnachtslied „O du Fröhliche“. Durch spätere Umdichtung entstanden die uns bekannten drei Strophen. Die Melodie entnahm man einem alten sizilianischen Marienlied.

Das schöne Weihnachtslied „Vom Himmel hoch, da komm' ich her“ stammt aus der Feder des Wittenberger Reformators Martin Luther, und ist heute untrennbarer Bestandteil bei weihnachtlichen Darbietungen des Dresdner Kreuzchores und der Leipziger Thomaner.

„Ihr Kinderlein kommet“ wurde von Christoph von Schmid, einem katholischen Kaplan aus Dinkelsbühl stammend, komponiert.

„Es ist ein Ros' entsprungen“ schuf vor etwa 500 Jahren ein Mönch aus der Gegend von Trier. Wie dem Namen zu entnehmen ist, verdankt dieses Lied seinen Ursprung einer um die Winterzeit blühenden Rose. Der Regensburger Kapellmeister Michael Praetorius hat das Lied in seine heutige Form gebracht. Thomaner und Kruzianer bringen dieses Lied gern in der Weihnachtszeit ihrem Publikum zu Gehör.

„Stille Nacht, heilige Nacht“, das vertrauteste Lied der Weihnachtszeit, trat von

Leipzig aus seinen Siegeszug durch die ganze Welt an. Diese weihnachtliche Weise ist ein Volkslied aus Tirol und wurde von den Geschwistern Strasser, die um Weihnachten 1832 auf Geschäftsreise in Leipzig weilten, vorgetragen.

1840 erschien von einem Verleger aus Leipzig ein Tiroler Liederkatalog mit „Stille Nacht, heilige Nacht“, und das Lied ist uns in seiner Schönheit bis heute erhalten geblieben.

Beliebig ist die Reihe der wunderschönen und bekannten Weihnachtslieder fortzusetzen. Beim Bummel über den Weihnachtsmarkt gefällt es uns, wenn die Turmbläser „O du fröhliche, o du seelige gnadenreiche Weihnachtszeit“ spielen. Bezaubert vom Duft nach Bratäpfeln, Mutzbraten, Zuckerwatte und Pfefferkuchen schmeckt uns der Glühwein dann besonders gut und rührt uns an, mit einzustimmen in das Lied „Fröhliche Weihnachten überall“. Dieses beschwingte Lied ist die eingedeutschte Form eines uralten englischen Weihnachtsliedes.

Ob nun die Weihnachtslieder während eines Weihnachtsmarktbummels oder einer Mitternachtsmesse in der Kirche gesungen werden oder im Kreise der Familie, sie vermitteln uns immer wieder eine festliche Weihnachtsstimmung. Es gibt wohl kaum einen Menschen, der Weihnachtslieder und die dazugehörige Musik nicht mag. Am schönsten ist es aber, und das sollten wir nicht vergessen, wenn gemeinsam im Kreise der Familie, insbesondere mit den Kindern die Weihnachtsmusik gehört und gesungen wird.

Aus purer Freude darüber, daß das Weihnachtsfest ein Fest der Liebe und des Friedens ist, wünschen wir uns in diesem Sinn eine beschauliche und musikalische Weihnachtszeit in Frieden und Freude und ein gutes erfolgreiches neues Jahr.

Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Kohren-Sahlis