

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 11|99

---

<b>Berufspolitik</b>	„Bündnis Gesundheit 2000“ in Sachsen Aus der Vorstandssitzung am 6. Oktober 1999	500 502
<b>Impressum</b>		502
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Anwendung der ICD-10 – SGB V ab 1. 1. 2000 Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen Meldung von Vorkommissen mit Medizinprodukten Durchführung von Sehtests und augenärztlichen Untersuchungen nach § 12 Abs. 6, § 48 Abs.4 Satz 1 Nr. 4 und Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 in Verbindung mit Anlage 6 Fahrerlaubnisordnung	505 506 511 511
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Die Sächsische Ärzteversorgung informiert Konzerte und Ausstellungen Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden Einladung zur Schriftstellerlesung	511 512 513 513 513
<b>Mitteilungen der KV Sachsen</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	514
<b>Originalie</b>	Neue Aspekte von Tumorklassifikationen Ch. Wittekind, A. Tannapfel	515
<b>Verschiedenes</b>	„Betreutes Wohnen“ - eine mögliche Lebensform für Senioren? 17. Oschatzer Weiterbildungskursus „Endoskopische Diagnostik und Therapie in der Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Orthopädie“	525 526
<b>Leserbriefe</b>	Leserzuschrift Dr. Büttner/Antwort von Doz. Goertchen	529
<b>Personalia</b>	Geburtstage im Dezember Totentafel	530 531
<b>Medizingeschichte</b>	Ärztliches Bulletin zur Todesursache des ehemaligen Sächsischen Ministerpräsidenten Dr. Rudolf Friedrichs	532
<b>Feuilleton</b>	Leipzig - Heimat der Bücher	535
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen - Januar 1999 Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 1998	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>,  
im DGN unter <http://slaek.dgn.de> und per e-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de) zu erreichen/abrufbar.



## „Bündnis Gesundheit 2000“ in Sachsen

Mit voller Wucht treffen uns - ehemalige Ostdeutsche, die Patienten und die im Dienste der Patienten stehenden, die Gesetzesvorhaben der Rot-Grünen-Koalition. Die Durchsetzung des Gesetzentwurfes bedeutet Staatsmedizin und Planwirtschaft erster Güte mit dem Kartell der gesetzlichen Krankenkassen. Insbesondere ist zu rechnen mit:

- einem wachsenden Bürokraten-Wasserkopf bei der GKV durch das nicht zu bewältigende Handling des Globalbudgets. Das wird Unsummen verschlingen.
- Verarmung in der medizinischen Versorgung der Patienten. Die Mittel werden immer knapper. Resultat ist eine „Wartelisten-Medizin“.
- Der „gläserne Patient“ und der „gläserne Arzt“.
- Gängelung und Bevormundung der Leistungserbringung.

Wir kennen diese Art von Versorgungssystem aus längst vergangenen geglaubten Vorwendezeiten.

Dieser - keinen Fehlbegriff auslassende - Reformentwurf brachte eine Bündelung der Kräfte zustande, all derer, die im Dienste der Patienten tätig sind.

Das bundesweite „Bündnis Gesundheit 2000“ bringt Bewegung in die bisher starre Politik. Wir kennen aus der Vergangenheit zu gut, wohin Starrsinn und fehlende Dialogbereitschaft führen. Das Sächsische „Bündnis Gesundheit 2000“ wurde am 14. Juli 1999 gegründet. Der Sprecher des Bündnisses ist der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Das Organisationsbüro wurde in der Sächsischen Landesärztekammer angesiedelt unter tatkräftiger Mithilfe von der Sächsischen Landeszahnärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Sachsen. Diese Vereinbarung wurde in gemeinsamer Sitzung am 10. September 1999 beschlossen. Dem Sächsischen Bündnis gehören 29 Mitglieder an.

Das Bündnis ist angetreten, einen Reformentwurf der vorliegenden Art zu liquidieren. Hier hilft keine Kosmetik, sondern nur eine „Radikaloperation“.

Die Probleme müssen deshalb an die Öffentlichkeit. So fand am 15. September 1999 eine Pressekonferenz statt mit Vertretern der Ärztekammer, der Zahnärztekammer, der Krankenhausgesellschaft, der Pflegeberufe und der Apotheker. Eine Pressemappe vereinigte ein gemeinsames Positionspapier und die Statements des Bündnisses. Machtvoll war die Demonstration in Berlin am 22. September 1999 mit über 25.000 Be-



schäftigten der Gesundheitsberufe. Die Beteiligung von Sachsen war sehr gut. Für das Bündnis wurden neun Busse von der Sächsischen Landesärztekammer organisiert, weiter organisierten Krankenhäuser und Landkreise die Reise selbst. Für die aussagekräftigen und klar formulierten Statements der Beteiligten soll hier das Resümee von Prof. Dr. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, stehen:

**„Diagnose:** Diese Gesundheitsreform ist krank! Sie leidet unter erheblicher politischer Dysfunktionalität!

**Therapie:** Zurückziehen und mit dem Sachverstand der Beteiligten und Betroffenen eine patientengerechte Gesundheitsreform neu erarbeiten. Wir sind dazu ohne Einschränkungen bereit!“

### „Bündnis Gesundheit 2000“

Einen Tag nach der Großdemonstration begannen die gesetzlichen Krankenkassen eine Kampagne gegen die im „Bündnis Gesundheit 2000“. Zusammengeschlossen mit dem Leitwort: „Schluß mit den Märchen“.

Für diese Kampagne werden drei Millionen Mark - Gelder von Versicherten - ausgegeben. Die Bevölkerung soll damit weiter getäuscht werden und im Unklaren gelassen werden über die gravierenden Folgen der Reform. Die Kampfkampagne gegen die Leistungserbringer läuft bis 22. Oktober 1999 mit Telefonhotline zum Ortstarif, Anzeigen, Broschüren und Informationen im Internet.

### Wie geht es nun weiter?

**Der Gesetzentwurf bedarf in wesentlichen Teilen der Zustimmung des Bundesrates. Frau Fischer wird diese von den unionsregierten Ländern nicht erhalten.**

**Folgender Zeitplan steht in der Politik:**

<b>Beratungsausschuß mit ersten Änderungsanträgen</b>	<b>6. 10. 1999</b>
<b>Sondersitzung mit weiteren Änderungsanträgen</b>	<b>25. 10. 1999</b>
<b>Abschließende Beratung</b>	<b>27. 10. 1999</b>
<b>2. / 3. Lesung im Deutschen Bundestag</b>	<b>4. 11. 1999</b>
<b>Beratung im Bundsratausschuß für Gesundheit</b>	<b>10. 11. 1999</b>
<b>2. Durchgang Bundesrat</b>	<b>26. 11. 1999</b>
<b>Beratung des Vermittlungsausschusses (Einsetzung von Arbeitsgruppen und Beratungsfestsetzung)</b>	<b>30. 11./1. 12. 1999</b>
<b>Einigungsvorschlag des Vermittlungsausschusses</b>	<b>15. 12. 1999</b>
<b>Abstimmung des Ergebnisses des Vermittlungsausschusses im Deutschen Bundestag</b>	<b>16. 12. 1999</b>
<b>Abstimmung des Ergebnisses des Vermittlungsausschusses im Bundesrat (sog. 3. Durchgang)</b>	<b>17. 12. 1999</b>
<b>Inkrafttreten des Gesetzes</b>	<b>1. Januar 2000.</b>

Von den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Sachsen liegt ein Beschlußantrag vor mit dem Inhalt, daß der Bundesrat beschließen möge, den Entwurf des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 abzulehnen.



Am 15. Oktober 1999 fand eine Beratung der Mitglieder des Sächsischen „Bündnisses Gesundheit 2000“ statt. Dabei wurde der Beratungsstand des Gesetzentwurfes der Bundesministerin Fischer diskutiert. Korrekturen am Entwurf wurden einmütig für untauglich gehalten und abgelehnt. Die politische Situation läßt die Hoffnung zu, daß dieser Entwurf abgelehnt wird und neue Wege beschritten werden. Die Mitglieder des Bündnisses wollen sich dabei Gehör bei den Politikern verschaffen. In allen Fachgruppen liegen Vorstellungen zu Strukturveränderungen vor. Diese Konzeptionen sollen gebündelt werden und zu einem Positionspapier zusammengefaßt werden.

Es müssen neue Wege gegangen werden, da kein nennenswerter Geldzufluß in das Gesundheitssystem zu ermöglichen ist und Rationalisierungsmöglichkeiten weitestgehend ausgeschöpft sind. Die Verantwortung muß auf breite Schultern genommen werden und von den Patienten mitgetragen werden. Noch in diesem Jahr soll das gemeinsame Positionspapier mit Vorschlägen für Strukturveränderungen des Sächsischen „Bündnis Gesundheit 2000“ vorliegen.

Dr. med. Gisela Trübsbach  
Mitglied des Vorstandes  
der Sächsischen Landesärztekammer

## Aus der Vorstandssitzung am 6. Oktober 1999

Nach anfänglicher Protokollbestätigung und Beschlußkontrolle zur 2. Vorstandssitzung im September wurde allen Beteiligten bereits zu Beginn klar, daß wegen der eingereichten 23 Beschlußvorlagen ein langer Sitzungsverlauf vorprogrammiert war. Unter dem TOP Finanzen wurde die Haushaltsinanspruchnahme für die Monate Juli und August erörtert. Als besonders positiv wurde bewertet, daß die Aufwendungen deutlich unter dem geplanten Zeitsoll liegen. - Die Vorbereitungen zur Absicherung der Datumsumstellung Jahr 2000 sind in der Hauptgeschäftsstelle nahezu abgeschlossen. Für die Teilbereiche Gebäudetechnik, Hardware und Software wurden detaillierte Unterlagen vorgelegt und bestätigt. - Dem Antrag des Ausschusses „Sächsische Ärztehilfe“ zur Gewährung einer finanziellen Unterstützung eines Kammermitgliedes wurde zugestimmt.

Bei der **Nachbereitung der 13. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern** zeigte sich allgemeine Zufriedenheit über die fachlich fundierten Beiträge der Referenten von Kammer und Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und die rege, konstruktive Diskussion. Die besonders thematisierte Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit wurde als notwendig bestätigt; die Zeit für deren Institutionalisierung erscheint noch nicht reif. Die auch auf dieser Veranstaltung sichtbar gewordene verbesserte Zusammenarbeit der beiden Körperschaften wurde als positivum gewürdigt.

Das **Bündnis Gesundheit 2000** hat bei der Demonstration in Berlin, am 22. September 1999, seine Bewährungsprobe bestanden und zeigt durch das geschlossene Auftreten der beteiligten Gruppen offensichtlich Wirkung. Parallel zur Beratung des Gesetzentwurfes in den parlamentarischen Gremien sind weitere Aktivitäten des Bündnisses unbedingt notwendig.

Zur **Vorbereitung der 21. Kammerversammlung am 13. November 1999** wurden notwendige Satzungsänderungen zur Weiterbildungs- und Gebührenordnung diskutiert und in die Tagesordnung aufgenommen. Der Vorstand wird der Kammerversammlung empfehlen, die Anzahl der Mitglieder in den zu wählenden Ausschüssen grundsätzlich auf die Zahl fünf zu begrenzen.

Der Termin für den **10. Sächsischen Ärztetag/22. Kammerversammlung** wurde **auf den 30. Juni/1. Juli 2000 verschoben**.

Herr Dr. Kluge berichtete über die Tätigkeit der **Schlichtungsstelle**. Die Ausführungen zu Sachverständigenrat, Gutachterstamm, Liquidation von Gutachten und seine Vorstellungen zur zukünftigen Arbeitsweise der Schlichtungsstelle wurden bestätigt. Aus dem **juristischen Geschäftsbereich** wurden Beschlußvorlagen zur Führung von Fachgesprächen zur Anerkennung der Gleichwertigkeit von Berufserlaubnissen oder Approbationen, zur ausgelagerten Praxisstätte und zu berufsrechtlichen Vorgängen beraten und beschlossen.

Die Beschlußvorlagen aus dem **ärztlichen Geschäftsbereich** betrafen Ergänzungen zur Weiterbildungsrichtlinie in verschiedenen Gebieten, die Besetzung von Prüfungskommissionen und die Einführung eines Impfkurses mit Zertifikat.

Als der Berichterstatter das Kammergebäude verließ, erklang im Autoradio die Nationalhymne.

Dr. med. Helmut Schmidt  
Vorstandsmitglied

### Ärzteblatt Sachsen

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

### Herausgeber:

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

### Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion

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

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH  
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig  
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig  
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12  
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>  
e-mail: [boettcher@leipziger-messeverlag.de](mailto:boettcher@leipziger-messeverlag.de)

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Annett Neumann

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. 2 vom 1. 1. 1999 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen 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.

# Anwendung der ICD-10 - SGB V ab 1. Januar 2000

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat die Verschlüsselung der Diagnosen durch Vertragsärzte nach der neuen ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) im Bundesanzeiger vom 8. Juli 1999, Seite 10 985, veröffentlicht und damit verpflichtend zum 1. Januar 2000 in Kraft gesetzt. Im folgenden ist der Text abgedruckt.

*Die ab 1. Januar 2000 geltende ICD-10-Fassung nach SGB V, die von der offiziellen WHO-Fassung abweicht, kann ab 1. 12. 1999 im Kohlhammer Verlag, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart, Tel.: (07 11) 7 86 32 80, Telefax: (07 11) 7 86 32 63 bestellt werden.*

*Die Diagnosesynthese steht im Internet auf den Seiten des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).*

## **Bekanntmachung über die Inkraftsetzung eines Schlüssels zur Angabe von Diagnosen gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Vom 24. Juni 1999**

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt mit Wirkung vom 1. Januar 2000 gemäß § 295 Abs. 1 sowie § 301 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als Schlüssel zur Angabe von Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Nr. 1 und 2 sowie § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 SGB V die für Zwecke des SGB V überarbeitete Fassung der Zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme („ICD-10 - SGB V“) in Kraft. Dieser Schlüssel wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in der maschinenlesbaren Version 1.3 oder daraus erstellter gedruckter Fassung herausgegeben.

Für die Anwendung der „ICD-10 - SGB V“ gilt folgendes:

1. Die im Anhang I aufgeführten Schlüsselnummern dienen der Klassifizierung von Krankheiten, die in Deutschland beziehungsweise Mitteleuropa nicht heimisch sind. Diese Schlüsselnummern können, sofern in Einzelfällen erforderlich, für die Diagnoseverschlüsselung nach den §§ 295 und 301 SGB V verwendet werden.
2. Für Zwecke des § 295 SGB V ist es ausreichend, wenn Ärzte in der hausärztlichen Versorgung, Ärzte in der fachärztlichen Versorgung, soweit sie Diagnosen außerhalb ihres Fachgebietes verschlüsseln, und Ärzte im organisierten Notfalldienst die entsprechend kenntlich gemachten, zum Beispiel im Druck grau unterlegten Schlüsselnummern („Minimalstandard“) zur Diagnoseverschlüsselung verwenden.

den. Dabei ist die Angabe einer dreistelligen Schlüsselnummer ausreichend, wenn keine der zugehörigen vierstelligen Schlüsselnummern als Minimalstandard anwendbar ist.

3. Zur Spezifizierung der Diagnoseangaben im Hinblick auf ihre Verwendung für Zwecke des SGB V sind maximal zwei der folgenden sechs Zusatzkennzeichen hinter der Schlüsselnummer der „ICD-10 - SGB V“ anzugeben und im Rahmen des Datenträgeraustausches nach den Regelungen des SGB V zusammen mit dieser zu übermitteln:
  - für eine Verdachtsdiagnose: V
  - für einen symptomlosen Zustand nach der betreffenden Diagnose: Z
  - für eine ausgeschlossene Diagnose: A
  - für die Seitenlokalisation:
    - rechts: R
    - links: L
    - beidseits: B
4. Schlüsselnummern der Kapitel XX („Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“) und XXI („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“), die mit einem Zusatzkennzeichen versehen und im Druck typographisch hervorgehoben sind, dürfen ausschließlich als Sekundärcodes, das heißt zusätzlich zu einer Schlüsselnummer, verwendet werden, soweit dies für Zwecke des SGB V als notwendige Ergänzung beziehungsweise Spezifizierung der Diagnose erforderlich ist.
5. Schlüsselnummern aus Kapitel XXI, die nicht das unter Nummer 4 erläuterte Zusatzkennzeichen aufweisen und im Druck nicht typographisch hervorgehoben sind, dürfen als Primärschlüssel verwendet werden, soweit sie für Zwecke des SGB V erforderlich sind.
6. Die „ICD-10 - SGB V“ beinhaltet eine Teilmenge der vom DIMDI herausgegebenen deutschen Fassung der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Diese Fassung bleibt für Anwendungen außerhalb der Zwecke des SGB V in Kraft. In Zweifelsfällen sind die für die Anwendung dieser Fassung geltenden Regelungen entsprechend bei der Anwendung der „ICD-10 - SGB V“ zugrunde zu legen.

Bonn, den 24. Juni 1999  
226 - 44822 - 1/1

**Bundesministerium für Gesundheit  
Im Auftrag  
Dr. Schulte-Sasse**

# Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Seit dem 1. September 1999 ist ein neuer Gehaltstarifvertrag in Kraft getreten.

Der ab 1. November 1997 gültige Manteltarifvertrag ist weiterhin in Kraft.

Nachfolgend veröffentlichen wir den neuen Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen im vollen Wortlaut.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, daß der Manteltarifvertrag und der Gehaltstarifvertrag im Internet, unter <http://www.slaek.de>, abrufbar sind.

## Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, und dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e.V., Bissenkamp 12-16, 44135 Dortmund, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, Johannes-Brahms-Platz 1, 20355 Hamburg, dem Verband der weiblichen Arbeitnehmer e.V., Konstantinstraße 33, 53179 Bonn, und der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Theodor-Heuss-Straße 2, 70174 Stuttgart, wird folgender Gehaltstarifvertrag abgeschlossen:

### § 1

#### Geltungsbereich

(1) Dieser Tarifvertrag gilt für Arzthelferinnen<sup>1</sup>, die im Bundesgebiet in den Praxen niedergelassener Ärzte tätig sind. Liegt der Beschäftigungsort in den neuen Bundesländern, so gilt dieser Vertrag, soweit in den nachfolgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt wird.

(2) Arzthelferinnen im Sinne des Tarifvertrages sind die Angestellten, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und die die entsprechende Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben.

Sprechstundenschwestern und Sprechstundenhelferinnen sowie staatlich geprüfte Kranken- und Kinderkrankenschwestern sind den Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages gleichgestellt, sofern sie eine Tätigkeit als Arzthelferin ausüben.

(3) Dieser Tarifvertrag gilt entsprechend auch für Auszubildende.

### § 2

#### Anwendungsbereich

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag bestimmt unmittelbar und zwingend den Inhalt aller Arbeitsverträge zwischen Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen und Mitgliedern der tarifvertragschließenden Arbeitnehmerorganisationen.

(2) Sind nicht beide Partner des Arbeitsvertrages Mitglied der Tarifvertragspartner, so gelten die tariflichen Bestimmungen, wenn im Arbeitsvertrag auf diesen Gehaltstarifvertrag oder auf

<sup>1</sup> nachfolgend wird durchgängig die weibliche Berufsbezeichnung verwendet

den Gehaltstarifvertrag in der jeweils gültigen Fassung ausdrücklich oder stillschweigend Bezug genommen wird.

### § 3

#### Gehälter für voll- und teilzeitbeschäftigte Arzthelferinnen

(1) Ab 1. September 1999 gilt folgende Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen:

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I	Tätigkeitsgruppe II	Tätigkeitsgruppe III	Tätigkeitsgruppe IV
1. - 3.	2.465	-	-	-
4. - 6.	2.692	2.827	-	-
7. - 10.	2.918	3.065	3.211	3.502
11. - 16.	3.088	3.243	3.397	3.705
17. - 22.	3.287	3.453	3.617	3.945
ab dem 23.	3.486	3.660	3.834	4.182

(2) Ab dem 1. September 1999 erhalten vollbeschäftigte Arzthelferinnen in den neuen Bundesländern 81,5 % der Gehälter in den westlichen Bundesländern gemäß folgender Tabelle:

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I	Tätigkeitsgruppe II	Tätigkeitsgruppe III	Tätigkeitsgruppe IV
1. - 3.	2.009	-	-	-
4. - 6.	2.194	2.305	-	-
7. - 10.	2.379	2.498	2.617	2.855
11. - 16.	2.517	2.644	2.769	3.020
17. - 22.	2.679	2.815	2.948	3.216
ab dem 23.	2.842	2.983	3.125	3.409

(3) Für die Eingruppierung in die Tätigkeitsgruppen ist vom Berufsbild der Arzthelferin, wie es sich aus der Ausbildungsverordnung ergibt, sowie von den ihr in rechtlich zulässiger Weise übertragenen Tätigkeiten (Delegationsfähigkeit) auszugehen. Die Gesamtverantwortung des Arztes bleibt dabei immer unberührt. Unter Zugrundelegung dieses rechtlichen Rahmens gelten für die Eingruppierung folgende Definitionen:

Tätigkeitsgruppe I: Ausführen von Tätigkeiten nach Anweisungen, wobei Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, wie sie durch eine abgeschlossene Berufsausbildung als Arzthelferin mit der Prüfung vor der Ärztekammer erworben werden.

Tätigkeitsgruppe II: Ausführen von Tätigkeiten nach allgemeinen Anweisungen, wobei vertiefte Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die über die Anforderungen in Gruppe I hinaus erworben worden sind. Es werden 3 Berufsjahre vorausgesetzt.

Tätigkeitsgruppe III: Weitgehend selbständiges Ausführen von Tätigkeiten, die gründliche Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrungen sowie Fortbildung oder die Aneignung zusätzlicher Kenntnisse auf einem bestimmten Gebiet erfordern und die in der Regel mit Übernahme von besonderer Verantwortung verbunden sind. Es werden 6 Berufsjahre vorausgesetzt.

Tätigkeitsgruppe IV: Selbständiges Ausführen von Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das fachliche Können und das Verantwortungsbewußtsein stellen und die in der Regel mit Leitungsfunktionen (Personalführung, Weisungsbefugnisse) verbunden sind.

(4) Nicht vollberufstätige Arzthelferinnen erhalten pro Stunde der mit ihnen vereinbarten Arbeitszeit 1/167 des jeweiligen Monatsgehaltes für vollberufstätige Arzthelferinnen ihrer Tätigkeitsgruppe.

**§ 4**

**Ausbildungsvergütung**

(1) Die Ausbildungsvergütung beträgt

im 1. Jahr monatlich	DM 910,-
im 2. Jahr monatlich	DM 990,-
im 3. Jahr monatlich	DM 1.075,-

(2) In den neuen Bundesländern beträgt die Ausbildungsvergütung

im 1. Jahr monatlich	DM 700,-
im 2. Jahr monatlich	DM 870,-
im 3. Jahr monatlich	DM 955,-

**§ 5**

**Abrechnung**

Die Arzthelferin hat Anspruch auf eine schriftliche Abrechnung ihrer Bezüge.

**§ 6**

**Zuschläge**

(1) Für Überstunden, Samstags-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit sowie Arbeit am 24. und am 31.12. ab 12:00 Uhr sind Zuschläge zu zahlen, die nach Arbeitsstunden berechnet werden. Dabei wird ein Stundensatz von

1/167

des Monatsgehaltes zugrunde gelegt.

(2) Der Zuschlag beträgt je Stunde

a) für Überstunden, für Arbeit am Samstag	25 Prozent
b) für Sonn- und Feiertagsarbeit	50 Prozent
c) für Arbeit am 24. und 31. Dezember ab 12:00 Uhr	50 Prozent
d) für Arbeiten am Neujahrstag, dem 1. Mai sowie an den Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen	100 Prozent
e) für Nachtarbeit	50 Prozent

(3) Besteht für dieselbe Zeit Anspruch auf mehrere Zuschläge, so ist nur der höchste Zuschlag zu zahlen.

**§ 7**

**Wahrung des Besitzstandes**

Waren für die Arzthelferin vor Inkrafttreten dieses Tarifvertrages günstigere Gehaltsbedingungen vereinbart, so werden diese durch diesen Vertrag nicht berührt.

**§ 8**

**Inkrafttreten und Laufzeit**

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag ersetzt den Gehaltstarifvertrag vom 12. September 1997. Er tritt am 1. September 1999 in Kraft.

(2) Dieser Gehaltstarifvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 30. September 2000.

**Protokollnotizen:**

*I. Zu § 1 (2) (Geltungsbereich)*

Angestellte ohne Lehrabschlußprüfung in der Tätigkeit von Arzthelferinnen, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet hatten und die an diesem Stichtage mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig waren, werden den Arzthelferinnen gleichgestellt.

*II. Zu § 3(1) (Berufsjahre)*

Die Berufsjahre zählen vom Ersten des Monats an, in dem die Prüfung zur Arzthelferin bestanden wurde. Die Berufsjahre der Sprechstundenschwestern, Sprechstundenhelferinnen und Krankenschwestern in den neuen Bundesländern werden anerkannt.

Unterbricht die Arzthelferin ihre berufliche Tätigkeit wegen Erziehungsurlaubs, so ist diese Zeit zur Hälfte auf die Berufsjahre anzurechnen.

Hat die Arzthelferin vor ihrer Ausbildung eine berufsnahe Tätigkeit ausgeübt, so ist diese Zeit zur Hälfte auf die Berufsjahre anzurechnen.

Werden Angestellte ohne Lehrabschlußprüfung gem. Protokollnotiz I Arzthelferinnen gleichgestellt, so sind die ersten zwei Jahre der Berufstätigkeit bei der Ermittlung der Berufsjahre nicht anzurechnen.

Die Berufsjahrberechnung gemäß § 11 (2) Satz 3 des Manteltarifvertrages vom 12.09.1997 gilt für alle Arbeitsverträge, die ab dem 01.11.1997 abgeschlossen werden. Für Arbeitsverhältnisse, die vor dem 01.11.1997 bestanden haben, gelten die Regelungen des § 10 (2) Satz 3 des Manteltarifvertrages vom 16.09.1992.

*III. Zu § 3(3) (Eingruppierung in die Tätigkeitsgruppen)*

Die Tätigkeitsgruppen I bis IV bauen inhaltlich aufeinander auf in dem Sinne, daß höhere Tätigkeitsgruppen Tätigkeiten aus den darunter liegenden Tätigkeitsgruppen mitumfassen. Die Eingruppierung in eine Tätigkeitsgruppe erfolgt nach den in den Tätigkeitsgruppen I bis IV jeweils genannten Kriterien und muß im jeweiligen Einzelarbeitsvertrag vereinbart wer-

den Vertretungen in Zeiten von Erholungsurlaub oder Krankheit bis zu sechs Wochen führen nicht zu einer Höhergruppierung.

Übt eine Arzthelferin verschieden zu bewertende Tätigkeiten aus, so kommt es auf das Gesamtbild und die Bewertung ihrer verschiedenen Tätigkeiten nach den Tätigkeitsdefinitionen an. Sie erhält Gehalt nach der höheren Tätigkeitsgruppe, wenn die Tätigkeiten nach dieser Gruppe regelmäßig mehr als die Hälfte der gesamten Arbeitszeit in Anspruch nehmen.

*1. Zu Tätigkeitsgruppe II:*

(Zuschlag auf die Vergütung nach Tätigkeitsgruppe I: 5 %)

In diese Gruppe fällt u.a. das Ausführen von delegationsfähigen Leistungen am Patienten nach allgemeinen Anweisungen (zum Beispiel im Bereich der physikalischen Therapie, der Erstellung eines EKG's und/oder weitere vergleichbare Leistungen) sowie Unterstützung bei der Erstellung der Privatabrechnung und/oder der Kassenabrechnung und im Bereich der Praxisorganisation.

*2. Zu Tätigkeitsgruppe III:*

(Zuschlag auf die Vergütung nach Tätigkeitsgruppe I: 10 %)

In diese Gruppe fallen Tätigkeiten in der Betreuung und Anleitung von Auszubildenden, Tätigkeiten in der Patientenberatung (zum Beispiel bei Diätfragen), betreuende Tätigkeiten im Rahmen von Patientengruppen sowie der Prävention; weiterhin gemäß § 46 Abs. 1 BBiG weitergebildete Arzthelferinnen (Arztfachhelferinnen) mit entsprechender Abschlußprüfung und gemäß § 23 Nr. 4 Röntgenverordnung fortgebildete Arzthelferinnen.

*3. Zu Tätigkeitsgruppe IV:*

(Zuschlag auf die Vergütung nach Tätigkeitsgruppe I: 20 %)

In diese Gruppe fallen Tätigkeiten mit Leitungsfunktionen, das heißt übertragene Weisungsbefugnisse in Praxen mit überdurchschnittlich großem Personalbestand sowie Tätigkeiten im

organisatorischen und kaufmännischen Verwalten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten.

*IV. Zu § 3(3)*

Bei den Begriffen „Anweisung“, „allgemeine Anweisung“, „weitgehend selbständig“ sowie „selbständig“ im Sinne des Ausführens von Tätigkeiten nach den Tätigkeitsgruppen I bis IV sind die Verordnung der Bundesregierung über die Berufsausbildung zur Arzthelferin vom 10.12.1985 (BGBl. Jahrgang 1985, Teil I, S. 2200 bis 2208) sowie die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen zu berücksichtigen; dies sind die Stellungnahmen des Vorstandes der Bundesärztekammer zur „Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch Angehörige der medizinischen Assistenzberufe“ vom 16.02.1974, die von der Bundesärztekammer mitgetragene Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu „Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal“ vom 11.03.1980 sowie die im Jahr 1988 abgegebene Stellungnahme der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 38 vom 22.09.1988, S. 2.604 ff.).

*V.*

Zwischen den Vertragsparteien besteht Einigkeit, daß im Frühjahr 2000 Gespräche zur Gestaltung der Tätigkeitsgruppe III und die Möglichkeit der Aufnahme einer Regelung zur Altersversorgung in die Tarifverträge geführt werden.

Frankfurt am Main, den 20. August 1999

Für eventuell auftretende Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referates Arzthelferinnenwesen gern telefonisch unter der Ruf-Nr. (03 51) 82 67 - 340 - 343 zur Verfügung.

Veronika Krebs  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

# Meldung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten

## Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen und Beinahe-Vorkommnissen bei der Anwendung von Medizin- produkten gemäß § 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Betreiber und Anwender von Medizinprodukten sind verpflichtet, dem BfArM Vorkommnisse zu melden, die im Zusammenhang mit der Anwendung/geplanten Anwendung von Medizinprodukten stehen.

Für die Meldung von Vorkommnissen / Beinahe-Vorkommnissen im Rahmen der Abwehr von Risiken mit Medizinprodukten (§ 29 MPG) sind PC-Erfassungsprogramme und Formblätter einzusetzen. Die Meldungen werden von der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erfaßt.

Dieses Formblatt wurde vom BfArM entwickelt und mit dem DIMDI abgestimmt. Sie sollen zukünftig für Anwendermeldungen ausschließlich verwendet werden.

Die Muster der Formblätter können im Internet über die Homepage DIMDI: <http://www.dimdi.de>, Stichwort Medizinprodukte /Deutsches Infosystem Medizinprodukte/Vorkommnisse oder über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, unter Medizinprodukte <http://www.bfarm.de> heruntergeladen werden, Anschrift: Seestraße 10, 13353 Berlin, Geschäftsstelle Medizinprodukte, Telefon: (030) 45 48 53 85 oder Telefax: (030) 45 48 53 00. **Zur Kenntnis** geben wir Ihnen diese Formblätter **auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer** unter <http://www.slaek.de/info.htm>

Sächsisches Staatsministerium für  
Soziales, Gesundheit und Familie  
Abteilung Gesundheitswesen

# Durchführung von Sehtests und augenärztlichen Untersuchungen nach § 12 Abs. 6, § 48 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 und Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 in Verbindung mit Anlage 6 Fahrerlaubnis-Verordnung

Aufgrund der großen Nachfrage nach den Mustern der Formblätter:

- „**Sehtest-Bescheinigung gemäß § 12 Abs. 2 Fahrerlaubnis-Verordnung zum Erwerb der Klassen A, A1, B, BE, M, L oder T**“ und
- „**Vordruck für augenärztliches Gutachten/Zeugnis gemäß § 12 Abs. 6, § 48 Abs. 4 Nr. 4, Abs. 5 Nr. 2, Anlage 6 Fahrerlaubnis-Verordnung**“

verweisen wir auf das Verkehrsblatt, Ausgabe Nr. 01/99 vom 15.01.1999 (76 Seiten, Einzelpreis 24,30 DM), welches vom Verkehrsblatt-Verlag, dem Amtsblatt des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen der Bundesrepublik Deutschland, herausgegeben wird.

**Bitte richten Sie Ihre Anfragen an den:**

Verkehrsblatt - Verlag

Hohe Straße 39

D - 44139 Dortmund

Tel.: (0180) 5 34 01 40

Fax: (0180) 5 34 01 20

Email: [info@verkehrsblatt.de](mailto:info@verkehrsblatt.de)

Internet: <http://www.verkehrsblatt.de>

Seitens der Sächsischen Landesärztekammer können keine Muster der Formblätter versendet werden. Bitte haben Sie hierfür Verständnis.

Ihre Sächsische Landesärztekammer

## Die Sächsische Ärzteversorgung informiert

### Hinweis für Selbstzahler

Erfahrungsgemäß sind wegen der Feiertage zum Jahreswechsel und einer zum Jahresende erhöhten Anzahl von Überweisungen die Banklaufzeiten am Ende des Monats Dezember etwas länger als üblich. Um eine Gutschrift der von Ihnen überwiesenen Beiträge noch für das Jahr 1999 zu sichern, empfehlen wir Ihnen, **Beitragsüberweisungen zur Sächsischen Ärzteversorgung im Monat Dezember so rechtzeitig zu veranlassen, daß der überwiesene Betrag der Sächsischen Ärzteversorgung spätestens am 31.12.1999** zugegangen ist.

---

## Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

**Sonntag, 5. Dezember 1999, 11.00 Uhr**

Junge Matinee

**Weihnachtliche Bläsermusik**

Heinrich-Schütz-Konservatorium Dresden e.V.

**Donnerstag, 16. Dezember 1999, 19.30 Uhr**

**Vorweihnachtliches Konzert**

Der „dresdner motettenchor“ singt Werke von Hugo Distler, Johann Eccard, Orazio Vecchi u. a.

**Sonntag, 9. Januar 2000, 11.00 Uhr**

Junge Matinee

**Musik aus drei Jahrhunderten**

mit dem Blechbläserquintett der Hochschule für Musik Dresden

Frank Hebenstreit, Michael Pietsch - Trompete;

Peter Konrad - Posaune; Thomas Holz -Horn; Christoph Dittrich - Tuba

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

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte „Junge Matinee“ besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. (03 51) 8 26 71 10, Frau Arnold, gern entgegengenommen.

## Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

**„Mit anderen Augen gesehen“ - Malerei und Objekte**

Gemeinsames Projekt Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf

und St. Marien-Krankenhaus Dresden (Klotzsche)

vom 25. Oktober 1999 bis 11. Januar 2000

**Vernissage am Dienstag, dem 26. Oktober 1999, 19.30 Uhr**

Einführung: Chefarzt Herr Dr. med. Friedemann Ficker

Kunsttherapeutin Frau Stefanie Tappe

**Siegfried Adam - Malerei und Grafik**

vom 18. Januar bis 10. März 2000

**Vernissage am Donnerstag, dem 20. Januar 2000, 19.30 Uhr**

---

## Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden

**Dienstag, 23. November 1999, 19.00 Uhr**  
**Sächsische Landesärztekammer, Albert-Fromme-Saal**

### **„Steht der Staatsanwalt schon morgen vor meiner Tür? - Verrechtlichung der ärztlichen Praxis durch das neue Sozialgesetzbuch“**

Vortrag gehalten von Herrn Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger,  
Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, Köln

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

**Mittwoch, 1. Dezember 1999, 15.00 Uhr,**  
**Sächsische Landesärztekammer, Plenarsaal**

### **„Reflexion von Krankheit im Werk berühmter Künstler“**

Vortrag gehalten von Herrn Professor Dr. med. Albrecht Scholz,  
Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Seien Sie und Ihre Partner dazu und zum anschließenden weihnachtlichen Beisammensein  
bei Stollen und Kaffee herzlich willkommen.

## Schriftstellerlesung

**Mittwoch, 15. Dezember 1999, 15.00 Uhr,**  
**Sächsische Landesärztekammer, Plenarsaal**

### **„Carl Gustav Carus - Leibarzt am sächsischen Königshaus“**

Herr Dr. med. Licht stellt seine 1998 im Tauchaer Verlag erschienene Biographie von Carl Gustav Carus vor.

**Die Kreisärztekammer Dresden freut sich, alle interessierten Kolleginnen und Kollegen und ihre Angehörigen einzuladen.**  
**Seien Sie herzlich willkommen!**

## 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 abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Mittlerer Erzgebirgskreis 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.11.1999 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 abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Zwickauer Land 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.11.1999 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 abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Freiberg 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.1999 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 abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Chemnitzer Land 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.1999 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 abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Aue-Schwarzenberg 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.1999 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 der Erben des Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

### Planungsbereich Chemnitzer Land 1 FA für Allgemeinmedizin

**Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.1999 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 der Erben folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

### Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Allgemeinmedizin

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 30.11.1999 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 Löbau-Zittau 1 FA für Kinderheilkunde

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 15.12.1999 an die o.g. Bezirksstelle.**

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

### Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz 1 FA für Allgemeinmedizin

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 15.12.1999 an die o.g. Bezirksstelle.**

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

### Planungsbereich Leipziger Land 1 FA für Allgemeinmedizin

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

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

**Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 13.12.1999 an die o.g. Bezirksstelle.**

# Neue Aspekte von Tumorklassifikationen

## Zusammenfassung

Tumorklassifikationen dienen dazu, einen Tumor hinsichtlich einer Reihe von Eigenschaften möglichst individuell zu beschreiben und bilden die Grundlage international vergleichbarer Studien zu Therapie und Prognose sowie der Beurteilung von Behandlungsergebnissen. Eine vollständige Klassifikation umfaßt fünf unterschiedliche Angaben: die Tumorlokalisation, die Entität des Tumors (Typing), der histologische Malignitätsgrad der Tumorzellen (Grading), das Tumorstadium (Staging) und die R-Klassifikation (Residualtumor vorhanden/nicht vorhanden). Die Verschlüsselung der Tumorlokalisation folgt der International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), die die anatomischen Bezirke mit einem drei- oder vierstelligen Schlüssel beschreibt. Die histologische Typisierung (Typing), die Diagnose der Tumorentität, erfolgt nach WHO-Richtlinien, der „Internationalen histologischen Klassifikation von Tumoren“. Nach den Richtlinien des Tumorhistologeschlüssels sollte die Histologie verschlüsselt werden,

um eine einheitliche und international vergleichbare Tumordokumentation zu erreichen. Die Festlegung des Malignitätsgrades (Grading) erfolgt nach histologischen und zytologischen Kriterien, wobei die Ähnlichkeit des Tumors mit dem Ausgangsgewebe eine wichtige Rolle spielt. Schließlich erfolgt die Stadieneinteilung, die Bestimmung der anatomischen Ausbreitung eines malignen Tumors in den Kategorien T (Tumor), N (Nodule) und M (Fernmetastasen). Das für die jeweiligen Organe unterschiedliche TNM-System gibt die Kriterien der Stadieneinteilung vor. Innerhalb eines definierten Tumorstadiums sollten die Patienten eine vergleichbare Prognose besitzen.

Nach Abschluß einer Behandlung wird angegeben, ob und in welchem Ausmaß nach der Therapie Tumorgewebe in situ zurückgeblieben ist. Die Residual- oder R-Klassifikation umfaßt lokoregionär verbliebene Tumorreste und Fernmetastasen; es müssen daher histologische und klinische Befunde berücksichtigt werden.

## Standardisierung: Sinn und Zweck von Tumorklassifikationen

Tumorklassifikationen dienen dazu, den individuellen Tumor nach Lokalisation, Morphologie und Tumorstadium zu beschreiben. Diese, bei bestimmten Organtumoren unterschiedlich detaillierten Einteilungen bilden die Basis therapeutischer Entscheidungen und damit einer klassifikationsgerechten Therapie. Die Klassifikationen sind keine theoretische Angelegenheit des Pathologen, sondern sie haben ganz wesentlich auch klinische Aufgaben zu erfüllen. Dazu gehören:

- International vergleichbare Grundlagen für die Planung und Durchführung von Therapien zu schaffen, besonders mit dem Ziel einer histologie- und stadiengerechten Therapie.
- Wichtige Daten für die Schätzung der individuellen Prognose zu liefern.
- Voraussetzungen für eine aussagekräftige Beurteilung von Behandlungsergebnissen zu schaffen.
- Den Vergleich diagnostischer und therapeutischer Leistungen unterschiedlicher Behandlungszentren zu ermöglichen.

Die individuelle Tumorerkrankung wird nach folgenden Prinzipien klassifiziert: Tumorlokalisation, histologische Typisierung (Entität) des Tumors (sog. Typing), histologischer Differenzierungs-

C 20.93	Oberes Rektumdrittel	12 bis 16 cm
C 20.92	Mittleres Rektumdrittel	7,5 bis weniger als 12 cm
C 20.91	Unteres Rektumdrittel	weniger als 7,5 cm

grad (sog. Grading), Tumorstadium (sog. Staging).

Schließlich wird die sogenannte R-Klassifikation vorgenommen, um zu dokumentieren, ob das Behandlungsverfahren kurativ war.

## 1. Tumorlokalisation

Für die Einordnung der Tumorlokalisation ist der Topographieteil der ICD-O (International Classification of Diseases for Oncology) maßgebend, der in deutscher Übersetzung (und teilweiser Erweiterung) als Tumorlokalisationschlüssel (Wagner 1993) vorliegt. Er beschreibt die anatomischen Bezirke und Unterbezirke mit einem 3-, zum Teil auch 4-stelligem Schlüssel. Als Beispiel sei die Unterteilung des Rektum angegeben, bei dem drei Drittel unterschieden werden. Bei diesem Organ sind zudem einige Meßregularien zu beachten

(Hermanek 1995). Die Abgrenzung erfolgt nach der mit dem starren Rektosigmoidoskop gemessenen Entfernung des unteren Tumorrandes von der Anokutanlinie.

Mehrere Lokalisationen werden bei der Diagnose einer einzigen Neubildung häufig dann aufgeführt, wenn der genaue Entstehungsort nicht mehr festgelegt werden kann.

## 2. Histologische Typisierung (Typing) maligner Tumoren

Die Grundelemente der Tumorklassifikation sind in Abbildung 2 dargestellt. Als erste in der Abfolge wird die histologische Klassifikation vorgenommen, durch die grundsätzlich festgelegt wird, ob für einen Tumor ein Grading vorgenommen werden muß (zum Beispiel kein Grading bei Schilddrüsenkarzinomen) und ob die TNM/pTNM-Klassifikation maligner Tumoren zur Anwendung kommt (zum Beispiel maligner gastrointestinaler Stromatumor des Magens → keine TNM-Klassifikation,

Karzinom des Magens → TNM-Klassifikation).

In dem Vorwort zur Serie der Internationalen histologischen Klassifikation maligner Tumoren der WHO (World Health Organisation) (sog. Blue Books) wird festgestellt, daß es eine Vorbedingung für vergleichende Studien über Krebserkrankungen ist, internationale Einigung über die histologischen Kriterien für die Definition und Klassifikation verschiedener Krebsarten zu erzielen. Diese Kriterien müssen in einer standardisierten Nomenklatur angewendet werden. Solche, auf der Basis einer standardisierten Nomenklatur erstellten, international akzeptierten und angewandten Klassifikation - gleichermaßen akzeptiert von Internisten, Chirurgen, Radiologen, Pathologen, Statistikern und anderen - würden Krebsärzte in aller Welt in die Lage versetzen, ihre Befunde und Ergebnisse zu vergleichen, und man würde so zu einer Erleichterung internationaler Zusammenarbeit beitragen.

Zu diesem Zweck hat die Welt-Gesundheitsorganisation eine Reihe von Zentren eingerichtet, die sich mit der Erarbeitung dieses Zieles beschäftigen sollen. Als Ergebnis wurden die Bände der „Internationalen histologischen Klassifikation von Tumoren“ herausgegeben, deren erste Auflage von 1967 bis 1981 erschienen. Seit 1980 werden laufend neue Bände der 2. Auflage herausgegeben.

**2.1. Grundlagen der histologischen Klassifikation**

In den histologischen Klassifikationen werden die Tumoren nach dem Konzept der „Histogenese“ oder dem Ausgangsgewebe (nach ihrer Ähnlichkeit mit dem Normalgewebe) gegliedert. Je nach Organ oder Ausgangsgewebe (zum Beispiel Weichteile) werden unterschiedliche Kriterien der Klassifikation angewendet (Tabelle 1). Deswegen sind die histologischen Klassifikationen organunterschiedlich und organspezifisch.

**Tabelle 1:** Prinzipien der histologischen Klassifikation bei verschiedenen Organtumoren

Organ	Klassifikationsprinzip	Histologische Typen
Lunge	Zelltyp	Plattenepithelkarzinom Adenokarzinom Kleinzelliges Karzinom Großzelliges Karzinom
Schilddrüse	Zelltyp, Tumorstruktur	Follikuläres Karzinom Papilläres Karzinom Undifferenziertes Karzinom Medulläres Karzinom
Kolorektum	Tumorstruktur Muzinbildung	Adenokarzinom Muzinöses Adenokarzinom Siegelringzellkarzinom Undifferenziertes Karzinom
Mamma	Ausgangsepithel Tumorstruktur	Duktales Karzinom Lobuläres Karzinom
Weichteile	Ähnlichkeit mit einem Grundgewebe	Liposarkom Rhabdomyosarkom Angiosarkom
Knochen	Zelltyp Art der vom Tumor gebildeten Zwischensubstanz	Osteosarkom Chondrosarkom

Bei den verschiedenen Klassifikationen gibt es Organe mit vergleichsweise wenigen verschiedenen malignen Tumorarten (Schilddrüse) und Organe mit sehr vielen verschiedenen malignen Tumorarten (Haut). In vielen Organen gibt es nur einige wenige histologische Typen, die häufig vorkommen (Adenokarzinome bei kolorektalen Tumoren).

Unter der Berücksichtigung der Klassifikationsrichtlinie, nach der ein Tumor nach seiner Ähnlichkeit mit dem Normalgewebe klassifiziert wird, können Probleme bei der histologischen Klassifikation oft dadurch entstehen, daß ein Tumor unterschiedliche Strukturen aufweisen kann. Grundsätzlich kann in solchen Fällen nach drei verschiedenen Arten vorgegangen werden, wobei diese Prinzipien der histologischen Klassifikation mitunter auch Aspekte des Grading zu berücksichtigen haben:

- 1) *Klassifikation nach den überwiegen- den Strukturen.*
- 2) *Klassifikation ungeachtet der Quan- tität nach den am höchsten differen- zierten Strukturen.*
- 3) *Klassifikation ungeachtet der Quan- tität nach den am wenigsten diffe- renzierten Strukturen.*

Generell gilt bei den verschiedenen Klassifikationen der WHO die Regel, einen Tumor nach seiner überwiegen- den Komponente (> 50 %) zu klassifizieren. Der Malignitätsgrad dieser Karzinom- konstellation wird als schlecht differen- ziert angegeben, da Siegelringzellkarzi- nome gemäß der WHO-Definition als schlecht differenziert (G3) gradet wer- den und das Grading nach dem schlech- testen Differenzierungsgrad durchge- führt wird (WHO-Regel!!). Für manche Organtumoren sind bei der

Bestimmung des histologischen Typs besondere Regeln zu beachten, bei der Klassifikation der Schilddrüsenkarzinome, die vom Follikel epithel ausgehen. Wenn in einem Karzinom auch nur wenige papilläre Strukturen nachweisbar sind, muß ein papilläres Schilddrüsenkarzinom diagnostiziert werden.

Eine generelle Regelung, die für alle Organtumoren in gleicher Weise anzuwenden wäre, existiert also nicht. Für jeden Organtumor müssen die relevanten Klassifikationsregeln beachtet werden.

## 2.2. Verschlüsselung nach Tumorhistologieschlüssel

Die deutsche Krebsgesellschaft hat in einer Mitteilung von 1999 (Weißbach et al. 1999) mitgeteilt, daß der 1997 erschienene Tumorhistologieschlüssel (THS) (Grundmann et al. 1997) für die Verschlüsselung der histologischen Diagnosen verwendet werden soll. Dieses Buch stellt eine kodierte Nomenklatur der heute als klinische Entitäten anerkannten benignen und malignen Tumoren dar. Für jeden Tumor ist als erstes die Vorzugsbezeichnung angegeben, die sich aus den „Blue Books“ der WHO, den Atlanten des AFIP und den deutschsprachigen Lehrbüchern ergibt. Darunter stehen die Synonyme, die vielerorts verwendet werden.

Die internationalen Bemühungen um eine Standardisierung der morphologischen Tumordiagnostik erfordern eine einheitliche Tumordokumentation mit einheitlichen Begriffen. Dasselbe gilt auch für das gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagement, um epidemiologische Daten und Endresultate verschiedener Institutionen vergleichen zu können. Dabei kommt den Pathologen eine besondere Verantwortung zu. Diagnosen (als extremes Beispiel: „verkrebtster Polyp im Kolon“), die nicht im THS erwähnt sind, können von den Dokumentaren nicht verschlüsselt werden und entfallen somit bei der klinischen Dokumentation. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, daß in einem ausführ-

lichen Text des pathohistologischen Gutachtens andere Klassifikationen oder andere Bezeichnungen verwendet werden. Letzteres Verfahren ist auch notwendig, um eventuelle neue Tumorentitäten adäquat zu erfassen.

## 2.3. Andere zusätzliche Klassifikationen

Für die meisten Organtumoren gibt es neben den international anerkannten und etablierten Klassifikationen eine Vielzahl von zusätzlichen, manchmal auf Sprachen oder Regionen beschränkte Klassifikationen. Als Beispiel seien an dieser Stelle die Laurén-Klassifikation (Laurén 1965) und die Ming-Klassifikation (Ming 1977) beim Magenkarzinom aufgeführt.

Ein besonderes Problem stellt nach wie vor die Klassifikation maligner Lymphome dar. Für diese Tumoren existieren zahlreiche verschiedene Klassifikationen, die ihren Ursprung in Europa und Amerika hatten, aber nur zum Teil vergleichbar waren. Dieser Mißstand führte dazu, daß auf der Tumorhistologie basierende Therapiestudien europäischer und amerikanischer Autoren praktisch nicht vergleichbar waren. Erst in den letzten Jahren wurde diese ungünstige Entwicklung durch die Einführung der REAL-Klassifikation (Revised European-American Classification of lymphoid neoplasms) der malignen Lymphome gebremst (Harris et al.

1994). Die REAL-Klassifikation hat unterdessen weltweit breite Akzeptanz gefunden und soll die Grundlage einer demnächst (2000) erscheinenden WHO-Klassifikation der malignen Lymphome sein.

Es gibt sicherlich viele Ursachen, warum zahllose Klassifikationen maligner Tumoren keine nationale oder internationale Anerkennung gefunden haben. Dazu gehören mangelnde Reproduzierbarkeit, unklare Definitionen der verwendeten Parameter, fehlende methodische Klarheit bei der Bearbeitung einer neuen Klassifikation und natürlich auch fehlende klinische Relevanz. Sicher sind eine ganze Reihe von im Ansatz guten Klassifikationen daran gescheitert, daß von den Autoren versäumt wurde, früh



- zumindest theoretisch - die Möglichkeit einer definitiven Diagnose auch an einer kleinen Inzisionsbiopsie. Bei Tumoren, die histologisch heterogen aufgebaut sind, kann das Ergebnis des Typings an einer präoperativen Biopsie durchaus von dem am Tumorresektat abweichen. Aus diesem Grund ist die histologische Klassifikation an Biopsien nur mit gewissen Einschränkungen möglich. Die Erfahrung zeigt aber, daß in der Hand eines mit kleinen Biopsien erfahrenen Pathologen kaum therapeutisch relevante Diskrepanzen auftreten. Am Beispiel der Laurén-Klassifikation des Magenkarzinoms, die für die Wahl des Abstandes zu den Resektionsrändern durchaus von Relevanz ist, konnten wir zeigen, daß in 10 % der Fälle mit einer Diskrepanz zwischen Biopsie und Resektat zu rechnen ist (Biopsie: intestinaler Typ, Resektat: diffuser Typ). Einige weitere Beispiele möglicher Diskrepanzen sind in Tabelle 2 dargestellt.

## 5. Reproduzierbarkeit von Klassifikationen

Die Erfahrung zeigt - und dies belegen auch vergleichende Untersuchungen vor allem der englischsprachigen Literatur -, daß ein bestimmter Tumor bei Untersuchung der gleichen histologischen Schnitte durch verschiedene Pathologen unterschiedlich klassifiziert wird, teilweise durchaus mit therapeutischen Konsequenzen. Als Beispiel seien hier die Lungentumoren (Kleinzelliges Lungenkarzinom vs. nicht-kleinzelliges Karzinom) oder die Keimzelltumoren des Hodens (Seminom versus, Nicht-Seminom) aufgeführt.

Die Hauptursache für derartige Diskrepanzen liegt darin, daß die beteiligten Pathologen die anzuwendenden Klassifikationsprinzipien entweder nicht kennen oder nicht konsequent anwenden. Wenn die international gültigen Klassifikationsprinzipien von kompetenten Pathologen angewendet werden, ist nach eigenen Erfahrungen bei der überwiegenden Mehrheit der organotypischen

**Tabelle 2:** Beispiele für Diskrepanzen zwischen prä- und postoperativem Befund

Organ	Präoperativer Befund	Postoperativer Befund	Klinische Relevanz
Ösophagus	Undifferenziertes Karzinom	Plattenepithelkarzinom	nein
Magen	Papilläres Adenokarzinom	Tubuläres Adenokarzinom	nein
Kolorektum	Adenokarzinom	Muzinöse Adenokarzinom	nein
Lunge	Großzelliges Karzinom	Plattenepithelkarzinom	nein
Knochen	Chondroid differenzierter Maligner Tumor	Chondrosarkom oder Osteosarkom	möglich

Tumoren ein gleiches Klassifikationsergebnis zu erwarten und Diskrepanzen werden Raritäten darstellen. Es muß aber besonders darauf hingewiesen werden, daß der Kliniker, der einen Teil des Tumors entfernt, um ihn für wissenschaftliche Untersuchungen zu verwenden oder auch an einen anderen Pathologen zur Mitbeurteilung zu schicken, im letzteren Falle bei heterogenen Tumoren durchaus mit unterschiedlichen Klassifikationsresultaten rechnen muß. Im Falle einer falschen histologischen Klassifikation aufgrund für wissenschaftliche Zwecke entfernten Gewebes trifft ihn die Hauptschuld, sofern aus dieser Fehldiagnose eine Fehltherapie resultiert.

## 6. Staging

Unter Staging versteht man die Bestimmung der anatomischen Ausbreitung eines malignen Tumors in den Kategorien T (Tumor), N (Nodule) und M (Fernmetastasen).

Nach internationalen Vereinbarungen erfolgt die Beschreibung der anatomischen Tumorausbreitung heute allgemein nach dem TNM-System. Für maligne Lymphome und Leukämien sind dabei spezielle Regeln vorgesehen. Das TNM-System, von Denoix zwischen 1942 und 1952 entwickelt, wurde von der UICC allmählich ausgebaut und ist seit der 4. Auflage (1987) von allen nationalen TNM-Komitees akzeptiert und weltweit gültig. Die einheitlichen Prinzipien des TNM-Systems (Sobin und Wittekind 1997) sind in Tabelle 3 (S. 521) zusammengestellt.

Von besonderer Bedeutung ist die

Unterscheidung zwischen klinischer und pathologischer Klassifikation (cTNM oder TNM versus pTNM).

→ **TNM - Klinische Klassifikation** beruht auf prätherapeutisch erhobenen klinischen Befunden wie allgemeiner klinischer Untersuchung, bildgebende Verfahren, Endoskopie, Biopsie und chirurgischer Exploration.

→ **pTNM - Pathologische Klassifikation** berücksichtigt zusätzlich Befunde, die beim chirurgischen Eingriff und durch die pathologische Untersuchung gewonnen wurden.

Bei jedem Patienten mit malignem Tumor ist grundsätzlich zunächst die klinische Klassifikation vorzunehmen und zwar auch dann, wenn später eine pathologische Klassifikation möglich ist. Die Voraussetzungen für eine pTNM-Klassifikation sind für jedes Organ im TNM Supplement 1993 und bezüglich der pN-Klassifikation auch in der TNM-Klassifikation 1997 definiert (Beispiel: Tabelle 4, S. 521).

Die Durchführung einer klinischen TNM-Klassifikation auch bei chirurgischer Therapie ist aus verschiedenen Gründen notwendig. Nur dadurch ist ein Vergleich zwischen Ergebnissen einer chirurgischen und einer nicht-chirurgischen Therapie möglich. Im Vergleich der klinischen Klassifikation mit der pTNM-Klassifikation kann die Aussagekraft klinischer Methoden zur Bestimmung von TNM beurteilt werden. Beide Möglichkeiten dienen dem Qualitätsmanagement. Die pathologische Klassifikation hat die Aufgabe, die klinische Klassifikation zu bestätigen, zu

**Tabelle 3:** Einheitliche Prinzipien des TNM-Systems

• Die Klassifikation soll nur nach histologischer/zytologischer Sicherung des malignen Tumors vorgenommen werden.		
• <b>Beschreibung der Tumorausbreitung durch drei Parameter:</b>		
- Primärtumor/kontinuierliche Ausbreitung im Entstehungsorgan	<b>T</b>	<b>TNM-Formel</b>
- beziehungsweise Übergreifen auf Umgebung		
- Regionäre Lymphknoten/lymphogene Metastasierung	<b>N</b>	
- Fernmetastasen	<b>M</b>	
• <b>Dualsystem:</b>		
klinische Klassifikation (prätherapeutisch)	TNM	
pathologische Klassifikation (postoperativ-histopathologisch)	pTNM	
• <b>Sicherheit</b> („certainty“ - oder C-Faktor) der Diagnosen/Befunde		
C1 Ergebnisse aufgrund von diagnostischen Standardmethoden, zum Beispiel Inspektion, Palpation und Standard-Röntgenaufnahmen, intraluminale Endoskopie bei bestimmten Organen		
C2 Ergebnisse aufgrund spezieller diagnostischer Maßnahmen, zum Beispiel bildgebende Verfahren, Röntgenaufnahmen in speziellen Projektionen, Schichtaufnahmen, Computertomographie, Sonographie, Lymphographie, Angiographie, nuklear-medizinische Untersuchungen, Kernspintomographie (NMR), Endoskopie, Biopsie und Zytologie		
C3 Ergebnisse aufgrund chirurgischer Exploration einschließlich Biopsie und zytologischer Untersuchung		
C4 Ergebnisse über die Ausdehnung der Erkrankung nach definitiver Chirurgie und pathologischer Untersuchung des Tumorsektates		
C5 Ergebnisse aufgrund einer Autopsie		
<i>zum Beispiel: Der C-Faktor wird hinter die Kategorien T, N und M gesetzt. Ein Fall kann zum Beispiel beschrieben werden als T3C2, N2C1, M0C2.</i>		
• Die Klassifikation kann zu unterschiedlichen Zeiten der Tumorerkrankung erfolgen:		
- bei Erstmanifestation	TNM/pTNM	
- bei multimodaler Therapie nach Vorbehandlung	yTNM/ypTNM	
- bei Rezidivtumoren	rTNM/rpTNM	

**Tabelle 4:** Beispiel für die Erfordernisse der pTNM-Klassifikation am Beispiel des kolorektalen Karzinoms

<b><u>pT-Kategorie</u></b>	
pT	Histologische Untersuchung des durch limitierte oder radikale Resektion entfernten Primärtumors ohne makroskopisch erkennbaren Tumor an den zirkumferentiellen (lateralen), oralen und aboralen Resektionsrändern oder histologische Untersuchung des durch endoskopische Polypektomie oder lokale Exzision entfernten Primärtumors mit histologisch tumorfreien Resektionsrändern oder mikroskopische Bestätigung einer Perforation der viszeralen Serosa oder mikroskopische Bestätigung der Infiltration benachbarter Organe oder Strukturen
<b><u>pN-Kategorie</u></b>	
pN0:	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 12 oder mehr Lymphknoten
pN1:	Histologische Bestätigung von Metastasen in nicht mehr als 3 regionären Lymphknoten
pN2:	Histologische Bestätigung von Metastasen in mehr als 3 regionären Lymphknoten
<b><u>pM-Kategorie</u></b>	
pM1:	Mikroskopischer (histologischer oder zytologischer) Nachweis von Fernmetastasen

ergänzen oder gegebenenfalls zu ändern. Dafür ist allerdings eine Information der durch klinische Untersuchung festgestellten Befunde notwendig. Die pathologische Klassifikation ist verlässlicher als die klinische. Sie liefert die zuverlässigen Daten für die Beurteilung der Prognose und für die Analyse chirurgischer Therapieregebnisse. Die pTNM-Klassifikation ist auch für die Indikation zur postoperativen Radio- und/oder Chemotherapie maßgebend. Die TNM-Klassifikation kann auch zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes mit verwendet werden. Im Rahmen der Nachsorge können die zu erhebenden Befunde immer wieder durch eine TNM-Formel charakterisiert werden. Ein Rezidivtumor wird dabei durch das Präfix „r“ gekennzeichnet.

**6.1. Stadiengruppierung**

Die Klassifikation durch das TNM/pTNM-System erlaubt eine präzise Beschreibung und Dokumentation der anatomischen Tumorausbreitung. Für die einzelnen Organe ergibt sich dabei allerdings eine relativ große Zahl von TNM-Kategorien, beim Magenkarzinom zum Beispiel 32 (4 T-Kategorien, 4 N-Kategorien und 2 M-Kategorien). Wenn keine großen Patientenzahlen vorliegen, ist es für die Analyse des Krankengutes notwendig, diese große Zahl von Kategorien in eine kleinere Zahl von „Stadien“ zusammenzufassen (Hermanek et al. 1997). Dabei soll gewährleistet sein, daß jedes Stadium in bezug auf die Prognose mehr oder weniger homogen ist und daß sich die verschiedenen Stadien entsprechend unterscheiden. Da die Begriffe „Kategorie“ und „Stadium“ häufig verwechselt oder synonym gebraucht werden, sollen sie hier noch einmal erläutert werden. Als Kategorie werden die verschiedenen Möglichkeiten von T, N und M sowie deren Kombination bezeichnet (Tabelle 5).

**Fallbeispiel: „Pathogramm“ eines Patienten mit Rektumkarzinom**

Datum	Tumorklassifikation
April 1992	klinischer Befund: T1N0M0 Therapie: chirurgische lokale Exzision pathologischer Befund: pT1pN0pMX/R0
Juli 1992	klinischer Befund: T0N0M0 (kein Rezidiv)
↓	Nachsorge
Oktober 1993	klinischer Befund: rT1N0M0 (Rezidiv) Therapie: Tiefe anteriore Resektion pathologischer Befund: rpT1pN1pMX/R0
Januar 1994	klinischer Befund: T0N0M0 (kein Rezidiv)
↓	Nachsorge
Oktober 1994	klinischer Befund: T0N0M1 (Lebermetastasen) Therapie: Segmentresektion der Leber Pathologischer Befund: pT0pN0pM1/R0
↓	Nachsorge
Januar 1999	klinischer Befund: T0N0M0 (kein Rezidiv)

**Tabelle 5:** Grundelemente der heutigen Tumorklassifikationen

	Histomorphologie	Histologischer Tumortyp Histologischer Differenzierungsgrad	Typing Grading
Status vor Therapie		Primärtumor pT regionäre Lymphknoten pN Fernmetastasen pM	Staging
Status nach Therapie	Fehlen/ Vorhandensein von Residualtumor	Fehlen oder Vorhandensein von Residualtumor	R-Klassifikation

**Stadiengruppierung beim medullären Schilddrüsenkarzinom**

<b>Stadium I</b>	T1N0M0	<b>Stadium IV</b>	T1N0M1
<b>Stadium II</b>	T2N0M0 T3N0M0 T4N0M0		T2N0M1 T3N0M1 T4N0M1
<b>Stadium III</b>	T1N1M0 T2N1M0 T3N1M0 T4N1M0		T1N1M1 T2N1M1 T3N1M1 T4N1M1

Dagegen ist Stadium die Bezeichnung für eine Gruppe von Patienten mit möglichst gleicher Prognose, definiert durch Tumoren einer oder (meist) mehrerer TNM-Kategorien.

Als Beispiel sei die Stadiengruppierung beim medullären Schilddrüsenkarzinom gezeigt: (siehe Seite 522).

Im allgemeinen wird zwischen den Stadien I bis IV unterschieden, fallweise kommen noch Substadien, bezeichnet mit großen Buchstaben (zum Beispiel IIIA oder IIIB), hinzu. Für nicht-invasive Karzinome wird die Bezeichnung Stadium 0 angewandt.

Nur bei einigen wenigen Organtumoren werden zur Definition der Stadien zusätzliche Parameter berücksichtigt, zum Beispiel bei Tumoren von Knochen, Weichteilen und Prostata der Differenzierungsgrad, bei Tumoren der Schilddrüse der histologische Typ und das Alter, bei trophoblastären Schwangerschaftstumoren und germinalen Hodentumoren der Serumspiegel der Tumormarker.

Die prognostische Bedeutung regionärer Lymphknotenmetastasen ist je nach Tumorklassifikation und -entität unterschiedlich und zum Teil vom Ausmaß der lymphogenen Metastasierung und/oder vom T-Status abhängig. Patienten mit lymphogenen Metastasen werden in

der Regel dem Stadium III, bei etlichen Lokalisationen aber auch zum Teil dem Stadium II, bei Magenkarzinomen sogar dem Stadium IB zugerechnet. Bei einigen Tumoren (zum Beispiel Knochen, Prostata, Nierenbecken, Urether, Harnblase und beim Retinoblastom) werden Patienten mit Lymphknotenmetastasen immer dem Stadium IV zugeteilt.

Patienten mit Fernmetastasen werden im allgemeinen dem Stadium IV zugeordnet. Ausnahmen sind die papillären und follikulären Schilddrüsenkarzinome bei Patienten unter 45 Jahre, die in das Stadium II eingeordnet werden. Bei Hodentumoren werden Patienten mit Fernmetastasen dem Stadium III, bei Trophoblasttumoren der Schwangerschaft werden Lungenmetastasen dem Stadium III, andere Fernmetastasen dem Stadium IV zugeordnet. Allerdings schließt das Stadium IV in einigen Lokalisationen nicht nur Patienten mit Fernmetastasen ein, sondern auch weit fortgeschrittene Tumoren mit dementsprechend schlechter Prognose (zum Beispiel große Speicheldrüsen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Pleuramesotheliom, Niere).

Eine Besonderheit stellen die undifferenzierten Schilddrüsenkarzinome dar, bei denen alle Patienten unabhängig von den TNM-Kategorien, in das Stadium IV eingeordnet werden.

Bei einigen Tumoren gibt es in der 1997

erschienenen Neuauflage der TNM-Klassifikation Ansätze, die M-Kategorie zu unterteilen. Beim Ösophaguskarzinom wird Metastasen in regionären Lymphknoten (M1a) und anderen Fernmetastasen (M1b) unterschieden. Auch beim malignen Melanom der Haut wird bei den M-Kategorien zwischen Metastasen in Haut, Subkutis oder Lymphknoten jenseits der regionären Lymphknoten (M1a) und viszerale Metastasen (M1b) unterschieden. Ein weiteres Beispiel ist das Prostatakarzinom, bei dem zwischen Fernmetastasen in nicht-regionären Lymphknoten (M1a), in Knochen (M1b) und in anderen Lokalisationen (M1c) unterteilt wird.

## 7. Residualtumor - (R-)Klassifikation

Bei der großen Mehrzahl der Patienten mit Tumoren ist eine nennenswerte Chance auf Heilung oder längeres Überleben nur gegeben, wenn nach Abschluß der Behandlung kein Hinweis auf zurückbleibenden Residualtumor besteht (Hermanek und Wittekind 1994a, UICC 1995). Es soll mit der R-Klassifikation also bestimmt werden, ob und in welchem Ausmaß nach der Therapie Tumorgewebe zurückgeblieben ist, inwieweit also eine R0-Situation erreicht werden konnte. Dabei werden sowohl lokoregionär verbleibende Tumorreste als auch Fernmetastasen erfaßt. In der R-

Klassifikation werden sowohl klinische Befunde als auch histologische Befunde am Resektionsrand (-fläche) des Resektates berücksichtigt (Hermanek und Wittekind 1994b). Nach internistischer oder Strahlen-Therapie erfolgt die R-Klassifikation in der Regel durch klinische Untersuchungsmethoden einschließlich Biopsie (cTNM). Nach chirurgischer Therapie ist die R-Klassifikation das Ergebnis einer Synthese der klinischen Befunde und der Befunde bei der pathohistologischen Untersuchung des Tumorsektates (Abbildung 2).

Die R-Klassifikation ist aus historischen Gründen bisher nicht obligater Bestandteil der TNM-Klassifikation. Aufgrund ihrer prognostischen Bedeutung ist sie aber, insbesondere nach chirurgischer Therapie, unerlässlich und daher auch im Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) als essentieller Bestandteil der Tumorklassifikation neben der Erfassung der TNM-Kategorien zur Beschreibung des Tumorstatus nach Therapie zwingend vorgesehen (Dudeck et al. 1994, Wagner und Hermanek 1995).

Ein makroskopischer Residualtumor jeglicher Lokalisation sollte stets mikroskopisch (zytologisch oder histologisch) gesichert werden!

Bei Tumoren des Gastrointestinaltraktes muß die histologische Untersuchung im Rahmen der R-Klassifikation besonders die zirkumferentiellen Resektionsränder (Synonyme: laterale, radiäre, tiefe Resektionsränder) im Bereich des Halteapparates (Mediastinum, Retroperitoneum, kleines Netz, Lig. hepatoduodenale, Lig. gastrocolicum, Mesokolon, Mesorektum) berücksichtigen, da in erster Linie an diesen Resektionsrändern, viel seltener an den oralen oder aboralen Rändern histologisch Tumorausläufer oder Satelliten nachgewiesen werden (Wittekind 1993).

In den letzten Jahren wurden einige neue Methoden eingeführt, um die R-Klassifikation zu präzisieren und damit

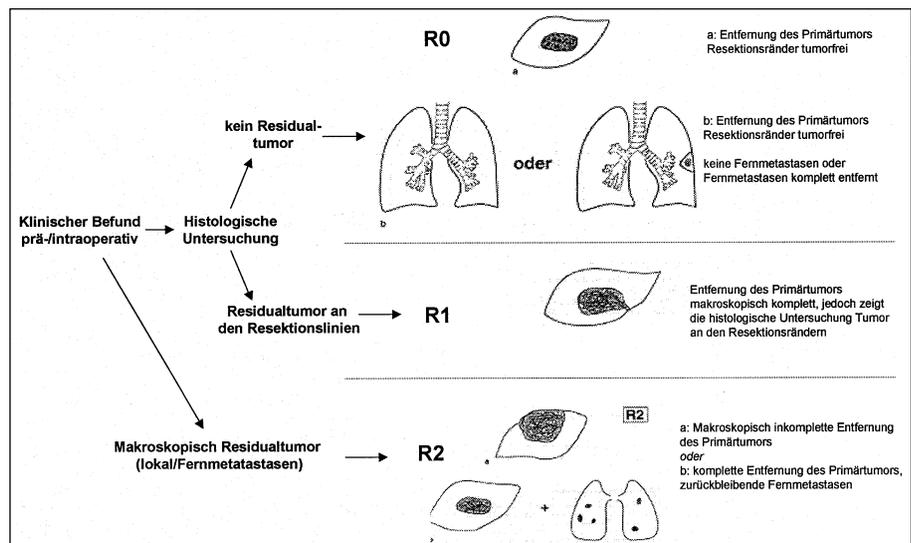


Abbildung 2: Schematische Darstellung der R - Klassifikation

**Die Kategorien der R-Klassifikation sind:**

UICC:	R-Klassifikation (Residualtumorklassifikation)
RX	Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden
R0	Kein Residualtumor (exakter: Residualtumor nicht feststellbar)
R1	Mikroskopisch Residualtumor
R2	Makroskopisch Residualtumor
	R0 = kurative Tumorentfernung = komplette Remission

die Aussagekraft zu verbessern. Zu diesen Methoden gehören die von Veronesi et al. (1991) an Mammatumorsektaten vorgestellte Imprint-Zytologie, die auch an anderen tumortragenden Organresektaten (retroperitoneale Resektionsfläche bei Pankreasresektaten) angewendet werden kann. Zu diesen Methoden zählen zytologische Untersuchungen von Aszites oder abdomineller Lavageflüssigkeit (vor Entfernen des Tumors entnommen) oder die Untersuchungen an Knochenmarksbiopsien mit monoklonalen Antikörpern, zum Beispiel gegen Zytokeratine (Schlimo et al. 1998). Auch molekularbiologische Techniken mit Gen-Rearrangement und Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR) haben hier Anwendung gefunden (Übersicht bei Fenoglio-Preisser 1992). Patienten, bei denen eine R-Klassifikation ohne diese Methoden vorgenommen wurde, kön-

nen nicht mit solchen verglichen werden, bei denen eine oder mehrere Methoden Anwendung fanden. Deswegen wurde von Hermanek und Wittekind (1994b) vorgeschlagen, diese Arten der R-Klassifikation gesondert zu kennzeichnen, R0 (conv) für konventionelle Methoden oder R1 (spec), falls spezielle Methoden zum Nachweis von Tumorzellen verwendet wurden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:  
 Prof. Dr. med. Christian Wittekind  
 Institut für Pathologie  
 der Universität Leipzig  
 Liebigstraße 26  
 04103 Leipzig  
 Tel. (03 41) 9 71 50 00  
 Fax: (03 41) 9 71 50 09

Artikel eingegangen: 15. 3. 1999  
 Artikel nach Revision angenommen:  
 7. 5. 1999

## „Betreutes Wohnen“ - eine mögliche Lebensform für Senioren?

Ein höheres Lebensalter zu erreichen - mehr als 60 beziehungsweise 65 Jahre alt zu werden -, ist ein Geschenk, das heute weit mehr Menschen zuteil wird als noch vor 100 Jahren. Älterwerden bedeutet mehr Gelassenheit, keine Zukunftssorgen um Beruf und Kinder mehr und die Gelegenheit, sich seinen Hobbies zu widmen und das zu tun, was man schon immer einmal machen wollte. Das ist die eine Seite. Aber Älterwerden und vor allem Altwerden ist auch verbunden mit körperlichen Einschränkungen. Ohne Brille geht sowieso nichts mehr, aber auch das Tragen beim Einkaufen fällt immer schwerer, die Türschwelle gibt Anlaß zum Stolpern, das Instandhalten der Wohnung und das Essen kochen werden immer mehr zur übergebürlichen Anstrengung. Da kommen schon einmal Wunschvorstellungen nach mehr Hilfe im Alltag auf. Aber der Gedanke an ein Alten- oder gar Pflegeheim ist unvorstellbar und unerwünscht. Das bedeutet zwar „maximale“ Hilfeleistung, aber zugleich auch Aufgabe des selbständigen Lebens, Eingebundensein in einen institutionalisierten Rhythmus.

Demgegenüber hat sich eine **neue Wohnform** im Alter entwickelt, die dem Menschen in der dritten Lebensphase eine völlige Autonomie garantiert, Wohnkultur und Lebensqualität mit einem umfassenden Service-Angebot, das stufenweise nach eigenem Ermessen in Anspruch genommen werden kann oder auch nicht: das **„Betreute Wohnen“**. Es handelt sich unter optimalen Bedingungen um neu errichtete Wohnanlagen mit besonderer Standortqualität, das heißt in nahverkehrsgünstiger Lage, guter Wohnumgebung und eingebettet in Grünanlagen. In der Regel sind die angebotenen Wohnungen für Einzelpersonen 40 - 50 m<sup>2</sup> groß, für Ehepaare 50 - 60 m<sup>2</sup>. Daß es sich dabei um Komfortwohnungen nach modernsten Gesichtspunkten, meist mit Balkon oder Terrasse handelt, sollte erwartet werden. Überall herrscht sogenannte Barriere-

freiheit, das heißt, alle Wohnungs- und Zimmerzugänge sind ohne Schwellen und Niveau-Unterschiede. Das selbständige Wohnen mit eigenem Mietvertrag ist **eingebettet in ein Angebot von Versorgungs- und Pflegemöglichkeiten**. Dazu gehören Hauswirtschaft, Einkaufen, Friseur, Kosmetik, Apothekengänge, Arztbesuche. Je nach Wunsch kann die Mittagessenversorgung oder Vollverpflegung wahrgenommen werden. Auch pflegerische Leistungen sind jederzeit möglich, in jeder Wohnung gibt es eine Notrufanlage. Selbst eine volle pflegerische Versorgung in der eigenen Wohnung ist gewährleistet. Alles in allem gilt bei dieser Wohnform als oberstes Gebot die Eigenständigkeit, zugleich aber auch Hilfe, wenn sie gebraucht wird.

Die Mitglieder des Seniorenausschusses haben sich im vergangenen und in diesem Jahr in den drei Großstädten Sachsens und in einem sächsischen Landkreis um reale Angebote und Bedingungen des Betreuten Wohnens bemüht und einige Objekte auch selbst besichtigt. Dabei haben wir festgestellt, daß die Strukturen, der Komfort, das Service-Angebot und die Preise natürlich sehr unterschiedlich sind.

Vor allem die Kosten, mit denen man bei der Inanspruchnahme einer solchen Wohnform zu rechnen hat, variieren zum Teil erheblich. Nach unseren Ermittlungen ergeben sich in etwa folgende Aufwendungen (Stand: 1998/99):

Kaltmiete	11,00 - 14,00 DM/m <sup>2</sup>
Mietnebenkosten	2,00 - 3,50 DM/m <sup>2</sup>
Betreuungspauschale pro Monat	60,00 - 120,00 DM Einzelperson 80,00 - 200,00 DM zwei Personen
Hauswirtschaftspflege	ca. 17,00 DM/Stunde
Wohnungsreinigung	3,00 DM/m <sup>2</sup> oder 70,00 - 140,00 DM/Monat
Wäsche	ca. 4,00 DM/kg Trockenwäsche
Essen	Frühstück: 3,20 - 4,00 DM Mittagessen: 6,50 - 8,00 DM Abendessen: 4,00 - 6,00 DM
Vorübergehende Pflege bei Erkrankung	30,00 DM/Stunde
Stellplatz Auto, auch Tiefgarage	25,00 - 70,00 DM/Monat

Wer den Zeitpunkt für gekommen sieht, eine neue Wohnform zwischen völliger Selbständigkeit und völliger Abhängigkeit zu wählen, sollte sorgfältig vorgehen. Er oder sie sollten auch bedenken, daß das „Betreute Wohnen“ nur eine von vielen Möglichkeiten des Wohnens im Alter darstellt. Es empfiehlt sich, in folgender Weise vorzugehen:

- Klärung der Finanzen
- Suche nach geeigneten Wohnanlagen (Zustand des Hauses, Lage, Verkehrsanbindung, Infrastruktur, Grünflächen, Ausstattung, Betreuungsangebot usw.)
- Vergleich der Angebote
- Besichtigung des oder der bevorzugten Objekte
- Mietvertrag abschließen

Es ist sicher ratsam, in die Ermittlungen und Entscheidungen eine weitere Person des Vertrauens einzubeziehen. Der Seniorenausschuß steht Ihnen ebenfalls gern für Ratschläge oder zur Ausleihe von einschlägiger Literatur zur Verfügung. Eine exzellente Hilfe bietet zum Beispiel die Broschüre „Besser leben und wohnen im Alter - Die praktische Entscheidungshilfe für Senioren“, Schönberger Verlag GmbH & Co., München (ISBN 3-89114-051-7, Preis 16,80 DM).

Prof. Dr. Helga Schwenke  
im Namen des Landesausschusses Senioren

## 17. Oschatzer Weiterbildungskursus "Endoskopische Diagnostik und Therapie in der Chirurgie, Gynäkologie, Inneren Medizin und Orthopädie"

Am 16. Juli 1999 fand ein Weiterbildungskursus im Hotel und Seegasthof Wermsdorf besonderen Umfangs statt. Vom *Verein Oschatzer Frauenärzte e.V.*, federführend durch *Frau OÄ Dr. A. Horbas* und *Frau Dr. P. Meyer* organisiert, war diese Veranstaltung dem 60. Geburtstag des Chefarztes der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung der Collm Klinik Oschatz, *Herrn Dr. M. Schollmeyer*, gewidmet. Nach der Umbenennung präsentierte sich das Oschatzer Krankenhaus an diesem Tag erstmalig bei einer wissenschaftlichen Veranstaltung unter dem neuen Logo "Collm Klinik Oschatz".



Collm Klinik Oschatz

Am Vormittag wurde gemeinsam mit anerkannten Vertretern der laparoskopischen Chirurgie und Gynäkologie sowie Gästen in den Operationssälen der Collm Klinik operiert. Chirurgischerseits demonstrierte *Prof. V. Lange* (Schloßpark-Klinik Berlin) eine laparoskopische Fundoplikatio mit Ultracision-Technik, gynäkologischerseits wurden zwei hysteroskopische Eingriffe durch *Prof. J. Hucke* (Krankenhaus Bethesda Wuppertal) und eine endoskopische supracervicale Uterusamputation von *Prof. R. L. De Wilde* (Pius-Hospital Oldenburg) vorgeführt.

Am Nachmittag versammelten sich ca. 80 Kolleginnen und Kollegen im Hotel und Seegasthof Wermsdorf am Horstsee zu einem wissenschaftlichen Programm. Ziel der Veranstaltung war es, daß nach der Neustrukturierung des Oschatzer Krankenhauses im Jahre 1998 veränder-

te Leistungsprofil in den Fachgebieten Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Orthopädie im Bereich der endoskopischen Diagnostik und Therapie darzustellen. Die eingeladenen Gastreferenten aus Berlin, Bremen, Dresden, Magdeburg, Oldenburg und Wuppertal stellten neben endoskopischen Standardverfahren auch neue Entwicklungen auf diesem Teilgebiet der Medizin dar. Ärzte der Oschatzer Fachabteilungen zeigten das endoskopische Profil ihrer Abteilung auf.

In der Begrüßung ging *Frau OÄ Dr. A. Horbas* auf die Verdienste ihres langjährigen Chefs, *Herrn Dr. M. Schollmeyer*, ein. Sie würdigte vor allem sein Engagement um die Einführung der Pelviskopie 1981 und der Hysteroskopie 1994. In seinem Grußwort wies der leitende Chefarzt der Collm Klinik, *Herr Dr. J. Schwarze*, besonders auf die rasante Entwicklung der endoskopischen Chirurgie hin. Er stellte heraus, daß diese auch der „offenen“ Chirurgie neue Impulse gab. So hat nach der Einführung der Ultraschallchirurgie 1990 in den USA, 1995 die Ultracision-Technik die Zulassung in Deutschland erhalten, die speziell für das blutarmer Operieren in der Laparoskopie entwickelt wurde. Aufgrund der Erfahrungen wurden nun auch Instrumente für die konventionellen Operationen geschaffen. Seit 1998 wird diese neue Technik in der Collm Klinik Oschatz im Fachgebiet Chirurgie endoskopisch sowie in der offenen Tumor- und Schilddrüsenchirurgie und in der Gynäkologie bei endoskopischen Eingriffen eingesetzt. Dies führte dazu, daß unsere Einrichtung als Hospitationszentrum für Ultraschallchirurgie ausgewählt wurde.

Die wissenschaftlichen Vorträge eröffnete *Herr Professor H. A. Richter* (Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen). Er nahm Stellung zu den **endoskopischen Standardverfahren in der Chirurgie**. Die laparoskopische Cholecystektomie bezeichnete er als das anerkannteste endoskopische Verfahren. Er präsentierte weiterhin eine Studie von etwa 700 Patienten, die konventionell oder lapa-

roskopisch appendektomiert wurden, wobei die Wundinfektionsrate in der konventionellen Gruppe mit 9,2% versus 6,2% etwas höher lag, aber sonst keine statistisch signifikanten Unterschiede auftraten. Zur Diskussion kamen die laparoskopischen Techniken der Hernien-, Colon- und Thoraxchirurgie. Kritisch sah er die laparoskopische Chirurgie durch den betriebswirtschaftlichen Faktor beeinflusst, bei der der volkswirtschaftliche Nutzen noch nicht vollständig zum Tragen kommt, weil die hohen Geräte- und Instrumentenkosten allein von den Krankenhäusern aufzubringen sind.

*Herr Professor V. Lange* berichtete über ca. 2700 **Eingriffe mit dem „Ultraschallskalpell“**. Er referierte über die Vor- und Nachteile monopolarer und bipolarer Koagulationstechniken, über die Anwendung von Laser- und Water-Jet-Präparationstechniken im Vergleich zur neuen Ultracision-Technik. Nachteil aller elektrischen Koagulationstechniken ist neben der Stromanwendung an sich die lokale und fortgeleitete Hitzeentwicklung sowie die Rauchentwicklung, die bei laparoskopischen Operationen störend bis gefährlich werden können. Nach Literaturangabe ist mit 0,07 bis 0,3% thermischer Schäden aller Fälle zu rechnen.

Der chirurgische Abschnitt wurde mit der Darstellung des Profils endoskopischer Operationen (Cholecystektomien, Appendektomien, Herniotomien, diagnostische Laparoskopien, diagnostische und therapeutische Schulter-, Ellenbogen-, Knie-, Sprunggelenkarthroskopien) an der Collm Klinik Oschatz des vergangenen Jahres im Vergleich zum Land Sachsen durch *Herrn OA Dr. S. Leinung* (Oschatz) abgeschlossen.

Über die Möglichkeiten und Grenzen endoskopischer Verfahren sprach *Prof. R. L. De Wilde* im gynäkologischen Teil der Veranstaltung. Über Video-Projektionen erläuterte er neben der **Technik der endoskopischen axillären Lymphadenektomie** eine randomisierte Studie von 80 Patienten zum Vergleich mit der konventionellen Lymphadenektomie.

Die Operationszeit lag zur Gewinnung von etwa 10 Lymphknoten bei einer Stunde und von etwa 20 Lymphknoten bei zwei Stunden. Parästhesien überwogen bei der Endoskopiertechnik, Vorteile lagen bei weniger postoperativen Schmerzen und erhöhter Mobilität, wobei sich die Unterschiede in der Befindlichkeit nach zwei Monaten in beiden Gruppen anglichen. Vorgestellt wurde weiterhin die Technik der Laparoskopie ohne „Bauchschnitt“, die transvaginale Laparoskopie über den Douglasraum. Zur Auffüllung des Abdomens wird bei dieser Technik das CO<sub>2</sub> durch Wasser ersetzt. Derzeit fehlt es noch an geeigneten Instrumenten, um bei diesem Eingriff die Uterusvorderwand einzusehen und therapeutisch handeln zu können. Desweiteren wurden die laparoskopische Technik bei der Kolposuspension nach Burch sowie eine pelvine laparoskopische Lymphadenektomie vorgestellt.

*Herr Professor J. Hucke* referierte anschließend über das **Spektrum hysteroskopischer Operationen**. So ist die operative Hysteroskopie die Methode der Wahl bei intrakavitären Myomen unter 4 cm und beim septierten Uterus. Die hysteroskopische Endometriumablation bei Blutungsstörungen stellt bei perimenopausalen Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung eine sinnvolle Alternative zur Hysterektomie dar. Als Nachteile gelten der kleine „Arbeitsraum“, als Gefahren Perforationsverletzungen und die hypotone Hyperhydratation durch die Spüllösung bei ungenügender Bilanzierung.

*Frau Dr. P. Meyer* stellte das **endoskopische Profil der gynäkologischen Abteilung der Collm Klinik** vor. Pelviskopien und Hysteroskopien nehmen je ein Drittel der Gesamtzahl von 1200 Operationen im Jahr ein. Seit 1981 wurden 4750 Pelviskopien ausgeführt. Der Anteil der operativen Pelviskopien beträgt 3470 und umfaßt ovarerhaltende Zystenexstirpationen, Adnex- und Myomexstirpationen sowie Adhäsio-lysen, Sterilisationen und Tubektomien bzw. eileitererhaltende Operationen bei Tu-

bargraviditäten. Sie berichtete ferner über die Erfahrungen von 1678 diagnostischen und operativen Hysteroskopien ab 1994, bei denen Polypentfernungen, Myomresektionen, Endometriumablationen und Septumresektionen durchgeführt wurden. Abschließend wurde der Einsatz der Ultracision-Technik, vor allem zur endoskopischen Adhäsio-lyse und zur Myomexstirpation dargestellt. Mit einem umfassenden **Referat über die endoskopischen Möglichkeiten im Gastrointestinaltrakt** setzte *Herr Prof. K. – U. Schentke* (TU Dresden) die Veranstaltung für die Innere Medizin fort. Er vertrat die Meinung, daß im Vergleich zu den gastrokopischen Untersuchungszahlen insgesamt zu wenig koloskopiert wird. Bei der Tumorbilogie des kolorektalen Karzinoms empfahl er eine Basiskoloskopie zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr, analog der Mammographieempfehlungen. Sollte dort kein pathologischer Befund vorliegen, sei diese Untersuchung für 10 Jahre ausreichend.

Im Anschluß daran erörterte *Herr Privatdozent Dr. P. Friedrich* (Oschatz) **das endoskopische Profil der Inneren Abteilung der Collm Klinik**. Er berichtete über 500 Gastroskopien und 300 Coloskopien im ersten Halbjahr 1999, mit der Möglichkeit der Notfal- endoskopie rund um die Uhr, der endosko- pischen Papillotomie, der Endosono-

graphie und der Argongaskoagulation. Im letzten Teil der Veranstaltung sprach *Herr OA Dr. Urbach* (Universitätsklinikum Magdeburg) über die **Möglichkeiten des endoskopischen Operierens in der Orthopädie**. 1998 wurden in Magdeburg 714 arthroskopische Operationen bei einer Gesamtzahl von 3210 Operationen durchgeführt. Ausführlich wurde das Für und Wider arthroskopischer Operationen bei Bankart-Läsionen und bei der subacromialen Dekompression dargestellt.

*Herr Dipl.-Med. W. Rödel* (Oschatz) schloß die Veranstaltung mit der **Profil- darstellung endoskopischer Eingriffe an der orthopädischen Abteilung der Collm Klinik ab**. Im letzten Jahr wurden bei einer Gesamtzahl von 1225 Operationen (davon 360 Hüft- und etwa 200 Knie totalendoprothesen) 272 endoskopische Eingriffe durchgeführt. Er berichtete ausführlich über die Entwicklung einer eigenen Technik bei der arthroskopischen vorderen Kreuzband- plastik, die aktuell in Pressfit-Verspan- nungstechnik ohne Verwendung intraos- säurer Fremdimplantate ausgeführt wird.

Anschrift der Verfasser:  
Collm Klinik Oschatz  
Dr. med. Steffen Leinung,  
Chirurgische Abteilung  
Dr. med. Petra Meyer,  
Gyn.- geburtshilfliche Abteilung  
Parkstr. 1, 04759 Oschatz

Dr. med. W. Büttner Dittersdorf, am 16. 9. 1999  
 Facharzt für Pathologie  
 Weißbacher Straße 101  
 09439 Amtsberg/OT Dittersdorf

Ärzteblatt Sachsen  
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

**Qualitätskontrolle**

**- Tätigkeitsbericht 1998**

(Ärzteblatt Sachsen 8/99, S. 345)

**- Qualitätssicherung - wem nützt das?**  
 (Ärzteblatt Sachsen 9/99, S. 418 ff.)

Sehr geehrte Redaktion!

Eigentlich wollte ich mich zu diesem Thema nicht wieder äußern (und werde mich mit der Polemik auch zurückhalten) - da aber Herr Doz. Goertchen in seinem Bericht die Autopsiefrequenz anspricht und Herr Prof. Ollenschläger das Mode(?) -Thema QUALITÄTSSICHERUNG in wohlthuender Weise kritisch beleuchtet, fühle ich mich doch noch einmal zu einer Lesermeinung angestachelt.

Beim Lesen des Berichts von Doz. Goertchen kam mir die Idee zu folgendem Vorschlag:

Könnte man die Autopsiefrequenz vielleicht erfragen und veröffentlichen?

Ein Kommentar wäre nicht erforderlich, die Zahlen sprächen für sich, sie wären lediglich wieder einmal aktualisiert.

In vier Vertretungswochen, die ich dieses Jahr an einem ehemaligen Bezirkskrankenhaus ableistete, wurden drei (3) Obduktionen aus klinischem Interesse beantragt, und davon eine, „weil vielleicht die Angehörigen Schwierigkeiten machen könnten“. Zwei weitere Obduktionen wurden von Berufsgenossenschaften veranlaßt. Von anderen Häusern hört man ähnliches.

Herr Prof. Ollenschläger hat in dankenswerter Weise einmal die Fülle von Qualitätssicherungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt 'CUI BONO?' analysiert und belegt mit seinen Ergebnissen gewiß nicht nur meine Einschätzung.

Einen Pathologen schmerzt es besonders, wenn ausgerechnet die Obduktionsdiagnostik in der praktizierten Qualitätssicherung keinen Platz mehr findet

- nicht aus verletzter Eitelkeit, sondern aus Kenntnis des Alltags.

Selbstverständlich ist auch die Obduktion nur ein Mosaikstein im gesamten System qualitätssichernder Maßnahmen, aber gibt es denn für solche Fragestellungen wie

- Diskussion der eignen Arbeit im Kreise der Kollegen

- positiver Umgang mit Fehlern

- persönlichen Informationsgewinn in Anatomie und klinischer Pathologie Besseres, Effektiveres?

Und um die Fragwürdigkeit von Todesursachenstatistiken, die nicht auf Obduktionsergebnissen beruhen, weiß wohl kaum jemand besser Bescheid als Herr Doz. Goertchen selbst.

Sicher gibt es Bemühungen, denjenigen, die für das Abwürgen der Obduktionsdiagnostik verantwortlich sind, die Folgen ihres Tuns vor Augen zu führen. Ob aber diese Sisyphusarbeit auch dokumentiert wird? Wenigstens das wäre wichtig! Die Mängel, die sich aus dem Verzicht auf Obduktion und Falldemonstration ergeben, werden den am Patienten wirkenden Ärzten lebenslanglich anhängen, und man wird vielleicht auch irgendwann wieder einmal nach den Schuldigen fragen.

In der Hoffnung auf Ihr Verständnis für diesen Stoßseufzer grüßt

Dr. med. W. Büttner  
 Facharzt für Pathologie i.R.

Ärzteblatt Sachsen“ 5.10.1999  
 Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

**Anmerkungen zum Leserbrief von Herrn Dr. Büttner zum Tätigkeitsbericht 1998 des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie**

Herr Dr. Büttner, selbst langjähriger Pathologe, spricht in seinem Leserbrief zum Tätigkeitsbericht 1998 (Ärzteblatt Sachsen 9/99, S. 418 ff.) sowohl die Autopsiefrequenz im einzelnen als auch den zunehmenden Verlust an Qualitätssicherung der Ärzte durch erheblichen Mangel an Obduktionen erneut an. Zweifelsohne ist dieses Problem nicht

nur unbefriedigend, sondern für eine moderne naturwissenschaftlich aufgeklärte Gesellschaft nicht akzeptabel. Trotz der Vielfalt moderner diagnostischer Methoden bleibt nach wie vor die Autopsie eine besondere Qualitätssicherung mit der höchsten Effektivität und dem dazu im Vergleich relativ geringsten Kostenaufwand. Nicht ohne Grund stellte die Ärzteschaft auf dem Deutschen Ärztetag in Dresden die Forderung nach einer Sektionsfrequenz von mindestens 30 Prozent. Bisherige unvollständige Erhebungen zeigen aber inzwischen alarmierende Ergebnisse, so daß es bereits Krankenhäuser gibt, an denen kaum noch Obduktionen stattfinden. Man fragt sich dabei auch, wie hier die Weiterbildung zum Facharzt überhaupt noch umgesetzt werden kann beziehungsweise wird. Fest steht, daß selbst Universitätsinstitute über eine Sektionsfrequenz von nur noch 20 - 25 Prozent klagen. Etwas günstiger sieht es in Sachsen mit der Autopsiefrequenz in der Perinatalperiode aus. Hier betrug sie noch 1997 um 62 Prozent, bei einem Rückgang ab 1992 innerhalb von fünf Jahren um 17 Prozent (von 79,1 auf 62,9 Prozent). Diese Zahlen basieren auf Erhebungen der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Perinatal- und Neonatalperiode der Sächsischen Landesärztekammer.

Aktuelle Angaben aus der Erwachsenenpathologie von Sachsen zur Sektionsfrequenz liegen in der Tat nicht vor; eine Umfrage seitens der Kammer wäre durchaus denkbar, hilft uns aber nicht wesentlich weiter, wenn das bekannte Problem nicht Eingang in die Gesetzgebung findet. Dies hat erneut die Arbeitsgruppe zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin unter Prof. K. Vilmar an die Mitglieder der Gesundheitsministerkonferenz 1997 mit Nachdruck adressiert, zumal Todesursachenstatistiken auf der Basis von Totenscheinen völlig wertlos sind.

Ohne Veränderung der Gesetzlichkeit bleibt die Situation äußerst unbefriedigend.

Doz. Dr. med. habil. R. Goertchen  
 Vorsitzender des Ausschusses  
 Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

# Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

## 60 Jahre

- 1. 12. Prof. Dr. med. habil. Gruber, Gunter  
04425 Taucha
- 1. 12. Dr. med. Kloß, Peter  
01279 Dresden
- 1. 12. Dr. med. Piehler, Christine  
08428 Trünzig
- 2. 12. Dr. med. Effmert, Klaus  
01768 Bärenstein
- 2. 12. Dr. med. Kreßner, Eberhard  
08058 Zwickau
- 3. 12. Dr. med. Zeug, Karin  
09217 Burgstädt
- 5. 12. Dr. med. Sommer, Gerlinde  
04129 Leipzig
- 9. 12. Dr. med. Haag, Elfriede  
04445 Wachau
- 10. 12. Dr. med. Schulze, Christel  
08060 Zwickau
- 12. 12. Dr. med. Lohse, Hannelore  
01239 Dresden
- 12. 12. Dr. med. Schnaack, Sabine  
01796 Pirna
- 12. 12. Dr. med. Wustmann, Ursula  
01478 Weixdorf
- 14. 12. Dr. med. Petz, Adelheid  
08468 Reichenbach
- 15. 12. Dr. med. Koinzer, Antje  
08149 Vielau
- 17. 12. Dr. med. Peschel, Lothar  
01855 Sebnitz
- 18. 12. Dr. med. Halm, Manfred  
01474 Gönsdorf
- 18. 12. Dr. med. Jacob, Inge  
04445 Störnthäl
- 18. 12. Dr. med. Johannsen, Christa  
04229 Leipzig
- 18. 12. Dr. med. Teubner, Joachim  
08209 Auerbach
- 19. 12. Dr. med. Caffier, Paul  
04129 Leipzig
- 20. 12. Dr. med. Schilling, Dieter  
01705 Freital
- 20. 12. Dr. med. Voß, Johannes  
01277 Dresden
- 21. 12. Dr. med. Huck, Ursula  
01127 Dresden
- 22. 12. Dr. med. Preuß, Rainer  
08289 Schneeberg
- 23. 12. Dittrich, Klaus  
08352 Raschau
- 23. 12. Dr. med. Müller, Roland  
01809 Meusegast
- 25. 12. Dr. med. Dämmrich, Klaus  
02829 Markersdorf
- 26. 12. Dr. med. Reichel, Helmut  
02796 Jonsdorf
- 27. 12. MU Dr. / Palacky-Univ. Olomouc  
Hasek, Ursula  
09116 Chemnitz
- 27. 12. Dr. med. Knebel-Schubert, Bärbel  
02633 Göda
- 29. 12. Dr. med. Weidenbach, Horst  
04103 Leipzig

- 31. 12. Prof. Dr. med. habil. Daniel, Peter  
09243 Niederfrohna

## 65 Jahre

- 3. 12. Krutzsch, Marie-Elisabeth  
04229 Leipzig
- 4. 12. Dr. med. Wessig, Heinrich  
02827 Görlitz
- 6. 12. Dr. med. Thiel, Ute  
04155 Leipzig
- 7. 12. Prof. Dr. med. habil.  
Wildführ, Wolfgang  
04454 Holzhausen
- 8. 12. Prof. Dr. med. habil.  
Langanke, Barbara  
04416 Markkleeberg
- 9. 12. Dr. med. Deunert, Wolfgang  
08468 Reichenbach
- 10. 12. Dr. med. Rudolph, Siegfried  
01307 Dresden
- 11. 12. Dr. med. Gansel, Erika  
02894 Reichenbach
- 13. 12. Dr. med. Rank, Ruth  
08523 Plauen
- 14. 12. Dr. med. Mierisch, Klaus  
01662 Meißen
- 15. 12. Schmidt-Brücken, Irmtraud  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16. 12. Dr. med. Beck, Ingrid  
01324 Dresden
- 19. 12. Dr. med. Gläsel, Gottfried  
08626 Adorf
- 20. 12. Prof. Dr. med. habil.  
Lommatzsch, Peter  
04299 Leipzig
- 20. 12. Dr. med. Otto, Hedda-Maria  
04445 Liebertwolkwitz
- 21. 12. Dr. med. Pietzsch, Ursula  
04177 Leipzig
- 23. 12. Köhler, Gerhard  
02736 Beiersdorf
- 24. 12. Dr. med. habil. Dohrn, Klaus  
09117 Chemnitz
- 24. 12. Dr. med. Müller, Klaus  
02736 Oppach
- 24. 12. Dr. med. Schnick, Helgard  
08529 Plauen
- 25. 12. Dr. med. Müller, Jürgen  
01109 Dresden
- 28. 12. Dr. med. Hesse, Volkmar  
01662 Meißen
- 28. 12. Dr. med. Richter, Götz-Michael  
01471 Radeburg
- 30. 12. Dr. med. Voigt, Annegret  
08056 Zwickau

## 70 Jahre

- 15. 12. Dr. med. Hennebach, Manfred  
08262 Tannenbergesthal
- 26. 12. Dr. med. Willgerodt, Werner  
04103 Leipzig

## 75 Jahre

- 13. 12. Prof. Dr. med. habil. Cossel, Lothar  
04277 Leipzig

- 27. 12. Dr. med. Staude, Sigrid  
04177 Leipzig
- 31. 12. Dr. sc. med. Kretzschmar, Wolfgang  
02625 Bautzen

## 80 Jahre

- 6. 12. Dr. med. Steffan, Otto  
08645 Bad Elster
- 17. 12. Dr. med. Migale, Rudolf  
01824 Kurort Gohrisch
- 26. 12. Dr. med. Neumann, Edith  
04299 Leipzig

## 81 Jahre

- 21. 12. Dr. med. Hellfritzscht, Fritz  
01587 Riesa
- 26. 12. Dr. med. habil. Brandt, Heinz  
04889 Gneisenstadt Schildau

## 82 Jahre

- 11. 12. Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim  
08412 Werdau

## 83 Jahre

- 17. 12. Dr. van der Heijde, Eleonore  
04209 Leipzig
- 22. 12. Dr. med. Eckelt, Hans  
04275 Leipzig

## 84 Jahre

- 15. 12. Dr. med. Weisbach, Hans-Georg  
08056 Zwickau

## 85 Jahre

- 15. 12. Prof. Dr. med. habil. Ludwig, Werner  
01324 Dresden
- 22. 12. Neumann, Rudolf  
01309 Dresden
- 28. 12. Dr. med. habil. Jacob, Günter  
09125 Chemnitz
- 31. 12. Dr. med. Steuer, Helmut  
01326 Dresden

## 86 Jahre

- 10. 12. Dr. med. Rudolph, Peter  
01445 Radebeul
- 18. 12. Dr. med. Emmrich, Kurt  
09127 Chemnitz
- 23. 12. Dr. med. Steuer, Margarethe  
08373 Niederlungwitz

## 88 Jahre

- 13. 12. Dr. med. Kasperek, Bernhard  
08645 Bad Elster

## 89 Jahre

- 31. 12. Dr. med. Dennhardt, Elfriede  
04416 Markkleeberg

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich. Bitte lassen Sie uns das Wissen.

Die Redaktion

# Totentafel

† 9/1997 bis 9/1999

*Außer der Zeit gehört mir nichts.*

Seneca

- |  |   |
|--|---|
| <b>Dr.med. Werner Andreas;</b> Leipzig                   | <b>Dr.med. Susanne Häntzschel;</b> Chemnitz                   |
| <b>Gabriele Arrow;</b> Kittlitz                          | <b>Dr.med. Heinz Härtig;</b> Schlema                          |
| <b>Dr. Krassimir Atanassov;</b> Chemnitz                 | <b>Dr.med. Wolfgang Hartwig;</b> Frankenberg                  |
| <b>Ingrid Behrens;</b> Dresden                           | <b>Dr.med. Erich Hauswald;</b> Zwickau                        |
| <b>Dr.med. Siegbert Bellmann;</b> Obercunnersdorf        | <b>Prof.Dr.med.habil. Johann-Georg Heidelberg;</b><br>Dresden |
| <b>Dr.med. Walter Beyer;</b> Leipzig                     | <b>Dr.med. Wenzel Helbig;</b> Löbau                           |
| <b>Dr.med. Ernst Bisch;</b> Görlitz                      | <b>Dr.med. Heinz Hering;</b> Dresden                          |
| <b>Dr.med. Gerhart Blatz;</b> Leipzig                    | <b>Martina Herold;</b> Niederlungwitz                         |
| <b>Dr.med. Herbert Böhm;</b> Dorfchemnitz                | <b>Frieder Herrmann;</b> Wilkau-Haßlau                        |
| <b>Dr.med. Marianne Böhme-Korn;</b> Dresden              | <b>Dr.med. Karl Herrmann;</b> Aue                             |
| <b>Doz.Dr.med.habil. Horst Breidenbach;</b> Leipzig      | <b>Dr.med. Hans-Jörg Hitschfeld;</b> Leipzig                  |
| <b>Werner Bretschneider;</b> Bergen                      | <b>Franziska Hofheinz;</b> Dresden                            |
| <b>Dr.med. Anna Breyer-Püschel;</b> Bautzen              | <b>Dr.med. Heidemarie Hoschke;</b> Dresden                    |
| <b>Dr.med. Gerhard Broll;</b> Zwickau                    | <b>Dr. (BG) Jordan Jordanov;</b> Görlitz                      |
| <b>Dr.med. Günther Bursy;</b> Lugau                      | <b>Paul Kammler;</b> Großharthau                              |
| <b>Dr.med. Anna Dämmig;</b> Dresden                      | <b>Dr.med. Hans-Joachim Kampeczyk;</b> Eibenstock             |
| <b>Dr.med. Hans Decker;</b> Möhrsdorf                    | <b>Dr.med. Hartmut Keller;</b> Dehnitz                        |
| <b>Dr.med. Hermann Diestel;</b> Auerswalde               | <b>Dr.med. Ralf-Rüdiger Kleber;</b> Plauen                    |
| <b>Dr.med. Otto Dusdorf;</b> Borsdorf                    | <b>MUDr. Gerald Kraus;</b> Dresden                            |
| <b>Dr.med. Waldemar Elschner;</b> Meerane                | <b>Dr.med. Hans-Joachim Krebs;</b> Werdau                     |
| <b>Dr.med. Heinz Epperlein;</b> Saupersdorf              | <b>Dr.med. Hermann Lampadius;</b> Dresden                     |
| <b>Christiane Eschemann;</b> Leipzig                     | <b>Marianne Lange;</b> Niesky                                 |
| <b>Dr.med. Stefan Eschemann;</b> Leipzig                 | <b>Prof.Dr.med.habil. Gerald Leutert;</b> Holzhausen          |
| <b>Dr.med. Horst Falke;</b> Plauen                       | <b>Dr.med. Peter Lindau;</b> Bad Elster                       |
| <b>Ullrich Fiedler;</b> Schwepnitz                       | <b>Dr.med. Rudolf Lipp;</b> Leipzig                           |
| <b>Dr.med. Frank Fleisch;</b> Wurzen                     | <b>Dr.med. Erich Lohberger;</b> Marienberg                    |
| <b>Dr.med. Michael Frank;</b> Lauter                     | <b>Prof.Dr.med.habil. Paul-Friedrich Mahnke;</b><br>Leipzig   |
| <b>Dr.med. Horst Franz;</b> Bernsdorf                    | <b>Dr.med. Alfred Mayerhofer;</b> Böhlitz-Ehrenberg           |
| <b>Prof.Dr.med.habil. Horst Fried;</b> Leipzig           | <b>Marina Mehlhose;</b> Chemnitz                              |
| <b>Dr.med. Hans-Günther Fritsch;</b> Schneeberg          | <b>Dr.med. Hans-Michael Merkel;</b> Kamenz                    |
| <b>Lars-Peter Galuschki;</b> Stüdenitz                   | <b>Dr.med. Hermann Michel;</b> Leipzig                        |
| <b>Peter Gaunitz;</b> Oschatz                            | <b>Dr.med. Lothar Mönch;</b> Dresden                          |
| <b>Eleonore Gebauer;</b> Bischofswerda                   | <b>Dr.med. Armin Morgner;</b> Aue                             |
| <b>Dipl.-Med. Cornelia Glässer;</b> Leipzig              | <b>Dr.med. Rolf Neumann;</b> Chemnitz                         |
| <b>Dr.med. Friedrich Göhlert;</b> Holzhausen             | <b>Dr.med. Horst Oehler;</b> Schneeberg                       |
| <b>Dr.med. Friedrich Rudolf Groß;</b><br>Dürrhennersdorf | <b>Dr.med. Horst Paul;</b> Moritzburg                         |
| <b>Prof.Dr.med. habil. Kurt Hamsch;</b> Leipzig          |   |

## Totentafel

**Dr.med. Friedl Pochmann-Sperlich;** Zittau  
**Dr.med. Irene Ranft;** Auerbach  
**Günther Reinhardt;** Schönborn  
**Dr.med. Frieder Reinhold;** Zwickau  
**Dr.med. Gerhard Reymann;** Zschopau  
**Dr.med. Ingeborg Richter;** Bautzen  
**Dr.med. Eberhard Rollin;** Zschortau  
**Dr.med. Christa Schenderlein;** Dresden  
**Dr.med. Elisabeth Schindler;** Stolpen  
**Dr.med. Barbara Schneider;** Dresden  
**Prof.Dr.med. habil. Wolfgang Schollmeyer;**  
Leipzig  
**Dr.med. Renate Scholz;** Chemnitz  
**Dr.med. Konrad Schöne;** Graupa  
**Dr.med. Gertrud-Marie Schulze;** Marienberg  
**Dr.med. Frithjof Schumann;** Bautzen  
**Dr.med. Heinz Seifert;** Dresden  
**Dr.med. Boris Sljunin;** Leisnig  
**Dr.med. Heinz Sonntag;** Torgau

**Dr.med. Friedrich Städtner;** Glauchau  
**Dr.med. Hanna Stein;** Crimmitschau  
**Dr.med. Wolf-Dietrich Stein;** Bad Lausick  
**Dr.med. Eberhardt Stiehl;** Leipzig  
**Dr.med. Klaus Theile;** Eibenstock  
**Erhard Thuß;** Chemnitz  
**Dr.med. Konrad Timmler;** Crinitzberg  
**Dr.med. Hanns Treutler;** Naunhof  
**Dr.med. Walter Unger;** Schönheide  
**Dr.med. Karl Vogel;** Markranstädt  
**Dipl.-Med. Kerstin Wächtler;** Zwickau  
**Dr.med. Käte Werchau;** Markkleeberg  
**Dr.med. Ursula Wermann;** Mittweida  
**Dr.med. Harald Winkler;** Falkenau  
**Elena Zavalnaia;** Leipzig  
**Dr.med. Dietmar Ziegert;** Großfriesen  
**Dr.med. Gerhard Zschau;** Wehrsdorf  
**Dr.med. Inge Zwingenberger;** Erlabrunn

## Ärztliches Bulletin zur Todesursache des ehemaligen Sächsischen Ministerpräsidenten Dr. Rudolf Friedrichs

- Eine Nachlese für die sächsische Ärzteschaft zur objektiven Information -

In der Vergangenheit wurden wiederholt und besonders auch anlässlich des 50. Todestages am 13. 6. 1997 erneut Zweifel am natürlichen Tod Dr. Friedrichs in den Medien geäußert. Selbst in Kommentaren zu einem im Auftrag der Sächsischen Staatskanzlei angefertigten diesbezüglichen nichtmedizinischen „Gutachtens“ wurden der Öffentlichkeit die Krankheitsbefunde der inneren Leichenschau vorenthalten. Die Unterzeichneten sehen sich daher zu dieser objektiven Information der sächsischen Ärzteschaft veranlaßt, da durch die zitierte Informationspraxis bei der Sachlage Gesundheitseinrichtungen sowie Ärzte beziehungsweise ärztliche

Mitarbeiter zwangsläufig in ein vermeintliches kriminelles Geschehen involviert und damit ungerechtfertigterweise belastet werden. Nach den vorliegenden Dokumentationen des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt wurde Dr. Friedrichs am 4. 6. 1947 stationär aufgenommen und verstarb am 13. 6. 1947, 22 Uhr. Aus früheren Verlautbarungen (zum Beispiel „Sächsische Zeitung“ vom 18. 6. 1947) ist bekannt, daß außer namhaften Friedrichstädter Ärzten wie Prof. Dr. med. Rostoski und andere, die über die Landesgrenzen hinaus bekannten Internisten Prof. Bürger (Leipzig) und Prof. Stadler (Plauen im Vogtland) zur

Behandlung hinzugezogen waren. Die Obduktion wurde unter der klinischen Diagnose Angina pectoris und Herzinfarkt beantragt. Die innere Leichenschau erfolgte am 16. 6. 1947 und wurde von Prof. Dr. med. Paul Geipel und Oberarzt Dr. med. Scheid unter Anwesenheit von Ministerialdirektor Dr. Grube durchgeführt. Das vorliegende Obduktionsprotokoll (509/47) umfaßt acht Seiten. Es ist logisch aufgebaut und dokumentiert alle wesentlichen Befunde. Am Ende des Protokolls werden die wesentlichen Befunde unter der Überschrift „Gutachten“ zusammengefaßt. Die Zusammenfassung hat folgenden Wortlaut:

„Bei dem Ministerpräsidenten Dr. Rudolf Friedrichs ergab die Obduktion eine Coronarsklerose starken Grades mit hochgradiger Stenose des Ramus descendens anterior bis zur Unaufschneidbarkeit und mit einer umschriebenen Stenose der rechten Coronararterie 2 cm hinter der Abgangsstelle aus der Aorta. Proximal von dieser Stenose fand sich eine verschließende braunrote Coronarthrombose von 1,6 cm Länge. Als Folge dieses Verschlusses der rechten Coronararterie im Verein mit der hochgradigen Stenose des Ramus descendens anterior war eine 6 x 6,5 cm große Herzmuskelnekrose in den basalen Teilen der Rückwand der linken Kammer dicht neben dem rechten hinteren Papillarmuskel und bis in die hinteren Abschnitte des Kammerseptum reichend, entstanden. Im Bereich der Nekrose war die Muskulatur eingerissen mit Bildung eines pflaumengroßen akuten Herzwandaneurysma. Außerdem fanden sich

zahlreiche weizenkorn- und halblinsengroße rote und weiße Herzmuskel-schwien in der Kammerscheidewand und in der Vorder- und Rückwand der linken Kammer, die auf vor längerer Zeit abgelaufene Kreislaufstörungen innerhalb der Herzmuskulatur zurückzuführen sind. Durch die frischen und alten Veränderungen war etwa ein Drittel der Muskulatur ausgeschaltet.

Der Tod ist als Folge der beschriebenen Veränderungen durch Versagen des Herzens eingetreten.“

Zu ergänzen wäre unter anderem, daß durch die Obduktion eine hochgradige allgemeine Arteriosklerose festgestellt wurde und das Herzgewicht mit 560 g beziffert ist.

Bei dieser erdrückenden Schwere der erhobenen Krankheitsbefunde kann auch aus heutiger Sicht der damaligen Schlußfolgerung beige-pflichtet werden, wonach der Tod aus innerer krankheitsbedingter Ursache eingetreten ist.

gez. Prof. Dr. med. J. Justus  
Chefarzt des Institutes für Pathologie  
„Georg Schmorl“ Dresden-Friedrichstadt

gez. Prof. Dr. E. Müller  
Direktor des Institutes für Rechtsmedizin  
TU-Klinikum Dresden

gez. Prof. Dr. med. H. Porst  
Ärztlicher Direktor  
des Städtischen Klinikums  
Dresden-Friedrichstadt

Dresden, den 4. 1. 1999

PS: Nachdem seitens der Staatsanwaltschaft Dresden mitgeteilt wurde, daß keine Bedenken gegen die oben genannte Veröffentlichung vorliegen, weil das diesbezügliche Ermittlungsverfahren eingestellt wurde und auch keine Schutzwürdigkeit sensibler Daten wegen noch lebender Angehöriger bestehen, haben wir uns entschlossen, dieses wichtige ärztliche Bulletin den sächsischen Ärzten zur Kenntnis zu geben.

Im Auftrag  
Redaktionskollegium

## Leipzig - Heimat der Bücher -

Unser heutiges Feuilleton betrachtet die Leipziger Buchlandschaft.

In einem Goethe-Zitat heißt es: „*Mein Leipzig lob ich mir, es ist ein Klein - Paris und bildet seine Leute.*“

Das ist richtig, denn mit dem Namen der Stadt Leipzig sind so wichtige Häuser wie die Deutsche Bücherei Leipzig, die Universitätsbibliothek Leipzig, aber auch das Sächsische Staatsarchiv Leipzig, die Deutsche Zentralbücherei für Blinde in Leipzig und die Leipziger Stadtbibliothek verbunden.

Wenden wir uns zwei der bedeutendsten Leipziger Bibliotheken zu.

Zunächst soll etwas zur **Deutschen Bücherei** gesagt werden.

Sie zählt zu den architektonisch bemerkenswertesten Bibliotheksbauten der neueren Zeit. Als Nationalbibliothek, die alle deutschsprachige Literatur seit

1913 sammelt, entstand sie relativ spät. Das resultierte aus der historisch-staatlichen Zerrissenheit. Im Ergebnis der 1848er Revolution war in Frankfurt am Main der Schritt zur Bildung einer „Reichsbibliothek“ erfolgt. Konservative Kräfte machten diesem Fortschritt zunächst um 1851 ein Ende.

Erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgte die Wiederbelebung des Gedankens eines deutschen Buchhortes durch den „Börsenverein der deutschen Buchhändler zu Leipzig“. Am 3. Oktober



1912 führte dies zum Gründungsbeschluß.

Die Finanzierung des Baues wurde von der Buchhändlervereinigung der Stadt

Leipzig und dem Königreich Sachsen sichergestellt.

Der Architekt Oskar Pusch (1877 - 1970) ist künstlerischer Schöpfer, und Baurat Carl-Julius Baer (1873 - 1947) fungierte als technischer Bauleiter.

Die feierliche Grundsteinlegung erfolgte am 19. 10. 1913 - zunächst am ursprünglich geplanten Bauort - in der Nähe der Karl-Siegismund-Straße.

Ein repräsentativerer Platz wurde aber schnell noch von der Stadt Leipzig gefunden, und so wurde der Bau am Deutschen Platz am 25. 5. 1914 begonnen.

Bereits am 2. 9. 1916 erfolgte die feierliche Inbetriebnahme des Gebäudes.

Es ist konkav geschlagen, 120 Meter lang, und es wird durch zwei turmartige Erker akzentuiert. Einschließlich Keller- und Dachgeschoß enthält das Bauwerk 9 Stockwerke. Verwendet wurden als Baumaterial unter anderem Beuchaer Granit. Am Hauseingang ziert plastischer Schmuck.

In den Köpfen über den Eingangstüren erkennt man Bismarck, Gutenberg und Goethe. Um den umfangreichen Buchbestand ordnungsgemäß unterzubringen, waren Anbauten in Form der 5 Magazintürme in den Jahren 1976 - 1983 notwendig geworden. Mehr als 7 Millionen Bändebestand sind hier zu finden. Eine Bandbrücke verbindet Magazin und Altbau.

Mit dem Namen „Die Deutsche Bibliothek“ bildet die Deutsche Bücherei seit dem 3. 10. 1990 zusammen mit der 1946 in Frankfurt am Main gegründeten Deutschen Bibliothek und dem Deutschen Musikarchiv in Berlin eine Einheit. Diese Institution ist die rechtsfähige bundesunmittelbare Anstalt öffentlichen Rechts. Sie erfüllt die Aufgabe einer zentralen Archivbibliothek und wirkt als das nationalbibliographische Zentrum der Bundesrepublik Deutschland.

Die Deutsche Bibliothek Leipzig ist eine Präsenzbibliothek und kann mit Benutzerkarte im Jahreslauf von Personen über 18 Jahren genutzt werden.

Vereinbarte Führungen lassen sowohl die Pracht des Baues als auch Lesesäle und Spezialsammlungen bewundern.

Nunmehr soll die Bedeutung der **Universitätsbibliothek Leipzig** beleuchtet werden. Sie ist die älteste, bis heute bestehende wissenschaftliche Bibliothek Sachsens und die zweitälteste Universitätsbibliothek Deutschlands.

Das Jahr 1543 darf als Geburtsjahr der Universitätsbibliothek genannt werden, obwohl die Gründung der Universität auf das Jahr 1409 zurückgeführt wird. Seit dieser Zeit gab es bereits Büchereien an den Kollegien. Die Bibliothek war und ist bis zur heutigen Zeit eine rein wissenschaftliche Einrichtung.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es nahezu 4,5 Millionen Buchbestände. Dazu gehört eine umfangreiche Zeitschriftensammlung. Die Hauptbibliothek und die Zweigstellen können von den Wissenschaftlern, Universitätsangehörigen, Studenten aber auch Externen genutzt werden. Neben der Benutzung der Lesesäle ist auch die Leihe außer Haus möglich. Besonderer Schatz des Hauses sind Sondersammlungen. Erwähnenswert sind zum Beispiel die Papyrussammlung mit dem altägyptischen Handbuch der Medizin sowie die Sammlung mittelalterlicher Schriften und eine Münzsammlung.

Die Universitätsbibliothek in der Leipziger Beethovenstraße 6 wurde nach den Plänen des Architekten Arved Roßbach im Stil der Spätrenaissance projektiert und ausgeführt. Während der Kriegszeit wurden bis 1945 60 % der Gebäudesubstanz durch Bomben zerstört. Zuvor waren sicherheitshalber viele Bände und Kataloge ausgelagert worden. In mühevoller Arbeit wurde bis in die 50er Jahre



teilweise wieder aufgebaut. Wer kennt nicht die Universitätsbibliothek als fortwährende Baustelle.

Bis zum Jahr 2000 wird nun, wie zu sehen ist, der Wiederaufbau mit gründlicher und zeitgemäßer Umgestaltung im Inneren sowie von Außen vorgenommen. Dabei hat die Universitätsbibliothek ihr Renommee wiedererhalten und zählt weiterhin zu dem architektonischen wie auch wissenschaftlichen Kleinod in der Stadt Leipzig. Auch hier lohnt sich ein Besuch zwecks Information oder zur Literaturrecherche. Die eingangs genannte Deutsche Zentralbücherei für Blinde in Leipzig hält umfangreiches Buchgut und Lesematerial für blinde und sehgeschwache Mitbürger bereit. Aber auch das Sächsische Staatsarchiv und die Leipziger Stadtbibliothek laden zu Literaturstudien ein. Umfangreiches Buchmaterial und Zeitschriften sowie Dokumente sind hier sichergestellt.

Damit macht Leipzig auch als Buchstadt seinem Namen alle Ehre.

Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Kohren-Sahls