

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 6|2000

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung am 3. Mai 2000	228
Berufspolitik	Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Dresden	229
	Zur Situation der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen	232
	Kommentar zum Fragebogen der „Jungen Ärzte“	239
	Hygiene und Umweltmedizin im Öffentlichen Gesundheitsdienst Sachsen	240
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Seminar für in Arztpraxen tätiges Personal in Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin	244
	Konzerte und Ausstellungen	244
	Impressum	244
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	245
Originalie	Ätiologie und Pathogenese der menschlichen Prion-Erkrankungen J. B. Lampe, G. Großbraun, H. Reichmann	246
Leserbriefe	Leserbrief von Frau Dr. Eienkel	251
	Antwort von Herrn Dr. Bornhäuser	251
	Leserbrief von Herrn Dr. Weiss	252
Hochschulnachrichten	Universität Leipzig – Medizinische Fakultät	252
Aktuelles in Kürze	Die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V. lädt ein	255
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Heinz Trenckmann zum 80. Geburtstag	256
	Frau Prof. Dr. med. Dr. med. dent. habil. Barbara Langanke zum 65. Geburtstag	259
	Dr. med. habil. Oswald Petter zum 60. Geburtstag	260
	Geburtstage im Juli 2000	261
	Zum Gedenken an Prof. Dr. med. Martin Kubel	262
Feuilleton	Dottore aus Dresden wurde 65	263
Beilage	Fortbildung in Sachsen – August 2000	

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 zu erreichen/abrufbar.

Aus der Vorstandssitzung am 3. Mai 2000

Die Sitzung wurde eingeleitet durch eine Videodemonstration der Arbeiten des Heidelberger Anatoms Prof. Hagens, der in letzter Zeit viel Aufsehen durch seine Plastinationen von menschlichen Organen bzw. ganzen Leichen erregt hat und sein Verfahren deutschen Landesärztekammern nahe bringen will. Es geht dabei um eine Vermittlung anatomischer Präparate, die einer eigenen Ästhetik gehorchen und so auch Laien eine Sensibilität für den eigenen Körper vermitteln sollen.

Die nachfolgend vom Vorstand erörterten Fachfragen befassten sich mit der Haushaltansprache der Kammer, der Vorbereitung des wirtschaftlichen Jahresabschlusses 1999, der im Juni der Kammerversammlung vorgelegt werden soll.

Breiten Raum nahmen wie fast in jeder Sitzung berufsrechtliche Fragen ein, wobei diesmal eine besonders intensive

Diskussion zu Aspekten der Abgrenzung ärztlicher Tätigkeit von Tätigkeiten, die zwar Ärzte betreiben, aber auf anderen Berufsfeldern liegen. Diese Grenzziehung ist im Hinblick auf die Mitgliedschaft in der Kammer bzw. die Teilnahme am Ärzteversorgungswerk von einiger Bedeutung. Der Vorstand wird diesbezüglich seine bewährte Linie der subtilen Prüfung des Einzelfalls weiter verfolgen.

Ein weiterer Diskussionspunkt war der Umfang und die Stellung der Kammer zu über das Internet abrufbare Patientinformationen bzw. die Selbstdarstellung von niedergelassenen Ärzten und Gesundheitseinrichtungen in diesem Medium. Hierzu wird sich die Kammer zukünftig dezidiert in unserem Ärzteblatt äußern. Der Vizepräsident der Kammer, Dr. Bartsch, gab zu diesem Thema einen Sachstandsbericht, da neben den Ärztekammern auch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die

Krankenhausgesellschaft und das Gesundheitsministerium inhaltlich und koordinierend mit wirksam sind.

Der Vorstand hat sich des weiteren mit der Vorbereitung einer Veranstaltung zum 10. Jahrestag der Kammergründung befasst, die am 13. 5. 2000 stattfindet und die als Tag der offenen Tür allen Besuchern einen Überblick über die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung geben soll. Ebenso wurde die 22. Kammerversammlung, die am 30. 6. und am 1. 7. 2000 stattfindet, vorbereitet.

Fragen zur aktuellen Gesundheitspolitik, insbesondere der Aktivitäten des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000, schlossen die Sitzung ab.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorstandsmitglied

Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Dresden

18. April 2000

Am 18. April 2000 fand im Plenarsaal unseres Kammergebäudes die Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Dresden statt.

Das berufspolitische Interesse der Dresdner Ärztinnen und Ärzte hielt sich – wie leider immer noch recht häufig – in Grenzen, so dass die Teilnehmerzahl eine übersichtliche war. In diesem „gemütlichen“ Rahmen entstand jedoch unter den Kollegen eine engagierte und interessiert-gespannte Atmosphäre, die später zu einer lebhaften Diskussion und spannenden Vorstandswahl führte.

Der scheidende Kreisärztekammervorsitzende, unser jetziger Landeskammerpräsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, moderierte den Abend, und er stellte mit dem Tätigkeitsbericht des Vorstandes dessen Arbeit in der vergangenen Legislaturperiode und die Diskussionsgrundlage vor. Nachdem er kurz auf die allgemeinen, wesentlichen (Pflicht-)Aufgaben der Kreisärztekammer eingegangen war, schilderte er in übersichtlicher und unterhaltsamer Weise deren Umsetzung in den letzten vier Jahren.

Besonders bewährt hatte sich die enge Verbindung zwischen Landes- und Lokalebene, so dass ein unmittelbarer Informationsfluss aus der Sächsischen Landesärztekammer gegeben war. In zirka 30 Kreisärztekammervorstandssitzungen wurden aktuelle berufs- und standespolitische Fragen diskutiert. Dem Vorstand oblag unter anderem auch die Vorbereitung und Gestaltung der Jahresversammlungen der Kreisärztekammern, bei denen die Teilnehmerzahl jedoch – trotz attraktiver Themen – nur unzureichend war. **Die Schwerpunkte unserer Vorstandsarbeit** bildeten im Rahmen unseres satzungsgemäßen Auftrages:

■ die Ausbildung und Examinierung der Arzthelferinnen

Hierbei gilt besonderer Dank Frau Rosemarie Haas, die diese Aufgabe seit Jahren engagiert erfüllt.



Frau Dr. Gisela Trübsbach, Dr. Stefan Mager, Dr. Rainer Weidhase, Frau Uta Katharina Schmidt, Dr. Michael Nitzschke, Dr. Norbert Grosche (v. l. n. r.)

■ die Seniorenarbeit

Sie ist mittlerweile eine unserer erfolgreichsten: Die vierteljährlich stattfindenden Treffen und der jährliche Ausflug finden großen Anklang bei unseren pensionierten beziehungsweise emeritierten Kollegen. Geleitet wurde der Seniorenausschuss über längere Zeit von Dr. med. Bruno Schmolke, in dessen Nachfolge seit 1998 von Katharina Schmidt. Zu hoffen bleibt, dass sich unsere älteren Kollegen in Zukunft auch verstärkt den berufspolitischen, nicht nur den kulturellen und Bildungsthemen zuwenden. Ihr Erfahrungsschatz ist unverzichtbar!

■ die ärztliche Fortbildung

Jährlich fanden im sogenannten Expertenkreis „Aktuelle Medizin“ jeweils zirka acht Veranstaltungen zu Fach- und Berufsthemen mit je 40 bis 60 Teilnehmern statt.

■ die Unterstützung von AiP

Mit finanzieller Hilfe der Kreisärztekammer konnten Reanimationskurse für Ärzte im Praktikum teilweise gesponsert werden.

■ Gesprächs- und Hilfsangebote ideeller und materieller Art an Ärzte in Problemsituationen

Soziale Problemfälle gravierender Art sind uns nicht bekannt geworden. Ge-

spräche mit arbeitslosen Ärzten ergaben ein differenziertes Bild, jedoch keine ausgesprochenen Notlagen.

Die Kreisärztekammer beteiligt sich mit Spenden außerdem am Fonds des Hartmannbundes „Ärzte helfen Ärzten“.

■ Mit der **Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“** wurde der Kontakt durch Einladungen zu Vorstandssitzungen weiter entwickelt und mit dem Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer fortgesetzt.

■ Berufsrechtliche und -politische Fragen

Hierbei erfolgen zum Beispiel mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen bei Anträgen zu Zweigpraxen, Werbung etc. regelmäßige Abstimmungen. In nur einem geringen Prozentsatz war es notwendig (und fast stets erfolgreich), bei Beschwerden und Konflikten zwischen Patienten und Kollegen zu vermitteln, um eskalierende Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden.

■ Politische Aktivitäten

Mit kommunalen Gremien finden regelmäßige Gespräche, Diskussionen und Pressekonferenzen statt, zum Beispiel Ärztestammtisch der SPD, Anhörungen im Landtag zu Problemen wie Rehabilitation, Geriatrie oder Allgemeinmedizin in Sachsen.

Und last but not least unsere Aufgabe: „Auf ein gedeihliches Verhältnis der Mitglieder zueinander hinzuwirken.“ Eine unserer beliebtesten Veranstaltungen ist der seit sieben Jahren stattfindende Ärzteball, jetzt zum vierten Mal von Katharina Schmidt organisiert, auf dem viele Kollegen die heitere Ballatmosphäre zum Austausch, Vergnügen und „Tanzbeinschwingen“ genießen.

Finanziell beteiligte sich die Kreisärztekammer neben den genannten Veranstaltungen auch als Spender an anderen Aktionen. Unter anderem unterstützte sie Abschlussvorlesung und -ball der Dresdner Medizinstudenten. Geplant sind zum Beispiel, aus Überhangsgeldern im Budget, der Erwerb eines „Goldenen Stifterbriefes“ für die Frauenkirche und eine Spende für den Neubau der Dresdner Synagoge.

Nach dem Tätigkeits- und Finanzbericht des scheidenden Vorsitzenden entspann sich eine sehr lebhaft und kritische Diskussion, die gleichzeitig eine äußerst beherzende Anregung für die Arbeit des neuen Vorstands bilden wird.

Zunächst wurde jedoch der alte Vorstand entlastet und verabschiedet: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Prof. Dr. med. Heinrich Geidel, Dr. med. Ralph Dalicho, Dr. med. Rosemarie Haas, Dr. med. Sigrid Jentsch, Uta Katharina Schmidt und Dr. med. Jürgen Wehnert. Die Legislaturperiode endete mit dem Überreichen eines „Blumenstrauss-Grußes“.

An dieser Stelle soll nochmals ganz besonderer Dank und große Anerkennung an den langjährigen Vorsitzenden der Kreisärztekammer Dresden, unseren jetzigen Landesärztekammerpräsidenten, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, gehen, der nicht nur als integrierender, kreativer und engagierter „Chef“ gewirkt, sondern geraume Zeit in politisch angespannter Situation die Belastung der Doppelfunktion bravourös getragen hat. Möge ihm – und vor allem uns – seine Haltung und sein Engagement lange erhalten bleiben! Die Wahl des neuen Kreisärztekammervorstandes wurde von der Wahlkommis-

sion, Dr. med. Hermann Queißer und Dr. med. Guido Boudriot, engagiert und unkonventionell geleitet. Insgesamt stellten sich 14 Kandidaten aus den unterschiedlichsten medizinischen Bereichen zur Wahl.

Zum neuen Vorsitzenden wählte die Kreisärztekammerversammlung den niedergelassenen Radiologen, Dr. med. Norbert Grosche. Seine Stellvertreterin wurde die Assistenzärztin (Innere Medizin) Uta Katharina Schmidt. Die weiteren Vorstandsmitglieder: Frau Rosemarie Haas (Allgemeinmedizinerin), Frau Dr. med. Gisela Trübsbach (Radiologin), Herr Dr. med. Stefan Mager (Internist), Herr Dr. med. Michael Nitzschke (AiP, Innere Medizin) und Herr Dr. med. Rainer Weidhase (Chirurg).

Der neue Vorstand repräsentiert die Dresdner Ärzteschaft besonders ausgewogen, nicht nur bezüglich niedergelassener und angestellter Kollegenschaft, sondern auch junger und etwas älterer Kollegen (zwei Ärzte in Weiterbildung), nicht zuletzt weiblich/männlich. Mit zwei Kollegen aus dem alten Vorstand bleibt Kontinuität erhalten, mit fünf neuen Kollegen ist reichlich „frischer Wind“ zu erwarten. Die neue Konstellation lässt auf neuen Schwung in unserer Kammerarbeit hoffen.

Wie die engagierte und konstruktive Diskussion vor der Vorstandswahl bereits zeigte, fehlt es nicht an Themen. Neue Schwerpunkte werden unter anderem sein: Das Engagement nach und für den Osten, die Kooperation mit unseren Partnern in Polen, Tschechien, Ungarn und Russland. Es bleibt der Dauerbrenner Gesundheitspolitik, speziell das „Sächsische Bündnis Gesundheit 2000“. Eines der von den neuen Mitgliedern als Schwerpunkt angekündigten Themen ist das der Neuen Medien. Wie wichtig dieses in der Sächsischen Landesärztekammer ist, zeigte sich unmittelbar darauf unfreiwillig.

Während der Auszählpause für das Wahlergebnis hielt der Zahnarztkollege, Dr. med. Hans-Christian Hoch, einer der

engagiertesten Förderer des Wiederaufbaus der Frauenkirche Dresden, einen sehr informativen Vortrag zum aktuellen Stand der Dinge. Leider blieb es uns aufgrund eines Totalausfalls der Videotechnik nicht vergönnt, einen Film dazu anzusehen. Herr Dr. Hoch ließ sich von den Tücken der Saaltechnik jedoch nicht irritieren und begeisterte das Auditorium mit höchst interessanten Dias – und seinen unterhaltsamen Erzählungen – vom Baugeschehen um die Frauenkirche. Wir hoffen nun auf eine Fortsetzung dieser Berichte.

Das Fazit der Kreisärztekammerwahlversammlung:

Trotz der knappen Teilnehmerzahl bleibt im Ergebnis ein erfolgreicher, weil streitbar, konstruktiv, kollegial und kreativ verlaufender Wahlabend. Bedauerlich ist, dass noch nicht mehr Kolleginnen und Kollegen die Kreisärztekammer als die unmittelbarste Möglichkeit verstanden haben, Berufspolitik mit sichtbarem Ergebnis auf unkomplizierte Art zu erleben und vor allem selbst zu gestalten. Und nicht als irgendeine Instanz „von oben“ zu begreifen. Hier werden wir weiter unermüdliche Arbeit gegen das Desinteresse und das Phlegma führen (müssen).

Speziell erwähnt werden soll an dieser Stelle – neben den anderen Mitarbeiterinnen – unsere Sachbearbeiterin, besser: die Frau für alles, von Prof. Jan Schulze korrekt als die „Mutter der Kreisärztekammer Dresden“ benannt: Frau Ursula Riedel, ohne deren Umsicht und Organisation wohl so manches im Chaos unterginge. Vielen Dank!

Dem scheidenden Kreisärztekammervorstand sei für die geleistete Arbeit herzlich gedankt. Dem neuen Vorstand sei Elan, Ideenreichtum, viel Kraft und Freude bei der zukünftigen Arbeit gewünscht.

Uta Katharina Schmidt
Stellvertretende Vorsitzende der
Kreisärztekammer Dresden

Zur Situation der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen

Ergebnisse einer Fragebogenaktion des Ausschusses „Junge Ärzte“

Der Ausschuss „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer erstellte im vergangenen Jahr einen Fragebogen zur Situation der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen. Ziel war die **Analyse der gegenwärtigen Situation** und der bestehenden Probleme aus dem Blickwinkel junger Kolleginnen/Kollegen.

1. Konzeption

Der Fragebogen wurde an Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer unter 35 Jahren und ohne Gebietsbezeichnung gesandt. Zur Kostenminimierung wurden aus dieser Gruppe jedem sechsten ein Fragebogen zugesandt, was einer Gesamtzahl von 500 entspricht.

Zunächst wurden Fragen zur Person, zum Stand der Weiterbildung, zum Anstellungsvertrag und zur Arbeitssituation gestellt. Danach wurde nach der Situation der Weiterbildung gefragt, nach deren Strukturierung innerhalb der jeweiligen Einrichtung, nach Fortbildungsmöglichkeiten, nach regelmäßigen Röntgenbesprechungen und pathologisch-anatomischen Demonstrationen, nach dem Zugang zur Fachliteratur, nach der Vermittlung spezieller obligater Weiterbildungsinhalte sowie nach besonderen Problemen bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Anschließend konnten die Assistentinnen/Assistenten die Motivation zur Weiterbildung seitens ihrer Chefärzte, Oberärzte, Fachärzte sowie älterer Assistentinnen/Assistenten einschätzen sowie den Grad der persönlichen Zufriedenheit mit der derzeitigen Weiterbildung sowie die Relevanz der Fragebogenaktion beurteilen. Im letzten Teil des Fragebogens wurden die Assistentinnen/Assistenten anhand vorgegebener Vorschläge zu Wünschen nach Verbesserung der Weiterbildung befragt.

2. Ergebnisse

Von den angeschriebenen 500 Weiterbildungs-Assistentinnen/Assistenten (einschließlich AiP) beteiligten sich 146 an der Umfrage, davon 33 Ärztinnen/Ärzte im Praktikum und 113 Assistentinnen/

Assistenten. Das entspricht einer **Rücklaufquote von 29,2 %**.

2.1. Sozialer und beruflicher Status

Zum sozialen Status: 74 Teilnehmer waren weiblich und 72 männlich. 59 Assistentinnen/Assistenten gaben an, verheiratet zu sein, 20 leben in einer Lebensgemeinschaft und 65 sind ledig. 58 haben Kinder. Das Durchschnittsalter beträgt 26,7 Jahre.

Auf die Frage nach **persönlicher Benachteiligung bei der Arbeitssuche und Weiterbildung** antworteten 36 mit Ja (26,7 %) und 107 mit Nein (73,3 %).

Von den Assistentinnen/Assistenten, die diese Frage bejaht haben, sind 28 Frauen und 8 Männer. Die Gründe für die Benachteiligung sind zu 25 % das Geschlecht (nur Frauen), zu 25 % Familie (Angabe durch 7 Frauen und 2 Männer) und zu 11 % die Herkunft. 7 Assistentinnen/Assistenten gaben mehrere Gründe an.

Die Fragebögen verteilen sich auf 19 **Fachgebiete**, wobei die Innere Medizin (34) und die Chirurgie (17) die beiden größten Gruppen darstellen, gefolgt von der Allgemeinmedizin (8) und der Psychiatrie/Psychotherapie (8).

Die **Arbeitsplatzverteilung** der Fragebogen-Teilnehmerinnen/Teilnehmer ist in Abbildung 1 dargestellt.

2.2. Arbeitsbedingungen

Im Hinblick auf **Arbeitsverträge** besitzen 126 Assistentinnen/Assistenten (86 %) Vollzeitverträge und 19 (13 %) Teilzeitverträge. 1 % machte keine Angaben. 119 (81,5 %) Assistentinnen/Assistenten werden nach BAT, 22 (15 %) nach Haustarif, 7 (4,8 %) ohne Tarif und 3 (2 %) mittels Drittmittel bezahlt. Betrachtet man die Vertragsdauer der Assistentinnen/Assistenten, so steht einer durchschnittlichen Weiterbildungsbefugnis über 4,3 Jahre eine durchschnittliche Dauer der Arbeitsverträge von 3,6 Jahren gegenüber.

3 Ärztinnen/Ärzte (2 %) gaben an, mehr als 10 **Dienste** im Monat zu leisten. 19 (13 %) leisten 8 bis 10 Dienste, 74 (51 %) leisten 4 bis 7 Dienste, 33 (23 %) leisten 1 bis 3 Dienste und 12 (8 %) leisten keine Dienste (davon 6 AiP). 5 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (3 %) machten keine Angaben. Die Einarbeitungszeit bis zum ersten Dienst betrug bei 42 Assistentinnen/Assistenten (29 %) weniger als einen Monat. Für die meisten (45 %) beträgt sie 1 bis 3 Monate. **Nur ein Viertel der Befragten gab an, dass sich der zuständige Hintergrunddienst im Haus befindet.** Beachtlicherweise findet man den gleichen Prozentsatz, wenn nur AiP betrachtet werden (Tab. 1). Die Qualität der Betreuung durch den Hintergrunddienst bewerteten die Assistentin-

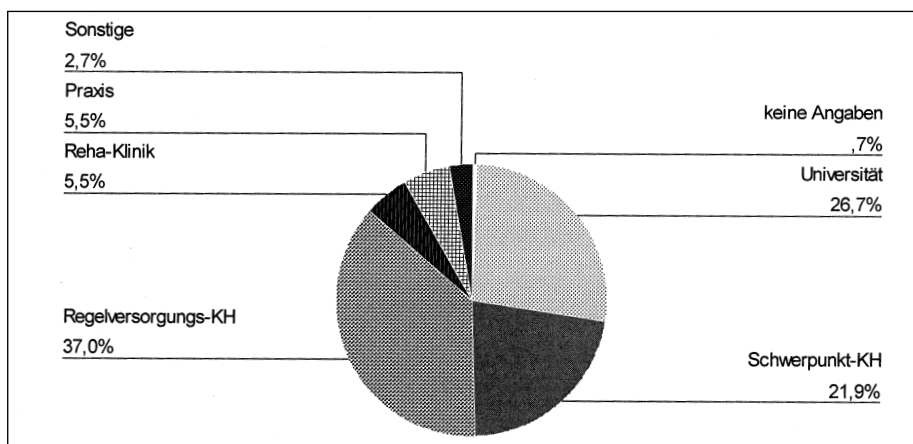


Abbildung 1: Arbeitsplätze der an der Fragebogenaktion teilnehmenden Assistentinnen/Assistenten

nen/Assistenten dabei mit der Note 2,3 (bei einer Skala von 1 bis 5).

Das **Arbeitszeitgesetz** wird entsprechend der Angaben in fast der Hälfte der Fälle gar nicht oder kaum umgesetzt (Tab. 2).

Die **Arbeitsatmosphäre** schätzten 15 % mit „Sehr gut“, 44 % mit „Gut“, 25 % mit „Es geht“, 15 % mit „Mäßig“ und 5 % mit „Schlecht“ ein.

Mobbing haben 8 % an sich selbst, 12 % an sich selbst und an anderen und 25 % an anderen erlebt. Die Formen des Mobbing gehen dabei über Ausgrenzung von der Weiterbildung und persönlicher Beleidigung durch den Vorgesetzten bis hin zu jeglichen Mitteln des Konkurrenzkampfes unter den Assistentinnen/Assistenten.

2.3. Weiterbildung

Die Frage „Gibt es an Ihrer Einrichtung einen namentlich Verantwortlichen für die Weiterbildung?“ beantworteten nur 51 % mit „Ja“ (Abb. 2). Dabei ist zu beachten, dass sich die Frage, wie von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern auch richtig interpretiert, nicht auf den in jeder zur Weiterbildung berechtigten Einrichtung vorhandenen Weiterbildungsbefugten richtete. Drei Viertel der Befragten gaben an, dass an ihrer Einrichtung kein zeitlich oder inhaltlich detaillierter Weiterbildungsplan bekannt ist (Abb. 3).

Nach den Angaben der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ist das **Rotationsprinzip nur in einem Drittel der Fälle gesichert**, während in einem knappen Drittel gar keine Rotation stattfindet (Tab. 3). Gesicherte Rotation findet sich nach den gemachten Angaben in 46 % der Universitäten, in 40 % der Schwerpunktkrankenhäuser, in 24 % der Krankenhäuser der Regelversorgung, in 25 % der Rehabilitationskliniken und in 25 % der sonstigen Einrichtungen. In den Fällen, in denen keine Rotation stattfindet, handelt es sich 5-mal um eine Universität, 11-mal um ein Schwerpunktkrankenhaus, 18-mal um ein Krankenhaus der Regelver-

Tabelle 1: Wo befindet sich der Hintergrunddienst für AiP und Assistentinnen/Assistenten?

n	im Haus		außer Haus		keine Angaben	
	n	%	n	%	n	%
alle Teilnehmer (146)	38	26	92	63	16	11
nur AiP (33)	12	26	15	45	6	18

Tabelle 2: Grad der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in verschiedenen Einrichtungen ärztlicher Tätigkeit

n	Gesamt		Uni- versität	Schwer- punkt- KH	Regel- versor- gung- KH	Reha- Klinik	Praxis	Sonstige
	%	n	n	n	n	n	n	n
voll	23	16	3	12	4	1	1	2
zum Teil	58	40	11	11	30	4	1	1
kaum	37	25	17	5	12	1	1	1
gar nicht	23	16	8	4	6	2	2	1
keine Angaben	5	3	8	6	6	2	2	1

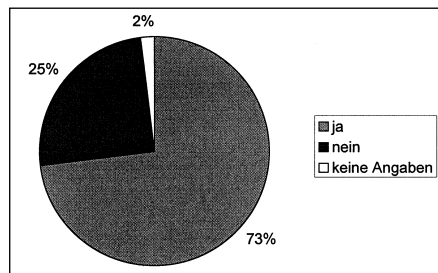


Abbildung 2: Gibt es einen namentlich benannten Verantwortlichen für Ihre Weiterbildung?

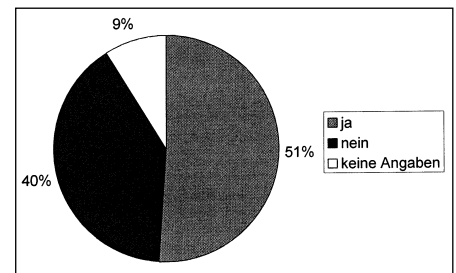


Abbildung 3: Gibt es an Ihrer Einrichtung einen inhaltlichen detaillierten Weiterbildungsplan?

sorgung, 1-mal um eine Rehabilitationsklinik und 2-mal um eine sonstige Einrichtung.

Auf die Frage „Wie oft finden in Ihrer Abteilung interne Fortbildungsveranstaltungen statt?“ antworteten 14 % „nie“, 26 % „2 bis 6 mal pro Jahr“, 22 % „monatlich“, 14 % „2 bis 3 pro Monat“, 22 % „wöchentlich“, 2 % machten keine Angaben. Abteilungsübergreifende Fortbildungen finden zu 14 % „nie“, 53 % „2 bis 6 pro Jahr“, 17 % „monatlich“, 7 % „2 bis 3 mal pro Monat“, 6 % „wöchent-

Tabelle 3: Wie wird das Rotationsprinzip an Ihrer Klinik umgesetzt?

Rotation an meiner Klinik:	n	%
ist gesichert	48	33
ich muss mich darum kümmern	48	33
keine Rotation	41	28
keine Angaben	9	6

lich“ statt. 3 % machten keine Angaben. Die Fragebogen-Teilnehmerinnen/Teilnehmer, die angeben, dass „nie“ interne oder abteilungsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen stattfinden, arbeiten zu 24 % an einer Universität, zu 12 % in einem Schwerpunkt-Krankenhaus, zu 46 % in einem Krankenhaus der Regelversorgung, zu 12 % in einer Praxis, 6 % arbeiten in sonstigen Einrichtungen. 10 % aller Teilnehmer schätzen ein, dass diese Veranstaltungen immer für ihre Weiterbildung geeignet ist, 64 % zum Teil, 13 % selten, 3 % eher nicht. 10 % machten keine Angaben.

Gefragt wurde darüber hinaus, ob **obligate spezielle Weiterbildungsinhalte** vermittelt und ausgeübt werden. Hierbei werden beachtliche Defizite deutlich (Tab. 4). Wie aus den verbalen Hinweisen im dafür vorgesehenen Freiraum am Ende des Fragebogens deutlich wurde, bestehen besonders **große Probleme bei allen apparativen diagnostischen Verfahren wie Endoskopie und Sonografie**. In den operativen Fächern überwiegen die Probleme bei der Erfüllung des Operations-Kataloges. In den Gebieten, wo es die Weiterbildungsordnung fordert, finden laut Angaben im Fragebogen nur in 58 % der Fälle Röntgenbesprechungen und nur in 23 % der Fälle pathologisch-anatomische Demonstrationen statt.

Weiterhin sollten die Assistentinnen/Assistenten die **Motivation der Weiterbildung** zur Wissensvermittlung auf einer Skala von -3 bis +3 beurteilen (Tab. 5). Dabei wird die Motivation der älteren Assistenten am besten eingeschätzt. Die des Chefarztes wird dagegen als am geringsten eingestuft. Dennoch besteht zur Motivation des Chefarztes die höchste Korrelation der Zufriedenheit mit der derzeitigen Ausbildung.

Ihre **Zufriedenheit mit der derzeitigen Weiterbildung** sollten die Assistentinnen/Assistenten auf einer Skala von -3 bis +3 bewerten. Es ergibt sich, dass die meisten Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit der Weiterbildung zufrieden sind. 5 be-

Tabelle 4: Wann und in welchem Umfang werden spezielle Weiterbildungsinhalte an Ihrer Klinik vermittelt und ausgeübt (z. B. Sonografie, Endoskopie, OP-Katalog, Gutachtenerstellung etc.)?

	n	%
in vollem Umfang innerhalb der Arbeitszeit	24	16
in vollem Umfang zum Teil außerhalb der Arbeitszeit	38	26
nicht in gefordertem Umfang	67	46
gar nicht	9	6
keine Angaben	8	5

Tabelle 5: Wie beurteilen Sie die Motivation zur Assistentenweiterbildung?

	MW	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	k.A.	entf.
... Ihres Chefarztes	+0,32	12	16	12	24	42	24	12	2	2
... Ihrer Oberärzte	+0,40	9	11	11	25	43	24	7	8	8
... Ihres Facharztes/ Stationsarztes	+0,38	5	4	19	34	35	24	2	10	13
... der älteren Assistenten	+0,50	3	10	11	27	36	23	5	12	19

(-3 = sehr gering, +3 = sehr hoch, MW = Mittelwert, k.A. = keine Angaben, entf. = entfällt)

Tabelle 6: Welche Maßnahmen zur Verbesserung der WB befürworten Sie (mehrere Antworten sind möglich)?

zeitliche und inhaltliche Festlegung zur Weiterbildung im Arbeitsvertrag	63 %
preiswertere Weiterbildungsangebote	63 %
eine mehr strukturierte Weiterbildung	47 %
eine Supervision der Weiterbilder	38 %
bessere Weiterbildungsangebote	34 %
getrennte Abschlüsse von Arbeits- und Weiterbildungsverträgen	7 %

werteten ihre Ausbildung mit -3; 19 mit -2; 26 mit -1; 25 mit 0; 44 mit +1; 19 mit +2 und 5 mit +3.

Im letzten Teil des Fragebogens wurde den Assistentinnen/Assistenten **6 Möglichkeiten zur Verbesserung der Weiterbildung** präsentiert. Es waren mehrere Antworten möglich. Am häufigsten wurde dabei eine bessere zeitliche und inhaltliche Festlegung zur Weiterbildung gefordert (Tab. 6). Interessant war, dass nahezu doppelt so oft die Forderung nach preiswerteren Weiterbildungsangeboten erhoben wurde wie nach qualitativ besseren.

Ferner wurde gefragt, ob die Assistentinnen/Assistenten sich in ihren Interessen durch Jemanden vertreten fühlen. Darauf antworteten 41 % mit „Nein“, 30 % mit „Ja“ (durch Chefarzt oder Oberarzt) und 29 % machten keine Angaben.

Die **Relevanz des Fragebogens** auf einer Skala von +3 bis -3 wurde sehr gut bewertet: 60 Assistentinnen/Assistenten bewerteten mit +3; 42 mit +2, 23 mit +1; 9 mit 0; 3 mit -1; 2 mit -2; 4 mit -3. Abschließend wurden besonderen Problemen mit der geltenden Weiterbildungsordnung beziehungsweise in der eigenen Abteilung erfragt. *Grundtenor sind die*

Forderungen nach einer Verankerung der Weiterbildung im Arbeitsvertrag, das Publizieren der Probleme, mehr Möglichkeiten für die Weiterzubildenden, ihre Weiterbildung einzufordern, eine Kontrolle der Weiterbilder sowie die Schaffung von Freiräumen zur Weiterbildung bei einem hohen Pensum an Routinetätigkeit.

Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse

Zwar trägt die Umfrage nur Stichprobencharakter und die Ergebnisse können nicht bedenkenlos auf die Gesamtheit der Angesprochenen übertragen werden, dennoch werden deutliche Tendenzen sichtbar. Die Rücklaufquote von unter 30 % demonstriert das geteilte Interesse gegenüber der Initiative. Es haben sich jedoch keineswegs nur die notorischen Nörgler zu Wort gemeldet, wie die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der eigenen Weiterbildung belegen. Vielmehr könnte sich möglicherweise bei einem größeren Umfang ein noch verschärftes Bild ergeben, da die Kolleginnen/Kollegen mit Drittmittelvertrag, bei denen aus naheliegenden Gründen stärkere Defizite in der Weiterbildung vermutet werden können, in der Auswertung mit 2 % unterrepräsentiert erscheinen. Zudem ist die durchschnittliche Dauer des Arbeitsvertrages der zur Antwort bereiten Assistentinnen/Assistenten mit 3,6 Jahren höher als das erwartete Mittel. Eine mögliche Interpretation ist, dass kürzere Arbeitsverträge ebenso kurzfristiges Denken und daher vermindertes Interesse an Bestrebungen zur Verbesserung der Weiterbildung hervorrufen. Die Verteilung des Arbeitsplatzes und der Fachgebiete erscheint dagegen repräsentativ. Ebenso erwartungsgemäß, wenn auch nicht zu begrüßen, wurde die Tatsache belegt, dass Frauen von persönlicher Benachteiligung bei der Arbeitssuche und Weiterbildung, insbesondere aufgrund des Geschlechts und der Familiensituation, sich stärker betroffen fühlen.

Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen erscheint besonders bedenklich, dass über

ein Viertel der AiP angeben, dass sich ihr Hintergrunddienst nicht im Haus befindet. Dass das Arbeitszeitgesetz in praxi nur dürftige Anwendung findet, konnte erwartet werden. Dabei demarkieren sich Unterschiede zwischen den Häusern. Während in der Mehrzahl der Schwerpunkt-Krankenhäuser eine volle Umsetzung stattfindet, in Regelversorgungs-Krankenhäuser oder Reha-Kliniken zumindest teilweise, urteilen die meisten an einer Universität angestellten Teilnehmerinnen/Teilnehmer, dass die Umsetzung dort „kaum“ erfolge.

Für die Qualität der Weiterbildung scheint bemerkenswert, dass offenbar mehr als der Hälfte der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ein namentlich benannter Verantwortlicher für die Weiterbildung nicht bekannt ist. Werden jedoch vor Ort zuständige Weiterbilder für konkrete Weiterbildungsziele nicht festgelegt, kann auch niemand in die Verantwortung für die Qualität ihrer Ausbildung genommen werden. Die „Globalhaftung“ verbleibt beim Weiterbildungsbefugten.

Die weitverbreitete Beliebigkeit der Vermittlung von Weiterbildungsinhalten wird dadurch belegt, dass 73 % beziehungsweise 75 % der Befragten die Existenz eines zeitlich oder inhaltlich detaillierten Weiterbildungsplanes im Hause verneinten. Immerhin scheinen solche Pläne in einigen Fällen für notwendig erachtet worden zu sein, denn 25 beziehungsweise 22 % der Befragten geben an, dass solche Strukturen an ihrem Haus bestehen. Bedenklich stimmt zudem, dass das Rotationsprinzip nur von einem Drittel der Teilnehmerinnen/Teilnehmer als gesichert bezeichnet wird und auch in Häusern mit Weiterbildungsbefugnis von über 3 Jahren, darunter sogar Universitäten, nicht gewährleistet zu sein scheint. Die Tatsache, dass nach einmal erteilter Weiterbildungsbefugnis die (fach-)gerechte Anwendung und Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen der Weiterbildung nicht regelmäßig überprüft wird, könnte eine Ursache dieser Entwicklung sein.

Weitverbreitet bestehen im klinischen Alltag nicht ausreichend zeitliche Freiräume zur Weiterbildung am Arbeitsplatz. Insbesondere apparative diagnostische Verfahren, Inhalte des Operationskataloges, aber auch essentielle interdisziplinäre Veranstaltungen wie Röntgenbesprechungen oder pathologisch-anatomische Demonstrationen werden dabei vernachlässigt oder können aufgrund des zu bewältigenden (Routine-)Pensums an täglicher Arbeit nicht ausreichend in Anspruch genommen werden. Solche Weiterbildungsinhalte werden so auf die Zeit nach Arbeitsschluss beziehungsweise auf Wochenenden, zum Teil in kostenintensive Kurse, verlagert.

Dass dem Chefarzt die geringste Motivation zur Weiterbildung zugebilligt wird, gibt einerseits zu denken, sollte andererseits jedoch nicht überbewertet werden, ist dessen Rolle im Weiterbildungsprozess doch häufig nur eine mittelbare. Dass die Einstellung des Chefs dennoch besonders wichtig ist, wird an der Korrelation mit der Zufriedenheit der Assistentinnen/Assistenten mit der Weiterbildung deutlich. Die Motivation zur Weiterbildung der älteren Assistenten wird am höchsten eingeschätzt, allerdings wird ein nicht unerheblicher Teil der Fach-/Stations- und Oberärzte als sehr gering motiviert betrachtet. Dies könnte seine Ursache darin haben, dass diese entweder selbst völlig überlastet oder zum Teil selbst unzureichend ausgebildet sind. Die aktuelle fachliche Kompetenz des Ausbilders muss stärker als bisher überprüft werden.

Als Unsicherheit, von wem junge Assistentinnen/Assistenten in der Weiterbildung eine Unterstützung bei sie betreffenden Anliegen erwarten können, kann die Tatsache interpretiert werden, dass ein hoher Prozentsatz (29 %) der Befragten zur Frage nach einer Interessenvertretung schlichtweg keine Angaben machten. Fast die Hälfte aller Teilnehmerinnen/Teilnehmer gab ihrer Überzeugung Ausdruck, sich von niemandem vertreten zu fühlen, während immerhin

noch 30 % diese Funktion dem Chef- oder Oberarzt zuordneten. Die Relevanz der Fragebogenaktion wurde hingegen erfreulicherweise sehr positiv eingeschätzt. Mehr als 85 % beurteilten ihn als sinnvoll beziehungsweise sehr sinnvoll.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen, dass eine unzureichende Qualität der Weiterbildung kein Kavaliersdelikt einiger weniger Chefärzte ist, sondern dass weitverbreitet Defizite bestehen. Diese lassen sich nicht durch eine Mahnung mit freundlichem Schulterklopfen aus der Welt schaffen! Zwar sind in der Weiterbildungsordnung und in den zugeordneten Richtlinien Leistungskataloge verankert, die ein vergleichbares Niveau der Weiterbildung zum Facharzt gewährleisten sollen, allerdings wird deren Erfüllung lediglich formal, quantitativ und nicht immer mit retrospektiv gerechtfertigten Pauschalbestätigungen bescheinigt. Zur Beurteilung der erreichten Qualität der Weiterbildung existiert bisher nur die Facharztprüfung. **Der Ausschuss „Junge Ärzte“ ist der Auffassung, dass die derzeitigen Regelungen zur Weiterbildung nicht in ausreichendem Maße eine qualitativ hochwertige und umfassende Weiterbildung gewährleisten, wie dies in den entsprechenden Vorschriften angestrebt wird.**

Eine gute Weiterbildung erfordert einen erhöhten Arbeitsaufwand und kann derzeit nicht abgerechnet werden. Weiterbildung muss für die einzelnen Kliniken und für die niedergelassenen Ärzte attraktiver und lohnend werden. Erfolgreiche Weiterbildung sollte einen hohen Image-Wert erhalten und stärkere Anerkennung, auch finanzieller Art, erfahren. Gleichzeitig ist, um eine Verbesserung der Weiterbildung zu erreichen, das Engagement der Weiterzubildenden gefordert! Diese sollten die gültige Weiterbildungsordnung nicht erst 4 Wochen vor der Facharztprüfung zur Hand nehmen, sondern Defizite eher auszugleichen versuchen und gegebenenfalls Lerninhalte einzuklagen bereit sein. Defizite in der ärztlichen Weiterbildung dürfen nicht tabuisiert oder autoritär wegverordnet werden. Zur dringend notwendigen Erarbeitung von Modellen zur Qualitätskontrolle muss eine offene Diskussion mit allen Beteiligten, Weiterbildenden wie Weiterzubildenden geführt werden. Dabei muss auch die Sächsische Landesärztekammer ihre Rolle überdenken und aktiv den Kontakt zu den Betroffenen suchen. Die Arbeit und vor allem die Möglichkeiten der Sächsischen Landesärztekammer als Interessenvertreter ihrer Pflichtmitglieder müssen transparenter gemacht werden. Die Überwachung bürokratischer Prozesse darf nicht zur Hauptaufgabe werden.

Der Fragebogen zeigt, dass der Ausschuss „Junge Ärzte“, der die Qualitätssicherung der Weiterbildung zu einem Schwerpunkt seiner Arbeit gemacht hat, damit einem Hauptinteresse unter Ärzten in der Weiterbildung entspricht. Fragebögen wären bei regelmäßiger und namentlicher Erhebung ein erstes mögliches Instrument zur Qualitätskontrolle. Denkbare bessere Methoden sollten diskutiert werden. Die Schaffung von zeitlich und inhaltlich genauer strukturierten Weiterbildungsplänen wurde im Rahmen des Fragebogens fast durchgängig gefordert. Um dieser Forderung nachzukommen, die auch nach Überzeugung des Ausschusses ein zentraler Punkt bei der Qualitätssicherung in der ärztlichen Weiterbildung sein kann, wird derzeit vom Ausschuss „Junge Ärzte“ im Dialog mit den verantwortlichen Stellen ein Modell einer zeitlich und inhaltlich stärker strukturierten Weiterbildung erarbeitet. Es soll dem Weiterbilder einen Anreiz zu guter Weiterbildung geben und dem Weiterzubildenden ein Instrument sein, die Vermittlung geforderter Inhalte besser durchsetzen zu können.

Ausschuss „Junge Ärzte“
der Sächsischen Landesärztekammer
Vorsitzende: Frau Kornelia Kuhn
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
www.slaek.de/jae
e-mail: reichp@medizin.uni-leipzig.de

Kommentar zum Fragebogen der „Jungen Ärzte“

Die Ergebnisse sind aus der Sicht des Ausschusses Weiterbildung interessant und sollten trotz der kritischen Bemerkungen publiziert werden.

Der Fragebogen ist in einigen Teilen unklar in seinen Formulierungen und nicht valide, so dass Missverständnisse bei der Beantwortung vorprogrammiert waren.

Das sollte Anlass zu sehr vorsichtigen Schlussfolgerungen sein. Zu den Details möchte ich nicht Stellung nehmen, da die zum Teil unverständlichen Ergebnisse nicht überprüfbar und außerdem nicht repräsentativ sind.

Allein das Ergebnis, dass bei 24 % an der Universität nie Fortbildung stattfand,

ist bei unserer Sachkenntnis zumindest in den klinischen Disziplinen unverständlich und relativiert andere Aussagen.

An der Universität beklagen wir uns über das Überangebot an Fortbildung (Abteilungs-, Klinik-, Zentrums-, Universitätsangebote) mit vielen terminlichen Über-

schneidungen! Oder konnten die Fortbildungsangebote wegen der intensiven Stationsarbeit nicht wahrgenommen werden?

Einzelaussagen widersprechen zumindest in der Wertigkeit dem Faktum, dass die meisten Teilnehmer/Teilnehmerinnen mit der derzeitigen Weiterbildung zufrieden sind.

Die Formulierung „Die Überwachung bürokratischer Prozesse darf nicht zur Hauptaufgabe (der Sächsischen Landesärztekammer) werden“ ist geprägt von Unkenntnis der Autoren, was nahezu täglich in Leipzig und Dresden im Sinne der Ärzte in Weiterbildung an Beratung

und Bemühungen über Sonderregelungen realisiert wird. Dieser Satz kann also so nicht stehen bleiben, da er die aktuelle Rolle der Sächsischen Landesärztekammer bei der Umsetzung der Weiterbildung im Lande völlig verzerrt reflektiert. Das Grundanliegen der „Jungen Ärzte“, die Weiterbildung zu verbessern, werden ich und alle Mitglieder des Ausschusses ohne Einschränkung unterstützen.

So zum Beispiel die Forderung nach Strukturierung der individuellen Weiterbildung, die stärkere Herausarbeitung der Pflichten der Weiterbildungsbefugten in der novellierten Weiterbildungsordnung, die Rotation in den Krankenhäusern, die

Überprüfung der persönlichen und/oder fachlichen Kompetenz der Weiterbildungsbefugten nach einer definierten Zeit oder in berechtigten Einzelfällen auf Antrag u. a. m.

Ein Fragebogen zur Weiterbildung für die Einschätzung durch die Weiterbildungsbefugten wird vom Ausschuss „Junge Ärzte“ zur Zeit erarbeitet, im Ausschuss Weiterbildung diskutiert und danach dem Vorstand vorgelegt werden.

Prof. Dr. med. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Hygiene und Umweltmedizin im Öffentlichen Gesundheitsdienst Sachsen Rückblick und Ausblick

Vortrag auf dem
4. Leipziger Umweltmedizin-
Symposium am 23. 3. 2000

Der heutige Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat zwei Hauptwurzeln: Die eine Wurzel des ÖGD gründet im organisierten Gesundheitswesen des modernen Staates. Im Gegensatz zur Antike wurde die Gesundheit eines Volkes in der Neuzeit als staatliche Aufgabe gesehen. Bereits 1685 empfahl daher das Medizinedikt für Preußen und Brandenburg allen Städten und Kreisen, einen Physikus anzustellen. Daraus entwickelte sich das staatliche öffentliche Gesundheitswesen. Es beaufsichtigte den gesamten Medizinalbereich, also Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Hebammen, Heilpraktiker, Krankenhäuser sowie die Heil- und Pflgeanstalten. Seine Aufgabe lag zunächst ausschließlich in der öffentlichen Pflege der Gesundheit.

Meilensteine in der Entwicklung dieses staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes waren die Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes am 14. 3. 1876 in Berlin und des Kaiserlichen Institutes

für Wasser, Boden und Luft (WaBoLu) 1904 in Berlin, des ersten Umweltamtes überhaupt weltweit, für das damalige Deutsche Reich sowie später die Medizinaluntersuchungsämter für die einzelnen Bundesländer.

Seit über einem Jahrhundert erfüllen diese Bundes- und Landesinstitutionen unersetzliche Aufgaben der Diagnostik, Beratung und Begutachtung im Rahmen des Gesundheitsschutzes der gesamten Bevölkerung unter staatlicher Regie. Diese Aufgaben waren so selbstverständlich, dass sie jahrzehntelang nicht einmal gesetzlich fixiert wurden.

Die zweite Hauptwurzel des heutigen Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland sehe ich in der Entwicklung der Hygiene und Mikrobiologie an den deutschen Universitäten. Den ersten Lehrstuhl für Hygiene schuf bekanntlich König Ludwig der II. von Bayern 1865 in München für Max v. Pettenkofer als Dank für seine Beratung zur Verbesse-

rung der unangenehmen Raumluftatmosphäre in seinem Schloss.

Die Verbindungen und damit gegenseitigen Befruchtungen der Arbeit zwischen Hygieneinstituten an den Universitäten und den Instituten für den ÖGD waren in Deutschland im Laufe der verfloßenen 100 Jahre in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich ausgeprägt. In den 60er und 70er Jahren waren sie in Sachsen so eng, dass sie, wie in Leipzig zeitweise in Personalunion geleitet wurden.

Leider kam es während der Zeit des Nationalsozialismus durch ideologische Verstrickungen – ich nenne nur die Schlagworte „Rassenhygiene“, „Eugenik“, „Gesunderhaltung des Volkskörpers“ usw. – zu schweren Fehlentwicklungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, so dass es nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem fast völligen Niedergang kam. Lediglich die in den Kriegs- und Nachkriegswirren wieder stark angewachse-

nen Seuchen wie Typhus, Diphtherie und andere bewahrten den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor dem Aus.

Der Niedergang des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde in den alten Bundesländern in der Zeit nach 1945 noch unterstützt durch einen ausufernden Individualismus als alles bestimmender Faktor im gesellschaftlichen Leben. Bereits auf dem 54. Deutschen Ärztetag 1951 forderten prominente ärztliche Staatspolitiker, dass die Staatsmedizin des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von der frei praktizierenden Ärzteschaft übernommen werden müsse.

Das am 19. 8. 1955 im Bundesgesetzblatt verkündete neue Kassenarztrecht hat dann die Weichen endgültig in Richtung Individualmedizin gestellt. Hier wurden

alle medizinischen Disziplinen als individualmedizinische Fächer definiert und dem Selbstverwaltungsrecht der Ärztekammern unterstellt. Damit erhielten die niedergelassenen Ärzte die volle Verfügungsgewalt auch über alle klinischen Fächer, die an medizinischen Fakultäten beziehungsweise Hochschulen gelehrt werden, selbst an solchen, die dem öffentlichen Gesundheitswesen zuzurechnen sind. Beispielsweise eignen sich Arbeitsmedizin, Hygiene, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Teile der Laboratoriumsmedizin und medizinischen Mikrobiologie (zum Beispiel Neugeborenen-screening, Trinkwasser- und Lebensmittelmikrobiologie, molekularbiologische Diagnostik im Impfwesen, der Seuchenbekämpfung), Infektionsepidemiolo-

gie, öffentliches Gesundheitswesen, Pathologie, Pharmakologie, Toxikologie, Rechtsmedizin oder Umweltmedizin entweder überhaupt nicht oder nur ausnahmsweise dazu, um in freiberuflicher Praxis ausgeübt zu werden. Diese Fachgebiete sind auch jetzt noch nicht in freier Praxis existenzfähig, es sei denn durch die missbräuchliche Anwendung des Subsidiaritätsprinzips.

Die Entwicklung in den neuen Bundesländern ist nach 1945 entsprechend dem sozialistisch/kommunistischen Gesellschaftssystem anders verlaufen.

Hier wurde ein differenziertes staatliches System der Seuchenbekämpfung und der allgemeinen und kommunalen Hygiene auf allen Verwaltungsebenen und in relativer Eigenständigkeit etabliert.

Ohne in DDR-Nostalgie zu verfallen, dies ist keineswegs meine Absicht, möchte ich Ihnen die Namen der Fachgebiete nennen, die 1990 zur Wiedervereinigung funktionsfähig existierten und entsprechend der DDR-Gesetzgebung (Verordnung über die Staatliche Hygieneinspektion vom 11. 12. 1975) unmittelbaren Einfluss auf die Durchsetzung der Rechtsvorschriften, Grundsätze und Normative der Hygiene in allen gesellschaftlichen Bereichen hatten.

Es waren dies neben den Laborbereichen Bakteriologie, Virologie, Serologie und Parasitologie mit Entomologie und Schädlingsbekämpfung im Bereich Epidemiologie die Fachgebiete: Operative Epidemiologie, Krankenhaushygiene, Impfwesen, Sozialmedizin und Gesundheitsberichterstattung und Gesundheits-erziehung.

Im Bereich Umwelthygiene existierten verschiedene Abteilungen mit den Fachgebieten Wasserchemie, Wassermikrobiologie, Bodenhygiene, Bau-/Siedlungshygiene, Lärmhygiene, Umwelttoxikologie, Hygiene des Erholungswesens, Hygiene der Gemeinschaftseinrichtungen, Umweltbedingte Erkrankungen, Emissionsüberwachung, Immissionsüberwachung und Umweltanalytik.

Die Ausgangssituation für den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit seinen Instituten war in Ost und West 1990 also stark different.

Nach der glücklichen Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1990 hatten wir im Freistaat Sachsen – wie in allen neuen Bundesländern – die Verpflichtung, aber auch die einmalige Chance, eine prinzipielle Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorzunehmen. Bei dieser Neuordnung war beabsichtigt, Erfahrungen aus den alten Bundesländern mit den erhaltenswerten positiven Elementen des ehemaligen DDR-Gesundheitswesens so zu verknüpfen, dass sie auch futuristisch ein tragfähiges und von der Gesellschaft akzeptiertes Fundament für die „Dritte Säule des Gesundheitswesens“ darstel-

len kann. Dies ist im „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen“ vom 11. 12. 1991 und den darauf basierenden Verwaltungsvorschriften zunächst auch gelungen.

Das Sächsische ÖGD-Gesetz war nach der Wiedervereinigung vorbildlich für viele Bundesländer. Seitdem haben neue, moderne ÖGD-Gesetze verabschiedet: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg (alle 1994), Bayern, Bremen, Rheinland-Pfalz (1995).

Die Leiter der Institute und Untersuchungsämter für den öffentlichen Gesundheitsdienst haben in der sogenannten „Fulda-Resolution“ 1995 ein umfassendes Statement über die Bedeutung der zukünftigen Entwicklung dieser Institutionen abgegeben; die Landesverbände und der Bundesverband der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst haben in zahlreichen Stellungnahmen und Memoranden auf Tagungen, in Fachzeitschriften und in der Tagespresse auf die für das Gemeinwohl der Gesellschaft unverzichtbaren Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hingewiesen; viele Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben durch ihr Engagement in den vielfältigen gesellschaftlichen Gremien und Bereichen geholfen, nicht zuletzt bei der innovativen Erfüllung ihrer Dienstaufgaben, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen relativ gut bis zum heutigen Tage funktionstüchtig zu erhalten. Dafür gebührt auch dem Herrn Staatsminister Dr. Geisler Dank, der im Gegensatz zu manchen Landräten und Oberbürgermeistern stets ein offenes Ohr für die Belange des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen hatte.

Vom Umfang und von der Qualität der Arbeit zeugen die Jahresberichte der LUA ebenso wie die Gesundheitsberichterstattungen der Kreise. Als vorbildlich für ganz Deutschland darf ich hier benennen: den Stand der Infektions-epidemiologie (in Sachsen sind nach der SeuchMeldeVO vom 11. 11. 1995 zum

Beispiel alle impfpräventablen Krankheiten meldepflichtig, existieren für die wichtigsten Infektionskrankheiten Herd-bekämpfungsprogramme – „Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Masern, Pertussis, Hepatitis A, Ruhr, Typhus“ und so weiter), das Impfwesen mit dem niedrigsten Stand impfpräventabler Erkrankungen in Deutschland, die kostenlose staatliche Bereitstellung moderner molekularbiologischer Diagnostik (PCR) für alle impfpräventablen Erkrankungen und wichtige Infektionserreger einschließlich „neuer Krankheiten“, die Aktivität im FG Hygiene der Gemeinschaftseinrichtungen (zum Beispiel die kürzliche Fertigstellung des Entwurfes einer Rahmenhygieneverordnung für Alters- und Pflegeheime) und anderes.

In den Bereichen Bau- und Siedlungshygiene, Umwelttoxikologie und Umweltmedizin sind leider in den letzten zehn Jahren bereits durch den Personalabbau erhebliche Lücken entstanden. Ich kann Ihnen hierzu einige konkrete Zahlen nennen. Es erfolgte ein Personalstellenabbau an der LUA Sachsen, nur Bereich Humanmedizin, von am 1. 1. 1989 absolut 530 Stellen in den fünf damaligen Hygieneinstituten Chemnitz, Zwickau, Leipzig, Dresden und Bautzen auf 159 an jetzt drei Standorten (Chemnitz, Dresden und Leipzig). Dies bedeutet eine Reduzierung auf 30 %. Laut Angaben des Statistischen Landesamtes fiel die Zahl des Fachpersonals in den Gesundheitsämtern Sachsens von 1828 (1992) auf 1.355 (1998) = Reduzierung um 25 %! Nach Mitteilungen einzelner Gesundheitsämter beträgt die Reduzierung dort in den letzten zehn Jahren seit der Wiedervereinigung 50 %. Es gibt Äußerungen von offizieller Seite („Beratende Äußerung gemäß § 88 (2) SächsHO in Verbindung mit § 96 (1) Satz 3 SächsHO“ des Landesrechnungshofes von 1999), für Landkreise mit 130 bis 170 T Einwohnern in den Gesundheitsämtern nur noch 25 Stellen vorzuhalten. Dies würde das Aus des ÖGD in den Gesundheitsämtern bedeuten.

Damit erleben wir mit einer zeitlichen Verzögerung hier in Sachsen und in den NBL die gleiche Entwicklung, wie sie sich in den Altbundesländern bereits vor der Wiedervereinigung abgespielt hat.

Dies bezieht sich auch auf die Tatsachen des Scheiterns rein kassenärztlicher Versorgungsmodelle in der Umweltmedizin einerseits und der Vernachlässigung des präventivmedizinischen Auftrages als bevölkerungswirksame Umweltmedizin andererseits.

Welche Konsequenzen ziehen wir aus diesen von Fachleuten nicht gewollten und von ihnen nicht zu verantwortenden Entwicklungen des ÖGD?

Ich möchte deshalb nach über 35-jähriger einschlägiger Berufserfahrung im Konsens mit mir bekannten und befreundeten Ärzten im ÖGD nachstehende Thesen zur Verbesserung formulieren:

1. Der ÖGD ist handlungsorientierte angewandte Hygiene, Umwelt- und Sozialmedizin für alle gesellschaftliche Schichten und erfüllt unersetzliche Aufgaben für das Gemeinwohl. Dies muss wieder eindeutiges Staatsziel und gesetzlich verankert werden.
2. Der ÖGD benötigt dringend zur wissenschaftlichen Untersetzung seiner Arbeit die universitäre Einbindung. Im Rahmen der Neustrukturierung des Leipziger Hygieneinstitutes empfehle ich daher nochmals der Fakultät dringend, die Einrichtung einer selbständigen Abteilung mit einer C3 Professur für ÖGD und die Aufnahme dieser Fachrichtung als Hochschuldisziplin zumindest für die offizielle Weiterbildung. Ich sage absichtlich für ÖGD und nicht Public Health aus Gründen der Passfähigkeit mit unseren osteuropäischen Nachbarn im Zuge der bevorstehenden EU-Erweiterung.
3. Der ÖGD in Sachsen benötigt wie in allen Bundesländern ein „Institut für den ÖGD“. Diesbezüglich sollte die jetzige LUA endlich umstrukturiert werden.

Die Hygieneinstitute der Universitäten und die Länderinstitute für den ÖGD sind keine Konkurrenzunternehmen. Erstere dienen in erster Linie der Forschung und Lehre, letztere haben ihre Schwerpunkte in der Überwachung, Begutachtung mit eigener Diagnostik und Analytik, Beratung und Akkreditierung auf einem Qualitätsniveau und mit dem Beweiswert eines vorweggenommenen Sachverständigenutachtens.

4. Der ÖGD muss in seiner Arbeit, und dies bezieht sich auf die Wertesetzung und den Umfang, von der Tagespolitik unabhängiger werden. Dazu sind umfangreiche gesetzliche Rahmenbedingungen analog denen in der Veterinärmedizin und Lebensmittelüberwachung erforderlich.
5. Gesundheitsämter müssen in ausgewiesenen Arbeitsgebieten staatliche Aufgaben erfüllen und in diesen Bereichen von Kommunalpolitikern unabhängig werden.
6. Die Kooperation zwischen den Gesundheitsämtern und den Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärämtern muss in Sachsen verstärkt werden. Eine Integration von Gesundheitsamt, Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung in einer Dienststelle jedoch halte ich für höchst bedenklich.
7. Der ÖGD hat sein Aufgabenspektrum ständig verzögerungsfrei den Erfordernissen der Gesellschaft anzupassen. Er muss befugt werden, dies in eigener Verantwortlichkeit zu tun. Hier muss jede Verwaltungsbürokratie entschieden zurückgefahren werden.

8. Die 3. Säule des Gesundheitswesens in Deutschland, der staatliche ÖGD, muss entsprechend der Bedeutung seines vorwiegend präventiven und bevölkerungswirksamen Aufgabenprofils gegenüber der vorwiegend therapeutischen Individualmedizin deutlich aufgewertet werden. Gegenwärtig stehen dem ÖGD nur etwa 1 % der finanziellen Mittel zur Verfügung, gemessen an den 270 Milliarden, die die gesetzlichen Krankenkassen 1996 hauptsächlich für kurative Zwecke ausgaben.

Diese letzte meiner Thesen geht an die Adresse der Abgeordneten in den Landtagen (hierzulande im Sächsischen Landtag) und in den Kreistagen, die über die Kürzungen oder Erweiterungen im Haushalts- und Stellenplan und damit über die Zukunft des ÖGD befinden und die volle Verantwortung übernehmen müssen.

Ich bin wie in früheren Zeiten mir durchaus der Brisanz meiner Kritik bewusst. Das ebenso ausgesprochene Lob und die Würdigung werden ja bekanntlich meistens überhört.

Es „gehört aber zum Ethos eines Hygienikers, nach Rodenwaldt, dass er sich nicht seiner Verantwortung entzieht, sondern dass er sie trägt, mitträgt, auch eine solche, die ein Wagnis in sich schließt“.

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
 Vizepräsident und Abteilungsdirektor
 Humanmedizin
 Landesuntersuchungsanstalt für das
 Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
 Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
 Tel. (03 71) 6 00 91 00, Fax: (03 71) 6 00 91 09
 e-mail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

Seminar für in Arztpraxen tätiges Personal in Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin

Der Beruf der Arzthelferin ist gemäß § 25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985, ein anerkannter Ausbildungsberuf. Gemäß § 34 Abs. 1 BBiG sind in anerkannten Ausbildungsberufen Abschlussprüfungen durchzuführen. Dazu heißt es im § 40 Abs. 2 BBiG – Zulassung in besonderen Fällen: „Zur Abschlussprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, dass er mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf tätig gewesen ist, in dem er die Prüfung ablegen will. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, dass der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.“ Auf Grund des großen Zuspruches in den vergangenen drei Jahren bietet die Sächsische Landesärztekammer deshalb als Hilfe für langjährig – in der Regel 6

Jahre – in Arztpraxen tätiges, fachfremdes Personal am Sonnabend, dem 18. November 2000, ein weiteres Vorbereitungsseminar auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin an. Dieses Seminar bietet einen Überblick über den Ablauf und die Schwerpunkte der Abschlussprüfung. Die Veranstaltung wird als Tagesseminar von ca. 8 Stunden in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden. Pro Teilnehmerin entsteht eine Teilnehmergebühr in Höhe von 80,- DM.

Zur Planung der Veranstaltung bitten wir um Voranmeldung durch die Ärzte, die ihrem Praxispersonal diese berufliche Chance geben wollen oder durch interessierte Prüfungsbewerberinnen bis zum 31. August 2000. Die Einladungen mit der Tagesordnung werden dann an die Teilnehmerinnen persönlich verschickt.

Anmeldung/Auskunft:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Arzthelferinnenwesen
Frau Jähne, Tel. (0351) 82 67 341
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Donnerstag, 15. Juni 2000, 19.30 Uhr

Junge Meister

Andreas Kühn

Abschlusskonzert

Meisterklasse Klavier

Johannes Brahms:

Sonate Nr. 1, op. 1 C-Dur

György Ligeti: Musica ricercata

Modest Mussorgsky:

Bilder einer Ausstellung

Hochschule für Musik Dresden

Programmänderungen

bleiben vorbehalten.

Telefonische Nachfrage unter

Telefonnummer 03 51 / 82 67 0.

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110 (Frau Arnold) gern entgegengenommen.

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Hagen Döring

Malerei

vom 23. Mai 2000 bis 14. Juli 2000

Hermann Naumann

Malerei – Grafik – Plastik

18. Juli 2000 bis 15. September 2000

70. Geburtstag und 50 Jahre

freischaffender Künstler

Vernissage am Donnerstag,

20. Juli 2000, 19.30 Uhr

Laudatio: Kristina Bauer-Volke, Berlin

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

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
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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider

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. 3 vom 1. 1. 2000 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.

LA-MED

Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksstelle Chemnitz

**Planungsbereich
Aue-Schwarzenberg**
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27. 6. 2000 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.

Planungsbereich Zwickauer-Land
Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14. 7. 2000 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.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Weißeritzkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich
Landkreis Sächsische Schweiz**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Landkreis Meißen
Facharzt für Innere Medizin
(Vertragsarztsitz in einer
Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 6. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

**Planungsbereich
Landkreis Sächsische Schweiz**
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich
Hoyerswerda-Stadt/**

Landkreis Kamenz
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 7. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin mit
Schwerpunkt Kardiologie

Planungsbereich Delitzsch
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Leipziger Land
Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 7. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

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

Ätiologie und Pathogenese der menschlichen Prion-Erkrankungen

Klinik und Poliklinik
für Neurologie
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden

Zusammenfassung

Prion-Erkrankungen zählen zur Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen. In den meisten Fällen treten sie sporadisch auf, seltener kommen sie als erbliche Formen vor oder können übertragen werden. Die menschlichen Prion-Erkrankungen zeigen klinisch sehr unterschiedliche Krankheitsbilder: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Gerstmann-Sträussler-Scheinker Syndrom, fatale familiäre Insomnie, sporadische fatale Insomnie, neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und Kuru. Eine Vielzahl klinischer und experimenteller Beobachtungen spricht

für die Annahme, dass es sich bei dem übertragbaren Agens der Prion-Erkrankungen um eine modifizierte pathologische Isoform des physiologischen Prion-Proteins (cellular prion protein, PrP^C), welches vom Wirts-eigenen Prion-Gen *PRNP* abgelesen wird, handelt.

Schlüsselwörter

Creutzfeldt-Jakob Krankheit, Prionen, Prion-Erkrankungen, Neurodegeneration

Prion-Erkrankungen (übertragbare oder transmissible spongiforme Enzephalopathien, TSE) können als einzige bekannte Erkrankungsgruppe sporadisch oder erblich auftreten und sind übertragbar. Sie nehmen somit eine nosologische Sonderstellung ein.

1. Pathophysiologische Grundlagen

Ursprünglich wurde angenommen, dass „langsame Viren“ die Erreger der spongiformen Enzephalopathien darstellen („slow virus“ Hypothese, Sigurdsson, 1954). Ein solcher Erreger wurde jedoch nie identifiziert. Gegen eine virale Ätiologie spricht zudem unter anderem die bemerkenswerte Widerstandsfähigkeit des infektiösen Erregers gegenüber verschiedenen Verfahren, die üblicherweise viruzid wirken (zum Beispiel ultraviolettes Licht, ionisierende Strahlen). Aufgrund der außergewöhnlichen Resistenz stellte Griffith Ende der sechziger Jahre die Hypothese auf, dass der Erreger der spongiformen Enzephalopathien lediglich aus einem replizierenden Protein ohne Nukleinsäure bestehe (Griffith, 1967). Diese These wurde später aufgrund experimenteller Befunde von Prusiner modifiziert. Er bezeichnete den infektiösen Erreger als Prion (proteinaceous infectious particles) (Prusiner, 1982). Für die experimentelle Bestätigung wesentlicher Bestandteile dieser Theorie erhielt Prusiner den Medizin-Nobelpreis. Die pathophysiologischen Grundlagen, die diesem ungewöhnlichen Verhalten zugrunde liegen, werden allerdings weiterhin kontrovers disku-

tiert (Aguzzi und Weissmann, 1997; Farquhar et al., 1998). Hauptbestandteil des übertragbaren Erregers ist gemäß der prion only-Hypothese eine modifizierte Form des physiologischen Prion-Proteins des Wirtes (prion cellular protein, PrP^C). Die physiologische Isoform PrP^C wird vom wirts-eigenen Prion-Gen (*PRNP*) kodiert, das beim Menschen auf Chromosom 20 liegt. PrP^C weist die selbe Aminosäuresequenz wie die pathologische Isoform auf. Die pathologische Isoform wird als „prion Creutzfeldt-Jakob-disease“ (PrP^{CJD}) bezeichnet. Physiologisches PrP^C und pathologisches PrP^{CJD} unterscheiden sich

voneinander lediglich in ihrer Tertiär- und Quartärstruktur, das heißt der räumlichen Anordnung des Proteins. Allerdings liegt beiden die gleiche Aminosäuresequenz zugrunde. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass das physiologische PrP^C vier zentrale α -Helices enthält. Das pathologische PrP^{CJD} hingegen weist einen höheren Anteil an β -Faltblattstruktur auf.

Die Umwandlung von PrP^C in PrP^{CJD} erfolgt durch die Einwirkung der pathologischen Isoform PrP^{CJD} auf die physiologische Isoform PrP^C (Abb. 1). Tatsächlich erkranken gentechnisch veränderte Mäuse, denen das physiologische PrP^C

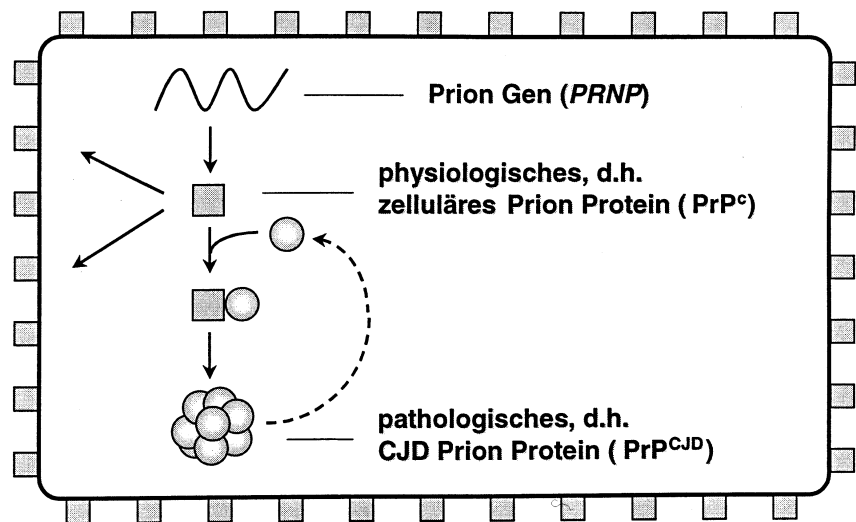


Abbildung 1: Das zelluläre Prion Protein (PrP^C) wird vom Wirts-eigenen Prion-Gen kodiert. Das Protein wird in der Zellmembran verankert. Die physiologische Funktion des Prion ist nicht vollständig geklärt. Die „prion only“-Hypothese besagt, dass PrP^C unter Einwirkung des pathologischen Prion Protein (PrP^{CJD}) seinerseits in pathologisches PrP^{CJD} umgewandelt wird. PrP^C und PrP^{CJD} unterscheiden sich nicht in ihrer Aminosäuresequenz, aber in ihrer räumlichen Struktur voneinander. PrP^{CJD} wird von außen zugeführt (zum Beispiel iatrogene CJD), entsteht spontan (zum Beispiel hereditäre CJD) oder wird infolge von Prion-Gen Mutationen gebildet (zum Beispiel hereditäre CJD).

fehlt, nach Inokulation des pathologischen PrP^{CJD} nicht an einer Prion-Erkrankung; das heißt, das physiologische PrP^C stellt für die Ausbildung einer Prion-Erkrankung eine notwendige Bedingung dar (Bueler et al., 1993). Neben anderen experimentellen Befunden bestätigten insbesondere diese Versuche wesentliche Bestandteile der „protein only“ Hypothese. Bei hereditären Prion-Erkrankungen (familiäre Creutzfeldt-Jakob Krankheit, Gerstmann-Sträussler-Scheinker Syndrom, fatale familiäre Insomnie) sind verschiedene, jeweils krankheitsspezifische, Mutationen innerhalb des Prion-Gens bekannt. Diese Mutationen erhöhen offensichtlich die Wahrscheinlichkeit, dass sich die pathologische Isoform PrP^{CJD} bildet und damit den Ausgangspunkt für die Umwandlung von physiologischem Prion-Protein PrP^C in pathologisches Prion-Protein PrP^{CJD} darstellt (Abb. 1). Im Fall iatrogenen Prion-Erkrankungen steht am Beginn des Umwandlungsprozesses die Aufnahme des pathologischen Prion-Proteins PrP^{CJD} über kontaminierte Instrumente oder Transplantate. Die Ursache spontan auftretender Prion-Erkrankungen (zum Beispiel sporadische Creutzfeldt-Jakob Krankheit, sporadische fatale Insomnie) ist unbekannt. Möglicherweise sind seltene Ereignisse wie somatische Mutationen im Prion-Gen für die Umwandlung des physiologischen Prion-Proteins PrP^C in das pathologische Prion-Protein PrP^{CJD} verantwortlich (Prusiner und DeArmond, 1994).

Die physiologische Isoform PrP^C ist von der pathologischen Isoform PrP^{CJD} auf der Grundlage herkömmlicher Verfahren, die Antikörper zur Unterscheidung von Proteinen verwenden, nicht zu differenzieren. Im Gegensatz zum physiologischen PrP^C weist das pathologische PrP^{CJD} eine partielle Resistenz gegenüber einem Eiweiß-verdauendem Enzym (zum Beispiel Proteinase K) auf. Ist nach einer definierten Proteinase K-Behandlung eine verkürzte Form des Prion-Proteins mit PrP-spezifischen Antikör-

pern nachweisbar, so handelt es sich bei diesem Protein um PrP^{CJD}. Dieses veränderte Verhalten der pathologischen Isoform wird diagnostisch bei der Identifizierung von PrP^{CJD} genutzt (Oesch et al., 1985). **Die definitive Diagnose einer Prion-Erkrankung** wird aufgrund der typischen histopathologischen Veränderungen postmortal gestellt (Budka et al., 1995; Weber und Aguzzi, 1997):

1. *spongiforme Veränderungen (kleine Vakuolen im Neuropil des zerebralen beziehungsweise zerebellären Kortex oder der subkortikalen grauen Substanz)*
2. *Neuronenverlust*
3. *astrozytäre Gliose*

2. Die menschlichen Prion-Erkrankungen

2.1 Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung

Die Erstbeschreibungen der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (Creutzfeldt-Jakob-disease, CJD) erfolgten durch die Namensgebenden deutschen Creutzfeldt und Jakob (Creutzfeldt, 1920; Jakob, 1921). Die Inzidenz ist mit ungefähr 1 : 1.000.000 Personen niedrig (Parchi et al., 1996). Das typische Erkrankungsalter liegt bei 50 - 60 Jahren. Männer und Frauen erkranken gleich häufig. Weniger als 10 % aller Fälle von CJD sind autosomal vererbt (Gajdusek, 1996). Diese hereditäre CJD ist nach Inokulation auf entsprechende Versuchstiere übertragbar. Es wurden verschiedene Punktmutationen (Codon 171, 178, 180, 200, 210 und 232) sowie Insertionen von Oktarepeats innerhalb des *PRNP*-Gens beschrieben (Abb. 2) (Gajdusek, 1996; Samaia et al., 1997).

Jeder Mensch kodiert auf seinen beiden Prion-Gen Allelen entweder für die Aminosäure Methionin oder Valin am sogenannten Codon 129 (ein Codon wird von drei Nukleotiden gebildet und enthält die Erbinformation für je eine Aminosäure). Dieser Polymorphismus am Codon 129 stellt keine Mutation dar. Vielmehr handelt es sich um ein Merk-

mal, das rein zufällig in der Bevölkerung verteilt ist (in Mitteleuropa: 50 % Methionin/Methionin. 10 % Valin/Valin und 40 % Methionin/Valin). Verschiedene Studien konnten mittlerweile zeigen, dass eine Homozygotie für Methionin beziehungsweise Valin am polymorphen Codon 129 des *PRNP*-Gens zur Entwicklung einer sporadischen oder iatrogenen CJD prädisponiert (Abb. 2) (Laplanche et al., 1994; Deslys et al., 1994; Palmer et al., 1991; Salvatore et al., 1994; Schulz-Schaeffer et al., 1996). Das selbe gilt für die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob Krankheit.

Ungefähr 1 % aller CJD-Fälle wurden über infiziertes Material übertragen. So erfolgte eine Übertragung der Erkrankung durch kontaminiertes Wachstumshormon beziehungsweise kontaminierte Dura mater- oder Cornea-Transplantate. Die menschlichen Spender litten wahrscheinlich vor ihrem Tod an einer subklinischen Prion-Erkrankung. Nach der Verwendung kontaminierter Operationsinstrumente und der Implantation infizierter EEG-Silberelektroden ist es ebenfalls zur Übertragung von CJD gekommen (Gajdusek, 1996).

Die CJD ist im Allgemeinen durch eine rasch fortschreitende Demenz gekennzeichnet (Tab. 1). Im Verlauf der Erkrankung kommt es bei fast allen Patienten zu Myoklonien. Diese lassen sich häufig durch plötzlich dargebotene sensorische Reize verstärken. Ungefähr 30 % aller Patienten klagen über neuropsychiatrische Symptome (Erschöpfung, Depressionen, Gewichtsverlust sowie Schlaf- und Appetitstörungen). Während früher Erkrankungsphasen sind die Patienten zudem häufig verwirrt und agitiert. Andere leiden unter Halluzinationen oder Illusionen. Bei vielen Patienten treten zudem Wesensänderungen, Störungen der Merkfähigkeit und später auch der Orientierung auf. Weiterhin können Aphasie, Alexie, Apraxie und Agnosie auftreten. Extrapyramidale Symptome (Rigor, Tremor, athetotische und choreatiforme Bewegungsstörungen) sind eben-

falls häufig nachweisbar. Als Zeichen der zerebellären Beteiligung kommt es zudem vielfach zu Ataxie, Sprechstörung, Intentionstremor sowie Dysdiadochokinese (Scheid, 1983; Gajdusek, 1996).

2.1.2. Zusatzuntersuchungen bei CJD

2.1.2.1. Elektroenzephalografie

Nahezu 60 bis 80 % der Creutzfeldt-Jakob Patienten entwickeln charakteristische EEG-Veränderungen. Diese bestehen in generalisierten 0,5 - 2Hz bi-/triphasischen periodischen Komplexen, die häufig synchron mit Myoklonien auftreten. Sie sind aber auch bei Patienten nachweisbar, die keine Myoklonien aufweisen (Scheid, 1983; Gajdusek, 1996). Die beschriebenen EEG-Veränderungen wurden nie bei Kuru, der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob Krankheit oder bei klassischem Gerstmann-Sträussler-Scheinker Syndrom gesehen. Eine durch die WHO initiierte Stellungnahme von Fachleuten schlägt folgende EEG-Kriterien vor (Anonymus, 1998):

- Streng periodische Aktivität
 - die Variabilität der zwischen den Komplexen gelegenen Intervalle ist < 500 ms
 - die periodische Aktivität hält für eine mindestens 10 s dauernde Periode an
 - bi- oder tri-phasische Gestalt der periodischen Komplexe
 - die Mehrzahl der Komplexe rangiert zwischen 100 und 600 ms
 - periodische Komplexe können generalisiert oder lateralisiert auftreten, aber nicht regional oder asynchron.
- Diese CJD-typischen EEG – Veränderungen treten selten bei anderen Erkrankungen (zum Beispiel metabolischen Erkrankungen) auf.

2.1.2.2. Laboruntersuchungen

Die Routineparameter im Blut sind zu meist unauffällig. Bei einem Drittel der CJD-Patienten sind die Leberwerte (insbesondere Transaminasen) aus unbekanntem Gründen leicht erhöht (Anonymus, 1998).

Der Liquor enthält typischerweise keine

entzündlichen Zellen. Es kommt aber in ungefähr einem Drittel der Fälle zu erhöhten Eiweißwerten im Liquor. Üblicherweise sind keine oligoklonalen Banden nachweisbar (Anonymus, 1998). Ein Anstieg der Neuronen-spezifischen Enolase (NSE) und des Protein tau im Liquor weisen auf einen raschen Neuronenzerfall hin, wie es bei einem typischen Krankheitsverlauf einer Prion-Erkrankung zu erwarten ist (Weber et al., 1997). Den sensitivsten und spezifischsten Marker für das Vorliegen einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung stellt momentan der Nachweis von sogenanntem 14-3-3 Protein im Liquor dar (Hsich et al., 1996). Die meisten iatrogenen CJD - Fälle sind positiv für Protein 14-3-3. Bei familiären Prion-Erkrankungen sind die Ergebnisse uneinheitlich. Da das 14-3-3 Protein auch bei anderen Erkrankungen positiv getestet wird, sollte der Test nicht als allgemeiner Suchtest, sondern nur bei einem begründeten Verdacht angewandt werden (Anonymus, 1998). Die definitive Diagnose einer CJD ist allerdings nur durch den Pathologen zu stellen (Tab. 1).

2.1.2.3. Bildgebung

Es gibt keine MRT oder CT-Veränderungen, die für die CJD typisch sind. In späten Krankheitsstadien zeigt sich eine Rindentrophie. Mit Hilfe bildgebender Verfahren sind insbesondere andere Erkrankungen auszuschließen. Möglicherweise ist in einer größeren Anzahl der CJD-Fälle ein erhöhtes Signal in den Basalganglien auf T2- und Protonen-Dichtegewichteten Aufnahmen nachweisbar (Finkenstaedt et al., 1996). FLAIR- und Diffusionsgewichtete Aufnahmen können diese Basalganglienveränderungen verdeutlichen (Anonymus, 1998).

2.1.3. Therapie bei CJD

Es gibt bisher keine kausale Therapie für Prion-Erkrankungen. Symptomatisch können gegen die Myoklonien bei CJD Valproinsäure und Clonazepam eingesetzt werden. Ansonsten werden allge-

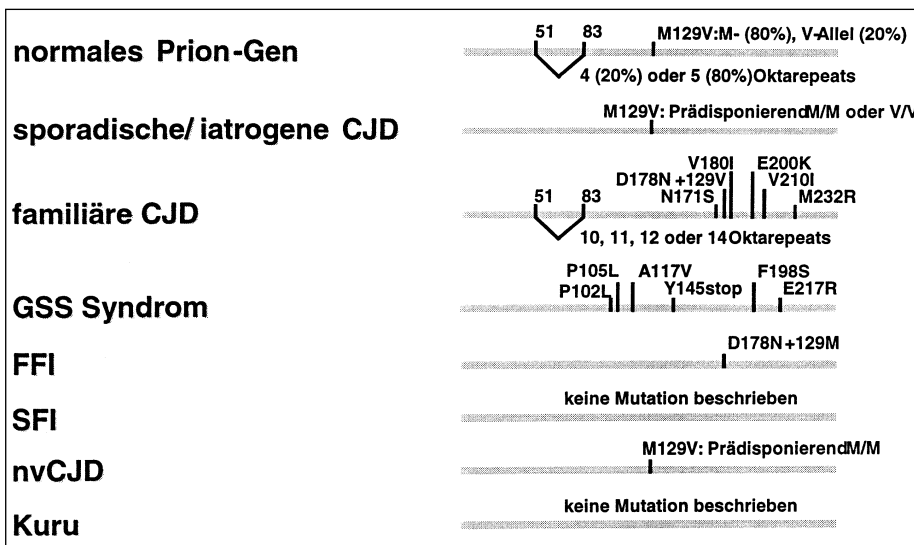


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Prion-Gen Mutationen bei den verschiedenen humanen Prion-Erkrankungen (Creutzfeldt-Jakob Krankheit; CJD; Gerstmann-Sträussler-Scheinker Syndrom, GSS; fatale familiäre Insomnie, FFI; sporadische fatale Insomnie, SFI; neue Variante der Creutzfeldt-Jakob Krankheit, v-CJD und Kuru. Die oberhalb der skizzierten Gene bei Normalpatienten beziehungsweise bei Patienten mit Prion-Erkrankungen angegebenen Ziffern geben die Position eines Codon innerhalb des Prion-Gens an. Ein Codon besteht aus drei Nukleotiden und diese kodieren jeweils für eine bestimmte Aminosäure. Der vor der Zahl stehende Buchstabe entspricht der normalerweise an dieser Position stehenden Aminosäure, der hinter der Zahl stehende Buchstabe entspricht der neuen Aminosäure als Folge einer Mutation. Die Position an Codon 129 entspricht keiner Mutation, sondern einem sogenannten Polymorphismus (siehe Text).

meine palliative Maßnahmen empfohlen (Schulz und Weller, 1998).

2.2. Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom

Die Neurologen Gerstmann und Sträussler sowie der Neuropathologe Scheinker beschrieben als Erste das später nach ihnen benannte Krankheitsbild des Gerstmann-Sträussler-Scheinker Syndroms (GSS) (Gerstmann et al., 1936). Die Erkrankung wird autosomal dominant vererbt. Bei GSS wurden unterschiedliche Punktmutationen des menschlichen Prion-Gens (Codon 102, 105, 117, 145, 198 und 217) beschrieben (Gajdušek, 1996). Charakteristischerweise sind autoptisch multizentrische PrP-Plaques (GSS-Typ) nachweisbar (Budka et al., 1995).

Klinisch kann die sogenannte ataktische Form des GSS selbst innerhalb der selben Familie sehr unterschiedlich in Erscheinung treten. So kommen zerebelläre Ataxie, Pyramidenbahnzeichen, Dysarthrie und okuläre Dysmetrie vor. In späten Krankheitsstadien sind die Patienten geistig verwirrt und zeigen Verhaltensauffälligkeiten. Die sogenannte telenzephal Form des GSS ist vornehmlich durch eine progressive Demenz gekennzeichnet. Teilweise geht diese mit Dysarthrie, Rigor, Tremor und gesteigerten Reflexen einher. Das sogenannte GSS mit neurofibrillären Tangles zeichnet sich durch die Symptome Ataxie, Parkinsonismus und Demenz aus (DeArmond und Prusiner, 1997).

2.3. Fatale familiäre Insomnie

Die fatale familiäre Insomnie (FFI) wird autosomal dominant vererbt. Sie ist durch eine Mutation an Codon 178 gekennzeichnet, die zu einem Austausch von Aspartat zu Asparagin führt. Die selbe Mutation wurde auch bei hereditärer CJD beschrieben (Manetto et al., 1992; Medori et al., 1992a; Medori et al., 1992b). Es wurde nachgewiesen, dass dieses mutierte Gen bei der FFI am Codon 129 für Methionin kodiert. Im

Tabelle 1: Überarbeitete WHO-Definition der CJD-Subtypen (Anonymus, 1998)

Sporadische CJD	Definitiv	<ul style="list-style-type: none"> – mit Hilfe neuropathologischer Standardtechniken diagnostiziert <i>und/oder</i> – immunzytochemisch <i>und/oder</i> – mit Western blot gesichertes Protease-resistentes PrP <i>und/oder</i> – Anwesenheit Scrapie-assoziiierter Fibrillen
	Wahrscheinlich	<ul style="list-style-type: none"> – progressive Demenz <i>und</i> wenigstens zwei der folgenden vier klinischen Zeichen: – Myoklonus – Sehstörungen oder zerebelläre Störungen – pyramidale/extrapyramidale Störungen – akinetischer Mutismus <i>und</i> – ein typisches EEG während einer Erkrankung beliebiger Dauer <i>und/oder</i> – ein positiver 14-3-3 Liquor-Befund und ein klinischer Verlauf bis zum Tod von weniger als 2 Jahre
	Möglich	<ul style="list-style-type: none"> – progressive Demenz <i>und</i> wenigstens zwei der folgenden vier klinischen Zeichen: – Myoklonus – Sehstörungen oder zerebelläre Störungen – pyramidale/extrapyramidale Störungen – akinetischer Mutismus <i>und</i> – ein EEG liegt nicht vor oder atypisches EEG <i>und</i> – Verlauf von weniger als 2 Jahren
Iatrogene CJD		<ul style="list-style-type: none"> – ein progressives zerebelläres Syndrom bei einem Empfänger von menschlichem Hypophysen-Hormon, das aus Leichen gewonnen wurde <i>oder</i> – sporadische CJD mit einem bekannten Expositionsrisiko (zum Beispiel Dura mater Transplantat)
Familiäre CJD		<ul style="list-style-type: none"> – definite/wahrscheinliche CJD plus definite/wahrscheinliche CJD bei einem Verwandten ersten Grades <i>und/oder</i> – neuropsychiatrische Erkrankung plus Krankheits-spezifische PrP-Gen - Mutation

Gegensatz dazu kodiert das Prion-Gen bei hereditärer CJD (neben der Mutation an Codon 178) am Codon 129 für Valin (Goldfarb et al., 1992). Neuropathologisch sind eine Degeneration des Thalamus und spongiforme Veränderungen des Großhirns nachweisbar (Budka et al., 1995). Der Krankheitsbeginn liegt zwischen 35 und 61 Jahren. Der Verlauf ist progredient und dauert von 7 bis 36 Monaten. Zu Beginn treten Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus auf, nachfolgend kommt es zu Insomnie und schließlich Koma. Zudem sind Myoklonien, Ataxie, Sprechstörungen und Pyramidenbahnzeichen nachweisbar. Als Zeichen einer autonomen Dysregulation kommt es zu Hyperhydrosis, tachykarden Herzrhythmusstörungen und Fieber (Manetto et al., 1992; Medori et al., 1992a; Medori et al., 1992b; DeArmond und Prusiner, 1997).

2.4. Sporadische fatale Insomnie

Vor kurzem wurde eine sporadische Prion-Erkrankung bei insgesamt sechs Patienten beschrieben, die der FFI klinisch und histopathologisch ähnelt. Allerdings weist keiner dieser Patienten die Krankheits-typische (D178N) Mutation des *PRNP*-Gens auf. Wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Erkrankung um eine „sporadische Form der FFI“. Aus diesem Grund wurde sie als „sporadische fatale Insomnie“ bezeichnet (Parchi et al., 1999; Gambetti und Parchi, 1999; Mastrianni et al., 1999).

2.5. Neue Variante der

Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung

Im Jahr 1996 wurden in Großbritannien zehn CJD-Patienten identifiziert, wobei die Betroffenen ungewöhnlich jung waren (Durchschnittsalter unter 30 Jahren). In allen Fällen waren Prion-Plaques nachweisbar, die im Gegensatz zu sporadischer CJD an typische Kuru-Plaques erinnern. Im Gegensatz zur klassischen CJD fehlten die typischen EEG-Veränderungen (Will et al., 1996). Mittlerweile wurde bei über 40 Patienten die Diag-

nose „new variant“ Creutzfeldt-Jakob-Disease (v-CJD oder nv-CJD) gestellt.

Verschiedene Argumente stützen die Annahme, dass sich betroffene Patienten mit kontaminiertem Rindergewebe infiziert haben. Dieses Rindergewebe entstammte Tieren, die zuvor an boviner spongiformer Enzephalopathie erkrankt waren (BSE, „mad cow disease“) (Anonymus, 1998):

1. *Das nahezu ausschließlich auf Großbritannien beschränkte Auftreten lässt einen engen zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit der BSE-Epidemie bei britischen Rindern erkennen.*

2. *Das neuropathologische Erscheinungsbild ähnelt demjenigen bei Makakken, die intrazerebral mit BSE-kontaminiertem Hirngewebe inokuliert wurden (Lasmezas et al., 1996).*

3. *Gentechnisch-veränderte transgene Mäuse, die lediglich humanes Prion-Protein herstellen können, sind mit BSE infizierbar (Hill et al., 1997a).*

4. *Der biologische „Stamm“ des v-CJD Agens (definiert über die Übertragungscharakteristika in Inzucht-Mäusestämmen) und der molekulare „Stamm“ (definiert über das Prion-Protein Glycosylierungsmuster) ähnelt stark denjenigen Merkmalen, die bei experimentell und natürlicherweise BSE-infizierten Tieren auftreten. Sie unterscheiden sich aber von denjenigen, die bei sporadischer CJD gesehen werden.*

Die Frühdiagnose der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung ist möglicherweise über den Nachweis von pathologischem PrP^{CJD} in Rachenmandel-Biopsien zu stellen (Hill et al., 1997b; Hill et al., 1999).

2.6. Kuru

Kuru wurde durch den rituellen Verzehr von Gehirnen und anderer Organe verstorbener Angehöriger in Papua Neuguinea übertragen (Gajdusek, 1997; Alpers, 1979). Die Krankheitsübertragung auf Schimpansen gelang nach intrazerebraler Inokulation von Kuru-Hirnsuspensionen (Gajdusek et al., 1966; Gajdu-

sek et al., 1967). Der Begriff „Kuru“ bedeutet in der Sprache der Einheimischen „Zittern“. Er beschreibt damit die bei dieser Prion-Erkrankung im Vordergrund stehende zerebelläre Symptomatik. Der Verlauf ist progredient und führt gewöhnlich innerhalb von drei bis neun Monaten zum Tod. Nach Einstellung des rituellen Kannibalismus verschwand Kuru während der letzten Jahre nahezu vollständig. Inzwischen werden neue Erkrankungs-Fälle nur noch bei solchen Patienten beschrieben, die vor 1959 geboren wurden (Alpers, 1979).

3. Ausblick

Die derzeitigen Bemühungen konzentrieren sich insbesondere darauf, die molekularen Grundlagen der Prion-Erkrankungen aufzuklären. Auf diese Weise sollen Medikamente entwickelt werden, die den Krankheitsverlauf modifizieren können. Zudem sollen diagnostische Tests entwickelt werden, die vor Krankheitsausbruch das Vorliegen einer Prion-Erkrankung anzeigen (Anonymus, 1998). Verschiedene experimentelle und klinische Beobachtungen sprechen dafür, dass das Prion-Gen und seine Geneprodukte möglicherweise an der Ausbildung peripherer neurologischer Erkrankungen beteiligt ist. In diesem Zusammenhang wird eine langsam progrediente Muskelerkrankung des Erwachsenenalters, die sporadische Einschlusskörperchenmyositis (sporadic inclusion body myositis, s-IBM) unter anderem in unserer Dresdner Arbeitsgruppe, intensiv untersucht (Askanas et al., 1993; DeArmond und Prusiner, 1995; DeArmond und Prusiner, 1997; Lampe et al., 1999).

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser

Korrespondierender Autor:

Dr. Johannes Bernhard Lampe

Universitätsklinikum Neurologie

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Tel. (03 51) 4 58 - 25 24,

Fax: (03 51) 4 58 - 43 65

e-mail: jlampe@fnz.med.tu-dresden.de

Artikel eingegangen: 6. 9. 1999

Artikel angenommen: 8. 11. 1999

Dr. Maria Eienkel
Philipp-Rosenthal-Straße 50A
04103 Leipzig

Redaktion
„Ärzteblatt Sachsen“
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den Medien werden wiederholt Knochenmarkspender für leukämiekranken Kinder geworben. Für mich ergeben sich diesbezüglich viele Fragen, um deren gelegentliche Beantwortung ich bitten möchte.

1. Für welche Formen der Leukämie sind Knochenmarkstransplantate angebracht?
2. Wie hoch ist die Erfolgsrate nach Stammzelltransplantat?
3. Welche Kriterien muss ein voraussichtlicher Spender erfüllen?
4. Wie erfolgt die Markprobe des potentiellen Spenders und in welchem Umfang vollzieht sich die eigentliche Spende?
Welche Komplikationen können auftreten?
5. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, einen genetisch günstigeren Spender in angemessener Zeit zu finden, als es die Verwandten ersten Grades sind?
6. Gibt es einen Ausblick auf andere Therapieformen?

Für Ihre Bemühungen, um eine fachspezifische Antwort zu geben, danke ich.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Maria Eienkel

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Direktor: Prof. Dr. med. Gerhard Ehninger
Hämatologische Ambulanz/KMT-Ambulanz
Herrn

Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

Leserbriefanfrage vom 10. 1. 2000

Sehr geehrter Herr Professor Klug,

im Folgenden möchte ich versuchen, auf die von Ihnen mitgesandten Fragen entsprechende Antworten zu geben:

zu 1. Die Knochenmarkstransplantation wird sowohl bei der akuten myeloischen und lymphatischen Leukämie als auch bei der chronischen myeloischen Leukämie durchgeführt. Die häufigste Indikation für die Durchführung der Transplantation ist jedoch zur Zeit die chronische myeloische Leukämie.

zu 2. Die Erfolgsrate der Transplantation richtet sich nach der Grunderkrankung und dem Zustand des Patienten sowie der Transplantatquelle. Sie reicht von einer 5-Jahres-Überlebensrate von 70 bis 80 % bei jugendlichen Patienten mit aplastischen Anämien bis zu ca. 30 bis 40 % 5-Jahres-Überlebensrate bei Patienten mit akuten Leukämien und unverwandtem Spender.

zu 3. Der potentielle Spender sollte keine wesentlichen Vorerkrankungen haben. In einer allgemeinmedizinischen Voruntersuchung werden insbesondere potentielle infektiöse Vorerkrankungen ausgeschlossen. Im Allgemeinen muss der Spender die gleichen Voraussetzungen wie zum Spenden von Blut erfüllen.

zu 4. Die Knochenmarkentnahme erfolgt in Vollnarkose im Bereich des hinteren Beckenkammes. Im Allgemeinen ist hierfür ein 3-tägiger Krankenhausauf-

enthalt erforderlich. Wesentliche Komplikationen treten hierbei nicht auf. Gelegentlich kann es zu kleineren Hämatomen oder auch Schmerzen im Entnahmebereich kommen.

Heutzutage ist jedoch auch die Spende von Blutstammzellen aus dem peripheren Blut möglich. Hierbei kann nach Applikation eines hämatologischen Wachstumsfaktors für 4 bis 5 Tage mit einer Leukapherese ein Blutstammzelltransplantat ohne Narkose gewonnen werden.

zu 5. Die Wahrscheinlichkeit, unter Geschwistern einen Spender zu finden, beträgt je nach Anzahl dieser zwischen 25 und ca. 35 %. In den internationalen Spenderregistern können inzwischen für 70 bis 80 % aller Patienten innerhalb von vier Wochen komplett idente Spender identifiziert werden.

zu 6. In Zukunft wird versucht werden, die Nebenwirkungen der Knochenmarkstransplantation durch niedriger dosierte Chemo-/Strahlentherapie zu minimieren. Des Weiteren wird versucht, durch spezifische Manipulation des Transplantates eine intelligentere Immuntherapie von Leukämien zu ermöglichen.

Ich hoffe, mit diesen Ausführungen ungefähr Ihre Erwartungen zu erfüllen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Bornhäuser
Oberarzt

Sächsische Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. Winfried Klug
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Sehr geehrter Herr Prof. Klug,

als Folge meines Reiseberichtes als Hilfskonvoi nach Wladimir Wolinski mit der daranhängenden Bitte um Spenden auf ein genanntes Konto sind mehrere Spenden eingegangen, deren Schenkern ich herzlich danken möchte.

Nun liegen mir jedoch außer den Absenderkonto-Nummern keine Adressen vor.

Wäre es möglich, in einem der nächsten Hefte, möglichst gut auffindbar, ein paar Zeilen einzurücken?

Dank für Spenden für das ukrainische Kind Andrej

Auf diesem Wege möchte ich allen freundlichen Spendern für ihre großzügige Hilfe danken, die dem Kinde aus der Ukraine als Folge meines Beitrages im „Arztblatt Sachsen“ 2/2000 zuteil wurden. Für mich persönlich waren die Spenden eine übergroße Freude.

Ich kann mitteilen, dass Andrej inzwischen behandelt wurde mit den schnellstens besorgten Medikamenten und klinisch symptomfrei sein soll.

Allen Spendern herzlichsten Dank!

Aber: Es geht ungebrochen weiter!

Noch eine Bitte. Teilen Sie mir alle, die gespendet haben, freundlichst Ihre Adresse mit, damit ich – so gewünscht wird – eine Spendenquittung veranlassen kann, wozu „Die Johanniter“ bereit sind.

Dr. med. Clemens Weiss
Weinbrennerstraße 20
04328 Leipzig
Tel. (03 41) 2 51 49 46

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Clemens Weiss

Verleihung des akademischen Grades
Doctor medicinae habilitatus

Frau Dr. med. Eva Robel-Tillig:

Dopplersonographische Perfusionsmessungen kardialer Leistungsparameter in der Arteria cerebri anterior unter Berücksichtigung kardialer Leistungsparameter und der mesenterialen Perfusion bei unreifen und reifen Neugeborenen zur Prädikation der neurologischen Entwicklung während des ersten Lebensjahres.

Dr. med. Holger Dietrich:

Der Urogenitaltrakt in der anatomischen Darstellung vom 16. bis 19. Jahrhundert und die ersten operativen Eingriffe im wissenschaftlich-modernen Sinn vor der Institutionalisierung des Faches Urologie – Eine Betrachtung zur urologischen Abbildungs- und Inaugurationsgeschichte anhand ausgewählter Beispiele.

Dr. med. dent. Bernhard Frerich:

Untersuchungen zum Tissue-engineering vaskularisierter Transplantatgewebe in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Dr. med. Fritz Gummert:

Pharmakodynamik der Mycophenolsäure nach heterogener Herztransplantation im Rattenmodell.

Verleihung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

Fakultätsratssitzung vom 20. 7. 1999

Herr Mathias Räthel, Krumhermsdorf:

Vergleich klinischer und autoptischer Diagnosen in zwei Zeiträumen mit deutlich unterschiedlicher Obduktionsfrequenz (1987 - 1990 und 1991 - 1994)

Frau Ulrike Reinwardt, Leipzig:

Epidemiologische Untersuchungen zum psychosomatischen Beschwerdestatus bei Patienten mit chronischen Erkrankungen der Haut

Frau Ulrike Spengler, Leipzig:

Vergleich der konventionellen intrakavitären Low-dose-rate-Kontakttherapie mit der High-dose-rate-Afterloading-Therapie bei der Behandlung von Endometrium- und Zervixkarzinomen an der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universität Leipzig

Verleihung des akademischen Grades
Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 7. 9. 1999

Herr Ahmad Hassan Ahmad, Leipzig:

Die Behandlung der Familiären Hypercholesterinämie mittels LDL-Apherese

Frau Daniela Bannier, Staßfurt:

Vergleichende Untersuchungen des „Zentralen Beziehungskonflikt-Themas“ anhand von Lebensläufen und Erlebnisberichten bei Patienten mit psychosomatischen Störungen

Herr Jörg Böhme, Greifswald:

Differenzierung von Lymphknotenmetastasen und benignen Lymphknotenveränderungen im hochauflösenden 13 MHz-Ultraschall

Herr Uwe Butzke, Plauen:

Operationsergebnisse bei Kindern mit angeborenen Herzfehlern und Down-Syndrom

Frau Claudia Fährmann, Leipzig:

DNA-zytometrische Untersuchungen an Endometriumkarzinomen – eine retrospektive Studie an paraffineingebettetem Material

Frau Susanne Friese, Selb/Erkersreuth:

Einfluß von Ischämie in Kombination mit Hyperglykämie auf Neuronen und Astrozyten im Hippokampus von Wistaratten

**Frau Anke Gerhardt,
Wyhratal/OT Neukir:**

Die Bedeutung der Obduktion für die Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung – ein kliniko-pathologischer Diagnosenvergleich anhand der Totenscheine des weiblichen Sektionsgutes der ehemaligen Kreise Borna und Geithain der Jahre 1982 bis 1991

Frau Dagmar Grabow, Brandenburg:

Die Rolle der Natürlichen Killerzellen bei der Rheumatoid-Arthritis. Immunhistochemische Untersuchungen an Synovialmembranen

Frau Margret Grosa, Groß Düben:

Spätergebnisse nach operativer Korrektur von Poly- und Syndaktylien im Handbereich zwischen Januar 1983 und April 1998 an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig

Frau Ulrike Gunkel, Leipzig:

Validisierung von nichtinvasiven Verfahren zur Testung der exokrinen Pankreasfunktion

Frau Bettina Herrmann, Leipzig:

Neoadjuvante Chemotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Harnblasenkarzinom in den Stadien pT3-4 G2-3 N0-1 M0 nach UICC-Klassifikation (Eine Anwendungsbeobachtung neoadjuvanter Polychemotherapie nach Zustimmung der Ethikkommission Sachsens)

Frau Eva Hofmann, Leipzig:

Soziale Faktoren, Lebensstil und kardiovaskuläres Risiko im Kindes- und Jugendalter

Herr Mike Junghanns, Haselbach:

Atypische Osteomyelitiden im Kindesalter. Retrospektive Analyse und Versuch einer Reklassifizierung der Patienten von 1968 bis 1994 an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und der Universitätskinderklinik, Universität Leipzig

Frau Ina Kern, Leipzig:

Tonsillektomieinduzierte Bakteriämie bei Tonsillitis chronica im Kindesalter und Endokarditisprophylaxe

Frau Isolde Kühnert, Leipzig:

Untersuchung zum Einfluß des Kohlendioxid-Pneumoperitoneums auf die Atemtechnik bei gynäkologisch laparoskopischen Operationen unter totaler intravenöser Anästhesie

**Herr Janis Alexander Liebsch,
Sonthofen:**

Perinataler Ausgang von Kindern mit abdominalen Spaltbildungen unter besonderer Berücksichtigung des Entbindungsmodus

**Frau Barbara Mietz,
Reichmannsdorf:**

Geburtsverlauf und kindliche Risiken bei regelwidrigen Schädelanlagen

Frau Katrin Reichelt, Riesa:

Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der chronisch-entzündlichen Darmkrankungen unter besonderer Betrachtung der Langzeitergebnisse beim Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa

Herr Paul Christian Schulze, Leipzig:

Untersuchungen optischer und histologischer Grundlagen der Laserinduzierten Interstitiellen Thermotherapie (LITT)

Herr Gero Strauß, Leipzig:

Zur Dignität der Tumoren des Ohres unter besonderer Berücksichtigung der nichtchromaffinen Paragangliome des Mittelohres

Herr Niels Teich, Leipzig:

Hereditäre Pankreatitis: Identifikation einer krankheitsassoziierten Mutation und Entwicklung einer Methode zu deren vereinfachtem Nachweis

Herr Jens-Uwe Teichler, Konstanz:

„Der Charlatan strebt nicht nach Wahrheit, er verlangt nur nach Geld.“ Zur

Auseinandersetzung zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und Laienmedizin im deutschen Kaiserreich am Beispiel von Hypnotismus und Heilmagnetismus

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 5. 10. 1999

Herr Frank Busse, Leipzig:

Vergleichende Untersuchungen der Spätphase des Entzündungsgeschehens nach Übertragung rheumatoider Synovialmembran und der Arthritis nach Injektionen humaner rheumatoider Fibroblasten in Mäusen mit schweren kombinierten Immundefekt (SCID)

Herr Markus Czesla, Leipzig:

Kardiomyoplastie – eine Verbesserung der Muskelfasertransformation durch ein anaboles Steroid (Metenolone)

Herr Axel Goldammer, Leipzig:

Entwicklung und Charakterisierung von Transplantaten aus dem basalen Vorderhirn von Mäusen mit Trisomie 16

Frau Diana Grimm, Leipzig:

Morphologische und morphometrische licht- und elektronenmikroskopische Untersuchungen an Müllerzellen der gealterten bzw. lichtgeschädigten Rattenretina

Herr Frank Hanisch, Leipzig:

Injektion des Phosphataseinhibitors Okadainsäure in den Nucleus basalis Meynert der Ratte – Entwicklung eines Tiermodells für die Alzheimersche Erkrankung

Herr Mario Krüger, Reinsdorf:

Entwicklung einer Software zur dreidimensionalen Darstellung computertomographischer Daten der unteren Halswirbelsäule (C3 - C7)

Herr Olaf Rott, Arnstadt:

Zell- und molekularbiologischer Vergleich von mitotischen und postmitotischen humanen dermalen Fibroblasten

Frau Annegret Stier, Frickingen:

Erarbeitung einer Methodik zur Bestimmung von Homocystein im menschlichen Blut sowie Aufstellung eines Vergleiches zwischen Homocysteingehalt, steigendem Lebensalter und Blutfettwerten

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 23. 11. 1999

Herr Tammam Ali, Leipzig:

Nervenärztliche Morbidität am Allgemeinkrankenhaus. Eine Untersuchung über die Häufigkeit von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken im Kreiskrankenhaus Torgau. Eine retrospektive Untersuchung aus dem Jahre 1994

Herr Dipl.-Med. Nadeem Anwar, Leipzig:

Alternative Methoden der atraumatischen Intubation bei Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren im HNO-Bereich ohne Anwendung von Muskelrelaxanzien

Herr Holger Blumenstein, Saalfeld:

Pelviskopische Diagnostik der Endometriosis genitalis externa an der Frauenklinik des Heinrich-Braun-Krankenhauses in Zwickau in den Jahren 1978 bis 1995. Eine Bewertung des Einflusses der instrumentellen und operativen Pelviskopietechnik auf die Erfassung der Erkrankung

Herr Enrico Bolomsky-Kahl, Bobritzsch/OT Naun:

Der Einfluss von Aprotinin auf Blutverlust, Hämostase und Fibrinolyse in der perioperativen Phase thoraxchirurgischer Eingriffe (Lungenchirurgie)

Frau Annett Borkenhagen, Pegau:

Leben und Werk des F. W. A. Sertürner

Frau Mandy Domel, Boxberg:

Die gesamtbakterielle Besiedlung unter besonderer Berücksichtigung von Staphylococcus aureus beim atopischen Ekzem vor und nach lokaler Glukokortikoid- sowie Teetherapie

Herr Ulrich Ebermann, Leipzig:

Jodversorgungszustand in Leipzig sowie Aufbau und Einführung eines multimedialen Gesundheitssystemes mit dem Thema: „Jodmangel und Schilddrüse“

Herr Alexander Fischer, Machern:

Interdisziplinäre Betreuung chronischer Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes am Beispiel der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und alkoholverursachter Leber- und Pankreaserkrankungen

Frau Katharina Genest, Leipzig:

Langzeitresultate der Argonlasertrabekuloplastik bei primärem Offenwinkelglaukom

Frau Ulrike Günther, Zwickau:

Interindividuelle und intraindividuelle Reproduzierbarkeit und klinische Bedeutung der verschiedenen Parameter der Herzfrequenzvariabilität in der Langzeitanalyse

Frau Ute Heide, Chemnitz:

Der Anus praeter bei der Behandlung gynäkologischer Karzinome. Eine Analyse der 145 von 1975 – 1993 in der Universitätsfrauenklinik Leipzig beobachteten Fälle

Herr Matthias Jäger, Plauen:

Wandel eines Therapiekonzeptes: Die obere Gastrointestinalblutung

Frau Annegret Kellig, Leipzig:

Seroepidemiologische Untersuchungen zur Immunität gegenüber Diphtherie in der Bevölkerung einer Großstadt anhand zweier Methoden

Herr Eckehard Kilian, München:

Medikamentencompliance beim niedergelassenen Arzt unter besonderer Berücksichtigung der Packungsbeilage

Herr Hugo Benito Kitzinger, Leipzig:

Experimentelle Studie und erste klinische Anwendung zur Quantifizierung des intraoperativen Bypassflusses in der Koronarchirurgie anhand der Thermo-Coronar-Angiographie

Frau Claudia Christine König, Gießen:

Alloimmunisierung gegen plättchenspezifische und HLA-Antigene bei polytransfunden Patienten

Herr Jan Korner, Leipzig:

Versorgungsstrategie und Ergebnisse nach Frakturen und Luxationsfrakturen des Ellenbogengelenks

Herr Tobias Kroebner, aus Altenburg:

Einfluss von Innenraumexpositionen auf die Atopie-Entwicklung im Säuglingsalter bei Leipziger Neugeborenen

Frau Reinhild Lorenz, Leipzig:

Mammaoperationen am Kreiskrankenhaus „Bergmannswohl“ Schkeuditz 1979 – 1992. Eine retrospektive Analyse mit Darstellung des Therapiewandels

Frau Cornelia Machold, Leipzig:

Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten im Deutschland des 20. Jahrhunderts

Herr Uwe Markert, Stollberg:

Der Myokardinfarkt – Analyse von Häufigkeit, Altersstruktur und Koronararteriosklerose im Sektionsgut des Institutes für Pathologie der Universität Leipzig der Jahre 1920 bis 1997

Herr Tilo Nimetschek, Neuseußnitz:

Über den Umgang mit der Suizidproblematik in der Deutschen Demokratischen Republik – eine retrospektive Analyse unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Fachzeitschriften

Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus spielt in allen internistischen Kliniken quantitativ und qualitativ eine große Rolle. Diabetiker werden sowohl in von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft anerkannten Behandlungseinrichtungen als auch in Kliniken ohne eine solche Anerkennung behandelt.

Wie auch andere medizinische Teilgebiete, befindet sich die Diabetologie im Spannungsfeld von Leistungserbringern und Kostenträgern von ambulanter und stationärer Medizin. Zunehmend wird von den Kostenträgern die Forderung nach Qualitätsmanagement in den Kliniken laut. Wie im ambulanten Bereich zum Teil schon erfolgt, ist es auch für die an der stationären Betreuung von Diabetikern beteiligten Kliniken erforderlich, sich dieser Herausforderung verstärkt zu widmen.

Aus diesen Gründen möchte die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V. als Regionalgesellschaft der DDG einen Arbeitskreis „Stationäre Diabetologie“ ins Leben rufen. Dieser Qualitätszirkel soll auf regionaler Ebene in den Regierungsbezirken Chemnitz, Leipzig und Dresden die Kommunikation zwischen den diabetologisch tätigen Kollegen der stationären Einrichtungen fördern und die Qualität stationärer Diabetologie in Sachsen garantieren.

Zu einer konstituierenden Versammlung der interessierten Kliniken am 21. Juni 2000 um 14.00 Uhr im Klinikum Chemnitz gGmbH, Krankenhaus Flemmingstraße, Hörsaal möchten wir Sie oder/und den in Ihrer Klinik für die Diabetologie vordergründig verantwortlichen Fach- bzw. Oberarzt herzlich einladen. Während dieser Auftaktveranstaltung werden sich die regionalen Arbeitskreise erstmals zusammenfinden.

Programm der konstituierenden Versammlung des Arbeitskreises „Stationäre Diabetologie“

Mittwoch, 21. Juni 2000

14.00 bis 19.00 Uhr

Klinikum Chemnitz gGmbH,
Krankenhaus Flemmingstraße, Hörsaal
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz

14.00 Uhr

Eröffnung

Prof. Dr. Bauch, Chemnitz

14.15 Uhr

Moderne Insulintherapie des

Typ 1- und Typ 2-Diabetes

Dr. Krug, Leipzig

15.00 Uhr

Qualitätszirkel für stationäre

Diabetologie – Gedanken – einführende
Bemerkungen

Dr. Kirsten, Dresden

15.30 Uhr

Konstituierung regionaler Qualitätszirkel

Regierungsbezirk Chemnitz

Dr. Gericke, Dipl.-Med. Teller

Regierungsbezirk Leipzig

PD Dr. Lohmann, Dr. Steindorf

Regierungsbezirk Dresden

Dr. Kirsten, Dipl.-Med. Reichel

17.30 Uhr

Auswertung und Zusammenfassung der

Sitzungen der regionalen Qualitätszirkel

Wahl eines Sprecherrates

Dr. Steindorf, Dipl.-Med. Reichel,

Dr. Gericke, Prof. Dr. Bauch

18.00 Uhr

Abschluss der Veranstaltung

Prof. Dr. Bauch

Organisationsbüro
Frau FOÄ Dr. med. Gericke
Klinikum Chemnitz gGmbH
Krankenhaus Flemmingstraße
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
Tel.: (03 71) 33 33 42 24
Fax: (03 71) 33 33 32 24

Ergänzung zur Ankündigung des Buches „Johann Sebastian Bach im Spiegel der Medizin“, veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2000, Seite 160

Reinhard Ludewig

JOHANN SEBASTIAN BACH

im Spiegel der Medizin

Persönlichkeit, Krankheiten, Operationen,
Ärzte, Tod, Reliquien, Denkmäler und
Ruhestätten des Thomaskantors.

Eine allgemeinverständliche Pathographie
mit einem Geleitwort vom Direktor der
Stiftung Bach-Archiv Leipzig, Hans-Joachim
Schulze, und vom Vorsitzenden
der Neuen Bachgesellschaft, Martin
Petzold

GRIMMA-HÖFGEN:

EDITION WAECHTERPAPPEL

Format 30 x 20 cm, Leineneinband, ca.
120 Seiten, 87 größtenteils farbige Ab-
bildungen, darunter mehrere Hand-
schriften-Faksimiles, **DM 79,80**

ISBN 3-933629-01-2

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, ab 15. Mai 2000 in 04347 Leipzig, Braunstraße 16, ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 10. Juli bis 14. Juli 2000 nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 26 74 11 zur Verfügung.

AG Sächsischer Notärzte e.V. mit neuem Vorstand

Die Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e.V. wählte auf der Mitgliederversammlung am 25. 3. 2000 in Leipzig einen neuen Vorstand für die Dauer von drei Jahren. Als Vorsitzender wurde bestimmt: Dr. med. Michael Burgkhardt (Leipzig), Stellvertreter: Dr. med. Jörg Hammer und Dr. med. Jens-Uwe Albert (beide Leipzig), Schatzmeister: Dr. med. Rainer Weidhase (Dresden) und Schriftführerin: Frau Dr. med. Ursula Geißler (Bad Schandau).

Kontakte:

Internet: www.notarzt.de

Professor Dr. med. habil. Heinz Trenckmann zum 80. Geburtstag

Am 20. Juni begeht Herr Professor em. Dr. med. habil. Heinz Trenckmann seinen 80. Geburtstag. Dazu gratulieren der Vorstand und die Mitarbeiter des Zentrums für Innere Medizin des Universitätsklinikums Leipzig recht herzlich. Gleichzeitig danken wir, auch im Namen aller Schüler, Freunde und Patienten dem Nestor der Inneren Medizin in Leipzig für seine erfolgreiche und vorbildliche Arbeit als Hochschullehrer, Wissenschaftler und Arzt. Seine akademische Laufbahn begann zunächst an der Medizinischen Akademie Magdeburg und wurde an der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig fortgesetzt. Hier hat sich Professor Trenckmann als hochspezialisierter Kardiologe nationale und internationale Anerkennung erworben, war bei den Studenten dank seiner präzisen und niveaувollen Vorlesung und als strenger und fordernder Doktorvater beliebt und hochgeschätzt. Sein umfangreiches wissenschaftliches Werk und seine hohe Aktivität in wissenschaftlichen Gesellschaften waren Ausdruck seines unermüdlichen Fleißes und seiner Energie. Seine große Aufmerksamkeit galt der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinderkardiologie und Herzchirurgie, wodurch bedeutsame Leistungen erbracht wurden, die unter anderem in dem



Standardwerk Bock-Trenckmann-Herbst-Spreer: „Missbildungen des Herzens und der großen Gefäße“ ihren Ausdruck fanden. Auch nach seiner Emeritierung hat sich Professor Trenckmann ungebrochen mit Entschlossenheit als Mitglied der Gesellschaft für Innere Medizin der ehemaligen DDR und als Chefredakteur der „Zeitschrift für Gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete“, die er insgesamt

über 30 Jahre erfolgreich leitete, für die kontinuierliche Entwicklung seines Fachgebietes und seiner Zeitschrift eingesetzt.

Mit der ihm eigenen Disziplin und Beharrlichkeit hat er auch schwere gesundheitliche Rückschläge überwunden und konnte zahlreiche Ehrungen seiner interneristischen Kollegen mit Freude entgegennehmen. So wurde er zum Ehrenmitglied der „Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin“ und zum Ehrenmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“ ernannt.

Heute danken wir Heinz Trenckmann für seine bedeutenden Leistungen, die er für die Entwicklung der Inneren Medizin und der Kardiologie in unserem Lande in vielfältiger Weise als tätiger Humanist und vorbildlicher Arzt geleistet hat. Wir wünschen ihm weiterhin stabile Gesundheit und Befriedigung bei der Erfüllung seiner selbst gewählten Aufgaben sowie weiterhin eine schöne Zeit zufriedener Beschaulichkeit und Freude im Kreise seiner Familie und zahlreichen Freunde.

Professor Dr. med. Joachim Schauer
Medizinische Klinik und Poliklinik I
des Zentrums für Innere Medizin
der Universität Leipzig

Frau Professorin Dr. med. Dr. med. dent. habil. Barbara Langanke zum 65. Geburtstag

Am 08.12.1999 beging Frau Professor Dr. med. Dr. med. dent. habil. Barbara Langanke, die Stellvertreterin des Direktors der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, ihren 65. Geburtstag.

Mit Ende des Wintersemesters 1999/2000 schied sie damit aus dem universitären Dienst aus. Der Anlass der Emeritierung wurde am 8. 4. 2000 mit einem wissenschaftlichen Symposium gewürdigt.

Frau Langanke wurde in Annaberg geboren. Nach Schulbildung in Annaberg und Leipzig studierte sie mit Examenabschluss von 1952 bis 1957 Zahnmedizin in Leipzig.

Die Ausbildung zur Fachzahnärztin für Allgemeine Stomatologie schloss sich an. 1960 bis 1962 absolvierte sie ein Studium der Medizin mit anschließender Ausbildung an der Universität Leipzig zur Ärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

1961 promovierte sie zum Dr. med. dent. und 1968 zum Dr. med.

Seit 1957 – dem Jahr des Examensabschlusses – war sie Assistentin, seit 1962 Oberärztin an der Abteilung und späteren Klinik für Chirurgische Stomatologie und Kiefer-Gesichtschirurgie der Leipziger Universität. 1968 erfolgte die Ernennung zur Stellvertreterin des Klinikdirektors. 1985 erwarb sie die Promotion B und die *Facultas docendi*. 1987 wurde sie zur a.o. Dozentin berufen. 1991 erfolgte die Umwandlung des Dr. sc. med. zum Dr. med. habil., 1992 die Berufung zur APL Professorin und im gleichen Jahr zur Professorin (C3) für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie an der Universität Leipzig.

1992 erhielt sie die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Plastische Operationen. 1993 wurde sie zur kommissarischen Klinikdirektorin berufen und seit 1. 1. 1994 wiederum zur Stellvertreterin des neuen Klinikdirektors, Herrn Professor Dr. Dr. Alexander Hemprich, ernannt.

In die studentische Ausbildung war sie



frühzeitig integriert und übernahm bereits seit Ende der 60-er Jahre große Anteile der Hauptvorlesung.

Die klinische Tätigkeit umfasst vorrangig die septische Chirurgie, die Traumatologie, Onkologie und damit verbunden die rekonstruktive Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie die ästhetische Chirurgie.

Der Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit liegt auf dem Gebiet der Onkologie, entsprechend lautete das Thema der Habilitation: „Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Frage funktioneller Beeinträchtigungen der großen Kopfspeicheldrüsen unter Telekobaltbestrahlung“ sowie Studien zur Verbesserung der Therapieergebnisse maligner Tumoren des orofacialen Bereiches unter systematischer Einbeziehung der antineoplastischen Chemotherapie.

Neben der Monographie „Differentialdiagnose tumorähnlicher und tumorbedingter Veränderungen der Mundschleimhaut“ stammen 19 Buchbeiträge und 40 Zeitschriftenartikel aus ihrer Feder. Für 7 Lehrfilme zeichnet sie verantwortlich. Ihre umfangreichen praktischen Erfah-

rungen und die Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeit wurden in über 140 Vorträgen auf nationalen und internationalen Veranstaltungen und in Weiterbildungsveranstaltungen Fachwissenschaftlern und der Kollegenschaft übermittelt. 30 Diplomanden und 25 Promovenden wurden von ihr betreut. Zahlreiche Kollegen bildete sie zu Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie aus.

Nicht parteilich gebunden, ausgewiesen durch fachliche Kompetenz, Korrektheit und Geradlinigkeit arbeitete sie seit Herbst 1989 in einer Arbeitsgruppe des Rektors zur demokratischen Erneuerung der Universität Leipzig sowie in weiteren universitären Kommissionen mit und war von 1993 bis 1996 Mitglied des Rates der Medizinischen Fakultät Leipzig.

Seit 1995 ist sie Vorsitzende der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Leipzig e.V. und setzt sich auch seitens der Landeszahnärztekammer Sachsen für die Weiterbildung der Kollegen ein. Frau Professor Dr. Dr. Langanke hat sich in ihrer 43-jährigen engagierten beruflichen Tätigkeit in hervorhebenswertem Maße verdient gemacht, um Ansehen und Weiterentwicklung ihres Fachgebietes und ihrer Klinik, um tausende von Patienten, die sie selbst operiert hat, um die studentische Ausbildung und die Weiterbildung von Kollegen.

Nicht selten hat Persönliches und Familiäres, sie ist Mutter von zwei Kindern und hat vier Enkel, zurückstehen müssen.

Wir wünschen ihr dafür und für lange Zurückgestelltes mehr Zeitraum, vor allem aber Gesundheit und wären dankbar, auch weiterhin ihren fachlichen und kollegialen Rat in Anspruch nehmen zu können.

Professor Dr. Dr. Gerhard Gehre
Professor Dr. Dr. Alexander Hemprich

Dr. med. habil. Oswald Petter zum 60. Geburtstag

Am 12. Juni 2000 vollendet Herr Dr. med. habil. Oswald Petter, Vorsitzender der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz, sein 60. Lebensjahr. Um die Zusammenführung der Ärzte der früheren Kreise Torgau-Oschatz und Oschatz in einer gemeinsamen Kreisärztekammer, deren Aufbau, Vertretung ärztlicher Interessen und kollegialen Zusammenarbeit hat er sich sehr verdient gemacht.

Dr. med. habil. Oswald Petter wurde in Laubendorf, im böhmischen Kreis Zwitau geboren. Nach Vertreibung aus der CSSR fand er 1945 mit seinen Eltern in Beilrode im Kreis Torgau eine neue Heimat. In Torgau legte er 1958 das Abitur ab. Im gleichen Jahr begann er in Rostock das Studium der Medizin, wo er 1964 das Staatsexamen absolvierte und 1968 mit der Inaugural-Dissertation „Die Genese und Behandlung pathologischer Frakturen“ zum Dr. med. promovierte.

Nach der Pflichtassistentenzeit vom 1. 9. 1964 bis 31. 8. 1965 im Kreiskrankenhaus Torgau begann er die dermatologische Facharztweiterbildung an der Hautklinik der Universität Leipzig. Mit Erreichen der Facharztanerkennung wurde er Leiter der Hautabteilung an der Poliklinik in Torgau. Unter den ärztlichen Personalengpässen jener DDR-Jahre versorgte er dermatologisch über eine Nebenstelle noch den Kreis Jessen. Obendrein führte er wegen zeitbedingter Verkehrsschwierigkeiten der Patienten Außensprechstunden in Belgern, Dommitsch und Schildau durch. De facto betreute er solcherart zeitweise hautärztlich einen Bevölkerungskreis von 100.000 Einwohnern, eine Zahl, die der jetzigen Ärztegeneration schleierhaft erscheinen mag, aber damals durchaus keine Einzelsituation war.

Nach Auflösung der Poliklinik ist er seit 1. 4. 1991 in Torgau als Facharzt für Hautkrankheiten, ab 1. 4. 2000 mit seinem Sohn in Gemeinschaftspraxis niedergelassen.

Bereits an der Universitäts-Hautklinik in



Leipzig zeigte er wissenschaftliches Interesse, es entstanden erste fachliche Publikationen. Seine wissenschaftlichen Ambitionen richteten sich in Torgau zunehmend auf Phlebologie und Gefäßkrankheiten, deren Bedeutung seinerzeit immer mehr erkannt wurde. Bald stand Petter im medizinischen Raum der DDR durch wissenschaftliche Aktivitäten mit in der ersten Reihe der Phlebologen. 1978 war er wesentlich an der Gründung der Sektion Phlebologie der Gesellschaft für Dermatologie der DDR beteiligt. Mehrfach übernahm er Organisation und Gestaltung von Phlebologentagungen mit internationaler Beteiligung, die ihm Ansehen und Anerkennung auch außerhalb der DDR einbrachten. Verdienstvoll waren und sind seine Bemühungen um gemeinsame Veranstaltungen mit anderen medizinischen Disziplinen, um praxisrelevante Probleme der phlebologischen Diagnostik und Therapie fachübergreifend zu gestalten. Mehr als 90 Publikationen geben Zeugnis von seiner wissenschaftlichen Arbeit. 1991 habilitierte er sich mit der Arbeit „Einsatzmöglichkeiten und Grenzen der Lichtreflexrheographie in der Phlebologie“.

Bis 1991 war er Vorsitzender der „Deutschen Gesellschaft für Phlebologie Ost“ und ist derzeit 2. Vorsitzender der „Phlebologischen Arbeitsgruppe Elbe-Havel-Saale“, die 1998 unter seiner Leitung in

Torgau eine beachtenswerte Tagung mit internationaler Beteiligung durchführte. Als wir am 1. 3. 1990 in der komplizierten Wendezeit den Torgauer Ärzteverein, aus dem wenig später die Kreisärztekammer hervorging, gründeten, beteiligte er sich sofort an der Vorstandsarbeit und übernahm 1992 den Vorsitz der Kreisärztekammer. Nach Zusammenlegung der Kreise Torgau und Oschatz wurde Dr. med. habil. Oswald Petter am 9. 11. 1994 zum Vorsitzenden der gemeinsamen Kreisärztekammer gewählt. Durch Geschick im Umgang mit Menschen, seine konziliante, tolerante Art und Überparteilichkeit, hat er die Ärzte beider ehemaliger Kreise problemlos zusammengeführt und die Vorstandsarbeit geprägt. Bei Zwistigkeiten zwischen Kammermitgliedern hat er ausgleichend gewirkt und in Differenzen zwischen Patienten und Ärzten oft erfolgreich vermittelt.

Seit 1965 führt er mit seiner Frau Krista eine glückliche Ehe. Dem stillen Wirken und der selbstlosen Unterstützung seiner Gattin verdankt er den Freiraum zu wissenschaftlicher Tätigkeit und für die Belange unserer Kreisärztekammer.

Oswald Petter ist praktizierender Katholik und mit seiner Frau in der katholischen Kirchengemeinde Torgaus stark engagiert. Seine Fürsorge um die Mitmenschen gründet sich auf festem christlichen Glauben.

Wir Ärzte des Kreises Torgau-Oschatz sind unserem Kreiskammervorsitzenden Dr. med. habil. Oswald Petter für sein Wirken um unsere Belange äußerst dankbar. Wir wünschen ihm zu seinem Geburtstag, dass er noch Jahrzehnte mit seiner Frau bei bester Gesundheit durchleben und dabei auch weitere Jahre unserer Kreisärztekammer vorstehen kann.

Dr. med. Arnim Polednia
Stellvertretender Vorsitzender der
Kreisärztekammer Torgau-Oschatz

Dr. med. habil. Heinz Brandt
Schriftführer

Unsere Jubilare im Juli

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 7. Dr. med. Richter, Christine
01277 Dresden
3. 7. Dr. med. Böhme, Christian
08523 Plauen
3. 7. Dr. med. Köthe, Manfred
04448 Wiederitzsch
6. 7. Dr. med. Krohn, Karlheinz
09573 Grünberg
6. 7. Dr. med. Neumerkel, Hans-Jörg
08060 Zwickau
6. 7. Dr. med. Ohl, Peter
08393 Meerane
7. 7. Dr. med. Böhmer, Sonnhild
01099 Dresden
7. 7. MUDr. Frater, Alexander
01169 Dresden
8. 7. Bröhm, Dieter
08371 Glauchau
10. 7. Köhn, Erika
04318 Leipzig
10. 7. Dr. med. Schmidt, Johann
09126 Chemnitz
11. 7. Dr. med. Paasch, Hartmut
04838 Eilenburg
13. 7. Abraham, Anna
04720 Döbeln
13. 7. Dr. med. Schreiber, Regina
09599 Freiberg
14. 7. Hertel, Frieder
08301 Schlema
14. 7. Dr. med. Starck, Erika
01309 Dresden
15. 7. Elbe, Ellen
09224 Grüna
15. 7. Peltner, Klaus
09517 Zöblitz
16. 7. Dr. med. Baumann, Johannes
09212 Limbach-Oberfrohna
17. 7. Dr. med. Spannemann, Winfried
09212 Limbach-Oberfrohna
18. 7. Dr. med. Hoyer, Theobald
08412 Werdau
20. 7. Dr. med. Hasper, Barbara
02708 Löbau
20. 7. Dr. med. Lutze, Christa-Maria
04448 Wiederitzsch
20. 7. Dr. med. Wihnaleck, Gerd
01796 Pirna
21. 7. Dr. med. Bergert, Gottfried
01877 Schmölln
21. 7. Dr. med. Lange, Ulrich
08209 Auerbach
24. 7. Dr. med. Heberling, Ingrid
04416 Markkleeberg
24. 7. Dr. med. Lörche, Johannes
01558 Großenhain
25. 7. Dr. med. Schedwill, Klaus
01445 Radebeul
26. 7. Doz. Dr. sc. med. Weber, Jürgen
08432 Steinpleis
27. 7. Dr. med. Dietel, Rolf
09123 Chemnitz/Einsiedel
28. 7. Dr. med. Wegner, Gisela
01662 Meißen
29. 7. Dr. med. Petermann, Margot
09123 Chemnitz
30. 7. MUDr./Karls-Univ. Prag Chudoba, Günter
01219 Dresden
30. 7. Dr. med. Hahmann, Elfriede
01589 Riesa
30. 7. Höhn, Erika
04159 Leipzig

30. 7. Dr. med. Hübner, Peter
09117 Chemnitz
31. 7. Dr. med. Wenzel, Vera
04157 Leipzig

65 Jahre

2. 7. Griefenow, Anna
04159 Leipzig
3. 7. Dr. med. Trültzsch, Siegfried
08064 Zwickau
5. 7. Dipl.-Med. Lösche, Haldor
01471 Radeburg
7. 7. Dr. med. Fleischer, Eva-Maria
04430 Böhlitz-Ehrenberg
9. 7. Dr. med. Heyser, Heinz
02625 Bautzen
9. 7. Prof. Dr. med. habil. Richter, Joachim
04509 Delitzsch
10. 7. Dr. med. Kimmer, Theresia
09221 Neukirchen
11. 7. Dr. med. Scheidig, Ingrid
01219 Dresden
12. 7. Dr. med. Möckel, Liesa
09599 Freiberg
13. 7. Dr. med. Veters, Wolfgang
01917 Kamenz
17. 7. Dr. med. Schreier, Lothar
08280 Aue
19. 7. Krabes, Brigitte
04457 Mölkau
20. 7. Dr. med. Kunkel, Inge
09350 Lichtenstein
20. 7. Dr. med. Lehnert, Ute
01445 Radebeul
21. 7. Dr. med. Preuße, Christiane
04275 Leipzig
22. 7. Dr. med. Aßmus, Brigitte
01307 Dresden
23. 7. Dr. med. Brauer, Karl-Heinrich
08529 Plauen
23. 7. Dr. med. Kipping, Margrid
04329 Leipzig
26. 7. Dr. med. Heß, Friedrich
08124 Cainsdorf
26. 7. Dr. med. Langner, Dieter
04328 Leipzig
29. 7. Dr. med. Ernst, Rosemarie
01307 Dresden
31. 7. Tunger, Werner
02625 Bautzen

70 Jahre

2. 7. Prof. Dr. med. habil. Theile, Herbert
04439 Engelsdorf
3. 7. Dr. med. Paulick, Helmut
02977 Hoyerswerda
9. 7. Dr. med. Zwingenberger, Manfred
09496 Marienberg
11. 7. Steiner, Hubert
08340 Schwarzenberg
11. 7. Dr. med. Wunderlich, Hans
04643 Geithain
18. 7. Prof. Dr. med. habil.
Wohlgemuth, Balthasar
04229 Leipzig
21. 7. Dr. med. Köpke, Hans-Dieter
02625 Bautzen
21. 7. Müller, Gisela
09131 Chemnitz
22. 7. Dr. med. Jaeger, Hans-Dieter
04275 Leipzig
22. 7. Dr. med. Stafetzky, Rudi
08280 Aue

23. 7. Dr. med. Bloch, Ursula
08468 Reichenbach
27. 7. Dr. med. Bretschneider, Eva
01217 Dresden
31. 7. Prof. Dr. sc. med. Münster, Wolfgang
17258 Dolgen

75 Jahre

22. 7. Grams, Johanna
04347 Leipzig

80 Jahre

9. 7. Dr. med. Helwig, Franz
08340 Schwarzenberg
16. 7. Dr. med. Hebecker, Werner
04683 Erdmannshain
19. 7. Prof. em. Dr. med. habil. Tittel, Kurt
04229 Leipzig

82 Jahre

22. 7. Dr. med. Streckfuß, Dietrich
01662 Meißen
23. 7. Dr. med. Marschner, Erhard
09355 Gersdorf

83 Jahre

1. 7. Dr. med. Queck, Elfriede
01796 Pirna
17. 7. Dr. med. Fischer, Gerhard
04457 Mölkau

84 Jahre

8. 7. Dr. med. Wirth, Klaus
04357 Leipzig
31. 7. Oelsner, Heinz
09366 Stollberg

85 Jahre

7. 7. Dr. med. Einecker, Lisa
01067 Dresden

86 Jahre

23. 7. Dr. med. Schubert, Erich
08371 Glauchau

87 Jahre

15. 7. Dr. med. Drahtschmidt, Paul
02826 Görlitz
21. 7. Dr. med. Ries, Traude
04279 Leipzig
23. 7. Dr. med. Roßberg, Heinz
09306 Wechselburg

89 Jahre

25. 7. Dr. med. Meyer, Jörg
01109 Dresden
29. 7. Portsch, Eberhard
01474 Schönfeld

91 Jahre

13. 7. Dr. med. Auster, Ulrich
08371 Glauchau

92 Jahre

13. 7. Dr. med. Stiller, Eva
08412 Werdau

Nachruf Zum Gedenken an Prof. Dr. med. Martin Kubel



Die Universität Leipzig trauert um einen leidenschaftlich engagierten Hochschullehrer, hervorragenden Wissenschaftler und vorbildlichen Arzt: Prof. Dr. med. Martin Kubel. Er verstarb nach langer schwerer Krankheit am 9. Februar 2000.

Er wurde 1945 in Chemnitz geboren, studierte in Leipzig Medizin, und legte 1971 als einer der besten Studenten sei-

nes Jahrganges sein Staatsexamen ab. Bereits 1972 promovierte er mit „summa cum laude“, 1985 habilitierte er sich. 1994 wurde er zum Apl. Professor für Innere Medizin berufen.

Martin Kubel spezialisierte sich auf dem Gebiet der Hämatologie/Onkologie und trug wesentlich zum Aufbau der Knochenmarkspende am Universitätsklinikum Leipzig und zur Entwicklung seines Fachgebietes bei. „Unermüdlich hat er sich Tag und Nacht um das Wohl und Wehe seiner schwerkranken Patienten gekümmert“, hob der Medizinische Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig, Prof. Dr. Joachim Schauer, in seiner Trauerrede hervor. Von seinen Kollegen war er als kompetenter, hilfsbereiter und stets zuverlässiger Mitarbeiter sehr geschätzt.

Mit viel Engagement war er auch in der Lehre tätig. Er hielt die Hauptvorlesung zur Inneren Medizin für die zukünftigen Zahnmediziner. Seine Studenten verehrten ihn als sachverständigen und ver-

ständnisvollen Hochschullehrer. „Hohe Maßstäbe setzend wurde er zum Vorbild einer ganzen Generation von Medizinern“, so Prof. Schauer.

Mit seiner christlichen Weltanschauung war Martin Kubel immun gegenüber der Ideologie des DDR-Systems. Der Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Joachim Mössner, würdigte insbesondere seine großen Verdienste um den Neuaufbau der Medizinischen Fakultät. „Als Mitglied des Fakultätsrates und der Personalkommission unserer Universität bewies er Sachkenntnis und Augenmaß. Wer wie ich als frisch berufener Professor aus den alten Bundesländern mit ihm zu tun hatte, wird besonders seine kollegiale und warmherzige Art in Erinnerung behalten, die es leicht machte, hier heimisch zu werden.“

Dr. Bärbel Adams
Pressestelle der Universität Leipzig

Bericht über
eine Ausstellung
in Hamburg

Dottore aus Dresden wurde 65

In Hamburg an der Holstenstraße hat der Maler und Zeichner Dottore (Dr. med. Wolfgang Lehmann, geb. am 11. März 1935 in Dresden) sein Atelier. Er lebt seit 1984 in Hamburg und war dort – wie in Dresden – bis 1996 als Kinderarzt tätig. Ich kenne ihn seit unserer gemeinsamen Studienzeit an der Medizinischen Akademie in Dresden.

Auf 1000 qm Ausstellungsfläche hat der Künstler in Hamburg anlässlich seines 65. Geburtstages eine Retrospektive eigener Werke veranstaltet. Er hat uns zu seinem Geburtstag reich beschenkt. Mehr als 250 meist großformatige Arbeiten geben einen kleinen Ausschnitt aus dem Ertrag der musischen Seite eines gelungenen Doppellebens.

Beim Gang durch die Räume zieht schon aus der Ferne ein großes Tafelbild „Rot wie Mohn“ den Blick auf sich. Aber alle Werke laden auch zum genauen Betrachten der Details ein. Hier ist die Nähe noch wichtiger als der Überblick.

Die Thematik der Arbeiten ist vielfältig. Besonders beeindruckend sind großformatigen Variationen, die den visuellen Eindruck der englischen gotischen Kathedralen zeichnerisch und in Farbe verarbeiten. Aus den Linien der Fensterbögen und Zierformen sind ungemein reizvolle grafische Strukturen entwickelt worden.

Die Reihe seiner geliebten „Nervenbündel“, abstrahierenden grafischen Porträts von Zeitgenossen, hat einen Ehrenplatz gefunden. In einer von ihm entwickelten Technik zog Dottore mit Hilfe von Injektions- Spritzen und -Kanülen dünne Linien schwarzer oder weißer Acrylfarbe über den kontrastierenden Malgrund, auf dem die Farbe zu leicht erhobenen Stegen erhärtete. In diesen Tafelbildern aus den 90er Jahren griff er zurück auf seine Anfänge, Zeichnungen einsamer Patienten und alter Menschen, die er zwischen 1960 und 1964 als Arzt im Landambulatorium Neschwitz betreut hatte.

Auch das monumentale Zeichenwerk über Ludwig XIV, das 1975 der Mit-

telpunkt einer Ausstellung im Kernforschungsinstitut Rossendorf war, ist jetzt wieder in Hamburg zu sehen.

Es ist besonders reich an ideellen und formalen Erfindungen.

Daneben sind mir die Arbeiten zu musikalischen Themen besonders aufgefallen. Der Künstler versteht sie als „visuelle Musik“. Die barocke Notenhandschrift von Johann Sebastian Bach ist in einige Blätter als Zitat eingefügt. Andere umspielen mit gezeichneten Notenwolken, der Andeutung einer Notenfeder oder eines Taktstockes oder auch mit Kurven, die an die Aufzeichnungen einer Polysomnographie denken lassen, die Eindrücke musikalischer Erlebnisse. Innereien alter Klavieren sind wie Wirbelsäulen auf farbige Gründe montiert.

Auch Buchstaben und Worte werden verarbeitet, in Schablonentechnik zu Schriftblöcken geformt wie in dem großen Blatt „Pater noster“ oder als Runen in die „Botschaft der Wikinger“ eingefügt.

Ein anderer Werkkomplex sind die zirkensischen Blätter. Dottore nennt sie ein „Gleichnis unserer umtriebigen Gegenwart“. Wie auch bei anderen Künstlern wird das Geschehen im Zirkusrund zu Sinnbildern der Labilität menschlicher Existenz. Tänzer, Akrobaten und Kunstreiter stehen als Schattenbilder vor den Strukturen der Zirkuskuppel und der vereinfacht gezeichneten Zuschauermenge.

Im Thema des Rundbildes (Tondo) sucht der Künstler den Ausgleich, die Ruhe und Harmonie. Farbtropfen ordnen sich zu Wirbeln und Formationen, als wären sie mit einer großen Geste hingestreut. Ihre schwerelose Leichtigkeit ist bewundernswert.

In der gleichzeitig in der Kunsthalle Hamburg gezeigten Ausstellung „Surreale Welten“ gibt es ein Blatt, in dem sich Odilon Redon zu seinem Vorbild Francesco Goya bekennt und eine grafische Hommage von Gerhard Altenbourg an Redon. Altenbourg aber ist derjenige

Künstler, dessen Vorbild auf Dottores Werk besonderen Einfluß gewann. Auch Goethe, Carl Gustav Carus und Paul Klee zählt er zu seinen geistigen Vätern. In Dresden waren seine Werke zuerst



andalusische Bäuerin
Tusche/Feder, 1988/1993

1973 in der Kunstaussstellung Kühl, 1990 in der großen Ausstellung „Ausgebürgert“ und zuletzt 1994 im Leonhardi-Museum sowie 1998 in der ‚galerie am blauen wunder‘ zu sehen. Seinen Künstlernamen verdankt er Prof. W. Balzer, dem ersten Generaldirektor der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden nach dem Kriege. Aus einem Spitznamen wurde ein Markenzeichen. Dottore ist kein malender Arzt und kein Hobby-Künstler. Dr. Wolfgang Lehmann war ein guter Kinderarzt und sein alter Ego Dottore ist ein ernst zu nehmender Künstler. Zwischen beiden Existenzen gibt es vielfältige Beziehungen, aber sie sind nicht gleichzusetzen.

Mach weiter so, lieber Wolfgang! Ad multos annos artis !

Prof. Dr. med. Peter Wunderlich, Dresden