

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 3|2001

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung	84
Berufspolitik	Dr. med. habil. Heinz Brandt Ehrenbürger der Gneisenaustadt Schildau	85
	Vereinbarungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	86
	Impressum	86
Amtliche Bekanntmachungen	Untersagungsverfügung zu chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs	87
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	88
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	88
	Ankündigung	88
Originalien	Distaler Oesophagustumor bei gastrooesophagealer Refluxkrankheit Th. Mehnert, T. Förster, H. J. Gärtner, M. Breidert	88
	Qualitätssicherung in der invasiven Diagnostik und interventionellen Kardiologie U. Püschel, C. Mrowietz, F. Jung	92
Mitteilungen der KVS	Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen	98
	Abgabe von Vertragsarztsitzen	98
Tagungsberichte	13. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch Jahrestagung „Arbeitskreis Arbeitsmethodik“	99 100
Buchbesprechung	Insulinresistenz – Pathophysiologie, Therapie und Perspektiven	101
Hochschulnachrichten	Universität Leipzig	102
	Technische Universität Dresden	102
Medizingeschichte	Anatomieausbildung für Kunststudenten	103
Personalia	Unsere Jubilare im April	106
	Laudatio für Professor Dr. med. habil. Klaus-Ulrich Schentke	108
	Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Kotte zum 65. Geburtstag	109
	Nachruf für Ministerialrat Dr. med. Dipl.-Psych. Christian Frey	110
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Mai 2001	

Die Sächsische Landesärztekammer und das
„Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter
<http://www.slaek.de> und per e-Mail:
dresden@slaek.de zu erreichen/abrufbar.

Aus der Vorstandssitzung

7. Februar 2001

Am 7. Februar 2001 begrüßte der Kammerpräsident, Herr Prof. Dr. Schulze, die Anwesenden und eröffnete die 19. Vorstandssitzung.

Die anschließende Protokollkontrolle ergab keinerlei Beanstandungen. Vor den Vorstandsmitgliedern lag eine umfangreiche Tagesordnung. Die markantesten Punkte werden hier hervorgehoben.

Der Kammerpräsident Prof. Dr. Schulze berichtet von der Vorstandssitzung der Bundesärztekammer:

- Der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Hoppe, führte ein eingehendes Gespräch mit dem Bundeskanzler, Herrn Schröder. Im Vordergrund standen ethische Probleme beispielsweise hinsichtlich der Problematik Stammzellenforschung sowie Nutzung menschlicher Embryonen als „Ersatzteillager“. Wegen der Brisanz dieses Themas empfiehlt der Bundeskanzler, einen nationalen Ethik-Rat zu etablieren.
- Die neue Bundesgesundheitsministerin, Frau Ulla Schmidt, ließ anlässlich des Neujahrsempfanges der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hoffnungsvolle Signale für die Ärzteschaft erkennen. Sie wolle vom einseitig-dirigistischen Weg ihrer Vorgängerin zu einem Weg der gemeinsamen Arbeit wechseln. Sie wünsche einen Runden Tisch mit Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer wegen der Fachkompetenz dieser ärztlichen Körperschaften. Regresse sollen ausgesetzt werden. Mit Zielrichtung auf virtuelle Krankenkassen plädiert die Ministerin dafür, dass die von Versicherten gezahlten Beitragsgelder in den Bundesländern verbleiben müssen, in denen die Versicherten ansässig sind.
- Die Bundesärztekammer hat sich nochmals mit der von der Bayerischen Landesärztekammer eingebrachten The-

matik der „gewichteten Abstimmung“ befasst.

Der Vorsitzende des Krankenhausausschusses bei der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Kirsch, referiert über die Umsetzung der DRG's in den Krankenhäusern. Die Medaille hat zwei Seiten, auf der einen Seite die Krankenkassen, auf der anderen Seite die Krankenhäuser. Hier vertreten die Krankenkassen den Standpunkt, dass

- von Krankenhäusern ein rationelleres Arbeiten zu erwarten ist,
- dabei keine zusätzlichen finanzielle Mittel in dieses System fließen,
- die DRG's maßgebend für die Bildung der Krankenhaus-Budgets sind,
- in Deutschland die DRG's ab dem Jahre 2003 flächendeckend angewendet werden sollen. Das wäre eine Premiere und zwar weltweit.

Diesen Ausführungen folgte eine sehr lebhaft Diskussion. Es zeigte sich, dass bei der Thematik DRG's noch zahlreiche Fragen ungeklärt sind, zum Beispiel:

- Unbezahlt geleistete Überstunden von Ärzten und medizinischem Personal sowie das Arbeitszeitgesetz sind unberücksichtigt geblieben. Ärzte fordern, dass beides beachtet und eingebracht werden muss.
- Es soll eine leistungsgerechte Bezahlung erfolgen bei vorgegebenem Budget !
- Die Bezahlung erfolgt nach dokumentiertem Krankheits- und Behandlungsprozess und nicht wie bisher entsprechend der Bettenzahl.
- Schmerzliche Nebenerscheinungen zeichnen sich ab: Als Folge der Abrechnung über DRG's ist eine Reduzierung der Zahl von Krankenhäusern zu erwarten.

Die Offerte der Krankenhausgesellschaft lautet: Die Ärzte müssen sich aktiv an der Ausgestaltung der DRG's beteiligen.

Als Ergebnis der Diskussion wird an der Sächsischen Landesärztekammer eine Arbeitsgruppe (Prof. Dr. Schulze, Prof. Dr.

Bach, Dr. Kirsch, ein noch zu bestimmendes Mitglied des Krankenhausausschusses, Dr. Schmidt) unter Führung des Kammerpräsidenten tätig.

Bestehende Kammeranweisungen zu Zuständigkeiten von Mitarbeitern bei Zahlungsverkehr, Beurkundungen, Unterschriftenbefugnisse und andere wurden den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Außerdem wurde die Kammeranweisung zum Datenschutz und zur Datensicherheit beschlossen.

Wie mit dieser Vorstandssitzung wieder belegt ist, sind die Auseinandersetzungen mit zahlreichen berufsrechtlichen Angelegenheiten Grundanliegen und Schwerpunkt der Vorstandssitzungen.

Die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen haben sich auf eine gemeinsame Kooperationsvereinbarung zur Handhabung der Röntgenverordnung und der Qualitätsprüfungen nach §§ 75 und 135 ff SGB V verständigt. Diese ist verabschiedet worden und wird den betreffenden Ärzten eine wesentliche Erleichterung bei den Qualitätsprüfungen bringen.

Auf weitere Themen der 19. Vorstandssitzung soll hier lediglich hingewiesen werden:

- Dr. Vogel berichtet vom Finanzausschuss der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit dem Bauvorhaben des Kammergebäudes in Berlin.
- Zum Stand der Vorbereitungen des deutsch-polnischen Symposiums in Kreisau (September 2001) berichtet Dr. Herzig.

Dr. med. Hella Wunderlich
Vorstandsmitglied

Dr. med. habil. Heinz Brandt Ehrenbürger der Gneisenaustadt Schildau

Kreisärztekammer
Torgau-Oschatz



Dr. med. habil. Heinz Brandt, Dr. med. habil. Oswald Petter

Glückwünsche der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz anlässlich der Ernennung von Herrn Dr. med. habil. Heinz Brandt zum Ehrenbürger der Gneisenaustadt Schildau

Sehr geehrter Herr Kollege Brandt,

die Mitglieder der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz beglückwünschen Sie sehr herzlich zu der vollzogenen Erhebung zum Ehrenbürger der Gneisenaustadt Stadt Schildau am 24. 1. 2001. Wir sind stolz über diese hohe Auszeichnung, die nur wenigen Bürgern zuteil wird, erfolgt doch diese Ehrung zu einem Zeitpunkt, wo man gerade unserer Ärzteschaft oft genug die Anerkennung verwehrt und sie sich zunehmender Schmähungen häufig erwehren muss. Umso mehr gelten Ihnen gleichermaßen unsere Glückwünsche und Anerkennung für Ihre herausragenden ärztlichen und berufspolitischen Leistungen, die nicht nur in Sachsen, sondern weit darüber hinaus – auch im Ausland – bekannt geworden sind.

Ihr ärztliches und humanistisches Lebenswerk, das Sie auch in schwieriger

Zeit, in voller Kontinuität, mit hohem Einsatz und mit höchster Sachkenntnis immer geleistet haben, ist bewundernswert. Sie waren und sind Arzt aus hoher Berufung.

Sie haben Ihre erfolgreichen wissenschaftlichen Leistungen stets mit einer praktisch orientierten Medizin verbunden, eben als Allgemeinmediziner im besten Sinne, der die Grenzen der hohen Wissenschaft in seinem ärztlichen Handeln zu respektieren wusste, so dass gerade aus einer notwendigen Differenzierung zwischen hoher Kathedermedizin und praktischem Arztsein das besonders erfolgreiche kurative Handeln am Kranken möglich wurde.

Die Gefahr, das Ihre hohe ärztliche Intelligenzleistung zu einem paradoxen Denken mit Scheuklappen, nämlich zum Scheuklappen – Spezialistentums hätten führen können, war wohl nie gegeben. Auch das Abgleiten in Technizismen und den Apparatismus mit einer zunehmend unpersönlichen Medizin unserer Zeit war Ihnen fremd und damit ebenso der Trend zur allgemeinen Gedankenlosigkeit mit einer schablonenmäßigen Medizin.

Ihre Souveränität in der Menschenbehandlung in einem freien Arzttum, das Sie stets vertreten und erkämpft haben, war eine grundlegende Voraussetzung für Ihr kluges und erfolgreiches ärztliches Handeln. Wie wir wissen und weil politisch gewollt, ist gerade diese Souveränität, die wir an Ihnen immer bewundern konnten, mehr denn je in Gefahr, denn im heutigen organisierten ärztlichen Hetzbetrieb bleibt wenig Zeit für kluges Handeln, weil Formulare aller Art und Farben ausgefüllt werden müssen, ehe überhaupt ein ärztliches Tun am Patienten möglich wird. Es ist zunehmend schwer vorstellbar, dass es noch heute starke Arztpersönlichkeiten gibt – Sie aber Herr Kollege Brandt waren und sind diese starke und souveräne Persönlichkeit als Arzt und Berufspolitiker. Dafür gilt Ihnen unsere uneingeschränkte Bewunderung. Sie haben vor Ort und weit darüber hinaus lokale und überregionale Geschichte mitgeschrieben, Sie haben aber auch als Christ an einer notwendigen Heilsgeschichte mitgewirkt, für die allgemeine Öffentlichkeit nicht so bekannt und nachvollziehbar. Beides war und ist groß, geleistet von Ihrer Persönlichkeit als humanistisch geprägter Mensch und Arzt. Wir danken Ihnen für dieses Lebenswerk. Wir wünschen Ihnen nunmehr auch als Ehrenbürger der Gneisenaustadt Schildau an der Seite Ihrer Frau Gemahlin Dorothea viele Jahre bei Gesundheit und Optimismus im Umfeld der „Schildbürger“.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr Dr. med. habil. Oswald Petter

Vereinbarungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die „**Vereinbarung über die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gemäß Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG i. V. m. Artikel 10 Nr. 1 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000**“, erschienen als Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 283/2000 vom 8. November 2000 für den stationären Bereich und

die „**Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung**“, erschienen im Deutschen Ärzteblatt/Jg. 97/Heft 51-52 für den ambulanten Bereich, sind am 1. Januar 2001 in Kraft getreten.

Sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen haben die Vereinbarung getroffen, über das Jahr 2000 hinaus die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten und stationären Bereich zu fördern. Die Förderhöhe und das Verfahren zur Inanspruchnahme der Förderung im **stationären Bereich** bleiben gleich wie in der abgelaufenen Vereinbarung. In der Vereinbarung für den **ambulanten Bereich** gibt es einige Präzisierungen, auf die im Folgenden hingewiesen wird.

Zum Vertragszweck wird in § 1 ausgeführt „Die Förderung erfolgt als Zuschuss je Stelle¹ in Höhe von bis zu 2000,- DM monatlich, soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen einen mindestens gleich hohen Zuschuss

gewähren“, dass heißt maximal kann ein Betrag von 4000,- DM für den ambulanten Bereich ausgereicht werden.

Die Förderdauer ist in § 1 Abs. 2 geregelt. „Die maximal zulässige Förderungsdauer eines Weiterbildungsverhältnisses in derselben Praxis, die mit demselben Weiterbildungsassistenten besetzt ist, beträgt im vertragsärztlichen Bereich höchstens 18 Monate.“ Den Antragsunterlagen ist nach § 4 Abs. 3 (4) b „**eine Erklärung des antragstellenden Vertragsarztes, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Weiterzubildenden abgeführt werden**, beizufügen und im § 6 Abs. 1 Satz 2 wird dazu ergänzt: „Die Förderbeträge sind als laufenden Arbeitslohn, der von dritter Seite gezahlt wird, zu betrachten und unterliegen somit dem Einkommensteuergesetz.“

In Sachsen stehen im stationären Bereich für 2001 bis 2003 ein Stellenkontingent von 92 Förderstellen und im ambulanten Bereich 82 Förderstellen pro Jahr zur Verfügung.

Die Vereinbarungen enden spätestens am 31. Dezember 2003.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

¹ Der Begriff (Teilzeit-)Stelle ist eigentlich dem aus dem stationären Versorgungsbereich zuzuordnenden Stellenplan entlehnt. Er ist für den ambulanten Versorgungsbereich synonym mit dem Begriff Weiterbildungsverhältnis zu setzen.

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

Redaktionsassistentz: 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 (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

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 71,00 E (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 E (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 E (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten 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.

Untersagungsverfügung zu chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs (Catgut)

Vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie wurde die Sächsische Landesärztekammer über folgende Bekanntmachung informiert.

Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie über eine Untersagungsverfügung zu chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs (Catgut)

vom 26. Januar 2001

Die folgenden Untersagungsverfügungen des Regierungspräsidiums Chemnitz vom 22. Januar 2001, des Regierungspräsidiums Dresden vom 23. Januar 2001 sowie des Regierungspräsidiums Leipzig vom 23. Januar 2001 als für die Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPLG) zuständige Behörden im Freistaat Sachsen werden hiermit bekannt gemacht.

Dresden, den 26. Januar 2001

Einbock
Abteilungsleiter

**Regierungspräsidium
Chemnitz, Dresden, Leipzig**
An alle Anwender von chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs (Catgut)

Vollzug des Medizinproduktegesetzes Chirurgisches Nahtmaterial bovinen Ursprungs

Hiermit ergeht folgende

Untersagungsverfügung

1. Das weitere An- und Verwenden chirurgischen Nahtmaterials bovinen Ursprungs aller Hersteller wird untersagt.
2. Die sofortige Vollziehung dieser Maßnahme wird im öffentlichen Interesse angeordnet:

Die Untersagungsverfügung ist gleichzeitig eine Allgemeinverfügung. Sie gilt für die Regierungsbezirke Chemnitz, Dresden und Leipzig. Die Untersagungsverfügung tritt am 1. März 2001 in Kraft.

Die Untersagungsverfügung und ihre Begründung können beim Regierungspräsidium Chemnitz, Altchemnitzer Str. 41, 09120 Chemnitz, beim Regierungspräsidium Dresden, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, beim Regierungspräsidium Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig und beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Albert-

straße 10, 01099 Dresden, Raum 517, eingesehen werden.

Die ausführliche Begründung kann in der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de nachgelesen werden. Bei Bedarf kann die Untersagungsverfügung als elektronische Datei vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie zur Verfügung gestellt werden (bitte geben Sie dazu Ihre E-Mail-Adresse an). Kontakt: Frank.Bendas@sms.sachsen.de.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 1. April 2001

11.00 Uhr

**Junge Matinee
Es musizieren Preisträger
des Landeswettbewerbes
„Jugend musiziert“**

Sächsische Spezialschule für Musik
Dresden

Sonntag, 6. Mai 2001

11.00 Uhr

**Junge Matinee
Abschlusskonzert des
Kontrabass-Kurses**

Leitung: Prof. Michinori Bunya
Hochschule für Musik Dresden

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

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

**Leonore Adler
ALLES IN ALLEM
Gemälde, Aquarelle und Zeichnungen**
13. März 2001 bis 11. Mai 2001

Vernissage:

Donnerstag, 15. März 2001,
19.30 Uhr
Laudatio: Frau Dr. Ingrid Koch

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

**Diplom-Designerin Elke Heber
„Zwischen den Welten
Himmel und Meer –
Fisch oder Vogel sein“**

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus **Urlaubsgründen** in der Zeit vom **29. März bis 12. April 2001 nicht besetzt.**

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 8 26 74 11, zur Verfügung.

Ankündigung

Dieses Jahr finden erstmals die **Deutschen Ärzte- und Apothekermeister-schaft – Halbmarathon – des Deutschen Verbandes langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. am 29. 4. 2001 in Gommern/SA**, im Rahmen des „Seenlaufs“ nahe Magdeburg statt. Auch ein 10 km-Lauf ist möglich. Neben einer Ärzte- und Apothekerwertung erfolgt für beide Laufstrecken zusätzlich eine Gästewertung. Anmeldeunterlagen und weitere Informationen erhalten Sie über die Geschäftsstelle des Deutschen Verbandes langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. (DVLÄ), Schloßstrasse 42, 39298 Barby, Telefon: (03 92 98) 6 16 70/6 90, Fax: (03 92 98) 6 16 11.

Th. Mehnert ⁽¹⁾, T. Förster ⁽¹⁾, H. J. Gärtner ⁽²⁾, M. Breidert ⁽¹⁾

Distaler Oesophagustumor bei einem 45-jährigen Patienten mit gastrooesophagaler Refluxkrankheit (GERD)

Universitätsklinikum
TU Dresden

Gewidmet Herrn Professor Dr. med. Klaus-Ulrich Schentke zum 65. Geburtstag

⁽¹⁾ Medizinische Klinik und Poliklinik I und

⁽²⁾ Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Zusammenfassung:

Bei einem 45-jährigen Patienten mit langjähriger Refluxanamnese wurde gastrokopisch im distalen Oesophagus ein submuköser Tumor von 1 cm Größe festgestellt. Endosonographisch war der Tumor von der Tunica muscularis abzugrenzen. Daher erfolgte endoskopisch die Abtragung. Überraschend stellte sich histologisch ein sogenannter Abrikossoff-(Granularzell-)Tumor

dar. Die beobachtete steigende Inzidenz von Granularzelltumoren im Oesophagus ist mit der Entwicklung und Verbreitung der endoskopischen Diagnostik erklärbar. Daher wird der Internist mit diesem seltenen Befund in Zukunft häufiger konfrontiert werden. Endoskopie, Endosonographie und Histopathologie entscheiden über eine mögliche endoskopische, rationale Therapie.

Schlüsselwörter: benigner Oesophagustumor – Abrikossoff-Tumor – Granularzelltumor – endoskopische Therapie

Fallbericht

Anamnese

Der 45-jährige Patient stellte sich bei uns zur Abtragung eines ambulant gastroscopisch gesicherten Ösophaguspolypen vor. Dabei war bei 35 cm von der Zahnreihe eine ca. erbsgroße polypoid Läsion beschrieben worden.

Seit 2 Jahren sind ein arterieller Hypertonus sowie eine progrediente Adipositas bekannt. Außerdem gibt er an, seit 2 1/2 Jahren keinen Alkohol mehr zu trinken. Sein Alkoholgenuß betrug bis zur Abstinenz 4 - 5 Flaschen Bier täglich. Bei Aufnahme lag ein Nikotinabusus von 34 Packungsjahren vor. Sonst waren keine weiteren Vorerkrankungen bekannt.

Seit 4 1/2 Jahren war der Patient in ambulanter Behandlung wegen intermittierendem Sodbrennen. Dieses trat unregelmäßig, nicht täglich auf und war in den letzten Wochen vor Aufnahme trotz täglicher medikamentöser Therapie mit dem H2-Blocker Ranitidin (300 mg) intensiver und regel-



Abbildungen 1 (A+B): Endosonographie der intraluminal liegenden polypoiden Läsion (A) im distalen Ösophagus (35 cm von der Zahnreihe): echoarme Raumforderung, die die Tunica muscularis nicht überschreitet (B).

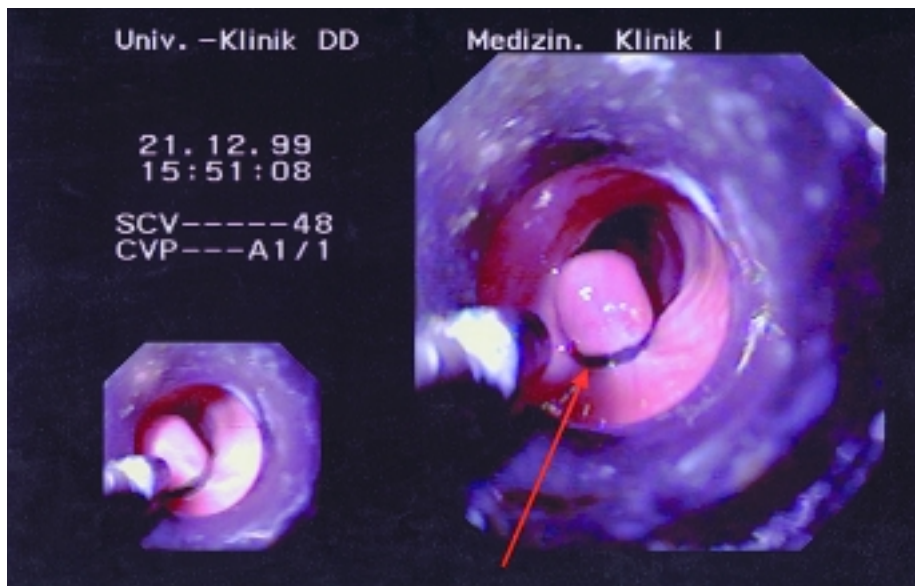


Abbildung 2: Oesophagoskopie: um die polypoiden Raumforderung wird eine Ligatur gesetzt. Anschließend Polypektomie.

mäßiger geworden. Bei Aufnahme und während des stationären Aufenthaltes gab der Patient keine Beschwerden an.

Befunde

Klinische Untersuchung

45-jähriger Patient in gutem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand (Größe 182 cm, Gewicht 115 kg, BMI = 34,7). Herz- und Lungenauskultation erbrachten keinen pathologischen Befund. Puls 64/min, RR 120/90 mmHg. Das Abdomen zeigte keine pathologischen Untersuchungsergebnisse, die Leber war 2 cm unter dem Rippenbogen in der Medioklavikularlinie palpabel. Übriger internistischer und neurologischer Status boten keine Auffälligkeiten.

Laboruntersuchungen: Blutbild, Gerinnung, Transaminasen, Nierenfunktionswerte im Normbereich.

Technische Untersuchungen

In der Endosonographie stellte sich der 11 x 6 mm große Tumor als echoarm, glatt begrenzt und die Tunica muscularis nicht infiltrierend dar. Farbdopplersonographisch konnte kein größeres Gefäß beim Polypen nachgewiesen werden (Abb.

1A+B). Endoskopisch fanden sich im unteren Ösophagusdrittel einzelne Erosionen im Sinne einer Refluxoesophagitis I. Grades nach Savary-Miller sowie ein Polyp mit einer Größe von 10 mm im Abstand von 35 cm von der Zahnreihe. Der submukös gelegene, gutartig imponierende Tumor zeigte eine glatte Schleimhaut sowie normale Färbung und ließ sich nach Ligatur (Abb. 2) in Höhe des Ringes gut abtragen. Die entstandene Wunde war relativ groß, flach, glatt und blutarm. Der Polyp wurde zur histologischen Untersuchung geborgen.

Pathologisch-Anatomischer Befund

Die Makroskopie des abgetragenen Tumors zeigte ein erbsgroßes, rotbraunes, polypöses Gewebsbröckel. In der mikroskopischen Beurteilung fand sich drüsentragende Schleimhaut vom Ösophagus mit zellreichem Tumor, der neben spindeligen Zellelementen auch größere plasmareiche Zellen enthielt, die dicht gelagert waren. Hier auch erkennbare feine Granulierung des Zytoplasmas. Runder kleiner, zentral gelegener chromatindichter Zellkern innerhalb dieser Zellen (Abb. 3A). Immunhistologisch kräftige Reaktion der

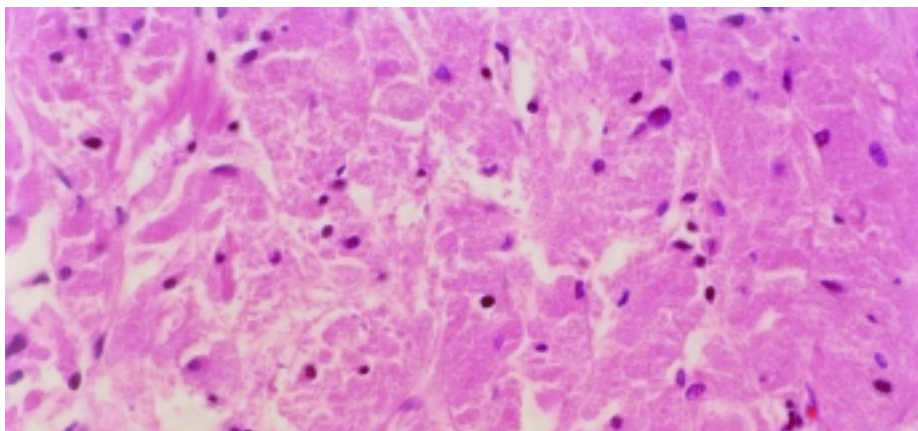


Abb. A

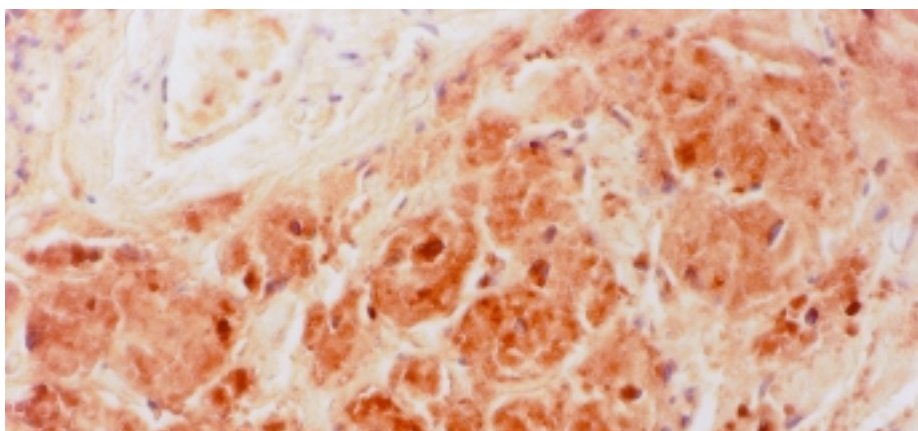


Abb. B

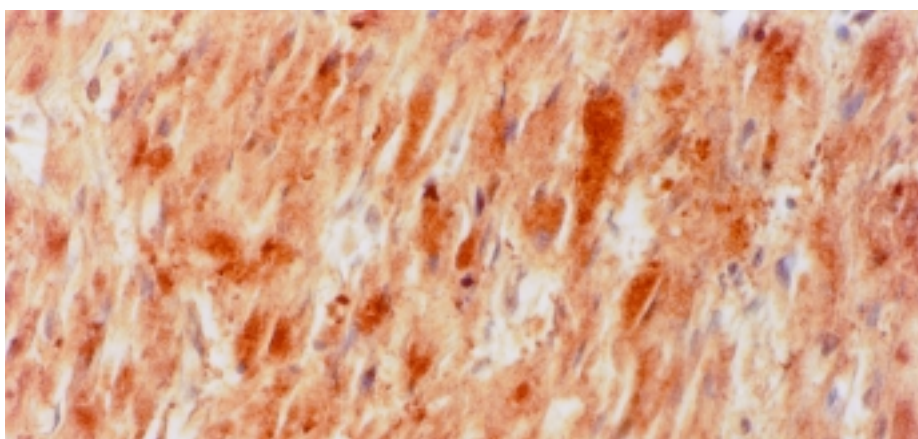


Abb. C

Abbildungen 3

(A+B+C): Granularzelltumor des Oesophagus: (A) Typisches Bild mit granulärem Zytoplasma und „Myozyten“ ähnlichen Zellen (H & E, x 360). Immunhistochemie: deutliche Positivität für S-100 Protein (B, x 360) und NSE (C, x 360).

Tumorzellen mit einem Antikörper gegen das S - 100 - Protein (Abb. 3B+C).
Diagnose: Der vorliegende Befund entspricht einem Granularzelltumor.

Diskussion

Abrikossoff beschrieb 1926 den nach ihm benannten Tumor als ein Myom, welches von der quergestreiften willkürlichen Muskulatur ausgeht (Abrikossoff, 1926). In der Annahme, dass diese Tumorentität embryonaler Genese sei, wurde 1927 durch Diss der Begriff Granularzelltumor eingeführt (Diss, 1927). Feyrter wies 1935 als erster darauf hin, dass der Granularzelltumor (GCT) vom Nervengewebe abstammt (Feyrter, 1935).

Granularzelltumoren sind in nahezu allen menschlichen Geweben beschrieben worden und können in jedem Alter vorkommen, wobei der Altersgipfel zwischen der 3. bis 5. Lebensdekade liegt. Etwa die Hälfte der berichteten Fälle betraf die Kopf-Hals-Region, wobei die Zunge mit 23 bis 28 % aller Granularzelltumoren die häufigste Lokalisation darstellt. Mehr als einen Herd im gleichen Organ oder an multiplen Stellen weisen 10 bis 15 % der Patienten auf (Ordonez, 1999).

Die Malignitätsrate aller Granularzelltumoren liegt bei ca. 1 - 2 % (Enzinger, 1988). In 5 - 6 % sind GCT im Gastrointestinaltrakt zu finden (Peterson, 1974). Die Inzidenz im Oesophagus wird mit 2 % angenommen (Lack, 1980). Bisher sind mehr als 200 Granularzelltumoren des Oesophagus beschrieben worden (Goldblum, 1996). Die meisten treten solitär auf, obgleich in einer Arbeit von Orłowska et al. ca. jeder 10. Patient mit einem oesophagealen Granularzelltumor zwei oder mehr aufwies (Orłowska, 1993).

Der Granularzelltumor des Oesophagus hat einen Anteil von ca. 1 % (0,5 bis 5 %) an allen benignen Oesophagustumoren, welche wiederum ca. 0,5 % aller Oesophagusneoplasien ausmachen (Tabelle 1, modifiziert nach Axelrad, 1998). Die beobachtete steigende Inzidenz von GCT ist mit der Entwicklung und Verbreitung der endoskopischen Diagnostik erklärbar

Differentialdiagnosen: benigne Oesophagustumore (0,5 %)

Intraluminal (immer nichtepithelial!)	Intramural
Squamöses Zellpapillom (GERD, HPV?)	Leiomyome
Granularzelltumor	Hämangiome
Fibrovaskulärer Polyp (groß, Hamartom)	Kaposisarkom
Inflammatorischer Polyp (sehr selten)	

Modifiziert nach Axelrad, 1998

(Orlowska, 1993). Meist wird der Tumor bei einer Oesophago-Gastro-Duodenoskopie im Rahmen der Routinediagnostik bei Dysphagie gefunden. Granularzelltumoren werden nur in ca. 50 % der Fälle symptomatisch, vorwiegend ab einer Größe von mehr als 10 mm und mit steigender Anzahl. Neben einer Dysphagie können retrosternale oder auch unspezifische Beschwerden bestehen. Somit ist die Diagnose meist ein Zufallsbefund. Am häufigsten findet man den Tumor im unteren Oesophagusdrittel (50 - 85 %), gefolgt vom oberen (15 - 40 %) und mittleren (ca. 20 %) Drittel (Orlowska, 1993; Koch, 1998).

Endoskopisch bietet sich meist das Bild eines gelblich erscheinenden, submukös gelegenen Tumors (Koch, 1998; Schlick, 1997; Domagk, 1999). In der Endosonographie, die mittlerweile zum Standard beim Staging von Oesophagustumoren gehört, stellt sich der benigne Granularzelltumor typischerweise als gut abgrenzbare, echoarme Struktur ohne Anzeichen für infiltratives Wachstum dar (Tada, 1990). Die Tunica muscularis wird dabei nicht überschritten. Malignitätskriterien sind Auftreten von Lymphknotenmetastasen oder diffuses Wachstum in die Umgebung. Kriterien für eine potentielle Malignität stellen eine Tumorgöße von mehr als 4 cm, schnelles Wachstum und rasches Wiederauftreten nach durchgeführter Exzision dar (Orlowska, 1993). Die Diagnosesicherung erfolgt durch

Endoskopie mit Biopsie des Tumors. Das charakteristische histologische Merkmal ist die Granularität des Zytoplasmas, welche durch eine massive Ansammlung von Lysosomen bedingt ist (Ordonez, 1999). Obgleich die meisten Untersucher, basierend auf immunhistochemischen und elektronenmikroskopischen Befunden, eine Abstammung von Schwannzellen favorisieren und die Bezeichnung Granularzellschwannom befürworten, existieren einige Unterschiede zwischen Schwannomen und Granularzelltumoren in ihrer ultrastrukturellen Charakteristik und der Expression von einigen immunhistochemischen Markern (Ordonez, 1999). Immunhistologisch können in nahezu allen Fällen Protein S-100 und in 90 % der Fälle neuronenspezifische Enolase (NSE) nachgewiesen werden (Ordonez, 1999; Domagk, 1999). Das vesikelassozierte Protein Chromogranin A findet man immunhistochemisch nicht (Ordonez, 1999). Der Mitosemarker Ki67 korreliert dabei in einer neueren Arbeit auch mit der Prognose des Patienten (Fanburg-Smith, 1998).

Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach der endoskopisch gewonnenen Histologie, Tumorgöße, evtl. vorhandenen endosonographischen Malignitätskriterien des Tumors sowie ggf. bestehendem Beschwerdebild des Patienten. Benigne, asymptomatische Tumoren unter 2 cm Größe müssen nur endoskopisch und bioptisch überwacht werden. Symptomatische GCT sollten bereits bei einer Tumorgöße von mehr als 1 cm entfernt werden. Favorisiert wird dabei die endoskopische Tumorexzision, die jedoch nur für kleinere, bis 2 cm messende Tumore geeignet ist. Ferner muss die Histologie benigne und endosonographisch eine Infiltration der Muscularis propria ausgeschlossen sein, da eine Infiltration einerseits als Malignomzeichen gilt, andererseits ein hohes Perforationsrisiko beim Versuch der kompletten Tumorentfernung besteht. Alternativ wurden Alkoholinjektionen und Lasertherapie durchgeführt, wobei es hier keine gut belegten

Daten gibt. Auf Grund fehlender Strahlensensibilität von GCT kommt eine Radiatio nicht in Frage. Bei unserem Patienten erfolgte die endoskopische Abtragung nach Platzierung eines Ligaturringes über der polypösen Raumforderung mit anschließender Polypektomie und Bergung zur Histologie.

Ist der Tumor größer als 2 cm, besteht Verdacht auf Malignität oder lässt sich endosonographisch die Tunica muscularis nicht klar abgrenzen, ist die operative Therapie indiziert. Hierbei sind als chirurgische Verfahren die Enukeleationsresektion (Backheuer, 1999) sowie die thorakoskopische Tumorexzision beschrieben (Koch, 1998). Die Oesophagusresektion wird bei histologischem Malignitätsnachweis oder begründetem Malignomverdacht erforderlich (Koch, 1998; Schlick, 1997; Backheuer, 1999).

Die alleinige histologische Untersuchung einer polypösen intraluminalen Raumforderung im Oesophagus ohne Immunhistochemie kann Schwierigkeiten bereiten. So kam es wegen Diagnosestellung eines Plattenepithelkarzinoms des Oesophagus schon zur operativen Resektion (Schlick, 1997). Wichtig ist es daher, das endoskopische sowie endosonographische Bild mit in die Diagnosestellung zu integrieren. Imponiert die Schleimhaut über dem Tumor makroskopisch intakt, sollte der Untersucher differentialdiagnostisch an einen Granularzelltumor denken und dies dem Histopathologen mitteilen (Backheuer, 1999).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thomas Mehnert
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Artikel eingegangen: 17. 7. 2000
Artikel nach Revision angenommen: 3. 9. 2000

U. Püschel, C. Mrowietz, F. Jung

Qualitätssicherung in der invasiven Diagnostik und interventionellen Kardiologie

Dresdner Institut
für Herz- und
Kreislaufforschung e.V.

Zusammenfassung:

Ziel einer modernen Medizin muss eine patienten- und bedarfs-gerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung der Gesamtbevölkerung sein. Als Instrument zur Durchsetzung dieser Zielstellung dienen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Diese konzentrieren sich auf häufig angewendete Methoden, welche potentiell zu schwerwiegenden Komplikationen führen können und kostenintensiv sind. In der invasiven Kardiologie stehen dabei die diagnostische Herzkatheteruntersuchung und die Perkutane Transluminale Koronarangioplastie (PTCA) im Mittelpunkt des Interesses.

Das Projekt erstellt einen Bericht zur Qualitätssicherung für das Herzkatheterlabor im Klinikum Bad Weißer Hirsch Dresden für den Zeitraum vom 01.07.1998 bis 31.12.1998.

In Wertung der erhobenen Ergebnisse und der in der aktuellen Literatur veröffentlichten Daten handelt es sich bei der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung und der PTCA um in großer Zahl durchgeführte, sichere Methode mit großem diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Benefiz. Beide Verfahren weisen seit ihrer Einführung eine zunehmende Anwendung mit deutlichen Rückgängen der Komplikations- und Mortalitätsraten auf. Verbesserte therapeutische Standards (insbesondere der Einsatz von Stents, Verbesserung medikamentöser Begleittherapien) gestatten einen Einsatz bei immer komplexeren Kasuistiken.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, diagnostische Herzkatheteruntersuchung, PTCA

Einleitung

Bei einem steigenden Bedarf an ärztlichen Maßnahmen aufgrund epidemiologischer Veränderungen, die Lebenserwartung steigt, womit eine Zunahme der Morbidität der Gesamtbevölkerung verbunden ist, werden im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts immer neue Methoden der Diagnostik und Therapie angeboten. Gleichzeitig sind die Mittel der Solidargemeinschaft begrenzt. Diese Konstellation bedarf einer patienten- und bedarfs-gerechten, fachlich qualifizierten und wirtschaftlichen Versorgung auf hohem Leistungsniveau.

Ein effektives Instrument zur Optimierung ärztlichen Handelns stellt dabei die Etablierung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. Diese müssen dazu dienen, bestehende Probleme rechtzeitig zu identifizieren und zu analysieren. Eine zügige Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und deren Umsetzung sind anzustreben.

Bemühungen der Qualitätssicherung in der Medizin konzentrieren sich auf häufig angewendete Methoden, die potentiell zu schwerwiegenden Komplikationen führen können und kostenintensiv sind. In der invasiven Kardiologie sind dies insbesondere die diagnostische Herzkatheteruntersuchung und die PTCA. (GLEICHMANN et al. 1995; SILBER et al. 1998; WINDECKER et al. 1998)

Eine effektive und dabei flächendecken-

de Qualitätssicherung in der Medizin ist in Deutschland unzureichend etabliert. So wurden auch auf dem Gebiet der invasiven Kardiologie bislang weder von den Behörden noch von der Ärzteschaft einheitliche Bestimmungen zur Qualitätssicherung erstellt. Im internationalen Vergleich ist insbesondere auf die vorbildlichen Strukturen in Österreich oder der Schweiz zu verweisen. (GOERRE und MEIER 1996; MÜHLBERGER et al. 1996) Im Gegensatz zu den Einrichtungen dieser Länder ist die Mehrheit der Katheterlabore in Deutschland keiner zentralen Datenbank angeschlossen. Eine komplexe nationale Datenbank fehlt. Ebenfalls stellen sich die Strukturen der Kontrollorgane uneinheitlich dar. Die gegenwärtig ungenügende Infrastruktur bedingt, dass potentielle Konsequenzen der tatsächlichen Ergebnisse invasivkardiologischer Tätigkeit nicht abgeleitet werden können.

Im Mittelpunkt jedes ärztlichen Handelns hat, entsprechend dem hippokratischen Eid und den Erwartungen an die ärztliche Berufsethik, stets der Mensch zu stehen. Die Parameter einer Qualitätserfassung haben sich deshalb in erster Linie an der Lebensqualität des zu behandelnden Patienten zu orientieren. Zu bewerten sind Fragen wie:

- Komplikationsmöglichkeiten
- Sicherheit der Behandlung
- zeitlicher Aufwand
- subjektive Beschwerden des Patienten

- unmittelbare Ergebnisse der Therapie
- mittel- und langfristige Prognosen
- Mobilität des Patienten, Berufs- und Erwerbsfähigkeit
- subjektive Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung.

Maßnahmen der Qualitätssicherung haben aber auch wesentliche Effekte für den betreuenden Arzt und seine Mitarbeiter:

- Steigerung des Wissens und der Kompetenz
- Entwicklung eines stärkeren Bewusstseins für eigene Möglichkeiten, aber auch Grenzen
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Verbesserung der Arbeitsatmosphäre
- Optimierung der Arbeitsorganisation, Minimierung von Zeit- und Verwaltungsaufwand
- positive wirtschaftliche Effekte
- erfasste Qualität ärztlicher Leistung als Wettbewerbsparameter
- Dokumentation einer qualitativ hochwertigen Medizin als Argumentationsmöglichkeit gegenüber Kostenträgern und Kontrollinstanzen.

Projektbeschreibung

Ausgewertet werden die Daten aller im Zeitraum zwischen dem 01.07.1998 und 31.12. 1998 im Herzkatheterlabor in der Medizinischen Klinik Bad Weißer Hirsch Dresden (Leiter: Dr. med. R. Bach) behandelten Patienten.

Dem Wesen der externen Qualitätskontrolle, dem Vergleich zu gleichartigen Institutionen mit der Zielstellung, die eigene Position deutlich zu machen und dadurch Qualitätssicherungsaktionen auszulösen, wird die Untersuchung dadurch gerecht, dass die erhobenen Daten anhand der aktuellen Literatur mit den Ergebnissen anderer Invasivkardiologen verglichen werden. (DONABEDIAN 1980)

Um eine hundertprozentige Erfassung aller Patienten zu garantieren, wird ein unabhängiges Monitorsystem eingerichtet. Es erfolgt der wöchentliche Vergleich einer durch die Buchhaltung erstellten Liste sämtlicher rechnungstechnisch erfassten Patienten mit einer Liste aller behandelten Patienten aus der Datenbank des Herzkatheterlabors. Anschließend übernimmt der Monitor den für jeden Patienten angelegten Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung. Dieser begleitet den Patienten von der Aufnahme ins Herzkatheterlabor und anschließend über die Station bis zur Entlassung.

Nach der kompletten Erfassung eines Monats werden die erfassten Daten in eine Datenbank eingegeben. Um die Integrität der Daten sicherzustellen, werden die Erhebungsbogen an zwei verschiedenen Stellen von verschiedenen Personen eingegeben. Anschließend erfolgt ein Vergleich, Unstimmigkeiten werden anhand der Originaldaten korrigiert.

Neben der Sammlung aller Erhebungsbogen obliegt dem Monitor die stichprobenartige Überprüfung der Datenerfassung im Herzkatheterlabor. Ebenso wird ständig die vollständige Erhebung aller Daten auf dem Erhebungsbogen kontrolliert. Das Auftreten von Fehlern wird dem Leiter der Einrichtung gemeldet und korrigiert. Durch monatliche Zwischenauswertungen und regelmäßige Besprechungen mit den beteiligten Ärzten und Schwestern soll die Erfassung der Daten auf 100 % gebracht werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden allen interessierten Kollegen und Einrichtungen zugänglich gemacht.

Ergebnisse

Durchgeführte Invasivprozeduren

Für den Analysezeitraum vom 01.07.1998 bis 31.12.1998 wurden insgesamt 3.994 Patienten, davon 3.378 (84,6 %) ambulant und 604 (15,1 %) stationär, in die Auswertung eingeschlossen. Bei 12 (0,3 %) Patienten lagen hinsichtlich der Differenzierung ambulant/stationär keine konkreten Angaben vor.

Das mittlere Alter der Patienten betrug 63,4 Jahre, der jüngste Patient wurde im

Alter von 29 Jahren, die ältesten mit 88 Jahren untersucht. Die Frauen (34,1 % aller Patienten) waren mit 65,6 Jahren durchschnittlich ca. 3,5 Jahre älter als die Männer (65,9 % aller Patienten) mit 62,2 Jahren.

Die im Analysezeitraum durchgeführten Linksherzkatheteruntersuchungen erbrachten folgendes angiographisches Ergebnis: 16,9 % der untersuchten Patienten zeigten eine koronare 1-Gefäß-, 17,7 % eine koronare 2-Gefäß- und 33,3 % eine koro-

nare 3-Gefäß-Erkrankung. Eine beginnende koronare Herzerkrankung, definiert durch das Vorliegen arteriosklerotischer Plaques, die das Gefäßlumen einer oder mehrerer Koronararterien zu unter 50 % stenosieren, fand sich bei 9,1 % der untersuchten Patienten. Keine koronare Herzerkrankung hatten 22,2 % der Patienten, wobei in diesem Prozentsatz auch die Patienten mit Vitien (7,6 % der untersuchten Patienten) und Myokarderkrankungen (2,4 % der untersuchten Patienten) enthalten sind.

Von den Patienten, die sich im Analysezeitraum einer PTCA unterzogen, wiesen 26,2 % eine koronare 1-Gefäß-, 29,6 % eine koronare 2-Gefäß- und 44,1 % eine koronare 3-Gefäß-Erkrankung auf. 2.434 der Patienten hatten bereits einen Myokardinfarkt erlitten. Bei 65 % dieser Patienten erfolgte die angiographische Untersuchung gezielt innerhalb eines Zeitintervalles von zwei Monaten nach Auftreten des Infarktes. 377 Patienten (4,3 % aller Patienten) wurden mit akutem Myokardinfarkt zur Behandlung in das Herzkatheterlabor überwiesen. 12 % der männlichen sowie 11 % der weiblichen Patienten wurden mit Verdacht auf eine instabile Angina pectoris überwiesen. Die Gesamtzahl der durchgeführten Prozeduren belief sich auf 5.041, eine Differenzierung zeigt Tabelle 1. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der insgesamt untersuchten Patienten.

Tabelle 1:
Durchgeführte Untersuchungen und Interventionen von 01.07. bis 31.12.1998

	n	%
Linksherzkatheteruntersuchung	3.460	86,6
Rechtsherzkatheteruntersuchung	199	5,0
PTCA*	188	4,7
PTCA + Stent	487	2,2
Kontrolle nach PTCA	325	8,1
Kontrolle nach Stent	161	4,0
Kontrolle nach Bypass-Operation	221	5,5
Prozeduren gesamt	5.0041	

* PTCA:
Perkutane Transluminale Koronarangioplastie

Akutkomplikationen differenziert nach Diagnostik und Therapie

Die Häufigkeit des Auftretens von Akutkomplikationen getrennt für diagnostische und therapeutische Prozeduren zeigt die Tabelle 2. Unter der Rubrik „Diagnostik“ sind alle Maßnahmen wie Linksherzkatheteruntersuchung, Rechtsherzkatheteruntersuchung und beide Prozeduren, direkt nacheinander durchgeführt, zusammengefasst. Unter „Therapie“ erfolgte eine Zusammenstellung folgender Prozeduren: PTCA, PTCA in Kombination mit Stentimplantation, Stenting allein sowie die verschiedenen Therapiemaßnahmen unmittelbar nach der Diagnostik beziehungsweise später elektiv.

Tabelle 2:
Akutkomplikationen bei diagnostischer Herzkatheteruntersuchung (DHKU) und interventioneller Therapie von 01.07. bis 31.12.1998

	DHKU		interventionelle Therapie	
	n	%	n	%
Patientenzahl	3.314		675	
Komplikation	n	%	n	%
Embolie zerebral	1	0,03	0	-
Embolie peripher	0	-	0	-
Linksherzinsuffizienz	3	0,09	1	0,15
Tod	0	-	0	-
notfallmäßige Operation	1	0,03	1	0,15
Kammerflimmern	10	0,3	1	0,15
andere+	86	2,6	40	5,9
keine Angabe	45	1,36	25	3,7
Kontrastmittelreaktionen:				
leicht*	30	0,9	9	1,33
mittel**	6	0,18	0	-
schwer***	3	0,09	0	-
keine Angabe	0	-	0	-
Prophylaxe/Therapie	29	0,88	16	2,4
Therapie der Komplikation	24	0,72	7	1,04

*: Übelkeit, Erbrechen, Urtikaria, Schleimhautschwellung
 **: Kopfschmerzen, Erbrechen mit Oberbauchschmerzen, ausgedehnte Urtikaria, Schüttelfrost, Blutdruckabfall, Tachykardie
 ***: Schock, Kammerflimmern, Asystolie, Glottisödem, Bronchospasmus, Lungenödem, Atemstillstand, Krämpfe, Lähmungen, Bewusstseinsverlust
 +: Hämatome, Dissektion am Zugangsweg, Kontrastmittelreaktionen

Bei 5 Patienten fehlte eine Angabe, ob eine diagnostische oder therapeutische Prozedur durchgeführt worden war, so dass sie keiner der Gruppen zugeordnet werden konnten. Darüber hinaus konnte bei 71 Patienten bezüglich der Akutkomplikationen keine eindeutige Aussage aus dem Erhebungsbogen entnommen werden, darunter bei einem der 5 Patienten, die keiner der beiden Gruppen zugeordnet werden konnten.

Spätkomplikationen differenziert nach Diagnostik und Therapie

Die Ergebnisse der bei der Entlassung durch den Arzt durchgeführten Abschlussuntersuchung zeigt die Tabelle 3. Es erfolgt wiederum eine Differenzierung in den Zustand nach diagnostischer Herzkatheteruntersuchung und interventioneller Therapie.

Tabelle 3:
Ergebnisse der Abschlussuntersuchung nach DHKU und interventioneller Therapie von 01.07. bis 31.12.1998

	DHKU		interventionelle Therapie	
	n	%	n	%
Patientenzahl	3.314		675	
Komplikation	n	%	n	%
flächennahe Blutung*	29	0,88	23	3,41
handtellergrößen				
Hämatom	167	5,04	130	19,3
kleines Hämatom	1.155	34,85	315	46,7
Hämatom				
nicht sichtbar	1.921	57,9	196	29,04
keine Angabe	42	1,27	11	1,63

Die Definition der klinisch bedeutsamen Komplikationen erfolgt in Anlehnung an die von MORTENSEN (1967) eingeführte Differenzierung in „major“ und „minor complications“. Demnach gelten als „major complications“ Komplikationen, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen oder mit einem lang anhaltenden oder permanenten Funktionsverlust einhergehen beziehungsweise den Tod des Patienten zur Folge haben. Unter „minor complications“ werden alle flächennahen Hämatome sowie starke Be-

schwerden jeglicher Form zusammengefasst. In der Definition nach MORTENSEN (1967) unter „minor complications“ erfasst, kleinflächigere Hämatomate sind hingegen nicht als Komplikation zu definieren.

Die Darstellung getrennt für diagnostische und therapeutische Prozeduren zeigt Tabelle 4, eine Differenzierung der schweren Komplikationen erfolgt in Tabelle 5.

Tabelle 4:
Häufigkeit von minor und major complications bei DHKU und interventioneller Therapie vom 01.07. bis 31.12.1998

	DHKU		interventionelle Therapie	
	n	%	n	%
Patientenzahl	3.314		675	
Komplikation				
major complication	21	0,63	9	1,33
minor complication	27	0,82	29	4,29
keine Komplikationen	3.265	98,52	637	94,37
keine Angabe	1	0,03	0	-

Tabelle 5:
Aufschlüsselung der aufgetretenen schweren Komplikationen bei DHKU und interventioneller Therapie von 01.07. bis 31.12.1998

	DHKU		interventionelle Therapie	
	n	%	n	%
Patientenzahl	3.314		675	
Komplikation				
transfusionspflichtige Blutung	1	0,03	0	-
Aneurysma	15	0,45	3	0,44
arteriovenöse Fistel (AV-Fistel)	5	0,15	1	0,15
Embolie	0	-	0	-
Okklusionssyndrom	0	-	1	0,15
Infarkt	0	-	2	0,29
Re-PTCA	0	-	0	-
Tod	0	-	0	-
keine Angabe	1	0,03	0	-

Den weiteren Verlauf der dokumentierten major complications bis zu 3 Monate nach erfolgter diagnostischer Herzkatheteruntersuchung beziehungsweise interventioneller Therapie zeigt die Tabelle 6.

Tabelle 6:
Weiterer Verlauf der von 01.07. bis 31.12.1998 bei DHKU und interventioneller Therapie aufgetretenen major complications

	DHKU		interventionelle Therapie	
	n	%	n	%
Patientenzahl	3.314		675	
major complication	21	0,63	9	1,33
Folgeschäden	4	0,12	3	0,44
Tod	2	0,06	1	0,15
keine Angabe	13	0,39	1	0,15

Sowohl nach diagnostischer als auch nach therapeutischer Prozedur lässt sich dokumentieren, dass bei über 99 % der untersuchten Patienten keine Komplikationen auftraten oder aufgetretene Komplikationen ohne Folgeschäden blieben. Folgeschäden zeigten sich bei 0,12 % beziehungsweise 0,44 %. Es verstarben im Verlauf nach der Entlassung 0,06 % beziehungsweise 0,15 % aller Patienten. Akut während der Untersuchung oder Intervention verstarb kein Patient. Ebenso wurden während des stationären Aufenthaltes keine Todesfälle beobachtet. Eine Nachverfolgung war nur bei einer niedrigen Rate der untersuchten Patienten (0,39 % beziehungsweise 0,15 %) nicht möglich.

Diskussion

Vergleich zum Stand der Literatur

Ein Vergleich zur Literatur ist insgesamt nur eingeschränkt möglich, da die verschiedenen Untersuchungen zum Thema teilweise unter differierenden Bedingungen durchgeführt wurden:

a) Wie und wie oft erfolgte ein Monitoring der Untersuchung?

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte ein wöchentliches Monitoring, so dass sämtliche Patienten lückenlos erfasst werden konnten. Andere Untersuchungen wurden nicht oder nur in großen Abständen gemonitort, wobei erhebliche Fehldaten festgestellt werden mussten. (VOGT et al. 1997; SILBER et al. 1998)

b) Wurde eine Nachbeobachtungsphase in die Erhebung einbezogen?

Unterschiede zwischen Akutmortalitätsrate und 4-Wochen-Nachbeobachtungsphase wurden veröffentlicht. (KALTENBACH und GÖHRING 1996; SILBER et al. 1998)

c) Wann wurde die Untersuchung durchgeführt?

Differierende therapeutische Standards (zum Beispiel Art und Rate eingesetzter Stents, Art der medikamentösen Begleittherapie) zum Zeitpunkt der Durchführung

der Prozedur machen ein Differieren der Ergebnisse möglich.

d) Wurden absolute Zahlen publiziert? In den meisten publizierten Berichten erfolgten zu einzelnen Fragestellungen nur prozentuale Angaben, absolute Zahlen fehlen, so dass nicht ersichtlich ist, bei wie vielen Patienten keine Angaben vorliegen. Die vorliegende Datendichte ist nicht exakt beurteilbar.

e) Welche Patientenklientel ist in das Register eingeschlossen? Eine Risikoadjustierung ist insgesamt schwierig. So sind zum Beispiel in der nachfolgend als GB2 bezeichneten Studie (SMITH et al. 1999) niedrigere Komplikationsraten als bei anderen Erhebungen zu erwarten, da hier Hochrisikopatienten mit pulmonalem Ödem, kardiogenem Schock, vorausgegangener ineffektiver Lysetherapie oder akutem Myokardinfarkt vom Register ausgeschlossen wurden. Zum Einfluss dieser und weiterer Faktoren (zum Beispiel Vorliegen einer peripheren arterielle Gefäßerkrankung, Alter, Geschlecht, Herzleistungsstadium et cetera) auf Komplikationsraten erfolgten zahlreiche Veröffentlichungen. (SEGGEWISS et al. 1991; MAIELLO et al. 1994; BACH et al. 1997; GRASSMANN et al. 1997; ZAHN et al. 1997)

Die gleiche Grundproblematik betrifft die Tatsache, dass ein Vergleich von Untersuchungsergebnissen nur dann möglich ist, wenn die betreffenden Patientengruppen in der Ausprägung ihrer koronaren Herzerkrankung vergleichbar sind. Die dokumentierten angiographischen Befunde zeigten, dass der Schweregrad der koronaren Herzerkrankung und damit das Stadium der arteriosklerotischen Veränderungen bei den im Herzkatheterlabor im Klinikum Bad Weißer Hirsch Dresden untersuchten Patienten mit dem Krankheitsschweregrad der Patienten anderer nationaler und internationaler Studien (VOGT et al. 1997; SILBER et al. 1998; PAPACONSTANTINO et al. 1999) vergleichbar ist. Die Erkrankung ist eher weiter fortgeschritten, insbesondere in der Patientengruppe, die sich einer therapeu-

Tabelle 7: Zusammenstellung von schwerwiegenden Komplikationen bei DHKU

	DD	AHA	BNK	GB1	GB2
Patientenzahl	3.314	59.792	10.316	2.000	2.804
major complications	0,63 %	1,7 %	0,95 %	1,95 %	0,07 %*
Notoperation	0,03 %	-	-	0,05 %	-
Tod	0,06 %**	0,11 %	0,15 %***	0,1 %*	0,07 %*
keine Komplikation	98,5 %	-	-	-	-

*: prozedurbezogen, ohne Nachbeobachtungsphase
 **: Nachbeobachtungsphase bis zu 3 Monaten
 ***: Nachbeobachtungsphase bis zu 4 Wochen
 DD: Herzkatheterlabor im Klinikum Bad Weißer Hirsch Dresden, Zeitraum 01. 07. bis 31. 12. 1998
 AHA: American Heart Association (AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY/AMERICAN HEART ASSOCIATION TASK FORCE 1999)
 BNK: Projekt des Bundes Niedergelassener Kardiologen (SILBER et al. 1998)
 GB1: Studie in Großbritannien, Plymouth (PAPACONSTANTINO et al. 1999)
 GB2: Studie in Großbritannien, Exeter (SMITH et al. 1999)

tischen Prozedur unterzog. Nicht in allen Untersuchungen wurden identische Erhebungsbogen verwendet. Einige „harte“ Daten wurden jedoch in nahezu allen Erhebungen erfasst. Eine Zusammenstellung dieser ausgewählten Daten zeigen die Tabellen 7 und 8.

Tabelle 8: Zusammenstellung von schwerwiegenden Komplikationen für die interventionelle Therapie

	DD	BNK	ALKK
Patientenzahl	675	2.597	43.947
major complications	1,33 %	2,2 %	3,02 %
Notoperationen	0,15 %	0,6 %	0,5 %
Tod	0,15 %*	0,4 %**	0,52 %**
keine Komplikation	94,4 %	-	-

*: Nachbeobachtungsphase bis zu 3 Monaten
 **: Nachbeobachtungsphase bis zu 4 Wochen
 DD: Herzkatheterlabor im Klinikum Bad Weißer Hirsch Dresden, Zeitraum 01. 07. bis 31. 12. 1998
 BNK: Projekt des Bundes niedergelassener Kardiologen (SILBER et al. 1998)
 ALKK: Projekt der Arbeitsgemeinschaft leiten der kardiologischer Krankenhausärzte (VOGT et al. 1997)

Fazit

Die Komplikationsrate der im Herzkatheterlabor im Klinikum Bad Weißer Hirsch Dresden durchgeführten Untersuchungen und therapeutischen Prozeduren ist im

nationalen und internationalen Vergleich als sehr niedrig anzusehen. Auf eine Signifikanzprüfung ist zunächst zu verzichten, da die Komplikationsraten der diagnostischen als auch therapeutischen Prozeduren insgesamt als so niedrig zu beurteilen sind, dass signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen zweier Untersucher beziehungsweise Einrichtungen nur bei sehr großen Untersuchungszahlen nachzuweisen wären.

Strategien zur Minderung des Komplikationsrisikos

Als wesentliche Elemente des Qualitätsmanagements sind nach LUITHLEN (1996) umzusetzen:

- Orientierung am Wohl des Patienten
- Teil der Führungskultur der obersten Leitungsebene
- Einbeziehung sämtlicher Mitarbeiter
- Erstellung eines Ausbildungskonzeptes
- ganzheitliche Orientierung
- Basis: Selbstkontrolle

Die Basis einer wirkungsvollen externen Qualitätssicherung bilden bestehende Strukturen einer internen Qualitätssicherung beim Leistungserbringer.

In der täglichen Umsetzung wären aus den Erfahrungen des Dresdner Labors als **Strategien zur Minderung des Komplikationsrisikos** zu diskutieren:

1. Durchführung einer komplexen Vor-
diagnostik (EKG, Echokardiographie,
Ischämienachweis et cetera)
2. Kritische Prüfung der Indikationsstel-
lung (Anamnese, Beurteilung kardi-
aler Vorschädigung, Bewertung ex-
trakardialer Begleiterkrankungen)
3. Kategorisierung des Patienten anhand
vorliegender anamnestischer und klini-
scher Daten sowie des Untersu-
chungsergebnisses (stationär/ambu-
lant, Form der Nachbetreuung, Ent-
lassungstermin)
4. Klinische Untersuchung des Patien-
ten vor dem Eingriff, gegebenenfalls
geeignete Vorbehandlung
5. Sachliche Information und Aufklä-
rung
6. Erstellen eines stufenartigen Trainings-
programms für die Untersucher
7. Mindestuntersuchungszahlen für je-
den Untersucher
8. Gestaltung untersucherspezifischer
Programme
9. Ausschöpfung/Optimierung konser-
vativer Therapiemöglichkeiten; sach-
liche Prüfung möglicher alternativer
Therapieformen
10. Enger Kontakt zu den Kollegen der
Herzchirurgie; in Zweifelsfällen in-
terdisziplinäre Entscheidungsfindung
11. Konsequente Anwendung verbesser-
ter therapeutischer Standards (Stents,
GP IIb/IIIa-Inhibitoren)
12. Komplexes und alle Personalebene
erfassendes betriebliches und über-
betriebliches Fortbildungsprogramm
13. Permanente konstruktive Kommuni-
kation mit den zuweisenden Kollegen
14. Prospektive und präventive Durch-
führung der Qualitätssicherungsmaß-
nahme, engmaschiges Monitoring

Stellenwert von diagnostischer Herzkatheter- untersuchung und PTCA

Die diagnostische Herzkatheterunter-
suchung und die PTCA sind in großer Zahl
durchgeführte sichere Methoden mit gro-
ßem diagnostischen beziehungsweise the-
rapeutischen Benefiz.

Mit der Etablierung der Verfahren und
einer immer breiteren Anwendung sind
in den letzten Jahren deutliche Rückgänge
der Komplikations- und Mortalitätsraten
zu dokumentieren. (DE BONO 1993;
KIMMEL et al. 1997)

Gründe dafür sind insbesondere in der
Verbesserung der therapeutischen Stan-
dards zu sehen. Insbesondere mit der Ein-
führung und Weiterentwicklung intrako-
ronarer Stents sind gestiegene Erfolgs-
quoten der Eingriffe bei einer Reduktion
von bedrohlichen Komplikationen, kar-
dialen Akutereignissen und Restenosen
zu verzeichnen.

Neben steigenden Stentraten, Fortschritten
in der Qualität der Stents (Profil, Struk-
tur, Flexibilität) sind weitere technische
Fortschritte wesentlich: verbesserte Rönt-
gentechnologie, Digitalisierung der Bild-
verarbeitung, Verbesserung der Materialien
und der Konstruktion der verwendeten
Ballons, Katheter und Drähte, Verbesse-
rung der Röntgenkontrastmittel, Verfüg-
barkeit ergänzender Methoden für Diag-
nostik und Therapie (zum Beispiel intra-
vaskulärer Ultraschall, zuletzt Einführung
der Brachytherapie).

Entscheidende Bedeutung hinsichtlich
regredienter Komplikationsraten kommt
der verbesserten medikamentösen Begleit-
therapie zu: Acetylsalicylsäure in Kom-
bination mit Ticlopidin beziehungsweise

Clopidogrel, Einsatz von GP IIb/IIIa-
Inhibitoren, Lysesubstanzen.

Aufgrund der medizinisch-technischen
Fortschritte ist eine immer breitere Anwen-
dung der Methoden der interventionellen
Kardiologie bei immer komplexeren Ka-
suistiken zu beobachten. So wird eine
zunehmende Indikationsausweitung er-
möglicht:

- Behandlung von Patienten im höheren
Lebensalter
- steigender Frauenanteil
- Behandlung von Mehrgefäß-
erkrankungen
- Behandlung von Patienten mit
schlechter linksventrikulärer Funktion
- Behandlung des akuten koronaren
Syndroms.

Die verbesserten Möglichkeiten der inter-
ventionellen Kardiologie machen dieses
Verfahren zu einer sicheren Alternative
zu koronarchirurgischen Eingriffen. Auch
schwierige Interventionen sind teilweise
möglich, so dass dem Patienten unter Um-
ständen die höheren Risiken eines herz-
chirurgischen Vorgehens erspart werden
können.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Uwe Püschel
Dresdner Institut für
Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Forststraße 5, 01099 Dresden
Tel. (03 51) 8 06 41 90
Fax: (03 51) 8 06 41 99

Artikel eingegangen: 2. 12. 1999

Artikel nach Revision angenommen. 8. 6. 2000



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:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

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

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Aue-Schwarzenberg
Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die **keine Zulassungsbeschränkungen** angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz
Facharzt für Augenheilkunde, Heidenau
Abgabetermin nach Absprache

Planungsbereich Chemnitzer Land

Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 3. 2001 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 Neurologie und Psychiatrie

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Anteil einer Gemeinschaftspraxis)
Facharzt für Innere Medizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 4. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, PF 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt
Facharzt für Radiologie

Planungsbereich Leipzig-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 4. 2001 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
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Delitzsch
Facharzt für Innere Medizin
(Hausärztlicher Versorgungsbereich*)
Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Leipziger Land
Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 4. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

geplanter Abgabetermin 31. 3. 2002

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 03 51/ 88 28 - 3 30.

Palliation in der Onkologie – Chancen, Inhalte und Probleme

13. Dresdner hämatologisch-
onkologisches Gespräch
24. und 25. November 2000

Am 24. und 25. November 2000 fand im Dr.-Mildred-Scheel-Haus am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus das 13. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch statt. Wegen der im Mittelpunkt stehenden Palliation wurde es von der veranstaltenden Medizinischen Klinik und Poliklinik I in enger Kooperation mit dem Krankenhaus St.-Joseph-Stift und auch wie in den vergangenen Jahren mit dem Tumorzentrum Dresden e.V. veranstaltet.

In seiner Einführung ging *H. Günther* zunächst auf den unterschiedlichen und daher leicht missverständlichen Gebrauch des Begriffes 'Palliation' ein. Einmal werden palliative antineoplastische, also gegen den Tumor selbst gerichtete Therapien darunter verstanden, die jedoch keine völlige und langfristige Befundbeseitigung („Heilung“), wohl aber eine Lebensverlängerung bei möglichst gut erhaltener Lebensqualität zum Ziele haben. Sie sind indiziert oder zumindest als realistische Alternative in die Therapieentscheidung einzubeziehen, wenn eine Heilung nicht möglich oder nur mit äußerst ungünstiger Nutzen-Risiko-Konstellation realisierbar ist.

Andererseits werde Palliativmedizin als ganzheitliche Sorge um den Schwerstkranken und Sterbenden und seine Angehörigen verstanden. Die Bedeutung dieser Palliativmedizin im engeren Sinne ergäbe sich allein aus der Zahl von zirka 220.000 Todesfällen an bösartigen Neubildungen pro Jahr in Deutschland.

Die begriffliche Unschärfe von Palliativmedizin sage ebenso wie jene der Begriffe Gesundheit, Krankheit, Heilung, Pflegebedürftigkeit u. a. viel über die oftmals irrealen Orientierung an der Restitutio ad integrum insbesondere in der Öffentlichkeit und im Sozialrecht aus, aber auch über das Verdrängen von Sterben und Tod und über den Umgang mit Leid in der Gesellschaft. Deshalb sei es wichtig, die Bedürfnisse sowohl der im Alltag integrierten chronisch Kranken als auch jene der Schwerstkranken und Sterbenden nach Kommunikation, sozialer Ge-

borgenheit und natürlich Symptomkontrolle mehr ins öffentliche Bewusstsein von Gesellschaft und von Medizin in Klinik und Ausbildung zu rücken. Das sei eine bleibend aktuelle interdisziplinäre Aufgabe, der sich auch das diesjährige Symposium widme. Die Verdrängung der Endlichkeit des menschlichen Lebens führe jedoch nicht nur zu mangelnder Reflexion der letzten Lebensphase, sondern auch zu schwerwiegender zukunftsfeindlicher Ressourcenallokation in der Gesellschaft zu Ungunsten der nachfolgenden Generationen.

Als Beispiele für gravierende Folgen wurden die demographische Entwicklung, die kinder- und familienfeindliche Arbeits- und Lebenswelt und nicht zuletzt die Diskussion um die Rentenreform genannt, die ausschließlich auf finanzielle Aspekte, nicht aber auf das Wesentliche, auf eine sozial geprägte nachfolgende Generation focussiert geführt werde.

Schwerwiegend sei dabei ferner, dass das betriebswirtschaftlich-finanziell geprägte Verständnis von Arbeit in der Öffentlichkeit dazu führe, dass hocheffizient im privaten Haushalt als Familienarbeit wahrgenommene Sorge um Kranke, Pflegebedürftige, Sterbende, aber auch um Kinder als die Nachwachsenden (eine Mutter dreier Kinder kann „arbeitslos“ sein) in ihrer existentiellen Bedeutung für ein funktionierendes Wirtschafts- und Sozialsystem kaum wahrgenommen werde.

Palliativmedizin habe daher die Chance, sich nicht nur auf die Bedürfnisse von chronisch Krebskranke und Sterbende zu richten, sondern den zyklischen Lebenslauf mit Tod und Geburt als Charakteristikum intakten Lebens wieder ins Bewusstsein von Medizin und Gesellschaft zu bringen und dadurch zu einer höheren Form von Gesundheit und Heilung beizutragen. Dabei könne die Kunst sehr helfen, so wie beispielsweise Brahmns das bleibend aktuelle Bibelwort „Herr, lehre doch mich, daß ein Ende mit mir haben muß und mein Leben ein Ziel hat und ich davon muß ...“ (Psalm 39/5) in seinem Deutschen Requiem eindrucksvoll in Musik umsetzte.

A. Freidt stellte die chemotherapeutischen, *M. Dawel* die strahlentherapeutischen und *H. Seckinger* die endoskopischen Möglichkeiten einer Behandlung bösartiger Tumorbefunde mit dem Ziel der Symptomlinderung und Erhaltung oder Wiederherstellung von Lebensqualität bei begrenzter Lebenszeitverlängerung kompetent und anschaulich dar. Die Orientierung an der Effizienz und Verträglichkeit der jeweiligen Therapie, das Erkennen krankheitsbedingter Komplikationen (wie zum Beispiel Einflusstauung oder durch spinale Raumforderung bedingte Lähmungen) und die Erhaltung von Funktionen etc. wurden an Beispielen anschaulich dargestellt und notwendige Voraussetzungen der Behandlung chronisch Kranker wie ein verständnisvolles Arzt-Patient-Verhältnis usw. einbezogen.

In den Vorträgen „Ethikberatung in der Klinik – Therapiebegrenzung und Therapieabbruch“ von *G. Richter* (Marburg) und „Notarzt und Palliativmedizin“ von *F. Oehmichen* wurden schwierige ärztliche Entscheidungssituationen bei akuter Lebensbedrohung des Krebskranken von verschiedenen Seiten beleuchtet. Besonders hervorgehoben wurde, wie wichtig eine am Patienten sofort verfügbare Notiz des betreuenden Arztes über Art und Prognose des Grundleidens und – falls darüber gesprochen wurde – über die Haltung des Patienten zu lebensverlängernden Maßnahmen und/oder Reanimation ist.

Beratende Ethikteams sollen nicht in diese Entscheidungen eingreifen, aber für das Behandlungsteam zur Diskussion und Reflexion etc. zur Verfügung stehen und damit deren Entscheidungskompetenz kontinuierlich verbessern. Insgesamt wurde mehr Kommunikation im Team und mit dem Patienten über das Verhalten bei akuten Notzuständen als notwendig angesehen, um bei deren plötzlichem Eintreten im Sinne des Patienten handeln und damit auch mit den begrenzten Ressourcen verantwortungsvoll umgehen zu können. *D. Meurer* (Marburg) schloss diesen Tagungsabschnitt mit „Sterben und Tod in der Rechtsprechung“ ab.

K.-H. Weber (Mülheim/R.) gab in seinem Vortrag „Licht und Schatten der Pflegeversicherung“ einen kritischen Überblick über das im Einzelnen sehr schematisierte Begutachtungsverfahren und die gesundheitsökonomische Dimension. Gerade beim onkologisch Kranken mit erheblicher Krankheitsdynamik zeige die geltende Praxis des Beantragungsverfahrens mit Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen seine Nachteile. Eine Zuordnung der Beurteilung beim Behandler böte bei Minimierung des Verwaltungsaufwandes eine realitätsnähere Beurteilung insbesondere der Pflegestufe III bei sicher vertretbarem Ausmaß der potentiell möglichen Manipulationen zugunsten des Patienten.

Der erste Tag wurde von *E. Huber* (Berlin) mit dem Vortrag „Heilen und Helfen in der postindustriellen Gesellschaft“ abgeschlossen, in dem er die derzeitige Situation im Gesundheitssystem mit ihren betriebswirtschaftlich und krankheitsorientiert dominierten Rahmenbedingungen charakterisierte und Veränderungen dieses Systems zu Gunsten der Förderung gesundheitsorientierter Ressourcenverteilung und von sozialer Kompetenz als notwendig und möglich beschrieb. Er löste damit Widerspruch im Auditorium aus, da zumindest von den diskutierenden Teil-

nehmern nicht einmal potentielle Ansätze für eine derart gedeihliche Entwicklung derzeit gesehen werden konnten.

Der zweite Tag begann mit Vorträgen von *C. Schultz* (Heidelberg) und *M. Hanisch* zur Schmerztherapie. *V. Köllner* sprach zur „Lebens- und Therapieplanung bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen“ und stellte an Beispielen eindrucksvoll dar, wie gerade die angemessene und vertrauensvolle Vermittlung des Wissens um eine sehr begrenzte Lebenszeit den Patienten zu einem vom Wesentlichen geleiteten Denken, Planen und Handeln führen kann.

M. Rostock (Freiburg) gab in seinem Vortrag „Stellenwert naturheilkundlicher und unkonventioneller Therapieverfahren in der Onkologie“ einen aktuellen und repräsentativen Überblick über die vorliegenden Studien zu verschiedenen, insbesondere zu Mistelpräparaten.

Nach Vorträgen von *E. Zschuppe* zu Problemen interdisziplinärer Kooperation und von *C. Arnhold* und *F. Balck* zu einem Projekt mit Selbsthilfegruppen schloss *B. Schubert* mit ihrem Vortrag „Betreuung in der Finalphase“. Sie gab damit einen Überblick über die ersten Monate in der Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift; besonders beeindruckend waren dabei Fallschilderungen mit Zita-

ten verbaler Äußerungen und optische Wiedergabe geschriebener und gezeichneter Äußerungen in letzten Lebensstunden und von trauernden Angehörigen.

Am Nachmittag hatte das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden zu einer Besichtigung des Clara-Wolff-Hauses eingeladen, in dem anschließend die Teilnehmer sich zu pflegerischen, psychologischen, spirituellen, musik- und physiotherapeutischen Inhalten der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender informieren und darüber in Arbeitsgruppen miteinander ins Gespräch kommen konnten.

Die rege Resonanz betätigte das weiter zunehmende Interesse vieler Berufsgruppen, von Patienten und Angehörigen an den somatischen, psychosozialen, juristischen, gesundheitssystemischen u. a. Dimensionen der Palliativmedizin.

Ein Vortragsband wird im Jahre 2001 erscheinen. **Das 14. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch ist für den 23. und 24. November 2001 geplant.**

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Heinrich Günther und
Prof. Dr. med. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Jahrestagung „Arbeitskreis Arbeitsmethodik“

Hartha
24. bis 26.11.2000

Am 24.11.2000 begann die Tagung mit einer festlichen Stunde in der Stadtkirche Hartha. *Dr. Menz* (Pappendorf) trug seine Gedanken zum Thema „**Allgemeinmedizin und Unterbewusstsein**“ vor. Seinen anregenden, tief schürfenden Vortrag umrahmte ein Orgelkonzert mit Werken von J. S. BACH, J. G. WALTHER, N. RAWSTHORNE und J. RHEINBERGER.

Die Kollegen *Dr. Menz* und *Dr. Freyer* (Oederan) erhielten für ihr Orgelspiel starken Beifall.

Am 25.11.2000 referierte *Herr Dr. med.*

habil. Verlohren (Leipzig) zum Thema „**Zeitgemäße ambulante Diabetesbehandlung**“. Sehr engagiert erörterte er die Alltagsprobleme der Diabetesbehandlung in der hausärztlichen Praxis. Die Diabeteserapie zielt auf glatte Blutzuckerprofile, dauerhafte Absenkung des HbA1C, Verhinderung chronischer Komplikationen und Gewährleistung altersadäquater Lebensqualität. Typ2-Diabetiker sollten früher und konsequenter medikamentös behandelt werden. Altersunabhängig hat sich die Therapie an der Normhöhe des

Blutzuckers zu orientieren. Der HbA1C sollte dabei unter 6,5, der Blutdruck im Normbereich liegen.

Die vorhandenen Diabetes-Leitlinien der Sächsischen Landesärztekammer geben sichere Hinweise für die Therapie. Die oralen Antidiabetika sind nicht mehr indiziert, wenn mit ihnen eine Normnähe des Blutzuckers unerreichbar bleibt. Der Wechsel zu modernen Insulinen ist dann geboten.

Herr Prof. Dr. med. habil. Bach (Dresden) erläuterte Prinzipien der „**Ambulan-**

ten Arzneimittelbehandlung im Alter“.

Bei der Präparatewahl hat der Arzt seine eigene Erfahrung, aber auch die des Kranken mit diesem Medikament ebenso zu berücksichtigen wie Alter, Ausprägungsgrad der Störung, Begleitkrankheiten und Therapieziel. Angehörige sind in die therapeutischen Maßnahmen einzubeziehen. Das soziale Netz ist gerade bei psychisch Kranken eminent wichtig. Herr Prof. Dr. Bach wies auf die speziell bei älteren Patienten zu beachtenden Wirkungen und Nebenwirkungen der Benzodiazepine (zum Beispiel Faustan), Neuroleptika (zum Beispiel Haloperidol), Antidepressiva und Sedativa hin. Eine orale Medikation solle immer mit der niedrigsten möglichen Erwachsenenendosis (etwa 1/3 der Erw. Dos.) beginnen und diese je nach Wirkung nur langsam erhöhen. Therapiebeendigung bitte ausschleichend. Benzodiazepine keineswegs abrupt absetzen. Bei dementiellen Prozessen kann man unter anderem Antidementiva (Nootropine) einsetzen. „**Neues aus der täglichen Impfpraxis**“ vermittelte Herr Prof. Dr. med. habil.

Raue (Leipzig). Keine medizinische Methode weist solche Erfolge auf wie die Schutzimpfungen. Leider ist die gegenwärtige Impfsituation in Deutschland sehr schlecht. Mehr Aufklärung und Motivation sind nötig. Ziel ist frühzeitiger Impfbeginn, zeitgerechter Abschluss und regelmäßige Wiederholung. Impfstrategie ist Aufgabe des Staates. Die Impfkosten je Person betragen bei 70-jähriger Lebenserwartung ca. 850,- Mark, während der Ausbruch der Erkrankungen ein Vielfaches dieser Summe ausmachen würde. Stets sollte der Arzt bei jedem Patienten den Impfstatus überprüfen. Wir benötigen fremdsprachige Impfmerkblätter. Herr Prof. Dr. med. habil. Nüsslein (Dresden) machte seine Ausführungen über „**Moderne Rheuma- und Arthrosebehandlung in der Allgemeinmedizin**“ hauptsächlich zum Präparat Celebrex (Celecoxib). Auf der selektiven Hemmung der Cyclooxygenase-2, von der die Prostaglandinbildung ausgeht, beruht die Wirkung des Celecoxib.

Herr Dr. med. Kokott (Salzgitter) äußerte

sich zur „**Umfassenden Prävention – als Konzept der Salutogenese**“. Die Salutogenese betrachtet alle Menschen mehr oder weniger eingebunden in ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Prävention ist unabdingbar.

Am Sonntag (26.11.2000) sprach Herr Dipl.-Med. Hampf (Meißen) zum Thema „**Budget und Nebeneinnahmen**“. Detaillierte Hinweise zur Erhöhung der Praxiseinnahme und zu vermeidbaren Fehlern bei der Finanzgestaltung der Praxis wurden gegeben.

Die Mitgliederversammlung stellte fest, dass sich mit der diesjährigen Teilnehmerzahl (85 Personen) der Vorjahresabschluss, diese Tagungen fortzuführen, als richtig erwies.

Es wurde beschlossen, die **nächste Jahrestagung** wieder in Hartha vom 23. - 25.11.2001 durchzuführen.

Thematik „**Grenzprobleme der Allgemeinmedizin zu anderen Fächern**“.

Dazu laden wir schon heute herzlich ein!

Dr. med. habil. Heinz Brandt

Insulinresistenz - Pathophysiologie, Therapie und Perspektiven

Prof. Dr. Heiner Laube (Hrsg.), III. Med. Klinik der Universität Gießen UNI-MED Science, 1. Auflage 2001, 96 Seiten, 34 Abb., Hardcover ISBN 3-89599-541-X, DM 79,80

Der Diabetes mellitus ist eine der klassischen Volkskrankheiten, die sich nach seriösen Prognosen weltweit in den nächsten zwanzig Jahren verdoppeln soll. Gegenwärtig beträgt die Prävalenz der Erkrankung in den Industrienationen – somit auch in Deutschland – 5 bis 7 % der Bevölkerung, wobei von einer hohen Dunkelziffer von Diabetesvorstadien auszugehen ist.

Von den etwa 5 Millionen Diabetikern in Deutschland leiden 90 % an einem Typ-2-Diabetes, dessen pathogenetische Wur-

zeln auf verschiedene Grade der Insulinresistenz sowie auf Insulinsekretionsstörungen zurückgeführt werden können. Die weitere Erforschung dieser diabetologisch-endokrinologisch wichtigen Thematik wird gegenwärtig intensiv vorangetrieben, um zu einer besseren Prävention, Frühdiagnostik und Differentialtherapie des Diabetes mellitus zu gelangen.

Es ist das Verdienst des Autors, diese wissenschaftlich hochinteressante und klinisch relevante Thematik der „Insulinresistenz – Pathophysiologie, Therapie und Perspektiven“ aktuell bearbeitet und monographisch vorgelegt zu haben. Das Buch ist in acht übersichtliche Kapitel gegliedert. Eingangs wird die epidemiologisch-anthropologische interessante „thrifty gen“-Hypothese als positives Selektionsmerkmal in Phasen der Unterernährung beziehungsweise negatives Selektionsmerkmal in Zeiten der Über- und Fehlernährung diskutiert.

Es wird vermutet, dass der Zellkernrezeptor PPAR das molekularbiologische Äquivalent ein sogenanntes „Ultimate thrifty gen“ darstellt, das für die Steuerung von Glukosetransport und Fettspeicherung verantwortlich zu sein scheint. Die weiteren Kapitel bearbeiten genetische, ätiopathogenetische und klinische Aspekte der Insulinresistenz. Folgerichtig schließen sich die für die Praxis besonders bedeutsamen Abschnitte zur Diagnostik und Therapie bei Insulinresistenz, Typ-2-Diabetes und Metabolischem Syndrom an.

Es ist dem erfahrenen Autor gelungen, die klassischen Vorstellungen zu der brisanten Thematik mit der umfangreichen aktuellen Literatur anzureichern und aus klinisch-experimenteller Sicht einer praxisrelevanten Neubewertung zu unterziehen. In einem abschließenden Kapitel „Forschung und Ausblick“ werden mögliche gemeinsame ätiopathogenetische Wur-

zeln der Diabetogenese und Aterogenese nach der „common soil“-Hypothese an-diskutiert, neueste Forschungen im Post-rezeptorbereich vorgestellt und Forde-rungen nach verstärkter Prävention und zielgerichteter Therapie erhoben. Das Buch ist hochaktuell, didaktisch ge-schickt angelegt und bibliographisch sehr

gut ausgestattet. Zusammenfassend darf man sagen, dass das Buch für Allge-meinärzte, Internisten und Diabetologen/Endokrinologen hervorragend geeignet ist, neues Wissen zu vermitteln, Anregun-gen zu geben und Lücken zu schließen. Dem Buch ist eine freundliche Aufnahme zu wünschen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Leiter des Bereiches Endokrinopathien und Klin. Stoffwechselkrankheiten
Universitätsklinikum
„Carl Gustav Carus“ der TUD
Medizinische Klinik III,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden,
Tel. (03 51) 4 58 31 73, Fax 4 58 43 09
e-mail: schulzej@rcs.urz.tu-dresden.de

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Berufungen

Herr Privatdozent Dr. phil. habil. Stefan Pollmann

zuvor am Max-Planck-Institut Leipzig tätig,
hat zum 1. Oktober 2000 eine C3-Profes-sur für Psychologie übernommen.

Herr MUDr. Martin Kostelka

hat zum 1. Oktober 2000 eine C3-Stif-tungsprofessur für Kinderherzchirurgie übernommen. Er ist am Herzzentrum Leip-zig GmbH tätig.

Herr Privatdozent Dr. med. habil. Werner Kleemann

zuvor am Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover tätig,
hat zum 12. Oktober 2000 eine C4-Pro-fessur für Rechtsmedizin übernommen.

Habilitationen

Der erweiterte Fakultätsrat der Medizini-schen Fakultät beschloss die Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae habitatus an:

Dr. med. Lars-Christian Horn, Institut für Pathologie, Thema: Histopathologie und Tumorbologie beim Zervixkarzinom – eine uni- und multivariate Analyse von 919 operativ therapierten Fällen.

Dr. med. Martin Bernhard Reichel, Klinik und Poliklinik für Augenheilkun-de, Thema: Gentransfer in die Mausretina als neues Therapiekonzept erblicher Netz-hautdegenerationen.

Dr. med. Frank Faude, Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Thema: Amotio retinae und proliferative Vitreoretinopathie: Neue pathophysiolo-gische und therapeutische Aspekte.

Dr. med. Gerhard Hoheisel,

Internist in privater Niederlassung, Leip-zig. Thema: Matrix-Metalloproteinasen und ihre spezifischen Inhibitoren in Pleu-raergüssen unterschiedlicher Genese.

Dr. med. Peter Verheyden,

Chirurgische Klinik und Poliklinik III, Thema: Die Therapie thoracolumbaler Wirbelsäulenverletzungen: Experimentel-le Voruntersuchungen zum Artefaktver-halten, Entwicklung und klinische Ergeb-nisse einer perkutanen Operationstechnik zur dorsalen Instrumentation im offenen MRT und Vorstellung eines differenzierten Therapieregimes.

Herr Dr. med. Dietrich Ebert,

Carl-Ludwig-Institut für Physiologie, Thema: Die Variabilität der Koordination zwischen willkürlichen rhythmischen Folgebewegungen und der Atmung bei gesunden Versuchspersonen und bei Pa-tienten mit cerebellären Erkrankungen.

Technische Universität Dresden

Medizinische Fakultät

Berufungen

Herr Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Gustavo Bruno Baretton

zuvor am Pathologischen Institut der Lud-wig-Maximilians-Universität München tätig,
hat zum 1. Oktober 2000 eine C4-Professur für Pathologie übernommen.

Herr Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado

zuvor am Universitätsklinikum der Eber-hard-Karls-Universität Tübingen tätig,
hat zum 1. November 2000 eine C4-Pro-fessur für Radiologische Diagnostik über-nommen.

Anatomieausbildung für Kunststudenten

Bei der Anatomieausbildung denkt man in erster Linie an die vorklinischen Studien von angehenden Medizinern und Zahnmedizinern, vielleicht noch an Veterinärmedizinern. Aber auch Kunststudenten haben eine solche fundierte Ausbildung im Fach Anatomie; in Dresden hat sie eine lange Tradition. Bereits vor 150 Jahren erschien dazu ein Lehrbuch von Prof. Dr. med. Burkhard Wilhelm Seiler (1779 - 1843) mit dem Titel „Anatomie für Künstler und Turnlehrer“. In diesem Buch werden das Skelett- und Muskelsystem, besonders aus dem Blickwinkel der Funktionen und der topographischen Anatomie behandelt. Es folgen Darstellungen zur Proportionslehre und zur Histologie sowie ein Vergleich zur Anatomie des Pferdes.

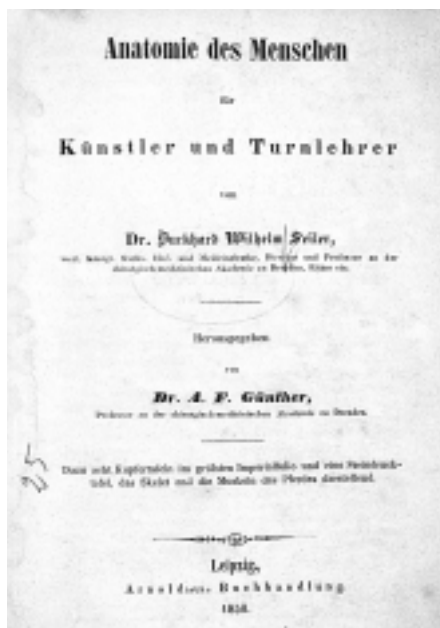


Abb. 1
Titelblatt „Anatomie für Künstler und Turnlehrer“

„Die Zeichnungen habe ich, bis auf einige der ersten Tafel, unter meiner ununterbrochenen Leitung von geschickten Künstlern nach der Natur fertigen lassen und mich bemüht, dafür zu sorgen, dass alle Gegenstände so bestimmt, deutlich und der Natur getreu dargestellt worden sind, als es nur meine Kräfte gestatteten. Herr Pro-

fessor Dr. Carus (1789 - 1869) ertheilte mir bei diesem Geschäfte in zweifelhaften Fällen öfter seinen Rath und zierte selbst die erste Tafel dieses Heftes mit einigen Zeichnungen von seiner Meisterhand.“ (Seiler, 1850)

Seiler verkörpert in besonderer Weise die Verbindung zwischen Kunst und Medizin, speziell der Anatomie. Er hatte in Würzburg, Bamberg, Wien und Berlin studiert. 1802 stellte ihn die Universität Wittenberg als Prosektor ein, 1814 kam er nach Dresden und erarbeitete Pläne zur Neugestaltung des Unterrichtes an der 1815 zu gründenden Chirurgisch-Medizinischen Akademie, nachdem das 1748 entstandene Collegium medico-chirurgicum 1813 geschlossen worden war.

Als Seiler gebeten wurde, den anatomischen Unterricht an der Kunstakademie Dresden zu übernehmen, antwortete er, dass er sich berufen fühlte, „weil er sich schon seit mehreren Jahren mit der Anwendung der Anatomie auf die Malerei und Bildhauerkunst insbesondere beschäftigte und die Herausgabe einer Schrift beabsichtigte, zumal, da einige Studenten ohnehin ihn schon ersucht hätten, sich bei ihm anatomische Kenntnisse zu erwerben.“ (Bammes, 1990). Seiler begann seinen Unterricht 1822 oder 1823. Die anatomische Ausbildung an der Kunstakademie gliederte sich unter Seiler in eine Vorlesung, die Demonstration am Leichnam und am lebenden Modell. Alle Veranstaltungen fanden im „Local der Medicinischen Chirurgischen Akademie“, in unmittelbarer Nähe der Kunstakademie statt.

Bis zur Übernahme des Unterrichtes durch Seiler hatten die Künstler selbst Anatomieausbildung abgehalten. Nach der Gründung der Kunstakademie im Jahre 1764 war es zunächst der Maler Giovanni Casanova (1730 - 1795), der Bruder des berühmten Lebemannes Giacomo Casanova (1725 - 1798), der diese Aufgabe übernahm. In seiner „Theorie der Malkunst unter Heranziehung der Kunstdenkmäler

des Altertums und der Neuzeit (Vorlesung)“ legte er seine Erkenntnisse, Erfahrungen und Methodik der Lehrinhalte nieder. Darin heißt es zum Beispiel: „Die Anatomie, naemlich der Theil der Osteologie und Myologie welche dem Künstler nöthig sind, die Beobachtungen und Demonstrationen darüber. Überhaupt muß ein Schüler schon hiervon die ersten Begriffe von einem besonderen Lehrer haben.“ (Casanova, ca. 1790)

Casanova ließ Knochen und Muskeln demonstrieren, befasste sich mit verschiedenen Proportionslehren und mit funktioneller Anatomie.

Nach Casanovas Tod 1795 übernahm der Maler Johann Friedrich Matthäi (1777 - 1845) den Anatomieunterricht. Konkrete Vorlesungspläne oder dergleichen sind aus dieser Zeit leider nicht erhalten geblieben. Aus der „Constitution der Königlich Sächsischen Akademie der bildenden Künste“ von 1814 sind jedoch präzise Forderungen in Bezug auf die Hilfswissenschaften, zu der die Akademie damals zählte, ersichtlich:

„In dieser Hinsicht sollen neben den §.8. schon erwähnten Vorlesungen über Mathematik, Perspective und schöne Baukunst, noch Vorträge über Kunstgeschichte, Mythologie, Archäologie, Osteologie und Myologie gehalten werden, bey welchen letzteren zugleich die Lehre von den Proportionen und der Statik, in Bezug auf den menschlichen Körper, vorzutragen ist. Auch ist die Einrichtung zu treffen, daß jeden Winter ein bis zwey Cadaver, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des Künstlers präpariert werden, und die Scholaren der Akademie nach Theilen derselben, an welchen die Muskeln und die Haut entblößt sind, zeichnen können. Da die Eintheilung der für diese Vorlesungen zu bestimmenden Stunden von besonderen Umständen und Verhältnissen abhängt, soll der Studienplan jedes halben Jahres durch öffentliche Blätter bekannt gemacht werden.“ (Akten der Kunstakademie Dresden, 1814)

1822 übernahm Seiler den Anatomieunterricht der Kunststudenten. Nach dessen

Tod 1843 ging diese Aufgabe an den Generalstabsarzt Dr. August Friedrich Günther (1806 - 1871) über. Günther hatte bei Seiler in Dresden studiert und war später als Prosektor an der „Chirurgisch medicinischen Akademie“ tätig.

Im Katalog der jährlich durch die Kunstakademie veranstalteten Ausstellungen von 1872 findet sich folgende Mitteilung: „Aus der Zahl der Lehrer schied am 13. August 1871 durch den Tod, wie in weiten Kreisen so auch seitens der Kunstakademie lebhaft beklagt, der Generalstabsarzt Professor Dr. Günther (geb. 1806), welcher mit großer Hingebung, Lehrbefähigung und bestem Erfolge seit dem Jahre 1843 den anatomischen Unterricht an der Kunstakademie erteilt hatte. Von Michaelis 1871 an wurde der letztere mit Genehmigung des Kön. Ministeriums des Inneren dem Generalarzte Dr. Roth übertragen.“ (Katalog der Kunst-Ausstellung Dresden, 1872)

Die Nachfolge Roths (1833 - 1892) trat 1876 der Pathologe Felix Victor Birch-Hirschfeld (1842 - 1899) an. Er hatte Roth bereits ein Jahr lang vertreten und bekleidete das Amt bis zu seiner Berufung nach Leipzig 1885.

Ab dem Wintersemester 1886/87 folgte ihm wieder ein Pathologe im Amt: Prof. Dr. Friedrich Neelsen (1854 - 1894) (Ziehl-Neelsen Färbung zum Nachweis alkohol- und säurefester Bakterien, zum Beispiel *Mycobacterium tuberculosis*). Dessen Nachfolge trat der Stadtbezirksarzt Prof. Dr. Ernst Nowack (gest. 1908) an. Er unterrichtete bis zu seinem Tode 1908 die Kunststudenten.

Dann hielt ein Maler den Anatomieunterricht, Hermann Dittrich (1868 - 1946). Er hatte bereits unter Nowack menschenanatomisches Zeichnen gegeben. 1933 trat Dittrich in den Ruhestand, sein Nachfolger wurde der Maler Fritz Otto Sauerstein (1893 - 1968). Dieser wurde 1942 zum Kriegsdienst einberufen und danach von dem Maler Bruno Seener (geb. 1893) vertreten.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges übernahmen wiederum Mediziner den

Anatomieunterricht. Dr. Rudolf Neubert (1898 - 1992), Dr. Paul Scheidt (1907 - 1991) und Dr. Heinz Thöniß wurden als Lehrbeauftragte genannt. (Vorlesungsverzeichnis der Kunsthochschule Dresden, 1964)

Ab 1956 war Gottfried Bammes (geb. 1920) Dozent für Anatomie. Bammes studierte an der Hochschule für Bildende Künste in Dresden Malerei und wurde dort 1953 Assistent. Sein vor allem im Selbststudium erworbenes Wissen im Fach Anatomie konnte er 1955 vor dem Ärztegremium der Medizinischen Akademie beweisen.

1960 wurde er dann zum Professor für Künstleranatomie berufen.

Nach Bammes „... ist es Aufgabe der Künstleranatomie, mitzuwirken beim Prozeß des Findens der Einfachheit und Größe der Form, mitzuhelfen beim Zeichnen-Finden für eine Sache, mitzuhelfen beim freien Fabulieren mit der menschlichen Gestalt. Dies allerdings setzt, wenn das Abkürzen und Bezeichnen nicht nur ein billiger modischer Trick sein soll, eine außerordentlich umfangreiche, sta-

bile, stockungsfrei arbeitende Vorstellungstätigkeit auf der Grundlage eines vielseitigen Wissensschatzes voraus.“ (Bammes, 1990)

Zentrale Stellung in Bammes Unterricht hatten Wandtafelzeichnungen. „Denn mit ihrer Hilfe erfährt der Schüler die ersten Überzeugungen, daß Zeichnen keine Geschicklichkeitsaufgabe und keine bloße Registrierung anatomischer Tatbestände, sondern immer Durchdringung und ein Teil Naturerforschung ist, auch und gerade am Skelett. Und an der Wandtafel wie in der Korrekturstudie nach Skelett oder Modell wurden die anatomischen Kenntnisse nicht als punktuelle Reflexion aufgerufen, sondern einzig und allein zu dem Zweck, Größe, Einfachheit, Klarheit, Eindringlichkeit und Zusammenhang der Formen zu gewährleisten.“ (Bammes, 1990)

Bei seinen Zeichnungen hat Bammes zunächst die Grundform herausgearbeitet, um dann schrittweise Einzelheiten hinzuzufügen (zum Beispiel das Kniegelenk als eine Rolle auf dem Tibiaplateau). Die Studenten sollen so von einer Vorstellung

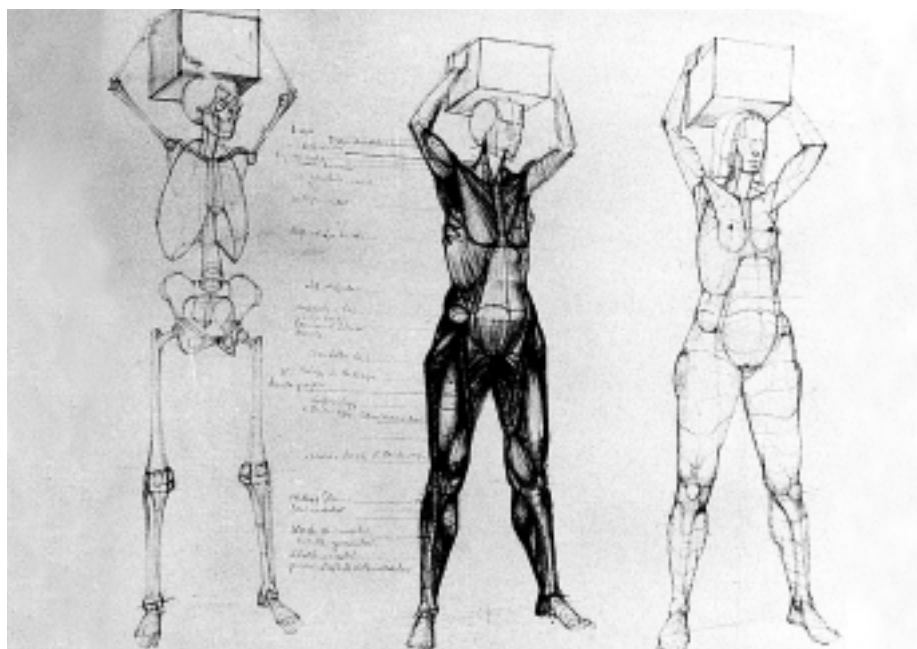


Abb. 2 Muskelanalyse, Prüfungsaufgabe 4. Semester

der Grundformen des Skelettes ausgehend die Muskeln hinzufügen und abschließend daraus die äußere Kontur entwickeln.

Bammes fertigte zahlreiche Anschauungshilfen für den Unterricht an oder ließ sie durch Schüler bauen.

Seine Kenntnisse über die Künstleranatomie und die Methodik ihrer Vermittlung legte Bammes in zahlreichen Büchern nieder. Es ist das Verdienst von Bammes, die Künstleranatomie an der Hochschule für Bildende Künste vom Beginn seiner Lehrtätigkeit 1956 bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1985 zu internationaler Bedeutung geführt zu haben. Unter seiner Leitung wurde sie fest in die Lehre eingebunden, auch wenn sie in einer Zeit häufig abstrakter Kunst manchmal weniger notwendig erscheinen mag. *„Künstlerische Freiheit erwächst immer noch auf gesicherten Fundamenten, und je sicherer die Fundamente, desto größer werden künstlerische Spannweite und künstlerischer Anspruch sein können, desto umfassender wird das Maß künstlerischer Freiheit sein.“* (Bammes, 1990)

1985 wurde der Anatom und Maler Manfred Zoller (geb. 1947) als Dozent für Künstleranatomie berufen. Zoller studierte Medizin und widmete sich in seiner Freizeit der Malerei. Nach der abgeschlossenen Ausbildung als Anatom war er erst freiberuflich als Maler tätig und absolvierte dann ein Meisterschülerstudium bei Gerhard Kettner an der Hochschule für Bildende Künste.

Neben den klassischen Themen des Anatomieunterrichtes für Künstler vermittelte Zoller auch Einblicke in die Histologie. *„Die Begegnung mit der Formenwelt im mikroskopischen Bereich kann bei einem Maler, Grafiker oder Bildhauer ein neuartiges sinnliches Erlebnis bedeuten und damit das Naturstudium folgenreich erweitern.“* (Zoller, 1990) *„Die Studenten werden durch die Kenntnis der vier Grundgewebearten, des Epithelgewebes, des Binde- und Stützgewebes, des Mus-*

kelgewebes und des Nervengewebes, in die Struktur und Zusammenhänge verschiedener Prozesse im mikroskopischen und makroskopischen Bereich eingeführt. Sie lernen an konkreten Beispielen, Gewebestrukturen und Formen entsprechend den Zusammenhängen zuzuordnen.“ (Zoller, 1990) Zoller ließ seine Studenten Drahtzugmodelle bauen, anhand derer sie sich die Funktion wesentlicher Muskelgruppen; von Antagonisten und Synergisten vergegenwärtigen sollten.



Abb. 3:
Drahtmodell für den Anatomieunterricht

1990 wechselte Zoller an die Kunsthochschule in Berlin Weißensee. Seine Nachfolge trat der Maler Günter Schreiber (geb. 1943) an. Er hatte an der Kunstakademie studiert und wurde 1978 Assistent bei Bammes. Schreiber sieht sich als Schüler von Bammes, berücksichtigt aber mehr den Entwicklungsgedanken in seinem Unterricht. Diesen gliedert er in zwei Teile:

1. Vorlesung und Wandtafel demonstration und
2. zeichnerisches Naturstudium unter vorwiegend funktionell tektonischen Gesichtspunkten. (Schreiber, 1994)

Wie Schreiber seinen Unterricht aufbaut, sei am Beispiel der „Grundvorlesung Schädel“ erläutert. Zunächst zeigt er die Phylogese des Schädels, die verschiedenen Formen im Tierreich, dann stellt er die Entwicklung des menschlichen Schädels dar. Anschließend fertigt er Wandtafelzeichnungen. Dabei beginnt er mit der

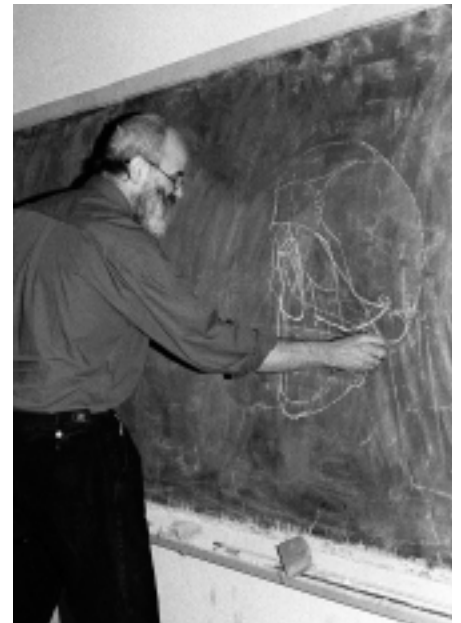


Abb. 4:
Günter Schreiber bei einer
Wandtafel demonstration

Grundform und fügt dann Einzelheiten ein, deren Form er funktionell begründet. Schreiber zeigt den Schädel von verschiedenen Ansichten, in der folgenden Übungsstunde fertigen dann die Studenten selbst solche Zeichnungen.

Die Studenten sollen vom Verständnis der Grundform und der Funktion ihre Kenntnisse erwerben und die äußere Form daraus ableiten können.

„Formvorstellung ist aus der Funktion zu begründen“ (Schreiber, 1994) Bei ihren Zeichnungen sollen die Studenten „Formenwerte und Rangfolgen von Formen erkennen und beherrschen lernen“. (Schreiber, 1994)

Seit 1995 gibt es in Dresden wieder eine fachübergreifende Vorlesungsreihe für Kunst- und Medizinstudenten. Professor Reiner Beck, Inhaber des Lehrstuhles für Kunstgeschichte an der Kunstakademie und Professor Richard Funk, Leiter des Anatomieinstitutes der Universitätsklinik haben diese Veranstaltungsreihe ins Leben gerufen. Es werden hier Vorträge zu verschiedenen Themen der Kunstgeschich-

te, der Anatomie und zu Grundfragen des Lebens angeboten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass an der Dresdner Kunstakademie nahezu lückenlos Anatomieunterricht stattfand und dass es immer wieder Verbindungen zur Medizin gegeben hat und gibt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Torsten Beichler
Universitätsklinikum
„Carl Gustav Carus“ Dresden
Klinik für Orthopädie
Direktor Prof. Dr. med. habil. K.-J. Schulze
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Dr. med. Lutz Pätzold
Leiter des Sächsischen Landesprüfungsamtes
für Medizin und Pharmazie
Regierungspräsidium Dresden, Referat 76
Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden

Dr. med. Hendrik Behling
Kreiskrankenhaus Günzburg
Innere Abteilung, Leiter Prof. Dr. Schreml
L. Heilmeyer Straße 2, 89309 Günzburg

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1:
Seiler B W:
Anatomie des Menschen
für Künstler und Turnlehrer.
Leipzig: Arnoldsche Buchhandlung, 1850;
Titelblatt

Abb. 2:
Muskelanalyse, Prüfungsaufgabe im
Fach Anatomie, 4. Semester.
in: Bammes G
II. Von einer Anatomie für
Künstler zur Künstleranatomie
in: Dresden Von der Königlichen
Kunstakademie zur Hochschule für
Bildende Künste (1764 - 1989)
Dresden: VEB Verlag der Kunst, 1990; 591.

Abb. 3:
Drahtmodell für den
Anatomieunterricht mit freundlicher
Genehmigung von Manfred Zoller

Abb. 4:
Günter Schreiber während einer
Vorlesung am 19.12.1994
Foto T. Beichler

Unsere Jubilare im April

Wir gratulieren

60 Jahre

- | | | | | | |
|---------|---|---------|---|---------|---|
| 01. 04. | Dr.med. Rost, Erika
01326 Dresden | 11. 04. | Dr.med. Kappel, Manfred
04275 Leipzig | 17. 04. | Dr.med. Feyer, Bernd
04758 Oschatz |
| 01. 04. | Dr.med. Schmitzer, Rüdiger
08209 Auerbach | 11. 04. | Dr.med. Neumerkel, Monika
09432 Großolbersdorf | 17. 04. | Dr.med. Hoffmann, Burkhard
08056 Zwickau |
| 02. 04. | Dr.med. Busch, Renate
04808 Hohburg | 12. 04. | Dr.med. Naumann, Christa
08459 Neukirchen | 17. 04. | Dr.med. Müssig, Ilona
01259 Dresden |
| 02. 04. | Dr.med. Hecht, Astrid
09127 Chemnitz | 12. 04. | Reichelt, Joachim
04769 Mügeln | 18. 04. | Dr.med. Bennek, Hella
04457 Mölkau |
| 02. 04. | Dr.med. Schippel, Bernhard
09477 Steinbach | 13. 04. | Dr.med. Henjes, Frank
04860 Torgau | 21. 04. | Dr.med. Döge, Brigitte
09131 Chemnitz |
| 02. 04. | Dr.med. Schwenke, Annerose
04821 Brandis-Waldsteinberg | 13. 04. | Dr.med. Jüsgen, Wolfgang
04688 Wetteritz | 21. 04. | Thierfelder, Bernd
09366 Stollberg |
| 02. 04. | Dr.med. Steinke, Gisela
08451 Crimmitschau | 13. 04. | Dr.med. Kranz, Renate
01796 Pirna | 22. 04. | Dr.med. Böhme, Marie-Luise
01307 Dresden |
| 03. 04. | Dr.med. Kratzsch, Elke
04229 Leipzig | 13. 04. | Dr.med. Radke, Karl-Heinz
08321 Zschorlau | 22. 04. | Nali, Wera
08064 Zwickau |
| 04. 04. | Dr.med. Voigt, Renate
09113 Chemnitz | 13. 04. | Dr.med. Reuter, Wolfgang
04643 Geithain | 22. 04. | Dr.med. Schumann, Ulrich
01796 Pirna |
| 07. 04. | Scheibe, Peter
04457 Mölkau | 14. 04. | Dr.med. Beer, Uta
08523 Plauen | 23. 04. | Dr.med. Sellentin, Wolfgang
01558 Großenhain |
| 08. 04. | Dr.med. Rockel, Ingrid
09127 Chemnitz | 14. 04. | Dr.med. Goy, Helmut
09526 Olbernhau | 25. 04. | Dr.med. Freund, Hannelore
01257 Dresden |
| 09. 04. | Bicker, Waldemar
04229 Leipzig | 14. 04. | Dr.med. Schneider, Gertrud
02625 Bautzen | 25. 04. | Gulyas, Helga
08066 Zwickau |
| 09. 04. | Dittmann, Irene
01844 Neustadt | 16. 04. | Dr. med. Jost, Gerhard
09456 Annaberg-Buchholz | 25. 04. | Simon, Irmgard
08280 Aue |
| 10. 04. | Dr.med. Clemen, Gisela
04277 Leipzig | 16. 04. | Dr.med. Radestock, Armin
04651 Bad Lausick | 27. 04. | Dr.med. Adolph, Jutta
01324 Dresden |
| 10. 04. | Dr.med. Joswig, Hartmut
01796 Pirna | 17. 04. | Dr.med. Beuthin, Arnulf
01277 Dresden | 27. 04. | Dr.med. Ahnert, Gertraud
04155 Leipzig |

27. 04. „doctor nauk medycznych/ Medizinische Akademie Bialystok“ Tomczyk, Henryk-Piotr., 71334 Waiblingen
28. 04. Dr.med.habil. Wunderlich, Manfred
04600 Altenburg
29. 04. Dr.med. Bergstädt, Falk
04207 Leipzig
29. 04. Dr.med. Petzold, Barbara
04469 Leipzig-Lützschena
30. 04. Dr.med. Hofmann, Ute
08645 Bad Elster
30. 04. Dr.med. Kramer, Johanna
04469 Lützschena
- 65 Jahre**
01. 04. Prof.Dr.med.habil. Dietrich, Jürgen
04105 Leipzig
05. 04. Dr.med. Fache, Irmgard
01471 Radeburg
05. 04. Dr.med. Nehler, Christel
09130 Chemnitz
05. 04. Prof.Dr.med.habil. Schulze, Joachim
01848 Hohnstein
06. 04. Al-Biladi, Sadik
09007 Chemnitz
06. 04. Dr.med. Ziesch, Werner
01277 Dresden
07. 04. Dr.med. Müller, Inge
08060 Zwickau
08. 04. Dr.med. Grau, Brigitte
04155 Leipzig
08. 04. Dr. med. Wenske, Jürgen
02826 Görlitz
12. 04. Dr.med. Zöbisch, Friedrich
04420 Markranstädt
14. 04. Prof. Dr.med.habil. Franke, Wolf-Gunter
01187 Dresden
15. 04. Schumann, Günter
01723 Wilsdruff
20. 04. Dr.med. Leipart, Brigitte
09127 Chemnitz
20. 04. Dr.med. Reinhardt, Marga
04157 Leipzig
22. 04. Dr.med. Otto, Manfred
01462 Gohlis
23. 04. Dr.med. Bischoff, Dieter
02797 Kurort Oybin
24. 04. Dr.med. Bock, Manfred
09127 Chemnitz
24. 04. Gergardt, Elena
04318 Leipzig
24. 04. Dr.med. Jährig, Volker
09212 Limbach-Oberfrohna
25. 04. Dr.med. Horn, Günther
02708 Löbau
26. 04. Dr.med. Leipner, Volkmar
01561 Rostig
28. 04. Dr.med. Seeling, Regina
08538 Weischlitz
- 70 Jahre**
02. 04. Dr.med. Waurick, Astrid-Alexandra
04668 Großbothen
04. 04. Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
11. 04. Dr.med. Neumann, Günther
01309 Dresden
14. 04. Dr.med. Herrmann, Wolfgang
09322 Penig
19. 04. Dr.med.habil. Cerwenka, Wolfgang
01896 Pulsnitz
21. 04. Dr.med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden
27. 04. Dr.med. Andrick, Sonja
08529 Plauen
- 75 Jahre**
26. 04. Prof.Dr.med.habil. Fleischer, Jürgen
01277 Dresden
29. 04. Dr.med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf
- 80 Jahre**
03. 04. Dr.med. Weiser, Hans-Guido
04425 Taucha
04. 04. Büchs, Johannes
09127 Chemnitz
06. 04. Prof.Dr.sc.med. Otto, Werner
04299 Leipzig
17. 04. Dr.med. Zenker, Frithjof
08412 Werdau
20. 04. Dr.med. Huss, Joachim
02953 Bad Muskau
- 81 Jahre**
01. 04. Dr.med. Sieblist, Otto
04179 Leipzig
11. 04. Dr.med. Janke, Elfriede
08062 Zwickau
13. 04. Dr.med. Heller, Horst
01259 Dresden
15. 04. Dr.med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
28. 04. Dr.med. Kolbe, Christel
01326 Dresden
29. 04. Dr.med. Schubardt, Ingeborg
08645 Bad Elster
- 82 Jahre**
05. 04. Dr.med. Altekrieger, Hildegard
09648 Mittweida
28. 04. Dr.med. Ludwig, Ilse
01844 Neustadt
- 83 Jahre**
23. 04. Dr.med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau
27. 04. Dr.med. Pültz, Karl
01558 Großenhain
- 84 Jahre**
16. 04. Dr.med. Golla, Herta
04317 Leipzig
18. 04. Dr.med. Zschache, Helmut
01067 Dresden
- 86 Jahre**
01. 04. Dr.med. Sieg, Ernst
04838 Bunitz
- 87 Jahre**
07. 04. Dr. Schumann, Hellmut
04808 Wurzen
10. 04. Degen, Wolfgang
01796 Pirna
11. 04. Prof.Dr.med. Irmscher, Albert
09116 Chemnitz
14. 04. Dr.med. Mittenzwey, Walther
01309 Dresden
21. 04. Dr.med. Uhlmann, Werner
09496 Marienberg
27. 04. Dr.med. Fischer, Heinz
08261 Schöneck
- 91 Jahre**
05. 04. Dr.med. Ermisch, Klaus
04680 Colditz
- 92 Jahre**
- 17.04. Dr.med. Knappe, Ulrich
09113 Chemnitz
- 94 Jahre**
12. 04. Dr.med. Weißgerber, Gerhard
04758 Oschatz

Laudatio für Professor Dr. med. habil. Klaus-Ulrich Schentke



Professor Dr. med. habil. Klaus-Ulrich Schentke wird am 31.3.2001 seinen aktiven Dienst an der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden beenden.

Er wurde am 1. 10. 1935 in Sielow (Kreis Cottbus) geboren und hat von 1954 bis 1960 an der Humboldt-Universität Berlin Medizin studiert. Er hat Pflichtassistenten- und Allgemeinpraktisches Jahr von 1960 bis 1962 an der Charité abgeleistet und danach seine Ausbildung in Innerer Medizin an der II. Medizinischen Klinik der Charité fortgesetzt. Er hatte dort mit den Professoren Krautwald, Renger und Dutz ausgezeichnete international renommierte Lehrer.

Er kam 1965 mit Friedrich Renger an die Klinik für Innere Medizin der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus nach Dresden, vollendete 1967 die Facharztausbildung, wurde bereits 1970 Oberarzt und 1979 Abteilungsleiter für Gastroenterologie.

Er hat 1973 seine Habilitation mit dem Titel „Untersuchungen über die Wechselbeziehung zwischen Lipidstoffwechsel und Leberkrankheiten“ abgeschlossen und wurde 1977 zum Hochschuldozenten, 1983 zum a.o. Professor und 1985 zum

ordentlichen Professor an der Medizinischen Akademie Dresden berufen. Einen Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin an die Universität Greifswald hat er 1982 abgelehnt.

Er wurde 1986 Direktor der Klinik für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie Dresden. 1994 wurde die Klinik für Innere Medizin in drei Kliniken aufgeteilt, und Klaus-Ulrich Schentke erhielt im gleichen Jahr die C3-Professur für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Klaus-Ulrich Schentke hat mit großem Engagement und hohem persönlichen Einsatz zunächst unter der Leitung von Friedrich Renger und später in eigener Verantwortung eine leistungsfähige Gastroenterologie im Dresdner Raum aufgebaut, die einen glänzenden Ruf in der damaligen DDR genoss und auch international – besonders in Osteuropa – Beachtung fand. Sein wissenschaftliches Arbeitsfeld waren in erster Linie die Hepatologie und Endoskopie. Er hat in nationalen und internationalen Zeitschriften in ca. 200 Publikationen seine Forschungsergebnisse dargestellt und neun Buchbeiträge geliefert. Dabei darf nicht verschwiegen werden, dass vor allem die wirtschaftlichen Verhältnisse in der DDR und die sehr beschränkten Kooperationsmöglichkeiten mit führenden Institutionen in der westlichen Welt die Forschungsarbeit sehr behinderte. So sei erwähnt, dass Klaus-Ulrich Schentke bereits 1961/62 mit Ultraschalluntersuchungen an der Leber experimentierte und diese Untersuchungen nicht zur Reife bringen konnte, weil das notwendige technische Umfeld in der DDR nicht vorhanden war und internationale Zusammenarbeit auf diesem Feld nicht gefördert wurde. Trotzdem fanden seine Leistungen internationale Anerkennung, nicht zuletzt in der Ehrenmitgliedschaft der Tschechoslowakischen Gesellschaft für Gastroenterologie 1986, in der Berufung zum korrespondierenden

Mitglied der Kubanischen Gesellschaft für Gastroenterologie sowie in der Mitgliedschaft der International Association for the Study of the Liver (IASL) und der European Association for the Liver (EASL).

Ganz besondere Verdienste hat er sich durch unzählige Fortbildungsveranstaltungen im Raum Dresden erworben und in besonderem Maße dazu beigetragen, den modernen Wissensstand in der Gastroenterologie in den stationären und ambulanten Einrichtungen dieser Region nutzbar werden zu lassen. Bis heute hat er sich diesen Aufgaben verschrieben als Vorsitzender des Sächsischen Arbeitskreises für Internistische Sonographie und des Dresdner Arbeitskreises für Gastroenterologie. Landesweites und internationales Wirken war ihm in der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR als Vorstandsmitglied von 1980 bis 1990, als 1. Vorsitzenden von 1984 bis 1988 und als Tagungspräsident in den Jahren 1986 und 1988 möglich. Aktive Akzente hat er in der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR ebenfalls als Vorstandsmitglied von 1986 bis 1990 setzen können. Seine große Fachkompetenz konnte er als Chefredakteur des Gastroenterologischen Journals von 1989 bis 1991 und als Redaktionsmitglied in der Zeitschrift für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (Leipzig) von 1985 bis 1988 und als Redaktionsmitglied der Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin (Leipzig) seit 1988 unter Beweis stellen.

Viele andere Funktionen und Aktivitäten bleiben an dieser Stelle unerwähnt, weil wir sonst den uns vorgegebenen Rahmen sprengen würden.

Die nüchternen biographischen und beruflichen Daten können die persönlichen und fachlichen Leistungen des Geehrten nur ansatzweise abbilden. Klaus-Ulrich Schentke zeichnet sich aus durch Gründlichkeit, Disziplin, Verantwortung, Realitätssinn, Sachlichkeit, Toleranz, Verlässlichkeit sowie große Umsicht, Ruhe und Besonnenheit. Er wird ob seiner herausragenden Charaktereigenschaften von

Mitarbeitern, Kranken und Studenten sehr geschätzt. Gerade diese Wesenszüge waren es, die Klaus-Ulrich Schentke in der Zeit der politischen Indoktrination gegenüber seinen Mitarbeitern zu einem vorurteilsfreien Vorgesetzten und Förderer werden ließen. Er hat sich mit seiner ganzen Person für Kolleginnen und Kollegen eingesetzt, die aus Gründen der geltenden Staatsräson in ihrem fachlichen

Fortkommen absichtlich benachteiligt wurden. Denunziation oder opportunistischer Karrierismus sind ihm stets zuwider gewesen.

Wir, die wir uns als Schüler und Weggefährten von Klaus-Ulrich Schentke betrachten, danken ihm für viele Jahre erfolgreicher kollegialer Zusammenarbeit, in denen dauerhafte und freundschaftliche Verbindungen gewachsen sind.

Wir wünschen ihm im Kreise seiner Familie, Freunde und Bekannten noch viele erfüllte Jahre und hoffen, dass er dabei sein großes Interesse an Kunst und Literatur, aber ganz besonders seine Liebe zu Musik und Sport, aktiv pflegen kann.

Gottfried Hempel
Eberhard Kobe
Heiner Porst

Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Kotte zum 65. Geburtstag



Zur Vollendung des 65. Lebensjahres am 3. März 2001 übermittle ich Ihnen, lieber Herr Kotte, herzliche Glückwünsche. Sie haben in beachtenswerter Kontinuität die Geschicke der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt geprägt und geleitet, so dass man mit Fug und Recht von einer „Ära Kotte“ dieser Klinik sprechen kann. 36 Jahre lang haben Sie Ihre Arbeitskraft der Kinderklinik Dresden-Neustadt gewidmet, davon 23 Jahre als Chefarzt.

Nach Ihrem Studium in Berlin und Dresden begannen Sie Ihre ärztliche Tätigkeit 1962.

Am 1. März 1965 konnte ich Sie als jungen Assistenzarzt in die Kinderklinik Dresden-Neustadt aufnehmen.

Ende 1967 erlangten Sie die Facharztanerkennung für das Fach Pädiatrie und wurden bereits im August 1968 zum Oberarzt der Kinderklinik ernannt. Unter meinem Nachfolger, Prof. G. Rogner, wurden Sie bald Stellvertreter des Chefarztes. Nach dem Tod von Prof. Rogner wurde Ihnen zu Beginn des Jahres 1978 die Leitung der Kinderklinik anvertraut. Im Jahre 1983 konnten Sie Ihre Habilitation an der Medizinischen Akademie Dresden mit einer experimentellen Arbeit über „Untersuchungen zur Pathogenese der intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen“ abschließen.

Ihre wissenschaftlichen Aktivitäten mussten Sie durch einen medizinischen Einsatz in der Republik Mocambique unterbrechen, für den Sie vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR in den Jahren 1985 bis 1987 aufgefordert waren. Sie hatten für zwei Jahre die Kinderklinik in der Provinzhauptstadt Tete im Norden des Landes zu leiten. Nach Ihrer

Rückkehr wurden Sie mit der Aufgabe des stellvertretenden Ärztlichen Direktors des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt betraut.

Zur Jubiläumsfeier anlässlich des 40-jährigen Bestehens der Kinderklinik Dresden-Neustadt im Januar 1996 konnten Sie eine von Grund auf rekonstruierte Klinik mit den Schwerpunkten Intensivtherapie in der Neonatologie sowie Hämatologie/Onkologie vorstellen. Als besonderer Höhepunkt in Ihrer pädiatrischen Laufbahn muss die Ausgestaltung und wissenschaftliche Leitung der 94. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 1998 in Dresden angesehen werden, die Sie mit einer eindrucksvollen Ehrung der verfolgten, vertriebenen und zum Teil getöteten deutschen Kinderärzte jüdischer Abstammung in der Nazidiktatur verbinden konnten.

Mein besonderer Wunsch am Ende Ihrer hauptberuflichen Tätigkeit ist, dass Sie der Pädiatrie in Dresden weiterhin beratend zur Verfügung stehen und dass Sie einen langen glücklichen Ruhestand vor sich haben mögen.

Hans-Joachim Dietzsch
Dresden

Nachruf für Ministerialrat Dr. med. Dipl.-Psych. Christian Frey

† 3. Februar 2001



Am Sonnabend, dem 3. Februar 2001, verstarb plötzlich und unerwartet Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Christian Frey im Alter von 53 Jahren.

Christian Frey leitete seit fast zehn Jahren das Referat „Psychiatrische Versorgung“ im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meines Hauses und ich trauern über diesen menschlichen und fachlichen Verlust.

Herr Dr. Frey hat hier in Sachsen eine wertvolle Aufbauarbeit zum Wohle der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen geleistet. Unser Ziel, die Lage der psychisch Kranken in Sachsen nach knapp sechzigjähriger nationalsozialistischer und anschließend kommunistischer Diktatur zu verbessern, haben wir auch durch seinen unermüdlichen Einsatz erreicht. Er hat Kärner-Arbeit getan.

Christian Frey wurde am 2. März 1947 in Heidenheim an der Brenz in Baden-Württemberg geboren. Zunächst studierte er Psychologie in Tübingen, Innsbruck und Hamburg. Er schloss das Studium mit dem Diplom ab. Danach studierte er von 1973 bis 1979 in Hamburg und Heidelberg Medizin. 1980 legte er das Arzt-Examen für die USA ab. 1984 promovierte er und erhielt 1988 die Facharztanerkennung für Psychiatrie. Von 1982 bis 1989 galt seine fachliche Arbeit den psychisch Kranken im Psychiatrischen Landeskrankenhaus in Wiesloch bei Heidelberg.

1989 wurde er vom Sozialministerium Baden-Württemberg zum Leiter des Funktionsbereiches Forensische Psychiatrie in Wiesloch bestellt.

Anfang 1992 habe ich ihn nach Sachsen gerufen und ihm die Leitung des Referates „Psychiatrische Versorgung“ übertragen. So wurde Dr. Christian Frey für mich zu einem wichtigen Impulsgeber für eine moderne Psychiatriepolitik in Sachsen. Mit strategischer Orientierung und großer Integrationskraft hat er sich für die Rechte der psychisch Kranken eingesetzt. Sein Ziel war deren unangefochtene Eingliederung in unser Gemeinwesen. Darin war ich mit ihm immer einig.

Der erste sächsische Landespsychiatrieplan ist sein maßgebliches Werk. Unter seiner Federführung entstand der Referen-

ten-Entwurf des Sächsischen Psychiatrie-Gesetzes, den er durch alle Instanzen der Exekutive und Legislative begleitete.

Ein sehr wichtiges Ergebnis seines fast zehnjährigen Wirkens hier in Sachsen ist das gewachsene gesellschaftliche Bewusstsein, dass die Gemeinde, die Kommune für ihre psychisch kranken Mitbürger in Verantwortung steht und diese auch wahrnimmt.

Dr. Christian Frey war ein die Freiheit des Geistes liebender Arzt.

Diese Freiheit hat er diszipliniert eingesetzt für die Kranken in unserer Gesellschaft, die kaum eine Lobby haben: für die Geisteskranken.

Ich stelle Dr. Christian Frey in die Reihe sächsischer Ärzte, die im 19. und 20. Jahrhundert einer fortschrittlichen sächsischen Psychiatriepolitik zum Durchbruch verhalfen.

Meine Trauer verbindet sich mit großem Dank auch an den Menschen Christian Frey.

Dr. Frey war ein liebenswerter und bescheidener Mensch.

Seiner Familie gehören mein ganzes Mitgefühl und meine herzliche Anteilnahme.

Indem wir hier in Sachsen in seinem Sinne die Psychiatriepolitik weiterentwickeln, halten wir sein Andenken in Ehren.

Dr. Hans Geisler
Sächsischer Staatsminister für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie