

10. Deutscher Ärztekongress EUROMED
 vom 10. bis 13. März 1999 im Congress Center Leipzig
 Weitere Informationen in den "grünen Seiten" dieser Ausgabe.

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 1/99

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung am 2. 12 1998	2
Berufspolitik	Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin - Stellungnahme des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer zum Stand der Finanzierung 10. Deutscher Ärztekongress EUROMED	3 7
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen Kammerwahlen der Sächsischen Landesärztekammer 1998/99 für die Wahlperiode 1999/2003 Lehrstelleninitiative Sachsen Senkung des GOÄ-Vergütungsabschlages von bisher 17 % auf 14 % Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung Informationen zum EURO Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge 1999 Impressum	4 9 10 10 13 14 14 14
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	15
Originalien	Die ärztliche Leichenschau aus der Sicht des Rechtsmediziners C. König, I. Dilger, R. Vock Sekundärer Hyperparathyreoidismus M. Nagel, H. Bergert, B. Nonnast-Daniel, D. Ockert, H. D. Saeger Indikationen und Hinweise für das selektive Screening angebore- ner Stoffwechselerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter P. Müller, P. Bührdel	16 20 24
Buchbesprechungen		26
Verschiedenes	Bleibende Ehrung eines großen Dresdner Chirurgen 100 Jahre Pathologie in Chemnitz	27 31
Hochschulnachrichten	Universität Leipzig	34
Personalien	Geburtstage im Februar Nachruf Oberarzt Dr. med. Hartmut Keller	37 38
	Fortbildung in Sachsen - März 1999 Beilage: Arzt und Recht	

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

Aus der Vorstandssitzung am 2. Dezember 1998

Zur Vorbereitung waren den Vorstandsmitgliedern alle Materialien zugesandt worden, so daß die Tagesordnung mit 24 Beschlußvorlagen zügig abgearbeitet werden konnte.

Bei der Nachbereitung der 19. Kammerversammlung vom 14. November 1998 wurde die ausgiebige, mit fundierten Beiträgen geführte Diskussion gewürdigt.

Die ablehnende Entscheidung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Finanzierung von Weiterbildungsstellen innerhalb des Initiativprogrammes Allgemeinmedizin wurde ausführlich diskutiert (siehe Stellungnahme des Vorstandes zu diesem Thema im gleichen Heft).

Entsprechend dem Antrag von Herrn Dr. Weiss hat der Vorstand geprüft, inwieweit das Initiativprogramm durch einen ärztlichen Solidarpakt in Form einer Stiftung ergänzt werden kann, um die Finanzierung der fünfjährigen Weiterbildung für Allgemeinmedizin zu sichern. Nach wiederum ausführlicher Diskussion kam der Vorstand zu dem Ergebnis, daß eine öffentlich rechtliche Stiftung nicht gegründet werden kann. Denkbar wäre eine von Ärzten gegründete privatrechtliche Stiftung oder ein Verein.

Zur Vorbereitung der Kammerwahl 1998/99 gab die Hauptgeschäftsführerin einen Bericht über den Stand der Vorbereitungen. Gemäß § 10 des Sächsischen Heilberufe-Kammergesetzes stellte der Vorstand das Ruhen des Wahlrechts und der Wählbarkeit von Kammermitgliedern fest. Die betroffenen Kammermitglieder werden von dieser Entscheidung schriftlich in Kenntnis gesetzt. Außerdem beschloß der Vorstand, von Wahlbewerbern zur neuen Kammerversammlung die Selbstauskunft und die Einwilligung zur Überprüfung beim Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes abzufordern.

Zum Themenkreis Berufsrecht lagen 11 Beschlußvorlagen vor. Im Rahmen der notwendigen Änderung des Sächsischen Heilberufe-Kammergesetzes auf Grund der Einführung der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Änderung hinsichtlich der Allgemeinmedizin sollen weitere Änderungsvorschläge in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden. Aus der Sicht des Vorstandes sind hiervon berufsaufsichtliche Maßnahmen, die Befugnis zur Weiterbildung, die Zulassung der Krankenhäuser als Weiterbildungsstätten und die Weiterbildung und Prüfung für Ärzte im Gebiet öffentliches Gesundheitswesen betroffen. Ein Entwurf zur Änderung des Sächsischen Heilberufe-Kammergesetzes in diesen Punkten wird zunächst den anderen Heilberufekammern zugestellt, um nach erzieltm Einvernehmen gemeinsam eine Stellungnahme an das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie abzugeben.

In einem Beschluß mit weitreichender Konsequenz wurde festgelegt, daß die Sächsische Landesärztekammer gegenüber der Aufsichtsbehörde des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie anregt und sich bereit erklärt, die Aufgaben der Approbationsbehörde gegen Erhebung von Gebühren zu übernehmen.

Rügeverfahren wurden eingeleitet: in vier Fällen wegen unterlassener Äußerung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer trotz wiederholter Aufforderung und in einem Fall wegen fahrlässiger Trunkenheit im Straßenverkehr. Rügebescheide ergingen je einmal wegen unterbliebener Erstellung von Gutachten und Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ohne persönliche Vorstellung des Patienten. Wegen des Führens des nicht erworbenen akademischen Grades „Dr. med.“ wird gegen ein Kammermitglied ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet.

Weitere Beschlüsse wurden zu folgenden Themen gefaßt:

- Die Einführung einer besonderen „verkehrsmedizinischen Qualifikation“ wurde abgelehnt, da der Vorstand der Auffassung ist, daß jeder Facharzt in seinem Gebiet entsprechende Begutachtungen für verkehrsmedizinische Fragestellungen beherrschen muß.
- Es sind Mitglieder fachgebietsspezifischer Arbeitsgruppen zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten benannt worden. Für die Tätigkeit der Hauptgeschäftsstelle wurden Verwaltungsvorschriften vorgestellt und bestätigt.
- Die Datumsumstellung im Jahr 2000 und die Einführung des Euro wurden in ihren finanziellen Auswirkungen auf die Kammerarbeit besprochen.

Bei der abschließenden allgemeinen Diskussion betonte der Präsident, daß zur Zeit alle berufspolitischen Aktivitäten dazu dienen sollen, mit der neuen Regierung ins Gespräch zu kommen. Nach übereinstimmender Meinung des Vorstandes haben hierbei die beiden Körperschaften auf Bundesebene das Primat und nicht jede einzelne Arztgruppe.

Die Hauptgeschäftsführerin teilte mit, daß die Arztstelle in der Qualitätssicherung zum zweiten Mal ausgeschrieben werden mußte, da sie nach der ersten Ausschreibung nicht besetzt werden konnte.

Der Garten am Kammergebäude hat den Sonderpreis des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft im Wettbewerb „Gärten in der Stadt 1997/98“ erhalten.

Dr. med. Helmut Schmidt
Vorstandsmitglied

*Das Redaktionskollegium, der Leipziger Messe Verlag
und das Druckhaus Dresden GmbH
wünschen der verehrten Leserschaft des „Ärzteblatt Sachsen“
für das neue Jahr alles Gute und beste Gesundheit.*

Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin - Stellungnahme des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer zum Stand der Finanzierung -

Der Vorstand hat in seiner Sitzung vom 2.12.1998 ausführlich über den Verlauf und die Ergebnisse der 19. Tagung der Kammerversammlung am 14.11.1998 beraten, insbesondere zu dem Thema „Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin“. In diesem Programm der Gesundheitsministerkonferenz ist vorgesehen, daß die Krankenkassen die fünfjährige Weiterbildung Allgemeinmedizin im stationären Bereich mit 2.000,00 DM pro Weiterbildungsassistent/Monat durch die Zahlung an das Krankenhaus für die Jahre 1999 und 2000 fördern. Im ambulanten Bereich sollen durch die Krankenkassen pro Weiterbildungsassistent/Monat bis zu 2.000,00 DM gezahlt werden, soweit die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung im Land den gleichen Betrag zahlt.

In der Diskussion wurde der Beschluß der 19. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vom 7.11.1998 angesprochen. Der Beschlußantrag „Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen fördert mit 750,00 DM pro Monat für zwei Jahre aus dem Honorarbudget der Ärzte die Weiterbildungsassistenten für das Fach Allgemeinmedizin unter der Voraussetzung, daß ein Betrag in gleicher Höhe und für den gleichen Zeitraum durch die Sächsische Landesärztekammer bereitgestellt wird, die für die Weiterbildung satzungsmäßig zuständig ist“ wurde von der Vertreterversammlung mit 17 gegen 15 Stimmen bei 6 Stimmenthaltungen abgelehnt.

Wie ein solcher gesetzwidriger Antragstext überhaupt verfaßt und zur Abstimmung gelangen kann, ist für den Vorstand aus rechtlichen und berufsständischen Gründen nicht nachvollziehbar, denn in § 75 des SGB V werden - nachdem im § 73 der Rahmen beschrieben wurde, der die vertragsärztliche Versorgung umfaßt - Inhalt und Umfang der Sicherstellung beschrieben. Hier heißt es: „(1) die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung ... sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht“.

Darüber hinaus ist ihnen auch die Aufgabe übertragen (§ 75 Abs. 8 SGB V) „... durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die ... zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen“.

Außerdem heißt es im § 105 SGB V unter der Überschrift „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.“

Besonderes Befremden rief bei den Mitgliedern des Vorstandes hervor, daß die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen einen Be-

schlußantrag zur Wahrnehmung ihrer eigenen gesetzlichen Aufgaben nicht nur abgelehnt hat, andererseits jedoch die Sächsische Landesärztekammer durch den gleichen Beschluß verpflichten wollte, entgegen der Kompetenzregelung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes Kammerbeitragsfelder zur Verwendung als Arbeitsentgelte bereitzustellen.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ist der Auffassung, daß jede der beiden Selbstverwaltungskörperschaften entsprechend ihres gesetzlichen Auftrages ihre Aufgaben zu erfüllen hat und von einer anderen berufsständischen Körperschaft nicht verlangt werden kann, gegen gesetzliche Regelungen zu verstoßen.

Es ist bedauerlich, daß die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen nicht bereit ist, ihre im Initiativprogramm Allgemeinmedizin festgelegten Aufgaben zu erfüllen, während die Sächsische Landesärztekammer einschließlich der Beschlußfassung in der 19. Kammerversammlung am 14. November 1998 zur Einführung der fünfjährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ihre Aufgaben wahrgenommen hat.

In der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer wurde darüber hinaus angeregt, daß der Vorstand prüfen möge, inwieweit eine öffentlich-rechtliche Stiftung als ärztlicher Solidarbeitrag zur Finanzierung der Allgemeinmedizin in Betracht kommt. Der Vorstand ist nach gründlicher Prüfung zu der Auffassung gelangt, daß eine öffentlich-rechtliche Stiftung aus rechtlichen Gründen, die in einer schriftlichen Beschlußvorlage zusammengefaßt worden sind, nicht möglich ist.

Der Vorstand fordert die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen auf, entsprechend ihren gesetzlichen Aufgaben die Finanzierung der Allgemeinmedizin aus den der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Beitragsmitteln der Solidargemeinschaft aller gesetzlich Krankenversicherten zu realisieren, damit die vertragsärztliche Versorgung nach den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen sichergestellt werden kann.

Der Vorstand
der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

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)

Sonntag, 7. März 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee
Ein Kammerorchester des Heinrich-Schütz-Konservatoriums spielt Werke zeitgenössischer Komponisten
(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.

Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer

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

AUSSTELLUNG

Malerei und Grafik

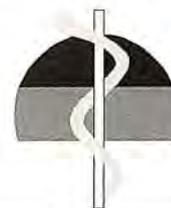
PROF. DR. MED. HERBERT EDEL, zu Ehren seines 85. Geburtstages,
in der Galerie Sillack, Dresden-Klotzsche, vom 7. Februar bis 12. März 1999.

Vernissage: Sonntag, den 7. Februar 1999, 17.00 Uhr, in der Galerie Sillack,
Königsbrücker Landstraße 63. Straßenbahnlinie 7, Haltestelle „Zur neuen Brücke“.

Vortragender: Prof. Edel

Musikalische Umrahmung: Langebrücker Schüler der Musikschule Kamenz unter Leitung von Frau Lobeck.

Öffnungszeiten der Galerie: Montag bis Freitag 10.00 Uhr bis 19.00 Uhr, Sonnabend 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr.



10. Deutscher Ärztekongreß EUROMED

5. Interdisziplinärer Pflegekongreß

(10. bis 13. März 1999)

Novalis als Tipgeber und Brandheißes auf der neuen Hotline

Statement von Kongreßpräsident Prof. Dr. BERNDT LÜDERITZ, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Bonn

Neue Präsidenten etablierter Kongresse sehen sich oft in die Klemme gebracht zwischen Traditionen und ihrem Streben, aktuelle Trends aufzugreifen. Zu solcher Gratwanderung hat mich der Deutsche Ärztekongreß EUROMED nicht gezwungen. Sein Leitmotiv „Aus der Praxis für die Praxis“ schließt die Auseinandersetzung mit Werturteilen und Qualitätsmaßstäben der Vorgänger ebenso ein wie den Blick auf neueste Fortschritte der Medizin.

Inhaltlich gab der Frühromantiker Novalis, als Friedrich v. Hardenberg einst Student in Leipzig, einen Fingerzeig. Sein Gedanke, Krankheit sei ein rhythmisches Problem, ist der Musikstadt für das Symposium am 10. März 1999 auf den Leib geschrieben. Denn Herzrhythmusstörungen sind mittlerweile als Grundübel erkannt. Zum anderen hat die Rhythmologie gerade letzthin wesentliche praktisch-klinische Innovationen gebracht.

Die beiden anderen Hauptthemen des 10. Deutschen Ärztekongresses EUROMED sind ähnlich brisant. „Pneumologie aktuell“ soll am 11. März unter anderem das Schlafapnoe-Syndrom, bronchopulmonale Infektion bei HIV-Erkrankungen sowie Umwelt und Allergie beleuchten. Am Tage darauf stehen „Der Patient im höheren Lebensalter“ mit Demenz, Parkinson und Schwindel im Alter sowie spezielle Pharmakotherapie und Diabetesbetreuung im Mittelpunkt.

Nach starker Resonanz im Vorjahr führen wir die Kurzvorträge der Reihe „Was ist neu und bewährt in der Therapie“ fort. Im kardiovaskulären Block werden am 12. März vormittags neue medikamentöse Therapien für Hypertonie, Herzinsuffizienz, Arteriosklerose, Fettstoffwechselstörungen sowie Herzinfarkt und ischämischer Insult zur Diskussion gestellt.

Danach geht es um chronische Hepatitis, Reisemedizin / Impfprophylaxe, onkologi-



Kongreßpräsident des 10. DÄK / EUROMED Prof. Dr. Berndt Lüderitz, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Bonn.

Foto: Grubitzsch

sche Nachsorge und Rheumatologie. Die erstmals eingerichtete Hotline wird abschließend „heiße“ Studienergebnisse zu Gastroenterologie und Kardiologie mit Konsequenzen für die medizinische Praxis vorstellen. Die konkreten Themen können

natürlich erst am Sitzungstage benannt werden.

Wie stets nimmt sich dieser Ärztekongreß besonders der Interessen von niedergelassenen und Krankenhausärzten der Region an. Wir hoffen, dafür wieder ein anregendes und informatives Programm anzubieten. Bei der aktuellen Thematik fiel es jedenfalls dem Kongreßpräsidenten und dem Beirat nicht schwer, namhafte Referenten aus allen Teilen Deutschlands für die Reise nach Leipzig zu gewinnen.

Auch die Fülle attraktiver Zusatztermine dürfte die Ärzte zur Teilnahme motivieren. Neben Kurs- und Seminarprogramm der Sächsischen Landesärztekammer, Interdisziplinärem Pflegekongreß, Praxisforum Telemedizin und der Studententagung „Dr. med. - was tun?“ lädt erstmals Janssen-Cilag zum Zukunftskongreß „Der Patient im Mittelpunkt“ ein. Die berufsständischen Fragen werden von der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, den Verbänden der Internisten, der Allgemeinärzte und der niedergelassenen Kardiologen abgedeckt. Schließlich stellen Unternehmen der Pharmazie sowie der Medizintechnik in einer umfangreichen Industrieausstellung bewährte und innovative Produkte vor.

KURSPROGRAMM

10. März 1999

- 9.00 - 14.00 Uhr Reisemedizinischer Grundkurs AiP; S. Schubert, Leipzig
- 9.00 - 16.00 Uhr Verbale Interventionstechniken M. Möcke-Richter, Leipzig
- 9.00 - 18.00 Uhr Ultraschall Grundkurs Ultraschallschule Leipzig e.V., Th. Neumann
- 14.00 - 18.00 Uhr Musiktherapie A. Reinhardt, Dresden
- 14.00 - 20.00 Uhr Reanimationskurs I AiP K. Kramer, Leipzig

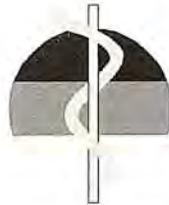
Die angebotenen Veranstaltungen sind durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt.

11. März 1999

- 9.00 - 18.00 Uhr Ultraschall Grundkurs Ultraschallschule Leipzig e.V., Th. Neumann
- 9.00 - 18.00 Uhr Autogenes Training N. N.
- 9.00 - 18.00 Uhr EKG Grundkurs AiP G. Gruber, Leipzig
- 14.00 - 18.00 Uhr Musiktherapie A. Reinhardt, Leipzig
- 14.00 - 15.30 Uhr Injektionstherapie mit Depot-Steroiden bei Bewegungsapparatschmerzen; H.-D. Stahl, Leipzig / H. Hatz, München mit freundlicher Unterstützung von Novartis Pharma AG

Die angebotenen Veranstaltungen sind durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt.

10. Deutscher Ärztekongreß EUROMED 5. Interdisziplinärer Pflegekongreß (10. bis 13. März 1999)



9.00 - 18.00 Uhr Bronchoskopie-Kurs, BDI
P. Bölskei, Nürnberg /
M. Wagner, Nürnberg

9.00 - 16.00 Uhr Informationskurs Manual-
therapie, Ärzteseminar Berlin
U. Manitz, Dresden

9.00 - 18.00 Uhr Langzeit-EKG-Kurs, BDI
E. Meisel, Dresden

12. März 1999

9.00 - 18.00 Uhr Ultraschall Grundkurs
Ultraschallschule Leipzig e.V.,
Th. Neumann

9.00 - 16.00 Uhr Autogenes Training
N. N.

16.00 - 17.30 Uhr Balint-Gruppe AiP
S. Palmer, Leipzig

Die angebotenen Veranstaltungen sind durch die
Sächsische Landesärztekammer anerkannt.

9.00 - 18.00 Uhr Bronchoskopie-Kurs, BDI
P. Bölskei, Nürnberg /
M. Wagner, Nürnberg

9.00 - 18.00 Uhr Langzeit-EKG-Kurs, BDI
E. Meisel, Dresden

13. März 1999

9.00 - 18.00 Uhr Reanimationskurs II AiP
K. Kramer

9.00 - 18.00 Uhr Balint-Gruppe AiP
S. Palmer

9.00 - 18.00 Uhr Ultraschall Grundkurs
Ultraschallschule Leipzig e. V.,
Th. Neumann

Die angebotenen Veranstaltungen sind durch die
Sächsische Landesärztekammer anerkannt.

9.00 - 18.00 Uhr Informationskurs Manual-
therapie, Ärzteseminar Berlin
U. Manitz, Dresden

9.00 - 18.00 Uhr Bronchoskopie-Kurs, BDI
P. Bölskei, Nürnberg /
M. Wagner, Nürnberg

Die mit dem Kürzel AiP versehenen Kurse sind
anrechenbar nach §34c der Approbationsordnung.

Kurse und Seminare (Teilnehmerzahl begrenzt)

- Reanimationskurs I DM 80,-
- Reanimationskurs II DM 80,-
- Balint-Gruppe DM 160,-
- Verbale Interventionstechniken DM 120,-
- Musiktherapie DM 230,-
- Autogenes Training DM 200,-
- Ultraschall GK DM 500,-
- EKG GK DM 100,-
- Reisemedizinischer GK DM 50,-
- Injektionstherapie mit Depot-Steroiden bei
Bewegungsapparatschmerzen (unentgeltlich)

Anmeldung bei:

Stephanie Zentgraf Springer Congress GmbH
Projektleiterin Heidelberger Platz 3
phone: +4930/827 87 70 D-14197 Berlin
fax: +4930/827 87 763
mobile: +49172/75 25 105
e-mail: zentgraf@springerkongress.de

Erfolgsrezept für den 5. Interdisziplinären Pflegekongreß: Praxisnähe und Teamgedanke

Mit 650 Teilnehmern im Jahr 1998 zählt der Interdisziplinäre Pflegekongreß, der parallel zum Deutschen Ärztekongreß EUROMED stattfindet, zweifellos zu den renommierten Veranstaltungen der Branche. Die Veranstaltung richtet sich an alle Mitglieder im Behandlungsteam: Pflegepersonal, Arzthelferinnen und MTA, aber ebenso die Ärzte.

Der Kongreß begreift die Betreuung des Patienten vor und nach seinem Krankenhausaufenthalt als ganzheitlichen Prozeß. Deshalb beleuchtet er bewußt auch die Arbeitsfelder außerhalb des Krankenhauses. Neben Fachreferenten kommen Patienten zu Wort; sie berichten, wie sie die ihnen zugekommene Betreuung bzw. Behandlung wahrgenommen und bewertet haben.

Im Mittelpunkt des 5. Interdisziplinären Pflegekongresses 1999 stehen Schlaganfall und Diabetes. Ein Veranstaltungskomplex widmet sich dem Thema »MRSA« (Multiresistente Staphylococcus Aureus).

Weitere zentrale Themen sind das Pflegerecht, Qualitätsmanagement in der Pflege oder alternative Pflegemethoden. Kon-

greßpräsidentin ist die Krankenpflegedirektorin des Universitätsklinikums Charité Berlin, Ramona Schumacher.



Kammerwahlen der Sächsischen Landesärztekammer 1998/99 für die Wahlperiode 1999/2003

Der Landeswahlausschuß hat in seiner Sitzung vom 8. Dezember 1998 auf der Grundlage der berichtigten und von den Kreiswahlleitern bestätigten Wählerlisten gemäß § 5 Abs. 2 der Wahlord-

nung (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/1998) folgende Verteilung der Sitze für die Wahlkreise in der neu zu wählenden Kammerversammlung festgestellt:

Regierungsbezirk Chemnitz Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Annaberg	1
Aue-Schwarzenberg	3
Chemnitz	7
Chemnitzer Land	2
Freiberg	2
Mittlerer Erzgebirgskreis	1
Mittweida	2
Plauen	2
Stollberg	1
Vogtlandkreis	4
Zwickau	3
Zwickauer Land	2

Regierungsbezirk Leipzig Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Delitzsch	2
Döbeln	1
Leipzig	18
Leipziger Land	4
Muldentalkreis	2
Torgau-Oschatz	2

Regierungsbezirk Dresden Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Bautzen	3
Dresden	18
Görlitz	2
Hoyerswerda	2
Meißen-Radebeul	3
Kamenz	3
Löbau-Zittau	3
Niederschlesischer Oberlausitzkreis	1
Riesa-Großenhain	2
Sächsische Schweiz	3
Weißeritzkreis	2

Die wahlberechtigten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind aufgefordert, spätestens bis zum **7. Februar 1999** **Wahlvorschläge** bei den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/1998) einzureichen.

Ärzte, die für ein Mandat in der Kammerversammlung kandidieren, erklären schriftlich und unwiderruflich ihr Einverständnis mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag. Des Weiteren ist eine Erklärung gemäß § 10 Abs. 3 Heilberufekammergesetz abzugeben, daß keine Tätigkeit für das Ministerium für Staatssicherheit / Amt für nationale Sicherheit bestanden hat.

Die Kandidatur muß durch die Unterschriften von mindestens fünf Wahlberechtigten unter dem Wahlvorschlag unterstützt werden.

Der Landeswahlausschuß hat gemäß § 14 Abs. 1 der Wahlordnung den **1. April 1999** als **Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes** festgesetzt.

Dr. jur. V. Diefenbach
Landeswahlleiterin

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Arztausweis-Nr. 117 664, ausgestellt am 13. 6. 1996,
Herr Dr. med. Thomas Krause, geb. 27. 1. 1966,
Knaurstraße 5a, 04155 Leipzig

Arztausweis-Nr. 113 641, ausgestellt am 5. 5. 1993,
Frau Dipl.-Med. Maren Vetterlein, geb. 11. 5. 1960
Geschwister-Scholl-Str. 38, 04457 Mölkau

Arztausweis-Nr. 102 878, ausgestellt am 10. 6. 1998,
Frau Dr. med. Tilla Zegula, geb. 4. 3. 1943
Stollberger Straße 64, 09119 Chemnitz

Arztausweis-Nr. 118 438, ausgestellt am 1. 4. 1997
Frau Eva Heller, geb. 23. 6. 1968
Bogislawstraße 11, 04315 Leipzig

Erratum

Im Ärzteblatt Sachsen (Ausgabe Dezember 1998), Beilage „Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 1997“ ist ein Dokumentationsfehler enthalten.

Auf der Seite 11 der Beilage ist folgende Korrektur vorzunehmen:

In der Auflistung der an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie beteiligten Krankenhäuser/Chirurgischen Kliniken/Abteilungen und der verantwortlichen Chefärzte muß es in der rechten Spalte im 21. Anstrich statt
Chefarzt Dr. med Trogisch richtig

Chefarzt: Dr. med. Simon, tätig bis 30.06.1998
seit 01.07.1998 Leiter der Chirurgischen Abteilung:
Dr. med. Steinert

heißen.

Lehrstelleninitiative Sachsen

Angesichts der grundsätzlichen Bedeutung, aber auch der schwierigen Lage in der beruflichen Erstausbildung hatte das Kollegium „Lehrstelleninitiative Sachsen“ im Februar 1998 die Durchführung einer wissenschaftlichen Analyse zur Situation und voraussichtlichen Entwicklung der Berufsausbildung empfohlen. Mit der Durchführung dieser Studie hat das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit die Technische Universität Dresden beauftragt.

Im Sommer und Herbst 1998 wurden Gespräche mit Ausbildungsexperten sächsischer Unternehmen geführt und die bereits vorliegenden Daten analysiert. Zu Beginn

des nächsten Jahres soll dann eine schriftliche Befragung von 5000 Betrieben erfolgen, deren Ziel es insbesondere sein wird, die Unterschiede in den jeweiligen Problemlagen der Regionen, Wirtschaftszweige und Betriebsgrößen zu erfassen und daraus Empfehlungen für die sächsische Berufsbildungspolitik und ihre Förderprogramme abzuleiten.

In der Öffentlichkeit werden hohe Ansprüche an diese Studie gestellt, denen aber nur entsprochen werden kann, wenn sich möglichst alle angeschriebenen Praxismittglieder an der Untersuchung beteiligen. Die Auswahl der Praxen erfolgt nach einem Zufallsverfahren und *unab-*

hängig davon, ob sie in der Ausbildung tätig sind oder nicht.

Es werden auch Praxen unserer Kammer angeschrieben; es ist in unserem Interesse, daß die besonderen Gegebenheiten und Problemlagen unseres Bereichs (zum Beispiel im Hinblick auf die staatlichen Förderprogramme) deutlich gemacht werden. Wir bitten deshalb alle Praxisinhaber, die den Fragebogen erhalten, diesen auszufüllen und an die Technische Universität Dresden zurückzusenden. Über die Ergebnisse der Studie werden wir berichten.

Marina Hartmann
Ausbildungsplatzberaterin
Arzthelferinnenwesen

Senkung des GOÄ-Vergütungsabschlages von bisher 17 % auf 14 %

Auf Grund der Mitteilung der Bundesärztekammer ist uns bekanntgeworden, daß der Bundesrat am 6. 11. 1998 die Fünfte Gebührenanpassungsverordnung beschlossen hat.

Damit erhalten nunmehr die Ärzte in den neuen Bundesländern für ihre auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte erbrachten ärztlichen Leistungen ab

1. Januar 1999 86 % des Honorares ihrer Kollegen in den alten Bundesländern. Das bedeutet, daß der bisherige „Ost-Abschlag“ von 17 % auf 14 % gesenkt worden ist.

Diese Gebührenanpassungsverordnung tritt aufgrund der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt vom 23. 12. 1998 (BGBl I, S. 3829) am 24. 12. 1998 in Kraft.

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Rätz, Sachbearbeiterin für berufsrechtliche Angelegenheiten, unter der Telefon-Nummer (03 51) 8 26 74 24 zur Verfügung.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Der Ausschuß Senioren informiert:

Seniorenwettbewerb '99 „Alter schützt vor Träumen nicht“

Anläßlich des Internationalen Jahres der Senioren 1999 ruft das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie wiederum alle über 60jährigen zu einem Wettbewerb auf: schreiben, malen, fotografieren, filmen, basteln, modellieren, pflanzen, singen oder komponieren Sie Ihre Träume.

Einzelheiten zu erfragen unter Telefonnummer (03 51) 5 64 75 92.

Einsendeschluß ist der 15. Januar 1999.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vor 50 Jahren

Der Ausschuß Senioren lädt ein zu einem Vortrag im Kammergebäude am

Mittwoch, dem 17. Februar 1998 um 15.00 Uhr.

Herr Rechtsanwalt **Michael Wichmann**, Berlin - Vorsitzender der Deutschen Sektion e.V. der Internationalen Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) - spricht über „**Menschenrechtsprobleme an der**

Schwelle zum 21. Jahrhundert - jeder von uns kann helfen“.

Auch Nichtsenioren können teilnehmen.

Im Auftrag der Ausschußvorsitzenden,
Frau Professor Schwenke
Frau Dr. Unger

Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung

Mit der Zustimmung des Bundesrates am 18.12.1998 zur Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 1999 ergeben sich ab 1. Januar 1999 folgende Werte:

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle Bundesländer:	vom 1. 1. 99 - 31. 3. 1999	1. 4. 99 - 31.12.1999
	20,3 %	19,5 %
Arbeitgeberanteil	10,15 %	9,75 %
Arbeitnehmeranteil	10,15 %	9,75 %
2. Beitragsbemessungsgrenze gültig ab 1. 1. 1999	neue Bundesländer 7.200,00 DM/Monat 86.400,00 DM/Jahr	alte Bundesländer 8.500,00 DM/Monat 102.000,00 DM/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

	1. 1. - 31. 3. 1999	1. 4. - 31.12. 1999	1. 1. - 31. 3. 1999	1. 4. - 31.12. 1999
1) Höchstbeitrag	1.461,60 DM/Monat	1.404,00 DM/Monat	1.725,50 DM/Monat	1.657,50 DM/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Höchstbeitrag)	146,16 DM/Monat	140,40 DM/Monat	172,55 DM/Monat	165,75 DM/Monat
3) halber Mindestbeitrag:	73,08 DM/Monat	70,20 DM/Monat	86,28 DM/Monat	82,88 DM/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht für die Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 44 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung)	3.654,00 DM/Monat	3.510,00 DM/Monat	4.313,75 DM/Monat	4.143,75 DM/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 1998 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen bis zum 31. März 1999 zugeschickt.

Für die Gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich folgende Beitragswerte:

	neue Bundesländer		alte Bundesländer	
	1. 1. - 31. 3. 1999	1. 4. - 31.12. 1999	1. 1. - 31. 3. 1999	1. 4. - 31.12. 1999
1) Höchstbeitrag für Pflichtversicherte	1.461,60 DM/Monat	1.404,00 DM/Monat	1.725,50 DM/Monat	1.657,50 DM/Monat
2) Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte freiwilliger „Anwartsschaftserhaltungsbeitrag“ für Rente wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit	127,89 DM/Monat	122,85 DM/Monat	127,89 DM/Monat	122,85 DM/Monat
3) Regelbeitrag für Selbständige	753,13 DM/Monat	723,45 DM/Monat	895,23 DM/Monat	859,95 DM/Monat

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

1) Beitragssatz	spezifisch für jede Krankenkasse	
2) Beitragsbemessungsgrenze	5.400,00 DM/Monat 64.800,00 DM/Jahr	6.375,00 DM/Monat 76.500,00 DM/Jahr

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,7 %	1,7 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	5.400,00 DM/Monat 64.800,00 DM/Jahr	6.375,00 DM/Monat 76.500,00 DM/Jahr

Informationen zum EURO

Am 1. Januar 1999 wird der EURO als eine eigenständige Währung eingeführt. Zwar wird der EURO für eine Übergangszeit von drei Jahren noch nicht als Bargeld verfügbar sein, aber als sogenanntes Buchgeld in vielen Bereichen des Geschäftslebens schon eine Rolle spielen. Die Sächsische Ärzteversorgung befaßt sich seit geraumer Zeit mit dieser Problematik und bereitet die Umstellung auf die neue Währung intensiv vor.

Was ergibt sich für die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung?

Ab dem 1. 1. 1999 ist der Transfer von Beiträgen und Leistungen selbstverständlich wahlweise in DM oder in EURO möglich. Die Umrechnung übernimmt dabei das jeweilige Bankinstitut.

Bis zum 31. 12. 2001 werden die Beitragskonten und Anwartschaften weiter in DM geführt, ebenso werden die Beitragsabrechnungen und Leistungsbehalte (Versorgungsleistungen) in DM ausgestellt. Für die Beitragsüberleitung und Nachversicherung von Anwartschaften nach oder aus anderen Versorgungseinrichtungen gelten die dort getroffenen Festlegungen.

Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten in bezug auf die Währungsumstellung für den Bereich der Sächsischen Ärzteversorgung haben, so informieren wir Sie gern. Rufen Sie dazu am besten Ihre zuständige Bearbeiterin oder die Geschäftsführung (Telefon: (03 51) 8 26 72 50) an.

Lastschriftverfahren für Rentenbeiträge 1999

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 1999 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23, Abs. (3) der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung werden die Beiträge für angestellte Mitglieder monatlich jeweils zum Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder quartalsweise jeweils am Ende des Quartales eingezogen.

1. Monatlicher Lastschrifteinzug für angestellte Mitglieder

Monat	Termin
Januar	25.01.99
Februar	25.02.99
März	25.03.99
April	23.04.99
Mai	25.05.99
Juni	25.06.99
Juli	23.07.99
August	25.08.99
September	24.09.99
Oktober	25.10.99
November	25.11.99
Dezember	15.12.99

2. Quartalsweiser Lastschrifteinzug für niedergelassene Mitglieder, die keinen monatlichen Lastschrifteinzug mit der Sächsischen Ärzteversorgung vereinbart haben

Quartal	Termin
I.	30.03.99
II.	29.06.99
III.	29.09.99
IV.	20.12.99

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, d. h., die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den o. g. Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer bei dem jeweiligen Kreditinstitut ca. 2 - 4 Tage später.

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

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

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 Maizen
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. 1999 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenbütter, 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.



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 Neurologie/Psychiatrie**

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.01.1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

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 12.02.1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

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

**Planungsbereich Weißeritzkreis
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 30.01.1999 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 Bautzen
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 15.02.1999 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 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 06.02.1999 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 Leipzig-Stadt
1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt**

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 06.02.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Die ärztliche Leichenschau aus der Sicht des Rechtsmediziners - Erfahrungen bei der Auswertung der Totenscheine des Jahres 1995 in Leipzig

Aus dem Institut
für Rechtsmedizin der
Universität Leipzig

Einleitung:

Rechtsmediziner und Pathologen stellten bisher zahlreiche Untersuchungsergebnisse zur Qualität der ärztlichen Leichenschau und der Todesbescheinigungen vor. Übereinstimmend wurden inhaltliche Unzulänglichkeiten und formale Fehler beklagt. Nur in durchschnittlich 50 % konnten die Leichenschaudiagnosen durch die Autopsie bestätigt werden; die Fehlerquote lag zwischen 20 % und 85 %! (SCHLEYER 1968, KLAIBER 1975, ADLER et al. 1981, VOCK 1984, VOCK u. SCHWERD 1985)

Bei der Festlegung der Todesart bestehen oft Unklarheiten, besonders bei Unfällen durch Sturz im häuslichen Milieu und Spätodesfällen nach Unfällen; sie werden häufig fälschlicherweise der natürlichen Todesart zugeordnet (VOCK 1984).

Kasuistische Mitteilungen über grobe Fehldiagnosen bei der Leichenschau mit rechtlicher Relevanz erfaßten BRINKMANN et al. (1997) kürzlich in einer deutschlandweiten Studie. Das wichtigste, auch in den Medien vielbeachtete Ergebnis: wegen Fehldiagnosen bei der Leichenschau bleiben in Deutschland pro Jahr mindestens 1.200 Tötungsdelikte und 11.000 nichtnatürliche Todesfälle unentdeckt, da sie fälschlich als natürliche Todesfälle klassifiziert werden.

Die Leichenschau ist nach unserer Erfahrung für viele Kliniker eine Aufgabe, die teilweise großen Unwillen hervorruft. Vielleicht, weil sie mit dem Anliegen der ärztlichen Tätigkeit, dem Heilen und Helfen, nichts zu tun hat und Zeit kostet. Zeit, die für die Behandlung von Patienten viel nützlicher einzusetzen ist, insbesondere wenn man nach der Feststellung der nichtnatürlichen oder unklaren Todesart noch auf Polizeibeamte warten muß.

Vorangestellt seien einige Bemerkungen zum Leichenschaurecht in Sachsen:

Das Sächsische Bestattungsgesetz ist Grundlage für die Arbeit des Leichenschauarztes. Die Paragraphen 12 und 13 geben einen engen Rahmen für die Leichenschautätigkeit.

Die Pflicht zur Leichenschau besteht für

- jeden erreichbaren niedergelassenen Arzt
- für während des Notfalldienstes (vertragsärztlicher Notfalldienst) tätige Ärzte.

Mit dem Ruf zu einer Leiche oder der Feststellung des Todes ändert sich die Rechtsstellung des Arztes; ihm wird eine

amtliche Funktion übertragen. Das schließt das Recht ein, einen Raum auch gegen den Willen des Verfügungsberechtigten zu betreten. Im Gesetz wurde für diesen Fall sogar das grundgesetzliche Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung eingeschränkt. Angehörige, Pflegepersonen, der behandelnde Arzt und sogar auch Nachbarn verpflichtet das Gesetz zur Auskunft gegenüber dem Leichenschauarzt.

§ 13 Abs. 3 verpflichtet, die Leiche zu entkleiden und „unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch des Rückens, der Hals- und Nackenregion und der Kopfhaut, gründlich zu untersuchen“.

„Der Arzt hat hierbei vor allem auf Merkmale und Zeichen zu achten, die auf einen nichtnatürlichen Tod hindeuten.“ Durch seine Unterschrift auf dem Totenschein bestätigt der Arzt, die entkleidete Leiche untersucht zu haben.

Die Ergebnisse der Studie von BRINKMANN et al. (1997) unterstreichen die Gültigkeit und Aktualität dieser Forderung. Die natürliche Todesart wurde z. B. trotz Stichverletzungen und sichtbaren frischen Unterblutungen am Hals bescheinigt!

Das Fazit kann nur sein: ein natürlicher Tod darf erst dann bescheinigt werden, wenn der Leichenschauarzt jeden Bezirk der Körperoberfläche besichtigt hat; nach dem Auskleiden oder - wenn das ausnahmsweise z. B. wegen des Gewichtes des Toten nicht möglich ist - nachdem wenigstens die Kleidung geöffnet und nacheinander so verschoben wurde, daß die gesamte Körperoberfläche besichtigt werden konnte.

Bei einem nach längerem Klinikaufenthalt verstorbenen Patienten erscheint die Forderung nach dem Entkleiden überzogen, jedoch ist zu bedenken, daß auch in stationären Einrichtungen schon Tötungsdelikte vorgekommen sind und eine gründliche Leichenschau mit Sicherheit sog. Scheintodesfälle verhindert.

Die Inspektion von Augenbindehäuten und Mundvorhofschleimhaut gehört in jedem Fall zur Leichenschau. Petechien in den Augenbindehäuten können der einzige Hinweis auf einen Angriff gegen den Hals sein, Verletzungen der Mundvorhofschleimhaut das einzige Zeichen für Schläge gegen das Gesicht.

Der Leichenschauarzt ist - bei der Bescheinigung der natürlichen Todesart - der

letzte, der die Pflicht und Gelegenheit hat, den Verstorbenen vollständig zu besichtigen! Nur bei zur Feuerbestattung vorgesehenen Leichen erfolgt noch eine amtsärztliche Leichennachschau. Zur Erdbestattung vorgesehene Verstorbene können aufgrund des Totenscheines bestattet werden. Die Leichenschau sollte prinzipiell nicht in Anwesenheit der Angehörigen durchgeführt werden.

Hinweise auf nichtnatürlichen Tod oder unbekanntes Todesart, unbekanntes Tote und in der Öffentlichkeit Verstorbene sind die Sonderfälle, bei denen das Auskleiden durch den Leichenschauarzt unterbleiben muß bzw. soll. Bei nichtnatürlichen Todesfällen und unbekanntem Toten können dabei Spuren zerstört werden; in der Öffentlichkeit Verstorbene würden der Sensationsgier der meist sehr schnell eintreffenden Medien ausgesetzt sein.

Für die Praxis wichtig ist die Feststellung im § 13 Abs. 3 Satz 4. Danach ist die Leichenschau bei unbekanntem Leichen oder Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod abzubrechen und die Polizei unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, zu verständigen. Sollten sich schon vor Beginn der Leichenschau - z. B. aufgrund der Auffindesituation - Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod ergeben, so hat sich die Untersuchung auf die Feststellung des Todes - also eines sicheren Todezeichens - zu beschränken. Die Leichenschau darf in diesen Fällen erst nach Eintreffen der Polizeibeamten fortgesetzt werden oder sie wird nach Anforderung durch die Polizei vom Rechtsmediziner vorgenommen.

Das Gesetz läßt für Notärzte (im Rettungsdienst) die Möglichkeit offen, zunächst auf eine (ausführliche) Leichenschau zu verzichten und (nur) einen vorläufigen Totenschein auszustellen. Das bedeutet jedoch nicht, daß Rettungssärzte keinen Totenschein ausstellen dürfen. Die Leichenschau soll dann später an einem geeigneteren Ort - zum Beispiel im Aufbewahrungsraum eines Bestattungsunternehmens bzw. in einem pathologischen oder rechtsmedizinischen Institut - fortgesetzt werden. Davon sollte nur im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden, nämlich wenn ein nichtnatürlicher Tod mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Wird die Leiche abtransportiert und stellen sich dann bei der gründlichen Untersuchung Verletzungen und Anzeichen für einen nichtnatürli-

chen Tod heraus, sind sowohl am Auffindort als auch an der Leiche wichtige Spuren vernichtet worden.

§ 13 Abs. 3 verpflichtet den Arzt, bei der Leichenschau auf Hinweise für einen nichtnatürlichen Tod - Selbsttötungen, Unfälle und schuldhaftes Verhalten Dritter - zu achten. Im positiven Fall ist die Polizei unverzüglich zu benachrichtigen und dafür Sorge zu tragen, daß am Ereignisort nichts verändert wird. Diese so lapidar klingende Bestimmung zur Meldepflicht des nichtnatürlichen Todes hat schwerwiegende rechtliche Folgen. Der Leichenschauarzt bekommt durch den Gesetzgeber eine Garantenfunktion für die Feststellung von Straftaten gegen das Leben. Um es noch einmal zu betonen: für das Erkennen nichtnatürlicher Todesfälle ist ganz allein der Leichenschauarzt zuständig. Wenn der am Fundort tätige Arzt bei einem durch fremde Hand Getöteten einen natürlichen Tod attestiert und der Verstorbene erdbestattet wird, also keine zweite Leichenschau vor einer Kremation mehr stattfindet, hat ein Täter sehr gute Chancen, der Strafverfolgung zu entgehen.

Verstärkte Beachtung verdient § 13 Abs. 4: „Ergibt die Untersuchung der Leiche keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod, legen aber die Gesamtumstände Zweifel an einem natürlichen Tod nahe, muß die Todesart als nicht aufgeklärt angenommen und dies in der Todesbescheinigung vermerkt werden.“ Das kann z. B. bei einem Verstorbenen in einer verwahrlosten Wohnung mit reichlich leeren Alkoholflaschen der Fall sein: eine tödliche Alkoholvergiftung und damit eine nichtnatürliche Todesart kann ohne Sektion nicht ausgeschlossen werden. Ebenso erscheint es angesichts der sich ausbreitenden Drogenproblematik bedenklich, den Tod eines jungen Menschen ohne wesentliche Vorerkrankungen nach einer äußeren Besichtigung als natürlich zu klassifizieren. Tödliche Vergiftungen sind auch bei nasaler Drogenapplikation möglich; Utensilien können beiseite geschafft worden sein, manche Drogen (Ecstasy) können erst Stunden nach der Einnahme zum Tode führen.

Da in solchen Fällen ein nichtnatürlicher Tod nicht ausgeschlossen ist, besteht auch bei der ungeklärten Todesart die Pflicht zur Benachrichtigung der Polizei.

Für den Arzt steht die Todesursache im

Vordergrund des Interesses. Den Staatsanwalt interessiert diese Frage weniger. Für ihn ist es wichtig, zu wissen, ob dem Tod ein schuldhaftes Verhalten eines Dritten zugrunde liegen könnte. Diese Frage ist letztendlich das, was mit dem Begriff „TODESART“ beschrieben wird. Die Todesart ist also weniger ein medizinischer, sondern eher ein rechtlicher Begriff. Das Gesetz fordert vom Leichenschauarzt eine Entscheidung darüber, ob der Tod durch einen äußeren Einfluß verursacht wurde. Dabei ist es zunächst uninteressant, ob das durch einen Anderen, durch den Verstorbenen selbst oder durch ein unabwendbares Ereignis geschah. Der Leichenschauarzt muß eine nichtnatürliche Todesart attestieren, wenn sich hierfür Hinweise ergeben. Wenn er eine nichtnatürliche Todesart nicht ausschließen kann, muß er eine ungeklärte Todesart bescheinigen. Damit ist die Pflicht des Leichenschauarztes beendet. Die Klärung einer eventuellen Schuldfrage ist Aufgabe von Polizei und Staatsanwaltschaft. Diese Rolle und Verantwortung sollte Grundlage für diesen, mit einigem Recht unbeliebten Teil der ärztlichen Tätigkeit sein.

Ziel und Methode:

1994 trat das Sächsische Bestattungsgesetz in Kraft und es wurde ein neues, unter Datenschutzgesichtspunkten entwickeltes Todesbescheinigungsf formular eingeführt. Das war für uns Anlaß, die 1995 in Leipzig ausgestellten Totenscheine zu analysieren. Untersucht wurden formale Gesichtspunkte; eine Kontrolle der Richtigkeit anhand der Obduktionsscheine erfolgte nicht. Insgesamt wurden die vertraulichen Teile (Blatt 1) von 5.559 Todesbescheinigungen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Leipzig ausgewertet.

Schwerpunkte der Auswertung waren:

- Einordnung der Diagnosen;
- wurden die Diagnosen in eine Kausalkette eingeordnet; das heißt, waren die „unmittelbaren Todesursachen“ unter 1 a und 1 b als Folgen des Grundleidens 1 c erkennbar? Vertauschen von Grundleiden und unmittelbarer Todesursache oder Unterbrechen der Kausalkette durch einen Nebenfund wurden als Fehler gewertet.
- richtige Festlegung der Todesart auf der

Basis der Diagnosen;

- hier interessierte besonders das fälschliche Attestieren der natürlichen Todesart.
- Dokumentation der Sterbe- bzw. Leichenschauzeit.
- Bekanntlich ist die Sterbezeit auf dem Totenschein zweimal einzutragen. Nur auf dem nichtvertraulichen Teil wird darauf hingewiesen, daß die Auffindezeit nur bei unklarer Sterbezeit eingetragen werden soll. Im vertraulichen Teil kann die Sterbe- oder Auffindezeit scheinbar alternativ angegeben werden; es geht nicht hervor, ob es sich um die Sterbe- oder Findezeit handelt. Als Fehler werden fehlende Angaben (Datum oder Uhrzeit) gewertet.

Im engen Zusammenhang steht damit die Übereinstimmung zwischen Sterbezeitangaben und sicheren Todeszeiten

- hier wurden die Angaben zu den „sicheren Zeichen des Todes“ auf Plausibilität gegenüber den Eintragungen unter der Rubrik „Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung“ und „Datum und Zeitpunkt der Leichenschau“ geprüft. Widersprüche werden als „Zeitfehler“ bezeichnet.

Weiterhin interessierte:

- ob die Leichenschau vom Hausarzt, dem vertragsärztlichen Notfalldienst, einem Notarzt im Rettungsdienst oder einem Klinikarzt (bei im Krankenhaus Verstorbenen) durchgeführt wurde
- die Fachrichtung des Leichenschauarztes
- ob der Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen als Ergebnis der Leichenschau angegeben war:
- Die alleinige Angabe „Hirntod“ als sicheres Todeszeichen wurde als formaler Fehler gewertet, wenn der Patient nicht in stationärer Behandlung verstarb oder sich sonst keine Hinweise auf Kommissionsentscheidung oder Organexplantation fanden.

Ergebnisse:

3.177, also 57,1 % der 5.559 Leichenschauscheine, wiesen formale Fehler entsprechend dieser Kriterien auf; z. T. kamen verschiedene Fehlerarten auf einem Schein vor. Insgesamt wurden 4.093 Fehler festgestellt. Nur 42,9 % der Totenscheine waren frei von formalen Fehlern. Auf dem Diagramm 1 ist der Anteil der einzelnen Fehlerkategorien an der Gesamtzahl der 4.093 Fehler erfaßt.



Diagramm 1: Häufigkeit der einzelnen Fehler

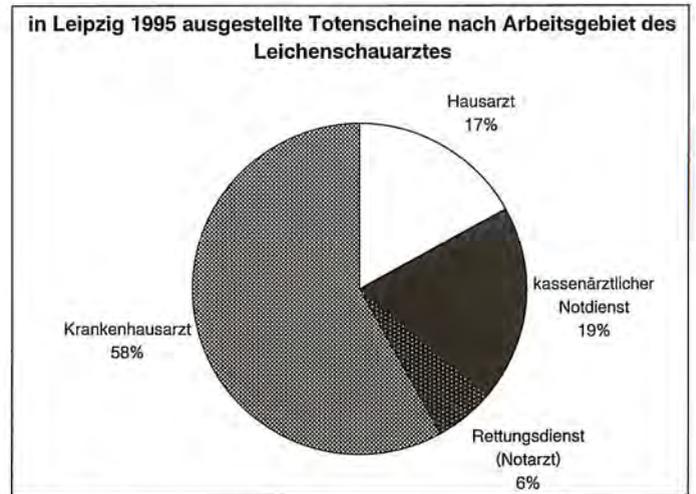


Diagramm 2: In Leipzig ausgestellte Totenscheine nach Arbeitsgebiet des Leichenschauarztes

Am häufigsten traten „Zeitfehler“ auf; das heißt Widersprüche zwischen den angegebenen Todeszeichen und Angaben zur Sterbezeit bzw. Leichenschauzeit. Auf dem Formular befindet sich der Passus „Sterbezeit ggf. Datum der Leichenauffindung“. Trägt der Leichenschauarzt in diese Rubrik eine Zeit ein, geht nicht klar hervor, ob der Sterbezeitpunkt oder der Zeitpunkt der Leichenauffindung gemeint ist. Das Standesamt interpretiert diese Angabe i.d.R. als Sterbezeitpunkt. Dieser angenommene Sterbezeitpunkt kann jedoch im Widerspruch zu den festgestellten Todeszeichen stehen. Solche Widersprüche machten knapp ein Drittel der Fehler aus, obwohl die Maßstäbe niedrig angelegt wurden, z. B. wurde Totenstarre 1 Stunde nach Todeseintritt bei einem kachektischen Patienten oder Fehlen der Totenflecken bei Krebspatienten im Finalstadium nicht als Fehler gewertet.

Eng damit im Zusammenhang stehen **fehlende oder unvollständige Angaben** zum Todeszeitpunkt. Sie machten 21,8 % aller Fehler aus.

Fehler bei der Sterbezeitangabe mögen zwar nur selten rechtliche Relevanz erlangen; z. B. wenn es um die Feststellung von Erbansprüchen geht. Sie können dann aber eine Klärung der Erbfolge erschweren und zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten führen.

Das **Unterlassen der Dokumentation der sicheren Todeszeichen** machte 9,2 % aller Fehler aus; auf dem Diagramm als

„keine Angabe der Todeszeichen“ bezeichnet.

Sehr häufig wurde der **Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen als Ergebnis der Leichenschau** angegeben. Diese Kategorie stellt fast ein Viertel der Fehler dar. Lediglich in drei Ausnahmefällen - auf einer neurologischen Intensivstation - wurde die apparative Diagnostik des Hirntodes auf dem Totenschein erwähnt. Besonders häufig wurde der Hirntod als alleiniges Todeszeichen von Krankenhausärzten - und hier besonders von Anästhesisten und Intensivmedizinern - angegeben. Selbst bei Patienten, die wegen hohen Alters oder septischer Erkrankungen nicht für die Organspende geeignet waren, wurde der Hirntod als ausschließliches Todeszeichen dokumentiert. Der Hirntod ist jedoch nur dann als alleiniges Todeszeichen vertretbar, wenn er gemäß der gültigen Richtlinien apparativ diagnostiziert und durch Kommissionsentscheid festgestellt wird! Dies muß insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion um das Transplantationsgesetz ausdrücklich betont werden.

Die **falsche oder fehlende Einordnung der Leichenschaudiagnosen in eine Kausalkette** machte 11,5 % aller Fehler aus. Zur Hälfte waren Grundleiden und unmittelbare Todesursache vertauscht. In anderen Fällen standen die Eintragungen in keinem logischen Zusammenhang; z. B. war das Grundleiden ein Tumor, laut Totenschein hatte sich daraus eine Arterio-

sklerose entwickelt und der Tod trat letztlich durch eine Pneumonie ein.

Teilweise war eine lange Tumoranamnese vermerkt, das Tumorleiden jedoch unter 2.1. als Nebenbefund aufgeführt und ein Tod aus kardialer Ursache bescheinigt. Hingewiesen sei auf die Verfälschung der Todesursachenstatistik durch solche Fehler.

Im letzten Jahresbericht teilte das Landesamt für Statistik Sachsens ein starkes Ansteigen der Herzinfarktodesfälle mit. Bei den häufigen Totenscheineintragungen „akuter Myokardinfarkt“ und dies bei plötzlich Verstorbenen, die dem Leichenschauarzt unbekannt sind, hat man den Eindruck, daß es sich um eine Verlegenheitsdiagnose handelt.

Als sehr kritisch ist die Tatsache zu werten, daß bei immerhin 114 Totenscheinen **Widersprüche zwischen der Todesursache und der Todesart** auftraten; das entspricht 2,8 % aller Fehler! Hier wurde durchweg eine natürliche Todesart bescheinigt, obwohl bei kritischer Prüfung entsprechend den Anforderungen des Bestattungsgesetzes die Todesart wenigstens als „nicht aufgeklärt“ hätte bewertet werden müssen.

Den Großteil dieser Fälle machen Sterbefälle alter Patienten nach Oberschenkelbrüchen aus. Todesfälle - selbst wenige Tage nach dem Unfall - wurden fälschlicherweise als natürliche Todesart klassifiziert, obwohl das auslösende Ereignis, nämlich der Sturz, per definitionem eine

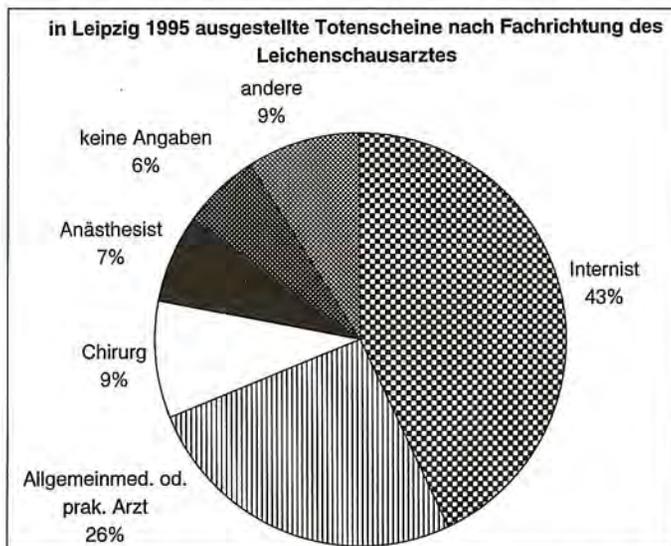


Diagramm 3: zeigt den Anteil der Vertreter der verschiedenen Fachrichtungen an den gesamten Leichenschauen

nichtnatürliche Ursache ist. Bei höchstens 20 % dieser Verstorbenen wurde ein nicht-natürlicher Tod bescheinigt.

Bei an Unterkühlung Verstorbenen wurde ebenfalls fälschlicherweise in ca. der Hälfte der Fälle eine natürliche Todesart attestiert - ein in jedem Winter wieder auftretendes Problem, besonders für die Kriminalpolizei. Die erforderliche Meldung an die Polizei unterbleibt. Dadurch beginnen die polizeilichen Ermittlungen wegen unterlassener Hilfeleistung oder fahrlässiger Tötung erst verspätet oder gelegentlich sogar zu spät. Spättodesfälle nach Unfällen werden häufig als natürlich klassifiziert; z. B. bei einem 8jährigen Jungen, der nach 2 Jahren an einem apallischen Syndrom nach Ertrinkungsunfall verstarb. Zum Thema „Spättodesfall“ noch eine Besonderheit:

Unverständlicherweise fallen Verkehrsunfallopfer, die später als 30 Tage nach dem Unfall verstorben sind, aus der Todesstatistik heraus. Dies bedeutet jedoch für den Leichenschauarzt nicht, in diesen Fällen eine natürliche Todesart anzukreuzen. Ein derartiger Todesfall ist nach wie vor als nichtnatürlich zu kategorisieren; es sei denn, das Opfer ist nach dieser 30-Tage-Frist zweifelsfrei nicht an den Unfallfolgen, sondern z. B. an einem Herzinfarkt gestorben.

Das Umgekehrte, also die fälschliche Annahme eines nichtnatürlichen Todes (z. B.

Verbluten aus einem Ulcus cruris) ist eine absolute Ausnahme und sicherlich weiter nicht tragisch, da sich die wahre Todesursache rasch klären läßt.

Weiterhin interessierten mögliche Unterschiede der Fehlerhäufigkeit zwischen Krankenhausärzten, Hausärzten, ambulant tätigen Ärzten und Notärzten.

Fast 60 % der Leichenschauen wurden von Krankenhausärzten durchgeführt. Hausärzte und im vertragsärztlichen Notfalldienst tätige Kollegen stellten jeweils knapp 20 % der Totenscheine aus. Notärzte im Rettungsdienst hatten mit 6 % den geringsten Anteil.

Bei der Fehlerquote traten deutliche Unterschiede auf: bei den Hausärzten und im vertragsärztlichen Notfalldienst waren jeweils reichlich 50 % der Todesbescheinigungen frei von formalen Fehlern. Krankenhausärzte stellten nur in 37,5 % der Fälle korrekte Totenscheine aus. Zwischen den stationären Einrichtungen gab es deutliche Unterschiede. Neben dem Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen waren hier ungenaue und widersprüchliche Zeitangaben gehäuft festzustellen. Von Notärzten ausgestellte Todesbescheinigungen hatten zu knapp 70 % der Fälle formale Fehler. Besonders häufte sich hier die Angabe des Hirntodes - unter den Bedingungen des Notarzteinsatzes dürfte eine apparative Hirntoddiagnostik nicht möglich sein - und damit das Ausstellen einer To-

desbescheinigung, ohne daß sichere Todeszeichen dokumentiert wurden.

Die Totenscheine von Ärzten für Allgemeinmedizin oder praktischen Ärzten hatten mit 50 % die geringste Fehlerquote. Zwischen den Vertretern anderer Fachrichtungen gab es keine wesentlichen Unterschiede. Chirurgen, Anästhesisten und Intensivmediziner machten besonders häufig fehlerhafte Zeitangaben oder es traten Widersprüche zwischen Zeit und Todeszeichen auf. Außerdem gaben sie gehäuft den Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen an.

Falsche Angaben der Todesart traten gleichmäßig bei allen Fachrichtungen auf. Das diesjährige Testat im Fach Rechtsmedizin zeigte sehr deutlich, wieviel noch bei der Ausbildung der angehenden Ärzte zu tun ist. In der Hauptvorlesung wurde mehrfach das Problem „Spättod nach Unfall“ erörtert. Hierzu folgende Testatfrage: Wie lautet die Todesart bei einem 65jährigen Mann, der durch einen selbstverschuldeten Sturz eine Beckenrückenfraktur erlitt und 3 Wochen später im Krankenhaus an einer Lungenthrombembolie verstarb? Nur ein Drittel der Studenten beantwortete die Frage korrekt mit „nichtnatürlich“! Allerdings alle, die die Vorlesung regelmäßig besucht hatten.

Bei einer zweiten Frage sollten die Studenten die Todesart bei einem Säugling, der unter dem äußeren Erscheinungsbild

Tabelle 1:

Anteil fehlerhafter Totenscheine nach Arbeitsgebiet des Leichenschauarztes

	korrekt	fehlerhaft
vertragsärztlicher Notfalldienst	53,0 %	47,0 %
Hausarzt	52,6 %	47,4 %
Krankenhausarzt	37,5 %	62,5 %
Rettungsdienst (Notarzt)	33,0 %	67,0 %

Tabelle 2:

Anteil fehlerhafter Totenscheine nach Fachrichtung des Leichenschauarztes

	korrekt	fehlerhaft
Arzt für Allgemeinmedizin/ praktischer Arzt	50,8 %	49,2 %
Internist	40,3 %	59,7 %
Andere (Anteil jeweils unter 5 %)	36,1 %	63,9 %
Anästhesist	34,6 %	65,4 %
Chirurg	34,3 %	65,7 %
keine Angaben	34,8 %	65,2 %

Tabelle 3: Antworten auf Testfrage zur Todesart: 65jähriger Mann erleidet bei einem selbstverschuldeten Sturz einen Beckenrückenbruch und verstirbt 3 Wochen später an einer Lungenthromboembolie

natürlicher Tod	57 %
nichtnatürlicher Tod	33 %
Frage nicht beantwortet	4 %
Angabe der Todesursache	4 %

Tabelle 4: Antworten auf Testfrage zur Todesart: Welche Todesart sollten Sie als Leichenschauarzt bei einem 4 Monate alten Säugling, der unter dem Bild des plötzlichen Kindstodes verstorben ist, attestieren?

natürlicher Tod	48 %
nichtnatürlicher Tod	28 %
nicht aufgeklärt	13 %
Frage nicht beantwortet	7 %
Angabe der Todesursache	2 %
weitere Antworten:	„natürlicher Erstickungstod“ Unfall

des plötzlichen Kindstodes verstarb, angeben. Fast die Hälfte der Studenten hatten einen natürlichen Tod bescheinigt! Auch hier haben die Studenten, die an der Vorlesung teilgenommen haben, diese Frage mit „nicht geklärte Todesart“ richtig beantwortet.

Als Fazit der Untersuchung ist zu nennen:

- Das Thema „Leichenschau“ muß in der Ausbildung der Studenten vermehrt ge-

lehrt werden, auch mit Demonstrationen und Übungen zum Ausstellen des Totenscheines. Für ambulant und klinisch tätige Kollegen sind offenbar ebenfalls Fortbildungsangebote nötig.

- Gesundheitsämter müssen ihre gesetzlichen Pflichten zur Kontrolle der Totenscheine wahrnehmen.
- Die zweite Leichenschau vor der Feuerbestattung wegfällen zu lassen, wäre ein unverzeihlicher Fehler! Dieser geht zu Lasten der Verstorbenen und ihrer Angehörigen und insbesondere zu Lasten der Rechtssicherheit. Hiervor kann nur gewarnt werden.
- Das Totenscheinformular könnte ohne Beeinträchtigung der Datensicherheit von Doppelangaben wie zur Sterbezeit und Hinweisen auf die nichtnatürliche Todesart befreit werden. Wenn die Sterbezeit nur noch wie im mittleren Abschnitt des nichtvertraulichen Teils einzutragen wäre, würde die Zahl der „Zeitfehler“ drastisch abnehmen.
- Zur Problematik der Eintragung der Todeszeit wird auf die Anmerkungen von PROKOP (1998) verwiesen: es liegt nicht im Ermessen des Leichenschauarztes, ob die Sterbe- oder Auffindezeit eingetragen wird. Die Sterbezeit muß möglichst genau eingetragen werden (Erbrecht!). Ist das im Ausnahmefall nicht möglich, muß der Zeitraum eingetragen werden, in dem der Tod mit Sicherheit eingetreten ist - zwischen dem Zeitpunkt, an dem der Verstorbene letztmalig lebend gesehen wurde und dem Auffin-

dezeitpunkt der Leiche. Beginn und Ende des Zeitraumes sind mit Datum und Uhrzeit zu bezeichnen.

- Mut zur nichtnatürlichen und insbesondere nichtgeklärten Todesart! Letztere sollte wesentlich häufiger angekreuzt werden als bisher, besonders von Notärzten.
- Aus unserer Sicht hat es sich als nachteilig erwiesen, daß beim Nichtmarkieren der Felder „nichtnatürlicher Tod“ bzw. „unklare Todesart“, automatisch ein „natürlicher Tod“ attestiert wird. Auch die natürliche Todesart sollte auf dem Totenschein durch das Ankreuzen eines Feldes gesondert dokumentiert werden müssen.
- Der Leichenschauarzt sollte Fragen zur Kausalität mehr beachten! Tod durch Lungenembolie oder Pneumonie nach einem Unfall ist grundsätzlich eine nichtnatürliche Todesart und somit der Polizei zu melden! Die Frage des Verschuldens klären Polizei und Staatsanwaltschaft.
- Bei Fragen im konkreten Fall kann sich der Leichenschauarzt an ein rechtsmedizinisches Institut wenden. Häufig genügt schon eine telefonische Auskunft (hierzu die Tel.-Nr.: Rechtsmedizin Dresden: (03 51) 4 58 26 01, Leipzig: (03 41) 9 71 51 52 / 1 17, Chemnitz: (03 71) 46 65 - 0).

Literatur beim Verfasser / Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Christian König
Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig
Johannisallee 28, 04103 Leipzig
Artikel eingegangen: 12. 11. 1997
Artikel nach Revision angenommen: 12. 5. 1998

M. Nagel¹, H. Bergert¹, B. Nonnast-Daniel², D. Ockert¹, H. D. Saeger¹

Sekundärer Hyperparathyreoidismus Klinik, Diagnostik und Therapie

Aus der ¹Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und der ²Abteilung Nephrologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden

Einleitung:

Die Behandlungszahlen von Patienten mit Hyperparathyreoidismus (HPT) nehmen zu und stellen häufig eine differentialdiagnostische aber auch differentialtherapeutische Herausforderung dar. Während diese Zunahme beim primären HPT - wie in Teil I ausgeführt - mehr auf der gehäufteren Diagnosestellung bei zufällig entdeckter Hyperkalzämie beruht, ist

für die sekundäre Form eine reale Zunahme der Inzidenz zu verzeichnen. Die Ursache dafür findet sich in der zunehmenden Anzahl von chronisch niereninsuffizienten Patienten und der deutlich verbesserten Lebenserwartung aufgrund heutiger Dialysemöglichkeiten. Entsprechend der Ätiologie wird diese Form im klinischen Alltag auch häufig als renaler HPT bezeichnet.

Im folgenden soll das Krankheitsbild des sekundären und tertiären HPT dargestellt sowie das diagnostische und therapeutische Vorgehen erläutert werden.

Ätiologie und Pathogenese:

Unter sekundärem Hyperparathyreoidismus versteht man eine reaktive Überfunktion der Nebenschilddrüsen mit konsekutiver Erhöhung des Parathormonspiegels im Serum.

Der überwiegende Anteil der betroffenen Patienten rekrutiert sich aus chronisch nierensuffizienten Patienten mit oder ohne Dialysebehandlung.

Zur Ausbildung eines sekundären HPT bei chronischer Niereninsuffizienz tragen verschiedene pathophysiologische Mechanismen bei.

Bereits in der Frühphase der Niereninsuffizienz, das heißt, noch bevor es zu einem Anstieg von Harnstoff, Kreatinin, Phosphat oder einem Abfall von Kalzium im Serum kommt, ist eine erhöhte Konzentration von Parathormon zu verzeichnen (1). Die Ursache könnte in der frühen Störung der Phosphatexkretion in der Niere mit nachfolgender, zunächst nur intermittierend auftretender, sehr diskreter Erhöhung des Plasma-Phosphat-Spiegels und kompensatorischem Abfall des Serum-Kalzium-Spiegels liegen. Dies wiederum stellt einen Reiz zur vermehrten Parathormon-Produktion dar.

Mit zunehmender Einschränkung der glomerulären Filtration kommt es dann zu einem manifesten Anstieg des Serum-Phosphats. Der Versuch des Organismus, das Kalzium-Phosphat-Produkt konstant zu halten, führt zu einer Hypokalzämie im Serum, welche wiederum die Epithelkörperchen stimuliert.

Einen weiteren Faktor stellt der Vitamin-D₃-Mangel als Folge einer verminderten Synthese im Rahmen der Niereninsuffizienz dar. Die Synthesestörung des 1,25(OH)₂-D₃ (Vitamin D₃) beruht auf einem 1,25-Hydroxylasedefekt in den Nierentubuli. Der erniedrigte Vitamin-D₃-Spiegel steigert dann wiederum die Parathormon-Produktion.

Darüber hinaus existiert im Rahmen der Niereninsuffizienz eine Resistenz des Skelettsystems gegen Vitamin-D₃.

Alle diese Störungen führen über die Stimulierung der Parathormon-Sekretion zur Hyperplasie der Epithelkörperchen. Die Folge des erhöhten Parathormonspiegels ist ein Ausstrom von Kalzium aus dem Knochen, um die Hypokalzämie im Serum auszugleichen. Die entstehende osteomalazische Entkalkung wird als renale Osteopathie bezeichnet.

Auch bei Patienten unter Dialyse persistiert die vermehrte Sekretion des Parathormons oder nimmt trotz adäquater Einstellung der Serum-Kalzium-Werte häufig

sogar zu. Die Ursache ist einerseits die auch unter Dialyse fortbestehende Hyperphosphatämie und andererseits der ebenfalls häufig fortbestehende Vitamin-D₃-Mangel.

Eine besondere Form stellt der sog. tertiäre HPT dar. Darunter versteht man, daß bei zunächst „sekundär“ inszeniertem, das heißt kompensatorischem HPT, sich in einem der hyperplastisch veränderten Epithelkörperchen ein echtes Adenom ausbildet. Die Folge ist eine „Autonomie“, des nun als „tertiär“ bezeichnetem HPT. Es kommt dann, z. B. nach Nierentransplantation, zu einem persistierenden HPT trotz des fehlendem ursprünglich auslösendem Stimulus eines veränderten Kalzium-Phosphat-Produkts und einer Vitamin-D₃-Hypovitaminose. Histologisch findet sich der Befund eines solitären, manchmal auch multipel auftretenden Adenoms mit gleichzeitiger Suppression der übrigen Nebenschilddrüsen.

Im klinischen Alltag wird in der Regel zwischen diesen beiden Formen nicht streng unterschieden, sondern beide werden unter dem Überbegriff sekundärer oder renaler HPT subsummiert.

Andere Ursachen für die Ausbildung eines sogenannten sekundären HPT, wie eine biliäre Leberzirrhose, eine Dauermedikation mit antikonvulsiven Substanzen oder sonstige Formen eines Vitamin-D₃-Mangels sind sehr selten.

Klinik:

Im Vordergrund der Beschwerden bei der renalen Osteopathie stehen meist unspezifische Knochenschmerzen (Tab. 1).

Tabelle 1: Symptome und Manifestationen des sekundären Hyperparathyreoidismus bei chronischer Niereninsuffizienz

- Skelettsystem
- Knochenschmerzen
- Frakturen
- Radiologische Veränderungen
- Weichteile
- Sehnenrupturen
- Kalzifizierungen
- Haut
- Pruritus
- selten Hautulzerationen
- Kardiovaskuläres System
- Rhythmusstörungen

- Hypertonus
- selten Herzinsuffizienz infolge von Kalzifizierungen

Bei ausgeprägtem Verlauf kann es als Folge der Osteoporose zu Spontanfrakturen, Deckplatteneinbrüchen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule und zu spontanen Sehnenrupturen (z. B. der Quadrizepssehne) kommen. Ein weiteres Symptom kann die Ausbildung extraossärer Weichteilverkalkungen als Folge des gestörten Kalzium-Phosphat-Produktes sein. Häufig klagen die Patienten auch über einen ausgeprägten, schwer zu beeinflussenden Juckreiz (5).

Diagnostik:

Routinemäßig bestimmt werden Serum-Kalzium, Serum-Phosphat und die alkalische Phosphatase, wobei letzterer die höchste Aussagekraft für das Ausmaß der osteomalazischen Veränderungen zukommt. Beweisend ist die erhöhte Parathormonkonzentration im Serum. Die Werte des Parathormons sind in der Regel deutlich höher als bei Patienten mit primärem PTH.

Zur Beurteilung der knöchernen Veränderungen im Rahmen des sekundären HPT werden Röntgenaufnahmen der Hände angefertigt. Je nach Klinik werden weitere Teile des Skelettsystems (z. B. Schädel, Wirbelsäule, Becken) dargestellt.

Radiologisch findet sich bei der renalen Osteopathie eine generalisierte Osteoporose mit Verminderung der Knochendichte und Ausbildung einer „strähnigen“ Struktur des Knochens. Typische Befunde sind die subperiostalen Resorptionszonen, vor allem an den Mittelphalangen der Finger. Selten können umschriebene lytische Defekte (sogenannte „braune Tumoren“) in Röhrenknochen, Becken und Rippen nachweisbar sein. Die Durchführung einer Beckenkammstanzbiopsie zur histologischen Sicherung der Osteomalazie ist ebenso wie die Densitometrie zur Messung der Knochendichte fakultativ, da ihr Aussagewert bezüglich der Indikationsstellung zur operativen Therapie nur gering ist.

Auf eine Lokalisationsdiagnostik kann bei der sekundären Form des HPT verzichtet werden. Da die annehmbare Hyperplasie alle vier Drüsen betrifft, ist intraoperativ

auch die Darstellung aller vier Drüsen zwingend zu fordern. Diese chirurgische Lokalisation ist deutlich zuverlässiger als alle bildgebenden Verfahren.

Ein Problem stellen jedoch die Patienten dar, bei denen bereits eine zervikale Exploration wegen des sekundären HPT stattgefunden hat.

Ein Persistieren oder auch Rezidivieren des HPT kann verschiedene Möglichkeiten haben:

- es wurden beim Ersteingriff nicht alle Epithelkörperchen gefunden oder entfernt
- es existiert ein überzähliges (5.) Epithelkörperchen
- es besteht eine Überfunktion des belassenen Restes oder des autotransplantierten Nebenschilddrüsengewebes

In diesen Fällen sollte vor einer notwendigen Re-Exploration eine Lokalisationsdiagnostik unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten durchgeführt werden.

Während die Sonographie und die Computertomographie in ihrer Aussagekraft am voroperierten Hals nur sehr eingeschränkt sind, scheinen die Magnet-Resonanz-Tomographie und vor allem die ^{99m}Tc-Mibi-Szintigraphie deutlich bessere Resultate zu bringen (6). Liegt der Verdacht auf die Überfunktion transplantierten Nebenschilddrüsengewebes vor, kann bei Lokalisation des Transplantates in der Unterarmmuskulatur die seitengetrennte Venenblutentnahme und Bestimmung der Parathormonkonzentration diesen Verdacht eventuell beweisen.

Therapie:

Die Indikationsstellung zur operativen Therapie eines sekundären HPT ist schwierig und wird weiterhin lebhaft diskutiert.

Zweifelsohne stehen zunächst konservative Maßnahmen im Vordergrund. Bei Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz ohne Dialysepflichtigkeit ist der sekundäre HPT nur selten so gravierend ausgeprägt, daß eine chirurgische Therapie erforderlich wäre. Die Serum-Kalzium-Konzentration ist meist normal, Symptome sind selten und die radiologischen Veränderungen am Skelettsystem nur geringfügig.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten mit manifestem sekundärem HPT sind seit

Jahren dialysepflichtig. Die Inzidenz eines operationspflichtigen sekundären HPT liegt bei der Langzeitdialyse in der Literatur zwischen 3 und 20 % (3, 5).

Die konservative Therapie umfaßt die Gabe von phosphatbindenden Substanzen, die Substitution von Kalzium oral sowie die Gabe von Vitamin D oder Vitamin-D-Metaboliten.

Die Erhöhung des Parathormons im Serum ist als Voraussetzung für die Diagnosestellung zu fordern, stellt alleine jedoch keine ausreichende Indikation zur Parathyreoidektomie dar (2, 5). Die Indikation zur operativen Therapie ist gegeben, wenn

- trotz konservativer Maßnahmen die renale Osteopathie fortschreitet. Neben der klinischen Symptomatik (Knochenschmerzen) ist hier der radiologische Nachweis der typischen subperiostalen Resorptionszonen ein wichtiges Kriterium.
- die alkalische Phosphatase als biochemischer Parameter für den osteoklastischen Umbau dauerhaft und gravierend erhöht ist,
- extraossäre Weichteilverkalkungen als Folge des gestörten Kalzium-Phosphat-Produktes auftreten,
- Spontanfrakturen oder spontane Sehnenrupturen auftreten,
- ein therapierefraktärer Juckreiz besteht.

Die Indikation zur operativen Therapie kann letztlich nicht aus einer der genannten Gründe alleine abgeleitet werden, sondern muß in Abhängigkeit von der Befundkonstellation für jeden einzelnen Patienten individuell abgewogen werden (Tab. 2).

Tabelle 2: Indikationen zur totalen Parathyreoidektomie und Autotransplantation bei sekundärem Hyperparathyreoidismus

- relativ
 - hohes Parathormon
 - hohe alkalische Phosphatase
 - Knochenschmerzen
 - radiologischer Nachweis subperiostaler Resorptionszonen
- absolut
 - Hyperkalzämie (s.g. tertiärer HPT)
 - progrediente Weichteilverkalkungen
 - Spontanfrakturen, Sehnenrupturen
 - Hautulzerationen

Eine absolute Indikation besteht jedoch, wenn statt der üblicherweise vorliegenden Normo- bis Hypokalzämie eine Hyperkalzämie entsteht, die auf die Entstehung autonomer Adenome in den Epithelkörperchen zurückzuführen ist (sogenannter tertiärer Hyperparathyreoidismus). Dies gilt vor allem auch für transplantierte Patienten, da die hyperkalzämieinduzierte Steinbildung eine Bedrohung für die Transplantatniere darstellt.

Operative Therapie

Bei der Verfahrenswahl in der operativen Therapie des sekundären oder tertiären HPT kann heute die totale Parathyreoidektomie und autologe Transplantation von Nebenschilddrüsengewebe als Standardtherapie angesehen werden. Die früher durchgeführte subtotale Parathyreoidektomie (d. h. Exstirpation von 3 1/2 Drüsen und Belassung eines Restes an originärer Stelle) ist wegen der Problematik eventuell notwendiger Reexplorationen mit deutlich erhöhtem technischen Aufwand und erhöhter Morbidität (vor allem Rekurrensparese) verlassen worden.

Die von einigen Autoren favorisierte totale Parathyreoidektomie hingegen führt zur persistierenden Hypokalzämie und verhindert somit die angestrebte Remineralisierung des Knochengewebes.

Die Technik der Exploration entspricht weitgehend den Regeln, die bereits für den primären HPT (siehe Teil 1) dargestellt wurden.

Es werden alle vier Epithelkörperchen dargestellt, was bei den hyperplastischen Drüsen in der Regel unproblematisch ist. Gelingt es nicht, die Epithelkörperchen an typischer Stelle zu finden, ist die Exploration entsprechend der zu erwartenden Dislokation auszudehnen. Diese umfaßt dann die Darstellung des Sulcus oesophago-trachealis, des Raumes zwischen Speiseröhre und Wirbelsäule und des oberen Mediastinums. Bei fehlenden Epithelkörperchen wird gegebenenfalls die einseitige oder beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion sowie eine zervikale Thyrektomie durchgeführt. Mit diesen Maßnahmen gelingt es fast immer, alle 4 Nebenschilddrüsen zu finden. Die Epithelkörperchen werden nach der Exstirpation sofort in eiskühlte, isotonische Kochsalzlösung gegeben, und eine kleine Probebiopsie des

entnommenen Epithelkörperchens wird im Schnellschnitt histologisch untersucht, um ihre Identität zu bestätigen.

Die gleichzeitige intraoperative Bestimmung der Parathormonwerte mittels eines modifizierten Chemilumineszenz-Assays kann den definitiven Operationserfolg sichern (4). Persistiert jedoch eine deutlich erhöhte Parathormonkonzentration, ist die Suche nach einem fehlenden oder einem fünften Epithelkörperchen fortzusetzen.

Nach Abschluß des zervikalen Teils der Operation wird dann ein Teil des entnommenen Nebenschilddrüsengewebes in ca. 1 mm³ große Quader geschnitten und in den Musculus brachioradialis des Armes, der keinen Dialyseshunt trägt, implantiert. Der Vorteil der Muskulatur am Unterarm gegenüber dem M. sternocleidomastoideus liegt darin begründet, daß einerseits die Funktion des transplantierten Gewebes durch direkte Parathormonbestimmung im venösen Blut des transplantatragenden Armes bestimmt werden kann und andererseits die Reduktion des Gewebes im Falle eines rezidivierenden HPT unproblematisch und risikoarm möglich ist.

Der Rest des Nebenschilddrüsengewebes wird bis -80 °C gekühlt und in flüssigem Stickstoff gelagert. Dieses Gewebe steht bei einem eventuell auftretenden Hypoparathyreoidismus als Folge eines Nichtangehens oder zu geringer Menge des primär transplantierten Nebenschilddrüsengewebes zu späterer weiterer Autotransplantation zur Verfügung.

Postoperativ sind engmaschige Kalzium-Kontrollen durchzuführen und der zu erwartende Abfall des Serum-Kalziums wird durch parenterale Gabe von Kalziumglukonat, später durch orale Substitution von Kalzium und Vitamin D behandelt. In der Regel muß die Substitutionstherapie für ca. 2 - 3 Monate durchgeführt werden, bis das autotransplantierte Gewebe ausreichende Parathormonsekretion gewährleistet.

Eigenes Patientengut:

Von den insgesamt 88 Operationen an den Nebenschilddrüsen im Zeitraum vom 01.10.1993 bis zum 31.12.1997 an der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden erfolgten 36 wegen eines renalen HPT (34 Ersteingriffe und 2 Wiederholungseingriffe).

Männer und Frauen waren vom sekundären HPT gleich häufig betroffen, während bei der primären Form die Frauen im Verhältnis 4:1 überwogen. Das Durchschnittsalter betrug 45,2 Jahre. Die klinische Symptomatik war sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im Vordergrund der Beschwerden standen Knochenschmerzen, bei 2 Patienten war es bereits zu Spontanfrakturen gekommen. Extraossäre Verkalkungen fanden sich bei 2 Patienten.

Die meisten Patienten waren bereits hyperkalzämisch, nur bei 4 Patienten lag eine Normo- oder Hypokalzämie vor.

Die Parathormonwerte betragen zwischen 190 und 3749 pg/ml (Normalwert < 50 pg/ml) und lagen im Mittel mit 1125 pg/ml höher als bei Patienten mit primärem HPT (Mittelwert 315 pg/ml).

Die operative Therapie bestand in der totalen Parathyreoidektomie mit gleichzeitiger Autotransplantation von Nebenschilddrüsengewebe in die Unterarmmuskulatur. In allen Fällen wurde pa-

rallel Gewebe kryokonserviert, wobei eine sekundäre Replantation wegen eines Hypoparathyreoidismus bislang nicht erforderlich wurde.

Bei den Ersteingriffen fand sich 27 mal alle vier Nebenschilddrüsenkörperchen an typischer Stelle. Eine ektopische Lage fanden wir bei 9 Patienten vor (davon zweimal in der Schilddrüse; zweimal retroösophageal, dreimal im Thymus und zweimal im oberen Mediastinum).

Bei den Reeingriffen fanden wir das fehlende Epithelkörperchen einmal an erwarteter Lokalisation und einmal in atypischer Lage im oberen Thymushorn gelegen.

Auch bei den Patienten mit sekundärem HPT führten wir seit 1994 das intraoperative Parathormon-Monitoring durch (Abb. 1).

Bei einer Patientin kam es trotz signifikantem intraoperativem Abfall des Parathormons und histologischem Nachweis von vier exstirpierten Nebenschilddrüsen bereits nach wenigen Wochen zu einem rezidivierenden HPT. Nachdem die venösen Parathormonbestimmungen eine Überfunktion des Transplantates am Unterarm ausschließen konnten, erfolgte die nochmalige zervikale Exploration

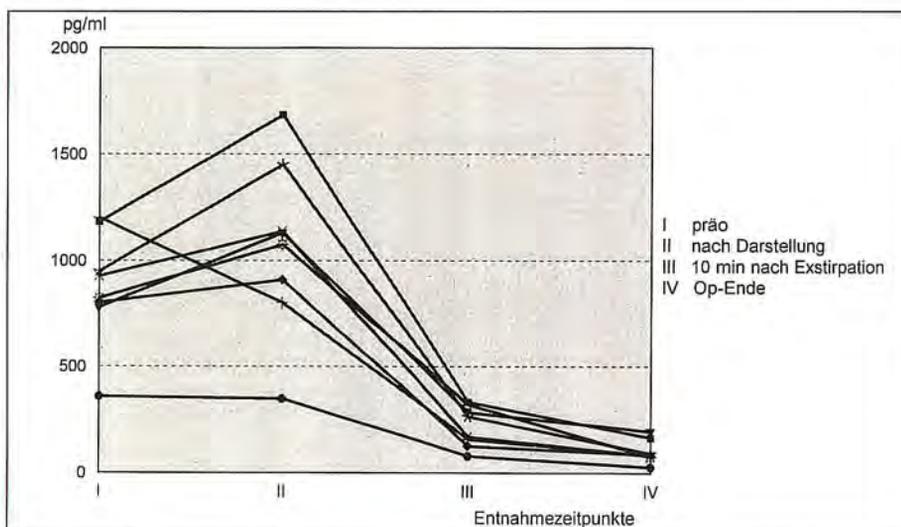


Abbildung 1: Perioperativ bestimmte Parathormonwerte bei 8 Patienten mit sekundärem Hyperparathyroidismus; Angaben in pg/ml

und Exstirpation eines fünften (!), im oberen Thymushorn gelegenen, hyperplastischen Epithelkörperchens.

Zusammenfassung:

Der sekundäre oder tertiäre HPT als Folge einer chronischen Niereninsuffizienz ge-

winnt mit zunehmender Dialysedauer an klinischer Relevanz.

Die Symptome bestehen meist in Knochenschmerzen, seltener im Auftreten von Spontanfrakturen, Sehnenrupturen oder extraossären Weichteilverkalkungen. Die Diagnostik umfaßt neben den Serumbe-

stimmungen von Kalzium, Phosphat, alkalischer Phosphatase und Parathormon den radiologischen Nachweis der typischen subperiostalen Resorptionszonen und/oder Akroosteolysen.

Die Therapie ist zunächst konservativ. Bei Versagen der konservativen Therapie, Auftreten von Komplikationen oder dem Entstehen einer Hyperkalzämie, ist die Indikation zur operativen Intervention gegeben. Das Therapieverfahren der Wahl besteht dann in der totalen Parathyreoidektomie mit Autotransplantation von Nebenschilddrüsengewebe in die Unterarmmuskulatur.

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: 9. 4. 1998

P. Müller, P. Bührdel

Indikationen und Hinweise für das selektive Screening angeborener Stoffwechselerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Aus der Universitäts-
Kinderklinik Leipzig

Angeborene Stoffwechseldefekte sind mit einer kumulativen Inzidenz von 1 - 2 % bedeutungsvoll, weil sie unerkannt einen wesentlichen Anteil schwerer chronischer Erkrankungen in allen Altersstufen verursachen. Das Spektrum der klinischen Symptome ist oft unspezifisch und vieldeutig (siehe Tabelle 1). Ungefähr 50 % der genetischen Stoffwechselerkrankungen manifestieren sich in der Neonatalperiode mit metabolischen Krisen. Die Dif-

ferentialdiagnosen sind Sepsis, intrakranielle Blutungen oder Enzephalitis. Falls eine zeitige Diagnose - durch Methoden des selektiven Screenings - gestellt werden kann, ist die Mehrzahl solcher Stoffwechselstörungen gut therapierbar und eine Progredienz irreversibler Schädigungen des ZNS wird verhindert. Organoazidopathien sind mit einem Anteil von 50 % die wichtigste Erkrankungsgruppe, gefolgt von Aminoazidopathien mit 30 % und

Kohlenhydratstoffwechselstörungen mit 10 %. Verschiedene Organoazidopathien können sich auch in einem langsam progredienten neurodegenerativen Krankheitsprozeß äußern (siehe Tabelle 1).

Gegenstand dieses Beitrags soll eine orientierende Beschreibung der für eine Stoffwechselerkrankung verdächtigen Symptome sein, die zur diagnostischen Zuordnung und der dafür erforderlichen Materialentnahmen führen sollen.

Leitsymptome	relevante Erkrankungsgruppen
<i>neurologisch</i> enzephalopathische Krisen Makrozephalus, Hygrome Epilepsie, Ataxie, Dystonie regressive Entwicklung	Organo-/Aminoazidopathien Neurotransmitterstörungen Mitochondriopathien
<i>gastroenterologisch</i> Erbrechen, Gedeihstörung Pankreatitis	Organo-/Aminoazidopathien peroxisomale Störungen
<i>kardiologisch</i> Kardiomyopathie	Atmungskettendefekte Fettsäureoxidationsdefekte Thesaurismosen Carnitinstoffwechseldefekte
<i>hämatologisch</i> Anämie, Granulo- und Thrombozytopenie	Organo-/Aminoazidopathien
<i>allgemein</i> Kindstod unklarer Ursache Reye-Symptomatik	Organo-/Aminoazidopathien Fettsäureoxidationsdefekte

Tabelle 1: Klinische Leitsymptome angeborener Stoffwechselstörungen

Laborbefund	mögliche metabolische Störungen	diagnostische Methoden
<i>Hypoglykämie</i> mit Laktazidose:	Glykogenose I, VI, IX Glukoneogenesedefekte Organoazidurien Fruktoseintoleranz Galaktosämie	Enzymologie/ Molekulargenetik GC/MS Genetik
ohne Laktazidose:	Fettsäureoxidationsdefekte Hyperinsulinismus	Enzymologie/Metabolitenbestimmung GC/MS Radioimmunoassay
<i>Laktatazidosen</i>	Mitochondriopathien	Enzymologie/Molekulargenetik GC/MS
<i>Hyperammonämie</i> ohne Ketose:	Störungen im Harnstoffzyklus	HPLC
mit Ketose:	Organoazidopathien	GC/MS

Tabelle 2: Wichtigste Laborbefunde angeborener Stoffwechselstörungen (Abkürzungen: GC/MS - Gaschromatographie/Massenspektrometrie; HPLC - Hochdruckflüssigkeitschromatographie)

Bei metabolischen Krisen im Neugeborenenalter erlaubt die Bestimmung von Blutglukose, Ammoniak und Laktat bereits eine Gruppenzuordnung eines even-

tuell vorliegenden Stoffwechseldefektes (siehe Tabelle 2). Differentialdiagnostisch informativ ist die Höhe des Laktatwertes in Abhängigkeit von der Glukosezufuhr.

Eine Ketonurie im Säuglingsalter ist immer pathognomonisch. Prinzipiell ist die Asservierung eines Urins aus einer Phase der Stoffwechselfdysregulation das labor-diagnostisch wichtigste Material (siehe Tabelle 3). Das Procedere von Probengewinnung und -versand sollte mit dem Labor koordiniert werden, um präanalytische Fehler zu minimieren (siehe Adressen).

Material	Mindestmenge	GC/MS	HPLC
Spontanurin	5 ml	+	-
Sammelurin	10 ml	-	+
Plasma	2 ml	(+)	+
Liquor	2 ml	+	+

Tabelle 3: Empfohlene Untersuchungsmaterialien

Adressen:

Selektives Screening von Organo- und Aminoazidopathien sowie Speichererkrankungen/Dispensaire-Sprechstunden

Stoffwechsellabor der Universitäts-Kinderklinik
Bereich Medizin der Universität Leipzig
Oststraße 21-25, 04317 Leipzig

Telefon:
(0341) 9 72 60 00 (Prof. Dr. W. Kiess)
(0341) 9 72 63 25 (Prof. Dr. P. Bührdel)
(0341) 9 72 62 48 (Dr. med. P. Müller, GC/MS-Analytik)
(0341) 9 72 60 82 (Dr. rer. nat. A. Naumann, HPLC-Analytik)

Enzymologische und molekularbiologische Untersuchungen von Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels

Institut für Biochemie
Bereich Medizin der Universität Leipzig
Prof. Dr. H.-J. Böhme
Liebigstraße 16, 04109 Leipzig
Tel. (03 41) 9 72 21 17 oder 9 72 21 18

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Peter Müller
Universitäts-Kinderklinik
Oststraße 21-25, 04317 Leipzig
Tel. (03 41) 9 72 62 48
Fax (03 41) 9 72 62 49
e-Mail: muep@medizin-uni-leipzig.de

Artikel eingegangen: 15. 9. 1997
Artikel nach Revision angenommen: 22. 10. 1998



**Rezension zu Grabensee, Bernd
(Herausgeber):
Checkliste Nephrologie**

**Georg Thieme Verlag Stuttgart,
New York 1998
75 Abbildungen, 73 Tabellen,
452 Seiten, Preis 64,00 DM**

B. Grabensee hat gemeinsam mit 16 Ko-Autoren die Checkliste Nephrologie herausgegeben. Wie im Vorwort ausdrücklich betont, sollen Checklisten vornehmlich für Assistenzärzte, fortgeschrittene Studenten in klinischen Semestern, Klinikärzte, die nicht auf das im einzelnen abgehandelte Fachgebiet spezialisiert sind, und niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen bestimmt sein.

Der Band ist in die Hauptabschnitte Grundlagen und Arbeitstechniken, nephrologische Krankheitsbilder, interventionelle Therapie, Blutreinigungsverfahren und Nierentransplantation gegliedert. Damit sind gemäß dem eingangs formulierten Anspruch alle wichtigen Bereiche der Nephrologie erfaßt. Bei einer Neuauflage wäre zu überlegen, ob nicht auch ein eigenes Kapitel zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit Nierenkranker

eingefügt werden soll; denn diese Fragen sind auch außerhalb gutachterlicher Problemstellungen äußerst praxisrelevant. Die Darstellung der einzelnen Abschnitte erfolgt vorwiegend im Telegrammstil. Die aufgelisteten Daten sind umfassend, modern und für die Praxis nahezu lückenlos. Die Abbildungen, Tabellen und Fließdiagramme ergänzen den Text in ausgezeichnete Weise. Insgesamt handelt es sich um eine hervorragende Informationsquelle, die nicht nur Studenten und jüngeren Ärzten in Ausbildung oder Allgemeinärzten empfohlen werden kann; sondern auch der erfahrene Nephrologe wird in diesem Taschenbuch manch wichtige Auskunft rasch und unkompliziert auffinden. Für den täglichen Gebrauch und für die Kisteltasche sind die handliche Form und der strapazierfähige Plastikeinband besonders wertvoll.

Trotz der herausgehobenen Vorzüge kann oder will dieser Leitfaden weder Lehr- noch Handbücher der Nephrologie ersetzen. Umfang, Struktur und Darstellung der Fakten dienen der raschen Orientierung und Repetition. Komplexe Zusammenhänge und kritische Interpretationen zahlreicher Symptome und Befunde können oft nur angedeutet werden.

Gottfried Hempel

Rezension

**G. Gutenbrunner, Hannover und
G. Hildebrandt, Marburg/Lahn
(Hrsg.)**

**Handbuch der Balneologie und
Medizinischen Klimatologie
Springer-Verlag Berlin, Heidelberg,
New York 1998 mit 287 überwiegend
farbigen Abbildungen und
120 Tabellen, 918 Seiten, gebunden,
DM 348,00, ISBN 3-540-60534-7**

Bekannt in Fachkreisen ist das 1985 von W. Amelung und G. Hildebrandt herausgegebene dreibändige Werk „Balneologie und Medizinische Klimatologie“.

Nach über 12 Jahren war nunmehr eine Überarbeitung notwendig geworden. Gutenbrunner und Hildebrandt haben sich dieser anspruchsvollen Aufgabe unterzogen. Außerdem waren weitere 19 Fachwissenschaftler beteiligt.

Druckfrisch liegt seit Januar 1998 das „Handbuch der Balneologie und Medizinischen Klimatologie“ in einem Band vor. Der heutige Wissensstand mußte in logischer Folge neu aufbereitet werden.

Das Buch, über 900 Seiten umfassend, hat sieben Kapitel zum Inhalt.

Es schließt sich eine Aufzeichnung von Heilbädern und Kurorten der BRD an.

Das nachfolgende Literaturverzeichnis ist eine wahre Fundgrube.

2043 Literaturstellen jüngeren und älteren Datums zeugen von der fachüberschauenden Recherche zu diesem Buch.

Beginnend mit einem übersichtlichen Kapitel physiologischer Grundlagen wurde nachfolgend die Kur im einzelnen mit Kurverlauf, Kureffekt und Kurerfolg besprochen.

Der Balneologie und medizinischen Klimatologie sind zwei weitere umfangreiche Kapitel gewidmet.

Überschneidungen und Wiederholungen sind vielleicht gewollt, wären jedoch bei strafferem Aufbau überflüssig.

Kernpunkt des Handbuches ist das 5. Kapitel. Hier werden Balneo- und Klimatherapie praxisrelevant abgehandelt.

Der Rezensent vermißt allerdings die Besprechung orthopädischer und chirurgisch-traumatologischer Krankheitsbilder. Ebenso wenig wurde auf die balneologische und medizinische klimatologische Behandlung Pflegebedürftiger eingegangen.

Beide Indikationsgruppen haben aber gerade heute erheblich an Bedeutung gewonnen.

Bleibt zu hoffen, daß in einer Neu- bzw. Nachauflage auch diese Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Wünschenswert wäre auch eine Anlage mit farbigen Bildern oder Fotografien zum besseren Verständnis des oft sehr theoretisch und trockenen Lehrstoffes.

So beispielsweise in den Kapiteln Balneologie und Medizinische Klimatologie. Neben den genannten kritischen Anmerkungen ist das Handbuch aber dennoch ein profitables Wissenskomprimat für die tägliche Praxis, das dem Anliegen der Herausgeber für ein besseres Verständnis von Balneologie und medizinischer Klimatologie, trotz genannter Mängel, gerecht wird.

Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Bleibende Ehrung eines großen Dresdner Chirurgen

Dresdens weites Militärgelände im Norden - die sächsische Hauptstadt war in der Weimarer Republik Sitz eines von sieben Wehrkreisen des Reiches und hatte schon vorher eine große Garnison - wird mit den Kasernen, soweit noch verwendbar, einer neuen Nutzung zugeführt. Sie ist nur noch zum Teil militärischer Art. Vor kurzem ist dort die Offiziersschule des Heeres neu errichtet worden. Das militärische Übungsgelände nördlich der Stauffenbergallee dient nun zu einem Teil der Ärzteschaft. Die sächsische Landesärztekammer, deren Neubau 1996 eingeweiht wurde, ist dort angesiedelt, wie auch die Landesärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen.

Die Adresse der Landesärztekammer ist die einer neu durch das Gelände gezogenen Straße, die den Namen „Schützenhöhe“ trägt - nach einem noch sichtbaren Hügel, an dem die Rekruten einst das Erstürmen einer Höhe, eines strategischen Punktes also, üben mußten. Die Straße hinter dem Gebäude trägt seit dem 14. November den Namen des Dresdner Chirurgen Professor Albert Fromme. Das geht auf die Initiative des Präsidenten der Landesärztekammer, Professor Dr. Heinz Diettrich, zurück; die Stadt Dresden hat diesem Vorschlag zugestimmt. Damit bekommt die Straße an der Rückfront des Kammergebäudes einen berufsbezogenen Namen; bisher trug sie die abstrakte Bezeichnung „Planstraße D“.

Der Stellvertreter des Oberbürgermeisters Dr. Herbert Wagner - er war zu jener Zeit in den Vereinigten Staaten - , der Dezer-



Rechts im Bild der Stellvertreter des Oberbürgermeisters, Dr. Deubel, und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Diettrich.

nent und Bürgermeister für Soziales und Gesundheit, Dr. Klaus Deubel, sprach bei der Namensgebung für die Stadt einführende Worte, die Professor Diettrich, selbst Chirurg, aus fachlicher Sicht ergänzte. Die gerade tagende Kammerversammlung wurde für die Enthüllung des Straßennamensschildes unterbrochen, so daß dieser Akt ärztliche Begleitung fand. Teilnehmen konnten auch die beiden überlebenden von fünf Kindern Albert Frommes, darunter der Sohn, Verfasser dieser Zeilen, und eine Tochter, praktizierende

Ärztin, und wiederum deren Sohn, praktischer Arzt, der dem Großvater nachhaltige Verehrung bewahrt. Unter dem Schild „Albert-Fromme-Weg“ ist, nach altem Dresdner Brauch, ein Hinweis angebracht auf die Person des Namenspatrons, auf seine Verdienste und seine Beziehung zu Dresden.

Albert Fromme, geboren 1881 in Gießen, wurde 1921 Direktor der Chirurgischen Klinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt. Er übernahm damit, wie Diettrich sagte, „auf sich gestellt“, die Lei-



Die Anverwandten von Prof. Dr. Albert Fromme von rechts nach links: Dr. Friedrich Karl Fromme (Sohn), Dr. Christa Struckmeyer (Tochter), Dr. Struckmeyer (Senior), Dr. Struckmeyer (Junior).

Der nicht nur ein geschickter Chirurg, sondern ein Arzt war, der bei aller strengen Kühle in der Leitung der Klinik den Patienten, ohne Rücksicht auf „Rang oder Stand“ menschliche Zuwendung erwies, gab es den Kranken als den ganzen Menschen. Entsprechend vorsichtig war er bei der Indikation zur Operation. Er wußte, daß die zwingende Indikation von heute oftmals der Kunstfehler von morgen ist. Diese selbstkritische Einstellung hat Fromme ein Vertrauen verschafft, dessen Nachhall in Dresden noch immer zu spüren ist, wiewohl Fromme 1956, nach 35 Jahren, aus dem Amt geschieden ist. Er war Schüler so großer Chirurgen wie Garré, Braun und Stich. Diesen vertrat sein Oberarzt, Fromme, der 1914 als Truppenarzt die Anfänge des Westfeldzuges mitgemacht hatte, im Oktober 1914 zurückgerufen worden war, als kommissarischer Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen und in der Wahrnehmung des Lehrstuhls. Als Beratender Chirurg hatte Fromme nebenbei ein großes Arbeitspensum zu bewältigen, gegenüber „Freund und Feind“ gleichermaßen. Auch als Kliniker verfolgte Fromme seine wissenschaftliche Arbeit weiter. Für ein Privatleben gab es kaum Zeit, und an dem Verlust des durch harte Arbeit erworbenen Eigentums - Bombenangriff auf Dresden am 13./14. Februar 1945 - berührte Fromme nur, daß seine umfangreiche Fachbi-

liothek dahin war und die für spätere Verarbeitung gedachten Aufzeichnungen seiner praktischen Erfahrungen. Den Nationalsozialisten stand Fromme distanziert gegenüber. Er hielt sich auch fern von der SED, widmete aber seine Arbeitskraft dem Aufbau der 1954 gegründeten Medizinischen Akademie Dresden - ein alter Wunsch der Stadt. Gegen den Plan der SED, Ernst Thälmann zum Patron zu wählen, setzte er für die Akademie den Namen Carl Gustav Carus durch. Das ist als Fakultätsbezeichnung bei der Eingliederung der Akademie in die Technische Universität erhalten geblieben. Jetzt zugängliche Protokolle des Zentralkomitees der SED zeigen, daß die Staatspartei, als es darum ging, der Ernennung von Fromme zum ersten Rektor der Akademie zuzustimmen, ihren Zwiespalt genau erkannte: Man entschied sich widerstrebend für die Berufung eines in ganz Deutschland anerkannten Arztes und förderte damit die Chance der Akademie, auch „im Westen“ anerkannt zu werden. Das neu - mit Behörden und Wohnungen - zu besiedelnde ehemalige Militärgelände umfaßt nun, nahe dem Haus der Landesärztekammer, deren Existenz Zeugnis ist für das Wiedererstehen des freien Berufes des Arztes, eine Straße mit dem Namen eines Dresdner Arztes. Er wird Adresse für Wohnung und Behörden sein und damit das neue Viertel mit prägen. Dessen Umwandlung folgt aus der deutschen Einheit. Bürgermeister Deubel und Präsident Diettrich erinnerten gleichermaßen an - damals Mut fordernde - öffentliche Bekenntnisse Frommes zur deutschen Einheit. Fromme, der ganz dem Beruf hingegen und von Eitelkeit frei war, hat eine der Ehrungen, die er in seinem Leben erfahren hat, mit Genugtuung aufgenommen: die Wahl zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1943, im Ausweichquartier des Chirurgenkongresses aus Berlin im noch unzerstörten Dresden. Fromme hatte das Amt inne in den schwierigen Jahren des Kriegsendes und der deutlich werdenden deutschen Teilung. Die von ihm ersehnte deutsche Einheit und den von Grenzen freien Austausch in der Wissenschaft hat er nicht mehr erlebt; er starb 1966.

Dr. Friedrich Karl Fromme
Möhrengarten 60, 40822 Mettmann

100 Jahre Pathologie in Chemnitz

1898 - 1998¹

Zusammenfassung: Die hundertjährige Geschichte der Pathologie in Chemnitz wird an Hand des Schicksals der Institutsgebäude und der wichtigsten Daten ihrer Leiter dargestellt. Ausführlicher wird auf den Gründer des Institutes, Prof. Coelestin Nauwerck, seinen Schüler und unmittelbaren Nachfolger, Prof. Martin Staemmler, und den Neugründer des Institutes nach dem Zweiten Weltkrieg, Dr. Walther Panofsky, eingegangen. Erwähnung findet die Verstrickung Staemmlers in den Nationalsozialismus und das Unrecht, das Panofsky unter letzterem erlitten hat.

Die Institutsgebäude

Das hundertjährige Jubiläum des Amtsantrittes des ersten Chemnitzer Pathologen, Prof. Coelestin Nauwerck, am 1. Juni 1898, war um so mehr Anlaß für eine Rückbesinnung auf die Vergangenheit des Fachs in der Stadt, als fast auf den Tag genau ein neues Institut für Pathologie eingeweiht wurde. Diesem waren zwei andere vorangegangen, wenn man von einem anfänglichen Provisorium im damals größten Krankenhaus der Stadt an der Zschopauer Straße absieht. Bis 1906 wurde in unmittelbarer Nähe dieser Krankenanstalt an der Feldstraße (der heutigen Rembrandtstraße) ein repräsentativer Neubau errichtet, der seine nach damaligen Maßstäben moderne Inneneinrichtung Nauwerck verdankte. Diese berücksichtigte in ganz besonderem Maße die Bedürfnisse der zwischen 1898 und 1906 entstandenen bakteriologisch-serologisch-hygienischen (im folgenden auch kurz mikrobiologischen) Abteilung und erhielt dementsprechend die Bezeichnung Pathologisch-Hygienisches Institut (PHI).

Gleichfalls unter maßgeblicher Mitwirkung von Nauwerck entstand bis 1915 für das in der Nähe der Leipziger Straße gelegene neu angelegte Küchwaldkrankenhaus eine Prosektur (PK), die bis 1926 als Nebenstelle des PHI und von 1927 bis 1937 als selbständige Einrichtung betrieben wurde. Da das PHI im März 1945 einem Bombenangriff zum Opfer gefallen war, mußte für lange Zeit in der PK zusätzlich ein Großteil der Arbeit des PHI bewältigt werden. Das war nur unter er-



Abb.: Prof. Dr. med. Coelestin Nauwerck (1853 - 1938), Gründer und bis 1926 Direktor des Pathologisch-Hygienischen Instituts Chemnitz (im Auftrag des Rates der Stadt angefertigtes Ölgemälde von Carl Lange aus dem Anfang der 20er Jahre)

heblicher räumlicher Einschränkung und Inkaufnahme hygienischer Mängel möglich.

Erst ab 1975, als mit dem Bau eines weiteren Krankenhauskomplexes an der Flemmingstraße, wenig vom Küchwald entfernt, begonnen wurde, fing man mit der Planung und ab 1981 mit dem Bau eines größeren Institutes an. Die in den 80er Jahren rapide zunehmenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten der DDR ließen den Bau zehn Jahre lang als Betonskelett stehen. Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Teilstaaten konnte er 1996 weitergeführt und nunmehr eingeweiht werden. In ihm haben die Chemnitzer Pathologen nach langer Zeit wieder eine modernen Anforderungen genügende Stätte für ihre Arbeit gefunden.

Die Existenz des Planes und des begonnenen Baues des neuen Institutes führten zum schnell fortschreitenden Verfall der PK, da für sie bis 1989 praktisch alle Investitionen abgelehnt wurden. Erst ab 1990 konnte man noch einige der größten Mißstände beseitigen. Nach dem Umzug des Institutes soll das Haus renoviert und

einer anderen Nutzung zugeführt werden.

Die Leiter der Institute

Leiter des PHI waren von 1898 bis 1926 der aus Königsberg/Pr. kommende Prof. Coelestin Nauwerck und ab 1927 Prof. Martin Staemmler, der als junger Arzt in Chemnitz angefangen (1913 - 1914 und 1919 - 1921) und sich anschließend in Göttingen habilitiert hatte. Nach dessen Weggang 1934 leitete das PHI bis zur Zerstörung 1945 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Johannes Buchaly (von der Universität Erlangen). Die PK hatte während ihrer von 1927 bis 1937 dauernden Selbständigkeit Dr. med. Walther Panofsky als Leiter (am PHI seit 1910 ausgebildet und zuletzt als Oberarzt tätig), der nach 1945 in seine Funktion wieder eingesetzt wurde. Nach seinem Tod 1951 folgten Priv.-Doz. Dr. med. habil. Karl Krauß (1951 - 1978), von der Universität Leipzig, Priv.-Doz. Dr. med. habil. Horst Waller (1978 - 1995), von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und seit 1996 Dr. med. habil. Jörg-Olaf Habeck (am Chemnitzer Institut ab 1978 ausgebildet und tätig). Auf drei von ihnen soll näher eingegangen werden, da sie teilweise über Chemnitz hinaus von besonderer, teils wissenschaftlicher, teils praktischer, teils politischer Bedeutung waren.

Deutlich herausragende Gestalt unter den Institutsleitern ist zweifellos Nauwerck, der sich schon vor seinem Amtsantritt in Chemnitz durch seine erstmals 1891 und dann in insgesamt 8 Auflagen erschienene „Sektionstechnik“ einen Namen gemacht hatte, der aber auch deswegen nicht vergessen werden sollte, weil er seinen Schüler, den Chirurgen G. E. Konjetzny (in Chemnitz 1907/1908), zu dessen bahnbrechenden pathologisch-anatomischen Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Gastritis, Magen- und Duodenalulkus sowie Magenkarzinom anregte. Wegen der grundlegenden Verdienste Nauwercks um die Entwicklung der Pathologie in Chemnitz, besonders aber um die Stadthygiene, wurde aus Anlaß seines 80. Geburtstages dem PHI der Name Nauwerck-Haus verliehen. Dieses Denkmal ist durch die Zerstörung leider unwiederbringlich verloren.

¹ Auszug aus einer als Broschüre vorliegenden ausführlichen Darstellung gleichen Titels, die über das Institut für Pathologie der Klinikum Chemnitz gGmbH, PSF 948, 09009 Chemnitz, zu beziehen ist (bei Bestellung, bitte 1,50 DM in Briefmarken für Porto beifügen.)

Wach gehalten wird die Erinnerung an diese bedeutende Persönlichkeit durch ein im Institut hängendes beeindruckendes Ölgemälde (Abb.), sein Ehrengrab auf dem Krematoriumsfriedhof und eine seinen Namen tragende Straße im „Ärzteviertel“ von Chemnitz.

Auf Staemmler kann das Institut einerseits stolz sein, da er hier seine Laufbahn als Assistent begann und von hier aus, nachdem er das Institut sieben Jahre erfolgreich geleitet hatte, eine Universitätskarriere mit Ordinariaten in Kiel und Breslau startete. Andererseits wird dieses Bild getrübt durch seine unter Mißbrauch seines guten Rufs als Wissenschaftler ausgeübte Aktivität als Propagandist des nationalsozialistischen Rassenwahns. Als solcher hielt er ungezählte Vorträge und verfaßte fast 20 schriftliche Publikationen, als erste seine in Chemnitz entstandene „Rassenlehre im völkischen Staat“, wodurch er maßgeblich an der Bereitung des Bodens für den Massenmord an Juden und anderen diskriminierten Menschen mitwirkte. Panofsky leitete, wie bereits erwähnt, die PK in der Zeit ihrer Selbständigkeit, bis er 1937 von den Nationalsozialisten aus rassistischen Gründen (sein Vater war Jude, während die Mutter einer nichtjüdischen Familie entstammte) aus dem Amt vertrieben wurde. In der schweren Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg erwarb er sich große Verdienste durch den Wiederaufbau von Pathologie und Mikrobiologie, als Beauftragter für die Seuchenbekämpfung und als Leiter der Krankenpflegeschule. Ihm zu Ehren erhielt die PK nach seinem Tod die Bezeichnung Dr. Panofsky-Haus. Dieser Name ist nach der nunmehr erfolgten Stilllegung der PK auf das neu errichtete Institut übertragen worden, worin man auch einen späten Akt der Wiedergutmachung des von ihm unter den Nationalsozialisten erlittenen Unrechts sehen sollte.

Die „hygienische“ Abteilung

Wichtiger Bestandteil beider Institute waren jederzeit (der PK ab 1927), und in der ersten Hälfte des Jahrhunderts sogar dominierend, ihre mikrobiologischen Abteilungen. Sie entwickelten sich aus der 1899 gegründeten Diphtherie-Untersuchungsstation. Neben den in dieser durchgeführten Untersuchungen auf Diphtherie und Scharlach (1937 fast 37.000 Untersu-

chungen) wurden besonders solche auf Lues (1931 fast 20.500 Untersuchungen mit 4.500 positiven Fällen) sowie zunächst Typhus abdominalis angestellt. Dazu, daß Chemnitz 1931 als „fast frei von Typhus“ bezeichnet werden konnte, hatten die im Institut durchgeführten bakteriologischen Lebensmittel-, Personal- und besonders Wasseruntersuchungen entscheidend beigetragen.

Am Kriegsende, in einer Zeit höchster Seuchengefahr, stellte die Zerstörung des PHI einen schweren Schlag für die Stadt Hygiene dar. Es war zum großen Teil Panofskys Verdienst, daß in der PK bereits 1946 wieder ca. 41.770 mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt wurden (gegenüber 70.173 im Jahr 1936 in beiden Instituten) und damit eine wichtige Grundlage für die Durchsetzung hygienischer Verhältnisse in der Stadt erhalten blieb. Später ging ein großer Teil der mikrobiologischen Aufgaben an das 1946 gegründete Bezirks-Hygiene-Institut über. Ein verbleibender Rest versorgte die Kliniken von Chemnitz und seinem Umland, bis er mit der Einweihung des neuen Hauses ausgegliedert wurde, womit eine 100jährige Union von Pathologie und Mikrobiologie ihr Ende fand. Einher ging damit aber auch eine Bereinigung der Aufgaben, die den Kerngebieten der Pathologie zugute kommen wird.

Pathologisch-anatomische Arbeit

Ungeachtet ihres Einsatzes für Mikrobiologie und Hygiene galt das Augenmerk aller Leiter in erster Linie der Pathologie, wofür neben vielen einschlägigen Publikationen und der Ausbildung zahlreicher Fachpathologen auch die vielen später als Kliniker tätigen Ärzte zeugen, die sich im Institut eine theoretische Grundlage erwarben.

Die Zahl der Obduktionen blieb, abgesehen von der Kapazitätssteigerung durch die PK ab 1915, bis 1936 (danach sind bis Kriegsende keine Zahlen verfügbar) etwa konstant zwischen 1.000 und 1.500 und erreichte bald nach dem Krieg wieder den vorherigen Umfang. Die erhobenen Befunde wurden in Chemnitz durch die von Nauwerck eingeführten und von seinen Nachfolgern ebenso gepflegten wöchentlichen Demonstrationen für einen größeren Kreis von Ärzten nutzbar gemacht. Ab

1978 konnte aus hygienischen Gründen nur noch für die unmittelbar beteiligten Kliniker täglich am Sektionstisch demonstriert werden. Demonstrationen mit Einbeziehung bioptischer Befunde in größeren zeitlichen Abständen und im größeren Kreis stießen bei den Klinikern auf sehr unterschiedliche, insgesamt unbefriedigende Resonanz. Jetzt, nach der Wiedervereinigung, droht infolge des Rückgangs der Sektionszahlen (1997: 327) die Obduktionstätigkeit zur Bedeutungslosigkeit herabzusinken, obwohl in der Ärzteschaft Einigkeit über ihren hohen Wert für die Kontrolle ärztlicher Arbeit besteht.

Anders die histologischen Untersuchungen, denen sich in bemerkenswerter Anzahl ab 1980 die zytologischen (außer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen) hinzugesellten. Sie nahmen über den gesamten Zeitraum exponentiell zu, bis etwa 1955 langsam, danach aber um so rascher, und bestimmen seit Anfang der 60er Jahre den Institutsalltag (1997: 28.098 Untersuchungen). Zur Bewältigung der sich daraus ergebenden Probleme gestaltete Krauß den Laborbetrieb völlig um und bezog die nachgeordneten Ärzte in die bis dahin dem Leiter der Einrichtung vorbehaltene Beurteilung ein. Unter Waller konnten nach der Wiedervereinigung die vorher dominierenden klassischen histologischen Untersuchungsmethoden durch moderne, wie Hartschnitttechnik, Immunhistochemie, DNA-in-situ-Hybridisierung u. a. ergänzt werden. Die Ärzte des Institutes haben so den Anschluß an den nationalen Standard gewonnen und nehmen durch die hohe Aussagekraft der histologischen Untersuchungen an der Seite ihrer klinischen Kollegen einen Platz ein, von dem Nauwerck vor 100 Jahren nicht einmal träumen konnte, und der sie optimistisch ins zweite Jahrtausend blicken läßt.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Wolf Künzel
(Mitarbeiter des Instituts von 1956 - 1994)
Max-Planck-Straße 42
09114 Chemnitz
Tel. (03 71) 3 31 23 48

„Gynäkologen gründen Verein“

Am 29. April 1998 wurde ein Verein von niedergelassenen Dresdner Gynäkologen gegründet.

Der Verein führt den Namen „Vereinigung Dresdner Frauenärzte e.V.“. Zweck des Vereins ist eine Zusammenführung der ambulanten tätigen Kollegen; wobei neben regelmäßiger fachlicher Fortbildung in erster Linie regionalspezifisch berufspoli-

tische Fragen behandelt werden sollen.

Die Treffen finden jeweils am 4. Montag des Monats im Dorint-Hotel Dresden, Grunaer Straße, statt.

Vorsitzende des Vereins und somit Ansprechpartnerin ist Frau Dr. med. Braune-Kurrek, Fritz-Löffler-Straße 16, 01069 Dresden, Tel. (03 51) 4 72 45 72, Fax (03 51) 4 72 45 73.

32. Montecatini-Kongreß 1999 - Psychotherapiewochen in der Toscana 13. bis 24. Mai 1999 in Montecatini Terme, Toscana (Italien)

Rahmenthema: „Bindungen - Chancen und Risiken“

Kurse:

Psychosomatische Grundversorgung, Gruppenselbsterfahrung, Hypnose, Projektive Persönlichkeitsdiagnostik, Balintgruppe, Junior-Balintgruppe, Imaginative Körpertherapie, Psychosomatik in Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Themenzentrierte Gruppenarbeit zur Rehabilitation.

Seminare:

Transkulturelle Psychotherapie, Sucht, Sexueller Mißbrauch, Borderlinestörungen, Psychotherapie bei Psychosen, Traumbearbeitung, Übertragungsliebe.

Auskunft und Vorprogramm:

Brandenburgische Akademie für Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie e.V., Finsterwalder Str. 62, 03048 Cottbus, Tel. (0355) 47 28 45, Fax: (0355) 47 26 47.

Bettenhausneubau in Zittau

Das mit 37,4 Millionen DM geförderte Bauvorhaben des Neubaus eines Bettenhauses am Hauptstandort des Kreiskrankenhauses Zittau wurde kürzlich eingeweiht. Mit der Inbetriebnahme können Außenstandorte des Krankenhauses geschlossen und in den Hauptbereich eingegliedert werden. Sieben Pflegestationen mit über 200 Betten wurden neu geschaffen, die der Gynäkologie/Geburtshilfe, der Inneren Abteilung, der Chirurgie und Augen-Belegabteilung zugute kommen. Das Krankenhaus verfügt jetzt insgesamt über 364 Betten, in die 13 Intensivtherapie-Betten integriert sind.

Pressemitteilung des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales, Gesundheit und Familie

Neues Ärztemerkblatt

Schutzimpfungen für den Internationalen Reiseverkehr und Malariaphylaxe neben den wichtigen Vorbeugungsmaßnahmen für Fernreisende vermittelt dieses Ärztemerkblatt auf 12 DIN-A4-Seiten. Enthalten ist ebenfalls der aktuelle Impfplan für Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Gemäß ihrer Wichtigkeit ist der Abschnitt zur Malariaphylaxe ausführlicher gehalten und beschreibt die Möglichkeiten zur Notfalltherapie.

Das Merkblatt kann für DM 3,00 (Voraussetzung eines mit DM 3,00 frankierten Rückumschlages) über das Deutsche Grüne Kreuz, PF 1207, 35002 Marburg, Telefon (0 64 21) 29 30, Fax: (0 64 21) 2 29 10 bezogen werden.

Preis der „American Heart Association“

Den weltweit ausgeschriebenen Preis für Nachwuchswissenschaftler erhielt

Dr. Josef Niebauer,

Herzzentrum Leipzig, anlässlich ihrer wissenschaftlichen Tagung im November vergangenen Jahres in Dallas. Titel der Arbeit: Endotoxämie bei dekompensierter Herzinsuffizienz: Mögliche Ursache der Immunaktivierung.

Partnerschafts- gesellschaftsregister

Das Amtsgericht Leipzig, Registergericht, teilte uns unter dem 09. Dezember 1998 mit, daß das „Ärzteblatt Sachsen“ in Partnerschaftsgesellschaftsregistersachen neben dem Bundesanzeiger und der Leipziger Volkszeitung für den Kammerbereich der Sächsischen Landesärztekammer als weiteres Bekanntmachungsblatt durch das Gericht bestimmt wurde.

Für Sachverhalte der Partnerschaftsgesellschaften erfolgen ab 1. 1. 1999 diesbezügliche Mitteilungen unter dem Rubrum „Amtliche Bekanntmachungen“ des „Ärzteblatt Sachsen“.

Beschluß über die Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratsitzung vom 24. 11. 1998

Herr René Altenburger aus Berlin:

Spätergebnisse nach arthroskopischer Meniskus Chirurgie beim jungen Erwachsenen

Herr Joachim Anders aus Leipzig:

Wandel und Ergebnisse des Behandlungsregimes hüftgelenknaher Oberschenkelfrakturen von 1980 bis 1996

Frau Annegret Böhm aus Leipzig:

Untersuchung der Schilddrüsenoperationen der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Chirurgische Onkologie und Thoraxchirurgie der Universität Leipzig im Zeitraum 1. 1. 1993 bis 31. 3. 1996 unter besonderer Berücksichtigung der Lähmungen des Nervus laryngeus recurrens

Frau Anne Bohusch aus Prenzlau:

Untersuchungen zur Konzentration von Lipoproteinen und weiteren klinisch-chemischen und funktionellen Kenngrößen bei der lacto-ovo-vegetarischen und nichtvegetarischen Ernährungsweise

Herr Hicham El-Halabi aus Leipzig:

Laparoskopische und konventionelle Cholecystektomie im Konsens - ein Erfahrungsbericht über Entwicklung, Relation und Ergebnisse beider Methoden - eine retrospektive Studie an 1154 Operationen

Frau Angela Genov aus Lichtenstein:

Die seltenen Tumoren der Lunge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Eine retrospektive Studie der Operationsjahrgänge 1971 bis 1994

Herr Thomas Giesler aus Leipzig:

Untersuchungen zur antihypoxischen/nootropen Wirkung von Meclofenoxat, Piracetam und Propranolol bei Wistar-Ratten unter Natriumnitritoxie am Versuchsmodell des T-Labyrinthes

Herr Hans-Georg Gnauk aus Leipzig:

Operative Versorgung von distalen Radiusfrakturen unter besonderer Berücksichtigung von 58 AO C3-Frakturen

Frau Eva Heller aus Leipzig:

Ultrastrukturell-morphometrische Untersuchungen an Kapillaren und Interstitium im Myokard gesunder und cardiomyopathischer syrischer Goldhamster verschiedener Altersstufen

Frau Beatrice Hesse aus Naumburg:

Lebenssituationen und wissenschaftliches Werk von Carl Thiersch

Herr Stefan Ihle aus Leipzig:

Mathematische Modelle zur Beschreibung des Einflusses der Überexpression von Hefe-Fruktose-1,6-bisphosphatase auf den anaeroben Glucosestoffwechsel von *Escherichia coli*

Herr Hartwig Carl Jaeger aus Berlin:

Die biliäre Sekretion von Cholesterin, Phospholipiden und Apolipoprotein A-I

Frau Diana Jüge aus Schönborn:

Analyse der Zytostatikatherapie beim generalisiert metastasierenden Melanoblastom

Herrn Christian Kruppa aus Dresden:

Untersuchungen zur Optimierung der Toxoplasmose-Diagnostik durch den Einsatz von Messungen der Avidität von IgG-Antikörpern unter besonderer Berücksichtigung der Primoinfektion während der Schwangerschaft

Herr Maik Kühnhoff aus Leipzig:

P53-Expression in uvealen Melanomen: Optimierung des immunhistochemischen Verfahrens

Frau Corinna Lehnert aus Chemnitz:

Ergebnisse des Herzinfarktregisters unter Berücksichtigung der Akutphase im Rahmen des MONICA-Projektes der WHO in Chemnitz 1992

Frau Susanne Lohmar aus Wermisdorf:

Die suprakondyläre Humerusfraktur im Kindesalter und deren Behandlung in der Extension nach Baumann - Eine Analyse des Krankengutes 1978 - 1995

Herr Thomas Paufler aus Bautzen:

Der Herzrhythmus nach der Korrektur atrioventrikulärer Septumdefekte unter besonderer Berücksichtigung der Operationstechnik

Herr Sascha Alexander Pietruschka aus Neu Käbelich:

Stellenwert der Gammanagelosteosynthese zur Versorgung hüftgelenknaher Oberschenkelfrakturen - Analyse der klinischen Ergebnisse der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig, in der Zeit von Oktober 1992 bis Mai 1996

Herr Randolph Pirtkien aus Erlabrunn:

Perioperative Aspekte beim Hüftprothesenwechsel: Analyse von 229 Operationen

Herr Chris Rabe aus Leipzig:

Untersuchungen zur Belastung der Lendenwirbelsäule durch das manuelle Handhaben schwerer Lasten bei Sanitätsunteroffizieren der Bundeswehr

Verleihung des akademischen Grades Dr. med.

(nach der „alten“ Promotionsordnung)

Fakultätsratsitzung am 24. 11. 1998

Herr René Ogrissek aus Wiederitzsch:

Die Ileuserkrankung als Todesursache - Eine retrospektive Untersuchung im Sektionsgut des Pathologischen Institutes im Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig

Frau Susanne Aresin aus Leipzig:

Möglichkeiten der klinischen und subjektiven Bewertung von Ergebnissen ventraler Fusionsoperationen an der Halswirbelsäule. Eine vergleichende Studie unter Verwendung motorischer und sensibler Befunde, instrumentell-diagnostische Befunde sowie des JOA-Index

Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

60 Jahre

- 2. 2. Dr. med. Peter, Friedmar
09468 Tannenberg
- 3. 2. Dr. med. Melzer, Hubert
09419 Thum
- 5. 2. Dr. med. Heider, Alfons
04720 Zaschwitz
- 5. 2. Dr. med. Töpfer, Frithjof
01474 Borsberg
- 6. 2. Dr. med. Schwabe, Isolde
09112 Chemnitz
- 6. 2. Dr. med. Winter, Bernd
04179 Leipzig
- 7. 2. Dr. med. Julius, Brigitte
01307 Dresden
- 8. 2. Dr. med. Reinhardt, Roswitha
08115 Lichtentanne
- 9. 2. Gottschalk, Rosemarie
09526 Olbernhau
- 11. 2. Dr. med. Göhler, Helga
04105 Leipzig
- 12. 2. Otto, Ute
04838 Laußig
- 12. 2. Dr. med. Uhlmann, Volkmar
09221 Neukirchen
- 18. 2. Dr. med. Förster, Peter
09544 Neuhausen
- 18. 2. Dr. med. Schreyer, Christel
04289 Leipzig
- 19. 2. Dr. med. Martin, Jochen
09131 Chemnitz
- 19. 2. Dr. med. Reichert, Brigitte
04318 Leipzig
- 20. 2. Prof. Dr. med. habil. Frank, Karl-Heinz
01309 Dresden
- 20. 2. Dr. med. Heydenreich, Rudolf
04758 Oschatz-Thalheim
- 20. 2. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Tauchert, Hermann
04277 Leipzig
- 22. 2. Dr. med. Krauskopf, Ulrike
04229 Leipzig
- 22. 2. Dr. med. Lehmann, Karen
01445 Radebeul
- 22. 2. Dr. med. Werner, Johannes
08340 Schwarzenberg
- 23. 2. Dr. med. Wolf, Peter
01462 Ockerwitz
- 24. 2. Meyer, Erich
09337 Langenchursdorf
- 24. 2. Dr. med. habil. Naumann, Dieter
09127 Chemnitz
- 24. 2. Dr. med. Schlicker, Gisela
01129 Dresden
- 24. 2. Starke, Steffen
01796 Pirna
- 24. 2. Dr. med. Städtner, Jochen
08371 Glauchau
- 25. 2. Kößling, Frank
04349 Leipzig

25. 2. Dr. med. Roloff, Dorothea
01768 Reinhardtsgrμμα

26. 2. Dr. med. Nüßgen, Reiner
01099 Dresden

26. 2. Dr. med. Riedel, Klaus
08060 Zwickau

28. 2. Dr. med. Flieger, Jan
01909 Bühlau

28. 2. Dr. med. Langer, Elisabeth
08056 Zwickau

28. 2. Dr. med. Lenz, Jochen
08525 Plauen

65 Jahre

- 2. 2. Dr. med. Wildenhain, Rolf
08058 Zwickau
- 3. 2. Dr. med. Niescher, Wolfgang
02797 Oybin

4. 2. Dr. med. Starke, Siegfried
01307 Dresden

5. 2. Dr. med. Raatzsch, Isolde
01474 Weißig

5. 2. Dr. med. Schnitzler, Annelies
08396 Waldenburg

7. 2. Dr. med. Maier, Liane
01069 Dresden

8. 2. Hantzsch, Siegfried
01847 Lohmen

8. 2. Dr. med. Meister, Eva-Maria
04107 Leipzig

13. 2. Dr. med. Kunze, Joachim
01099 Dresden

15. 2. Dr. med. Elschner, Waldemar
08393 Meerane

15. 2. Dr. med. Scholbach, Lilli
04103 Leipzig

15. 2. Dr. med. Wolz, Herta
01237 Dresden

16. 2. Dr. med. Scharfe, Egbert
01774 Höckendorf

17. 2. Dr. med. Fröhlich, Dieter
08058 Zwickau

20. 2. Dr. med. Speck, Christa
04318 Leipzig

24. 2. Dr. med. Lohse, Ursula
04109 Leipzig

26. 2. Dr. med. Gottschalk, Horst
04277 Leipzig

70 Jahre

9. 2. Prof. Dr. med. habil. Fuchs, Ulrich
04155 Leipzig

10. 2. Arnold, Hans
01277 Dresden

12. 2. Dr. med. Schuster, Johannes
08523 Plauen

13. 2. Dr. med. Kolbe, Joachim
01219 Dresden

18. 2. Dr. med. Meier, Wolfgang
08485 Lengenfeld

23. 2. Dr. med. Kissing, Wolfgang
01474 Weißig

26. 2. Dr. med. Heinrich, Gerhard
01796 Pirna

28. 2. Dr. med. Kinzer, Wera
09131 Chemnitz

28. 2. Dr. med. Neumerkel, Horst
02977 Hoyerswerda

75 Jahre

1. 2. Hübner, Gertraud
04439 Engelsdorf

1. 2. Dr. med. Kersten, Irene
01187 Dresden

8. 2. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig

18. 2. Böttcher, Werner
04279 Leipzig

80 Jahre

19. 2. Dr. med. Leidholdt, Hans-Günther
08315 Bernsbach

83 Jahre

17. 2. Nawka, Joachim
02627 Radibor

27. 2. Dr. med. Pastrnek, Johann
04509 Delitzsch

29. 2. Prof. Dr. sc. med.
Sachsenweger, Rudolf
04277 Leipzig

84 Jahre

3. 2. Dr. med. Krause, Helmut
01307 Dresden

8. 2. Dr. med. Fritsch, Hans-Günther
08289 Schneeberg

28. 2. Dr. med. Lawonn, Heinz
04680 Zschadraß

86 Jahre

18. 2. Dr. med. Dr. med. dent. Becker, Heinz
08371 Glauchau

24. 2. Dr. med. Schmerl, Elisabeth
02977 Hoyerswerda

87 Jahre

20. 2. Dr. med. Kunzmann, Annie
04460 Kitzen

88 Jahre

1. 2. Dr. med. Seefried, Johannes
01326 Dresden

7. 2. Dr. med. Biskupski, Franz
04469 Lützschena

18. 2. Dr. med. Gerlach, Heinz
01279 Dresden

92 Jahre

13. 2. Dr. med. Barthel-Lindemann, Maria
01796 Pirna

Nachruf

OA Dr. med. Hartmut Keller

geb. 24. 11. 1939
verst. 18. 10. 1998



Mit großer Anteilnahme nahmen wir Abschied von Oberarzt Dr. med. Keller, welcher nach sehr kurzer Erkrankung aus unserer Mitte gerufen wurde.

Noch Mitte August dieses Jahres in seiner verantwortungsvollen Stelle tätig, überwältigte ihn die Krankheit.

Herr Dr. med. Hartmut Keller wurde am 24. November 1939 in Grimma geboren und studierte von 1958 - 1964 an der Universität zu Leipzig Humanmedizin. Nach einem Pflichtassistentenjahr am Kreiskrankenhaus Grimma und dem Beginn der Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde legte er die Facharztprüfung im Dezember 1968 ab und erhielt die Facharztanerkennung im September 1969.

Nach seiner Eheschließung 1970 zog Herr Dr. med. Keller dann 1971 nach Wurzen, wo er bis zu seinem Tode als Oberarzt der Kinderabteilung am Kreiskrankenhaus tätig war.

Herr Dr. Keller war ein sehr musischer und musikalisch interessierter Mann, welcher neben seiner ärztlichen Tätigkeit voll und ganz in der Musik aufging. Er spielte mit großer Begeisterung und mit einer ihn immer hinreißend verändernden Hingabe Cello. Beide Eigenschaften, sein medizinisches Engagement und seine Musikalität machten ihn zu einem liebenswürdigen Menschen. Durch seine ruhige und gerade bei Kindern so liebevolle Art des Umganges war er sehr beliebt. Sein Arbeitseifer war ungebrochen. Buchstäblich bis zuletzt versah er seinen Dienst mit großem Engagement.

Wir haben viel zu früh einen liebenswerten und sehr kollegialen Mitarbeiter verloren.

Dr. med. Clemens Weiss
Chefarzt der Chirurgischen Abteilung
des Kreiskrankenhauses Wurzen
Vorsitzender der Kreisärztekammer Muldentalkreis