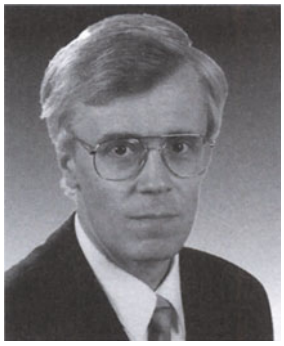
1.3 Herz-Kreislauf-Gesellschaft in der DDR

D. Pfeiffer



D. Pfeiffer

INHALT

Zur Struktur der kardiovaskulären Medizin in der DDR 74

Die Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 76
Politisches Umfeld und Vorgeschichte 76
Die Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR 80
Gründung der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 80
Personalia: die Vorsitzenden und Vorstände der GKA 81
Aufgaben der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 84
Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen 85
Tagungen und Kongresse der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 90
Dresdner Tagungen zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Krankheiten 96
Rostocker Gespräche für Hypertonie 97
Auszeichnungen und Ehrungen 97
Weiterbildung 99
Veröffentlichungen und Publikationstätigkeit 99
Auflösung der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 100

Was bleibt von 45 Jahren kardiovaskulärer Arbeit in der SBZ/DDR? 101
Strukturelle Erfahrungen 102
Biographien 103
Wissenschaftliche Biographien 104
Hochschullehrer 106
„Weggegangene" Mitglieder der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR 108
Forschungsergebnisse 111
Medikamente 112
Instrumentelle Eingriffe und technische Entwicklungen 113
Präventive Kardiologie, epidemiologische Untersuchungen und Register . . 114
Experimentelle Kardiologie 115

Schlusswort 116

Literatur und Quellen 117

Der vorliegende Abschnitt enthält einen kurzen Abriss der Geschichte der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR (GKA). Die GKA war kein Teil der Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). Aber sie war seit ihrer Gründung das Pendant der DGK in der DDR.

Viele im Folgenden getroffene Aussagen können durch Quellen belegt werden. Dies war unerwartet schwierig, weil zahlreiche Kollegen und sogar Bibliotheken bereits 10 Jahre nach dem Ende der GKA ihre Unterlagen vernichtet haben. Andere Informationen beruhen auf Erinnerungen. Verschiedene Gewichtungen und Wertungen sind aus heutiger Sicht erfolgt, sie spiegeln teilweise die subjektive Sichtweise des Autors wider. Dieser hat sich an diejenigen Zeitzeugen gewendet, die über die entsprechenden Informationen verfügen müssen, weil sie manches miterlebt und

B. Lüderitz et al. (eds.), *75 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung*
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2002

oftmals auch mitgestaltet haben und die damals wie heute glaubwürdig sind. Leider waren nicht alle Angesprochenen zur Mithilfe bei der Erstellung dieses Abschnitts bereit.

Alle Angaben über Personen und ihre Tätigkeit betreffen den damaligen Arbeitsort, der in den weitaus meisten Fällen nicht mehr der heutige ist.

ZUR STRUKTUR DER KARDIOVASKULÄREN MEDIZIN IN DER DDR

Die Ausbildung der Studenten und die Struktur des Gesundheitswesens in der DDR unterschieden sich in wesentlichen Bereichen von der Situation in der Bundesrepublik. Eine kurze Darstellung der Spezifika in der DDR ist zum Verständnis des Folgenden erforderlich.

Ein Medizinstudium erfolgte an den Universitäten in Rostock, Greifswald, Berlin, Leipzig, Halle oder Jena und seit 1954 nach dem Physikum auch an den Medizinischen Akademien in Magdeburg, Dresden oder Erfurt. Mit dem Befehl vom 24. Juli 1945 der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) begann die Demokratisierung der Universitäten, die Entnazifizierung des Lehrkörpers und die Säuberung der Bibliotheken von nationalsozialistischer Literatur. Mit dieser 1. Hochschulreform nach dem Krieg ließ man sich Zeit, weil weder der soeben in das zivile Leben zurückgekehrten akademischen Jugend noch ihren Hochschullehrern so rasch eine neue politische Ideologie aufzuzwingen war [48].

Die Wiederaufnahme des Lehrbetriebs durch weitgehend unbelastete Professoren genoss Priorität vor einer „sozialistischen Umgestaltung der Hochschule". Diese gewann zunehmende Bedeutung mit der Übertragung der Bildungspolitik von der sowjetischen Besatzungsmacht auf die DDR-Regierung in der 2. Hochschulreform 1950–1951. Das Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen in Berlin wurde eingerichtet, welches direkte Weisungen an die Universitäten erließ. Die hochschulpolitische Kompetenz der Länder war bereits zu diesem Zeitpunkt erloschen. Zielstrebig wurde am Austausch der Instituts- und Klinikdirektoren durch parteigetreue Sozialisten gearbeitet.

Die 3. Hochschulreform 1968–1970 erhob das dreijährige marxistisch-leninistische Grundlagenstudium zum Hauptfach für alle Fachrichtungen; Fakultäten wurden durch „Bereiche" ersetzt, Institute durch „Abteilungen", Ordinarien durch Direktoren, die Habilitation durch den „Doctor scientiae", der Besuch frei wählbarer Lehrveranstaltungen durch „Studienpläne". Vorlesungsverzeichnisse gab es schon längst nicht mehr. „Kaderentwicklungsprogramme" wurden für systemkonforme junge Akademiker erstellt, um sie langfristig geplant über Promotion, Habilitation und verschiedene Parteiaufgaben auf eine Berufung vorzubereiten. Eine akademische Selbstverwaltung existierte nicht mehr, die Entmündigung und Verschulung der Universität war erreicht. Die Aufgabe der Universität sollte die Lehre sein, aber sie war trotz mancher Gegenwehr bereits vielerorts zur „Kaderschmiede sozialistischer (Arzt-)Persönlichkeiten" verkommen. Entsprechend dem sowjetischen Vorbild sollten wissenschaftliche Aufgaben nicht mehr an Universitäten sondern an der Akademie der Wissenschaften bearbeitet werden.

Die ambulante Erstbetreuung lag in den Händen von Fachärzten für Allgemeinmedizin in (zumeist) staatlichen Arztpraxen, in denen die hausärztliche Versorgung erfolgte. In Städten und größeren Gemeinden wurde die hausärztliche Betreuung zunehmend auf Polikliniken verlagert, aus denen die heutigen Ärztehäuser oder Praxiskliniken hervorgegangen sind. Hier waren Ärzte verschiedener Fachrichtungen für die fachärztliche Versorgung, aber oftmals auch für die hausärztliche Betreuung verantwortlich. Parallel dazu verfügten größere Betriebe über einen Betriebsarzt, der in einer Betriebsambulanz oder -poliklinik tätig war, die im Wesentlichen ähnliche Aufgaben ausführte, jedoch zusätzlich für spezifische Fragen des Arbeitsschutzes im jeweiligen Betrieb zuständig war. Für betriebsübergreifende spezielle Probleme gab es eigene Organisationsformen, wie z. B. den verkehrsmedizinischen Dienst, den flugmedizinischen Dienst, sportmedizinische Beratungsstellen und andere. Für häufige medizinische Probleme, die besondere Erfahrung oder spezielle Ausrüstung erforderten, existierten Kreis- und Bezirksdispensaires, so z. B. für Patienten mit Diabetes mellitus, Nierenkrankheiten, für die Schwangeren- und Mütterberatung, für Lungenkrankheiten und Tuberkulose oder eben für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Bezirks- und Kreiskardiologen wurden über spezielle Ausbildungsprogramme und eine Arbeitsgruppe der GKA geschult und waren Anlaufpunkt nicht nur für Patienten mit besonders problematischen Verläufen. Ihre Ambulanzen wurden für entsprechende Fragestellungen ausgerüstet und verfügten zumindest in den letzten Jahren der DDR über die notwendige Erfahrung und technische Ausrüstungen zur Durchführung einer ergometrischen Untersuchung, eines Langzeit-EKGs oder einer Herzschrittmacherkontrolle. Die Kreis- und Bezirkskardiologen waren für die Beratung der Hausärzte und für gutachterliche Fragestellungen zuständig und hatten in der Regel gute Beziehungen zu den kardiologischen Fachabteilungen der jeweiligen Kreiskrankenhäuser, der Bezirkskrankenhäuser und der Universitätskliniken.

Diese zentralistische Struktur war zum einen natürlich eine Organisation zur Verwaltung des Mangels, denn auf diese Weise konnte der Eindruck flächendeckender qualifizierter fachlicher Versorgung vermittelt werden, obwohl die Mittel für die Ausrüstung aller Hausärzte, Fachärzte, Polikliniken und Krankenhäuser mit technischen Geräten in der Breite nicht zur Verfügung standen. Andererseits bot diese Situation den Vorteil, dass diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen nach einheitlichen Richtlinien durchgeführt wurden, kontrollierbar und auch statistisch gut erfassbar waren. Fehlinterpretationen und Komplikationen waren durch die Erfahrung der Spezialisten vergleichsweise selten. Dieses Organisationsprinzip betraf ebenso die Zentren, die zur Implantation von Herzschrittmachern zugelassen waren. Herzschrittmacherkontrollen erfolgten in den Ambulanzen der Krankenhäuser und in Implantationszentren, die mit den erforderlichen Informationen über spezielle Fortbildungen und auch mit den Programmiergeräten ausgestattet wurden. Manche heute präferierte Maßnahme zur Qualitätssicherung ist nicht so fern von dieser Struktur.

Die Administration des Gesundheitswesens erfolgte durch das Ministerium für Gesundheitswesen (MfG), dem für die medizinische Versor-

gung die Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der Bezirke und Kreise nachgeordnet waren. Planungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erfolgten für das MfG im Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft. Für die Tätigkeit der Medizinischen Gesellschaften war das Generalsekretariat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften beim MfG zuständig. Dieses wurde vom Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften informiert und beraten, dem die Präsidenten der Dachgesellschaften und Vertreter des MfG angehörten. Mit der 3. Hochschulreform wurde den Universitätskliniken und Medizinischen Akademien die Ausbildung der Studenten übertragen, während die Weiterbildung der Ärzte in den Händen der Akademie für ärztliche Fortbildung lag.

DIE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE UND ANGIOLOGIE DER DDR

POLITISCHES UMFELD UND VORGESCHICHTE

Im Befehl Nr. 17 des Oberbefehlshabers der SMAD vom 27. Juli 1945 wurde die „Führung der Organe des Gesundheitsdienstes, medizinischer Behörden und Lehranstalten und den Unternehmungen der medizinischen Industrie“ durch die Bildung der „Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen“ verfügt. Es folgten der Befehl Nr. 234 der SMAD vom Oktober 1947 zur Entwicklung des Betriebsgesundheitswesens und der Befehl Nr. 272 vom Dezember 1947 zum Aufbau von Polikliniken und Ambulatorien.

Die Professoren der medizinischen Fakultäten in der sowjetisch besetzten Zone (SBZ) waren nach dem Krieg zu 70% als mehr oder weniger belastete Mitläufer des Nationalsozialismus entlassen worden. Damit waren zahlreiche Ordinariate nicht mehr besetzt. Die Universitäten in Halle und Rostock mussten 1946 bei der Wiedereröffnung auf ihre Medizinische Fakultät vorerst verzichten. Diese katastrophale Personalsituation führte zum Befehl Nr. 201 der SMAD von 1947, der eine Wiedereinstellung belasteter Professoren durch die Deutsche Wirtschaftskommission als Leitorgan der Universitäten zuließ. Das Alter der verbliebenen Instituts- und Klinikdirektoren lag meist über dem 70. Lebensjahr, noch 1957 lag das mittlere Emeritierungsalter bei 72 Jahren! Immerhin war es damit zunächst gelungen, namhafte Ordinarien an den Fakultäten zu behalten [49]. Allerdings verhinderte diese personelle Situation für viele Jahre jeden Einfluss der Machthaber in der DDR auf die Fakultäten.

Mit dem Befehl Nr. 124 der SMAD vom 21. Mai 1947 für die SBZ begann die Geschichte medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften in der SBZ und nachfolgend in der DDR. In diesem Befehl wurde die Bildung von medizinischen Gesellschaften für Territorien mit mehr als 25 Ärzten eines Fachgebiets zugelassen. Die Leitung und Kontrolle der Gesellschaften wurde den Abteilungen für Gesundheitswesen der Ministerien in den Ländern und den Verwaltungen in den Provinzen übertragen. Früher aktive Mitglieder der NSDAP wurden als Mitglieder der zu gründenden Gesellschaften ausgeschlossen. Die Arbeitspläne der Gesellschaften und Tagungs-

ordnungen von Konferenzen bedurften einer Bestätigung durch die SMAD zwei Monate vor ihrer Einberufung. Daraufhin wurden bis zum Ende des Jahres 1949 in rascher Folge 46 medizinische Regionalgesellschaften in der SBZ gegründet, die in den Universitäten in Rostock, Greifswald, Berlin, Halle, Leipzig und Jena organisiert waren. Schwieriger war die Situation im Land Brandenburg, das über keine Universität verfügte. Hier kam es zur Bildung einer ost- und einer westbrandenburgischen medizinischen Gesellschaft ohne universitäre Anbindung.

Bis zum Beginn der 60er-Jahre blieb diese Situation unverändert, was im Wesentlichen auf vier Gründe zurückzuführen war:

1. Ältere Wissenschaftler und viele leitende Ärzte an Krankenhäusern der DDR und in Ostberlin waren oftmals langjährige Mitglieder der alten deutschen medizinischen Gesellschaften, die in den drei westlichen Besatzungszonen wieder restituiert waren und den Anspruch auf deren Rechtsnachfolge erhoben. Prof. M. Bürger (Leipzig) war der letzte langjährig in Mitteldeutschland wirkende Präsident der DGK und ihrer 24. Tagung im Jahre 1958 bis erst Prof. W. Teichmann (Halle) Präsident der 17. Herbsttagung 1992 wurde.
2. Gerade unter Ärzten bestanden verbreitete Hoffnungen auf eine Wiedervereinigung beider deutschen Staaten, die zu gesamtdeutschen medizinischen Gesellschaften führen mussten. Jede überregionale ostdeutsche Gesellschaft hätte dem im Wege gestanden, war als „nationale“ Gesellschaft zwar politisch angestrebt, jedoch damals nicht realisierbar, weil sie von den Ärzten eben nicht akzeptiert worden wäre. Exemplarisch sei auf ein Schreiben von Prof. Dr. W. von Brunn (Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Leipzig 1934–1950) an das Amtsgericht Leipzig vom Februar 1949 verwiesen, in dem eine Wiederzulassung durch die Rücknahme der Löschung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte im Genossenschaftsregister des Amtsgerichts beantragt wurde, als diese Gesellschaft in der Bundesrepublik wieder begründet wurde.
3. Umgekehrt wurden Mitglieder der alten Gesellschaften beauftragt, als Verbindungsleute zur SBZ/DDR zu fungieren, so z. B. Dr. F.O.W. Meier aus der oben genannten Gesellschaft, der sich in einem Schreiben vom Januar 1951 an das Ministerium in Berlin wandte. Auf diese Situation wurde seitens der wieder restituierten alten Gesellschaften in der Bundesrepublik auch dadurch Einfluss genommen, dass für Kollegen aus der SBZ/DDR eine kostenlose Teilnahme an den Tagungen ermöglicht wurde, Mittel für Reisen und Übernachtung zur Verfügung gestellt wurden, Zeitschriftenabonnements zu Vorzugspreisen möglich waren und darüber hinaus Medikamente beschafft wurden, die in der DDR nicht erhältlich waren.
4. Einschränkungen in der täglichen ärztlichen Tätigkeit waren in der SBZ/DDR bald unübersehbar und durch staatliche Zugeständnisse nicht mehr zu kompensieren. Die zunehmende politische Kontrolle und Beeinflussung des Einzelnen und eine wachsende Diskrepanz zwischen medizinischen und wissenschaftlichen Möglichkeiten und ihrer praktischen Realisierung führte dazu, dass immer mehr Ärzte die DDR verließen, um in der Bundesrepublik zu leben und zu arbeiten. Zwischen 1954 und 1961 verließen 80% des ärztlichen Nachwuchses die DDR [49].

Deshalb gab es in den 50er-Jahren in der DDR Bestrebungen, den politischen Druck auf die Ärzte zu reduzieren, attraktivere Verträge zu akzeptieren, die Ausbildung ihrer Kinder zu gewährleisten und den sozialen Status der Ärzte aufzuwerten.

Diese Argumente machten die Gründung medizinischer Gesellschaften der DDR vorerst unrealisierbar.

Diese Situation in den 50er-Jahren veränderte sich zunächst ganz allmählich mit dem Ausscheiden älterer Ärzte aus dem Dienst, die eine persönliche Beziehung zu den Kollegen in der Bundesrepublik hatten, und fand schlagartig mit dem Bau der Mauer am 13. August 1961 ihr Ende. Plötzlich war eine direkte Kommunikation mit den Ärzten in der Bundesrepublik auf breiter Basis nicht mehr möglich, und die schriftliche Informationsübermittlung (Zeitschriften, Bücher) wurde kontrolliert, zunehmend verzögert und oftmals verhindert. Jetzt erforderte das Bedürfnis nach Kommunikation die Gründung von überregionalen medizinischen Fachgesellschaften in der DDR. Bis 1975 wurden nach der Gesellschaft für Experimentelle Medizin (1958), die Gesellschaften für Klinische Medizin, Hygiene, Stomatologie und Pharmazie (1962) sowie die Gesellschaft für Militär-Medizin (1970) gegründet. Diese Gesellschaften verstanden sich als Dachgesellschaften.

Die Leitung der regionalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften lag in den Händen profilierter Wissenschaftler und Direktoren von Universitätskliniken des jeweiligen Fachgebiets, wie der Professoren Th. Brugsch, R. Rössle, F. Sauerbruch (Berlin), M. Bürger, K. Linser, A. Peiper, R. Schröder (Leipzig), W. Budde, W. Clausen, G. Hertwig, A. Eckert-Möbius, H. Kraatz, M. Pönitz (Halle), W. Comberg, W. Scheel, V. Schilling, W. Schmitt (Rostock), W. Felix, G. Katsch, H. Schwarz (Greifswald) oder J. Zange (Jena). Ihre fachliche Kompetenz gab den Gesellschaften ein wissenschaftliches Profil und eine hohe Attraktivität für die Fortbildung. Jedoch ließ die Autorität dieser Wissenschaftler die politisch erwünschte Abgrenzung von den Gesellschaften der alten Bundesrepublik nicht zu und stand der bereits seit Anfang 1950 politisch angestrebten Bildung „nationaler“ Gesellschaften in der DDR im Wege. Ganz im Gegenteil wurde mehrfach ein Anschluss an die Gesellschaften der Bundesrepublik, Teilnahme an deren Tagungen und Verbindungen von Wissenschaftlern im Rahmen von Veranstaltungen der regionalen Gesellschaften der DDR gefordert. Die Gründer der Gesellschaft für Sportmedizin, die Leipziger Professoren M. Bürger und J. Nöcker, versuchten sogar, eine gesamtdeutsche Gesellschaft für Sportmedizin zu schaffen. Im selben Sinne hat eine Stellungnahme von Prof. Dr. W. Felix die Gründung der Gesellschaft für Chirurgie der DDR verzögert. Der Vorstand der Psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft „in der DDR“ nahm sogar Verbindung zur Gesellschaft deutscher Nervenärzte mit dem Ziel des Beitritts auf.

Die medizinischen Fachgesellschaften wurden von einem am 21. Oktober 1969 in Potsdam vereinbarten und am 3. November 1969 gegründeten „Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR“ (Vorsitzende: die Professoren K. Lohmann 1969–1971, F.H. Schulz 1971–1973, L. Reppel 1973–1975 und Th. Matthes 1975–1981) gesteuert und sicher auch kontrolliert, der sich als Beratungsgremium des Ministeriums für Gesundheitswesen verstand. Der Koordinierungsrat grün-

dete mehrere ständige und zeitweilige Kommissionen (für Weiterbildung, für Zeitschriften, für Veröffentlichungen). Der Koordinierungsrat veröffentlichte in rascher Folge Empfehlungen zur Tätigkeit der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, so z. B.

- „zur Arbeit mit Angehörigen der jungen Intelligenz" vom 27. Januar 1970,
- „über die Rechte und Pflichten medizinisch-wissenschaflicher Gesellschaften bei der Herausgabe wissenschaftlicher Zeitschriften" vom 23. April 1972,
- „zur Mitarbeit der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften auf dem Gebiet der internationalen Klassifikation der Krankheits- und Todesursachen (WHO)" vom 25. April 1972,
- „zur Gestaltung von Mitgliederversammlungen medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften" vom 29. Januar 1974,
- „zur Pflege fortschrittlicher Traditionen in den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften" vom 16. September 1975,
- „zur Tätigkeit der regionalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und zur Förderung des wissenschaftlichen Lebens in den Bezirken der DDR" vom 18. November 1975,
- „über Ziel, Inhalt und Organisation der Stiftung und Verleihung wissenschaftlicher Preise" vom 1. März 1977,
- „zur Gestaltung von medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen" vom 27. April 1977,
- „über die Mitwirkung der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften bei der Erhöhung von Qualität und Wirksamkeit der medizinischen Arbeit" vom 20. September 1977,
- „zur Verleihung von Ehren- und korrespondierenden Mitgliedschaften der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften" vom 1. März 1978,
- „zur Planung nationaler und nationaler wissenschaftlicher Veranstaltungen mit internationaler Beteiligung in den Jahren 1980/1981".

Der Koordinierungsrat trug vom Beginn seines Bestehens an auch politische Forderungen in die Gesellschaften hinein:

„Dabei ist die ideologische Abgrenzung von der Medizin in den kapitalistischen Ländern in konsequenter Weise zu vollziehen."

Die politisch angestrebte Abgrenzung der medizinischen Gesellschaften, speziell auch der GKA zeigte sich bereits 1970 in einer Feststellung im Rundschreiben, dass „kein Vorstandsmitglied mehr Mitglied in der (West-) Deutschen Gesellschaft für Herz-Kreislauf-Forschung ist". Den Mitgliedern der GKA wurde mitgeteilt, dass

„ … die weitere Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung (Bad Nauheim) im Interesse der internationalen Wirksamkeit unserer Gesellschaft hinderlich sei und dass die Kollegen, die bisher noch in der westdeutschen Gesellschaft Mitglied sind, darauf zugunsten einer aktiven Mitwirkung in unserer Gesellschaft verzichten sollten" [11].

Eine Teilnahme an den Tagungen „ihrer" Gesellschaften in der Bundesrepublik war bereits seit August 1961 für die übergroße Mehrheit der Mitglie-

der in der DDR nicht mehr möglich. Mit zunehmender Etablierung der medizinischen Gesellschaften in der DDR wuchs bis Anfang der 70er-Jahre der politische Druck auf ältere Mitglieder aus der DDR in den alten deutschen Gesellschaften, „freiwillig" ihren Austritt zu erklären, und auf Abonnenten von deren Journalen, die Abonnements zu kündigen. Bei erkennbar fehlender Akzeptanz waren individuell dosierte Hinweise auf die eigene berufliche Weiterentwicklung, auf mögliche Restriktionen in der Schulausbildung und im Studium der Kinder oder kurzfristig rasche Erhöhungen der Abonnementspreise der Zeitschriften nicht unüblich. Diese Maßnahmen führten natürlich bei der Mehrzahl der Angesprochenen zum Austritt aus den alten deutschen Gesellschaften und zur Kündigung langjährig bestehender Abonnements. Allerdings waren die Vorstände einiger dieser alten deutschen Gesellschaften über diese Repressalien informiert und weigerten sich, schriftliche „freiwillige" Austritte von Mitgliedern in der DDR zu akzeptieren.

Die Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR

Eine der sechs Dachgesellschaften war die „Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR", die als „Deutsche Gesellschaft für Klinische Medizin" am 5. Juni 1962 in Berlin gegründet worden war. Von den Professoren A.W. Friedeberger (Stellvertreter des Ministers für Gesundheitswesen), H. Kraatz, H. Gummel, A. Waldeyer und H. Dutz waren 160 Wissenschaftler in den Senatssaal der Humboldt-Universität unter den Linden eingeladen worden. Als erster Präsident wurde Prof. Dr. F.H. Schulz (Berlin) und als Vorsitzender der Sektion Innere Medizin Prof. Dr. R. Emmrich (Leipzig) gewählt. Daneben wurden die Sektionen Chirurgie (Vorsitzender: Prof. Dr. F.K. Mörl, Halle), Gynäkologie (Prof. Dr. H. Kyank, Rostock), Pädiatrie (Prof. Dr. J. Dieckhoff, Berlin), Dermatologie (Prof. Dr. K. Linser, Leipzig) und eine Sektion Oto-Rhino-Laryngologie (Prof. Dr. F. Moser, Halle) gegründet.

1971 gehörten 35 Fachgesellschaften mit 35.000 Mitgliedern zur Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR. Bis zum 31. Oktober 1973 gab es 61 Fachgesellschaften und 12 regionale, nicht fachgebundene Gesellschaften innerhalb der sechs Dachgesellschaften. 1975 bestanden 124 regionale Vereinigungen mit 32.538 Mitgliedern. 1978 waren es 129 Vereinigungen mit 38.800 Mitgliedern in 34 Fachgesellschaften und neun interdisziplinären Regionalgesellschaften [47]. Darunter war auch die Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR.

Gründung der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR

Am 25. Mai 1965 konstituierte sich im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums zum 550. Gründungsjubiläum der Universität Leipzig die „Arbeitsgemeinschaft Herz-Kreislauf" der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin. Nach einer Begrüßung durch Prof. Dr. R. Emmrich (Leipzig) begründeten Prof. Dr. F.H. Schulz (Berlin) als Präsident der Gesellschaft für

Klinische Medizin und Prof. Dr. H. Dutz (Berlin) als Vorsitzender des „Zentralen Arbeitskreises für Herz-Kreislauffragen" die Notwendigkeit der Gründung einer „Arbeitsgruppe Herz-Kreislauf". Die Funktion des vorläufigen Sekretärs übernahm Dr. K.H. Günther (Berlin). Als Vorsitzender der Arbeitsgruppe wurde Prof. Dr. A. Wollenberger (Berlin) gewählt. Die Arbeitsgruppe begann rasch mit der Organisation von Arbeitstagungen, so bereits am 12. bis 14. Mai 1966 in Erfurt. An der proklamierten Verbindung von Kardiologie und Angiologie wurde bis zur Auflösung der GKA festgehalten. Bereits bei den ersten Tagungen wurden sowohl kardiologische, als auch angiologische, sowohl experimentelle als auch klinische Themen vorgetragen und diskutiert.

Schon 1970 hatte die GKA 234 Mitglieder, 1975 waren es 365 Mitglieder, 1978 bereits 623 und 1989 schließlich 792 Mitglieder. Im Jahre 1970 akzeptierte die Europäische Gesellschaft für Kardiologie den Aufnahmeantrag der GKA als ordentliches Mitglied [12]. Am 3. bis 4. März 1984 weilte der Vorstand der European Society of Cardiology mit seinem Präsidenten Prof. Dr. F. Loogen in der DDR [35]. Vom 17. bis 21. Mai 1982 besuchte eine offizielle Abordnung des American College of Cardiology (ACC) mit den Professoren Ch. Rackley, P. Ebert, D. McNamara und J. Reeves die DDR. Gesprächspartner waren die Professoren J. Knappe (Vorsitzender der GKA) und K.H. Günther (Schatzmeister der GKA). Obwohl bereits 9 von den 14 Mitgliedern des 8. Vorstandes der GKA Mitglieder der SED waren, erschienen nur diese beiden so zuverlässig, dass sie Vorstandsmitglieder des ACC durch die DDR begleiten durften.

PERSONALIA: DIE VORSITZENDEN UND VORSTÄNDE DER GKA

Zwischen 1965 und 1990 gab es 12 Vorstandswahlen der GKA. Dabei sind naturgemäß für die letzte Vorstandswahl 1990 völlig andere Maßstäbe anzulegen, als für die vorangegangenen 11 Wahlen. Die im Statut zugelassene Wiederwahl eines Vorstandsmitgliedes führte dazu, dass es Mitglieder gab, die in allen oder fast allen 11 Vorständen zuvor vertreten waren, die also nie ausschieden. Ursachen dieser Wahlentscheidungen waren zumindest damals jedermann klar.

Vorsitzende, Stellvertreter, Sekretäre, Schatzmeister und Vorstandsmitglieder bei den 12 Vorstandswahlen der GKA

1. 25. Mai 1965 in Leipzig
   Vorsitzender: A. Wollenberger (Akademie der Wissenschaften, Berlin-Buch),
   Sekretär: K.H. Günther (Berlin).

2. 22. Mai 1968 in Rostock
   Vorsitzender: K.H. Straube (Bezirkskrankenhaus Zwickau),
   Stellvertreter: W. Förster (Halle), H. Trenckmann (Leipzig),
   Vorstand: K. Bock (Leipzig), H. Fiehring (Erfurt), W. Geissler (Berlin), M. Herbst (Leipzig), W. Porstmann (Berlin), G. Teichmann (Rostock), A. Wollenberger (Berlin),
   Sekretär: K.H. Günther (Berlin),
   Schatzmeister: S. Böthig (Berlin).

3. 9. Mai 1970 in Halle
   Vorsitzender: H. Trenckmann (Universität Leipzig),
   Stellvertreter: W. Förster (Halle), K.H. Straube (Zwickau),
   Vorstand: K. Bock (Leipzig), H. Fiehring (Erfurt), W. Geissler (Berlin), M. Herbst (Leipzig), H. Linke (Magdeburg), W. Porstmann (Berlin), G. Teichmann (Rostock), A. Wollenberger (Berlin),
   Sekretär: K.H. Günther (Berlin),
   Schatzmeister: S. Böthig (Berlin).

4. 17. Mai 1972 in Berlin
   Vorsitzender: K.H. Günther (Charité, Berlin),
   Stellvertreter: W. Förster (Halle), J. Knappe (Erfurt),
   Vorstand: R. Baumann (Berlin), H. Fiehring (Erfurt), W. Geissler (Berlin), G. Kuhlgatz (Zwickau), S. Möckel (Dessau), W. Porstmann (Berlin), G. Teichmann (Rostock), H. Trenckmann (Leipzig), A. Wollenberger (Berlin),
   Sekretär: J. Witte (Berlin),
   Schatzmeister: S. Böthig (Berlin).

5. 10. Juni 1976 in Berlin
   Vorsitzender: K.H. Günther (Charité, Berlin),
   Stellvertreter: A. Gutschker (Cottbus), S. Möckel (Dessau),
   Vorstand: H.D. Faulhaber (Berlin), H. Fiehring (Erfurt), A. Hecht (Berlin), H. Jacobi (Schmölln), J. Knappe (Erfurt), G.H. von Knorre (Rostock), H. Köhler (Leipzig), P. Thiele (Dresden), L. Will-Shahab (Berlin),
   Sekretär: J. Witte (Berlin),
   Schatzmeister: S. Böthig (Berlin).

6. 25. Mai 1978 in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz)
   Vorsitzender: A. Gutschker (Bezirkskrankenhaus Cottbus),
   Stellvertreter: K.H. Günther (Berlin), L. Will-Shahab (Berlin),
   Vorstand: G. Anders (Berlin), S. Böthig (Berlin), H.D. Faulhaber (Berlin), G. Hafemeister (Schwerin), A. Hecht (Leipzig), J. Knappe (Erfurt), H. Köhler (Leipzig), D. Mann (Magdeburg), P. Thiele (Dresden), G. Voigt (Karl-Marx-Stadt/Chemnitz),
   Sekretär: P. Piorkowski (Cottbus).

7. 30. Mai 1980 in Erfurt
   Vorsitzender: A. Gutschker (Bezirkskrankenhaus Cottbus),
   Stellvertreter: K.H. Günther (Berlin), L. Will-Shahab (Berlin),
   Vorstand: G. Anders (Berlin), H.D. Faulhaber (Berlin), S. Müller (Jena), J. Knappe (Erfurt), H. Köhler (Leipzig), D. Mann (Magdeburg), W. Schilling (Berlin), P.K.H. Schmidt (Dresden), W. Urbaszek (Rostock),
   Sekretär: P. Piorkowski (Cottbus),
   Schatzmeister: S. Böthig (Zwickau).
8. 2. April 1982 in Leipzig
   Vorsitzender: J. Knappe (Medizinische Akademie Erfurt),
   Stellvertreter: S. Böthig (Zwickau), L. Will-Shahab (Berlin),
   Vorstand: G. Anders (Berlin), H. Heine (Berlin), H. Köhler (Leipzig), S. Müller (Jena), W. Schilling (Berlin), P.K.H. Schmidt (Dresden), D. Schwartze (Halle), W. Urbaszek (Rostock), A. Wohlfarth (Gera),
   Sekretär: K.D. Dück (Erfurt),
   Schatzmeister: K.H. Günther (Berlin).
9. 8. November 1984 in Rostock
   Vorsitzender: J. Knappe (Medizinische Akademie Erfurt),
   Stellvertreter: G. Anders (Berlin), L. Will-Shahab (Berlin),
   Vorstand: H. Heine (Berlin), H. Köhler (Leipzig), K.F. Lindenau (Leipzig), S. Müller (Jena), P.K.H. Schmidt (Dresden), D. Schwartze (Halle), W. Teichmann (Halle), W. Urbaszek (Rostock), C. Weser (Berlin),
   Sekretär: K.D. Dück (Erfurt),
   Schatzmeister: K.H. Günther (Berlin).
10. 17. November 1987 in Gera
    Vorsitzender: J. Knappe (Medizinische Akademie Erfurt),
    Stellvertreter: G. Linß (Berlin), B. Wedler (Greifswald),
    Vorstand: H. Heine (Berlin), K.F. Lindenau (Leipzig), I. Martin-Böthig (Berlin), S. Müller (Jena), P.K.H. Schmidt (Dresden), D. Schwartze (Halle), W. Teichmann (Halle), W. Urbaszek (Rostock), C. Weser (Berlin),
    Sekretär: K.D. Dück (Erfurt),
    Schatzmeister: K.H. Günther (Berlin).
11. 7. März 1989 in Berlin
    Vorsitzender: G. Linß (Regierungskrankenhaus Berlin),
    Stellvertreter: S. Böthig (Zwickau), B. Wedler (Greifswald),
    Vorstand: I. Aßmann (Erfurt), H.J. Duck (Leipzig), H. Heine (Berlin), K.F. Lindenau (Leipzig), I. Martin-Böthig (Berlin), P.K.H. Schmidt (Dresden), D. Schwartze (Halle), H.J. Volkmann (Jena), G. Wagner (Halle), C. Weser (Berlin),
    Sekretär: N. Franz (Berlin),
    Schatzmeister: K.H. Günther (Berlin).
12. 31. März 1990 in Leipzig
    Vorsitzender: K.J. Rostock (Klinikum Berlin-Buch),
    Stellvertreter: G. Linß (Berlin), I. Aßmann (Erfurt),
    Vorstand: H.J. Duck (Leipzig), G.H. von Knorre (Rostock), S. Müller (Jena), H. Schaedel (Bad Berka), P.K.H. Schmidt (Dresden), W. Teichmann (Halle), H.J. Volkmann (Jena), G. Wagner (Halle), B. Wedler (Greifswald), B. Widera (Leipzig),
    Sekretär: B. Graf (Rostock),
    Schatzmeister: W. Urbaszek (Rostock).

Aufgaben der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR

Das Statut der GKA wurde zweimal geringfügig verändert [43–45]. Bei der Durchsicht des Statuts, von Veröffentlichungen in den Mitteilungsblättern der GKA und von Protokollen der Vorstandssitzungen finden sich wiederkehrende Themen, die nicht immer übereinstimmen mit den Aufgaben anderer Gesellschaften.

Das Statut der GKA von 1970 wurde 1972 und 1982 überarbeitet. Die nur marginalen Unterschiede zwischen verschiedenen Überarbeitungen des Statuts betreffen im Wesentlichen eine stärkere Orientierung auf Vorgaben und Beschlüsse der Dachgesellschaften sowie des MfG und eine verstärkte Ausrichtung auf die Fortbildung. Als „Aufgaben und Zielsetzung" sind in § 2 formuliert:

„1. Mitarbeit an der Planung und Lösung von Schwerpunktaufgaben der medizinischen Forschung und Überleitung der Ergebnisse in die Praxis des sozialistischen Gesundheitswesens.
2. Organisierung, Entwicklung und Förderung der Gemeinschaftsarbeit mit dem Ziel, auf dem Gebiet der medizinischen Forschung und Betreuung Höchstleistungen zu erreichen (hier wurde die ursprüngliche Ergänzung von 1972 ‚… und ihre praktische Anwendung zu sichern.' gestrichen).
3. Erschließung neuer Wege für die Bekämpfung häufiger und gefährlicher Erkrankungen unseres Fachgebietes sowie zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Bevölkerung.
4. Mitarbeit an prognostischen Einschätzungen und der Erarbeitung von Problemstellungen und Konzeptionen.
5. Förderung der weiteren Entwicklung moderner Informations- und Dokumentationssysteme innerhalb der medizinischen Einrichtungen.
6. Pflege eines breiten wissenschaftlichen Erfahrungsaustausches und Meinungsstreites, insbesondere durch Publikationen neuester Erkenntnisse in Wissenschaft und Praxis.
7. Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Gremien der Deutschen Demokratischen Republik.
8. Wissenschaftlicher Erfahrungsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene. Zusammenarbeit mit nationalen Gesellschaften und Institutionen anderer Länder, insbesondere der sozialistischen Staaten.
9. Gleichberechtigte Mitgliedschaft und Mitarbeit in internationalen Gesellschaften und Organisationen.
10. Mitwirkung bei der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte, des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie der medizinischen Fachschulkader in Zusammenarbeit mit den Hoch- und Fachschulen und der Akademie für ärztliche Fortbildung.
11. Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen.
12. Einflussnahme auf die Besetzung leitender Stellen für Kardiologie und Angiologie.
13. Vorbereitung der Teilnahme von Delegationen an wissenschaftlichen Veranstaltungen außerhalb der Deutschen Demokratischen Republik.
14. Förderung schöpferischer gemeinschaftlicher Tätigkeit der Ärzte und Wissenschaftler durch Anerkennung besonderer Verdienste."

Über eine Verbindung von Kardiologie und Angiologie zu einer Fachrichtung, einer Subspezialisierung und in einer Gesellschaft mögen heute andere und manchmal vordergründig standespolitische Meinungen existieren. Nach Auffassung des Verfassers sprechen zahlreiche Argumente bis heute für diese Verbindung, wie z. B. die Todesursachenstatistik der angiologischen Patienten, der Einsatz von identischen Ultraschall- und Dopplerverfahren (am selben Gerät) zur bildgebenden Diagnostik beider Krankheitsgruppen, von invasiven Techniken mit denselben Methoden und Werkzeugen zur Darstellung und Intervention, die gemeinsamen Ursachen und identischen Möglichkeiten von Prävention und Therapie der Arteriosklerose sowie nicht zuletzt das Lebenswerk von Gelehrten, wie Andreas Grüntzig und Werner Porstmann, die sowohl angiologisch wie kardiologisch tätig waren.

In größeren Abständen erfolgten Analysen der Betreuungsstandards oder des Qualitäts- und Ausrüstungsstandes der Betreuungsstellen für Herz- und Kreislaufkranke durch die Arbeitsgruppen der GKA. Die Vorstände der GKA konnten in einigen nachgewiesenen Fällen Einfluss auf die Versorgungsplanung im Ministerium nehmen, so z. B. bei Herzschrittmachern, Langzeit-EKG-Recordern und Wiedergabestationen sowie bei Herz-Kreislauf-Medikamenten.

Vorliegende Protokolle von Vorstandssitzungen und die Mitteilungsblätter der GKA belegen, dass regelmäßig namentliche Vorschläge für „DDR-Delegationen" zum Besuch von Kongressen an das Generalsekretariat und das Ministerium für Gesundheitswesen eingereicht wurden. Da eine Reise zu einer Tagung in ein Land jenseits des Eisernen Vorhangs an die Bestätigung als „Reisekader" gebunden war, mussten Vorschläge über ein bis zwei Jahre vor einer Tagung gemacht werden, wurden immer wieder (natürlich ohne Angabe von Gründen) nicht akzeptiert und führten dazu, dass nur wenige Kollegen – meist bestimmte Vorstandsmitglieder der GKA – reisen konnten. Immerhin erhöhte die Mitgliedschaft im Vorstand der GKA die Chance, einen internationalen Kongress besuchen zu dürfen. An welcher Stelle der Motivation, in den Vorstand der GKA gewählt zu werden, mag diese Überlegung wohl rangiert haben?

SEKTIONEN, ARBEITSGEMEINSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN

Im Statut der GKA war die Bildung von ständigen Sektionen, ständigen Arbeitsgemeinschaften für ausgewählte Aufgaben und zeitweiligen Arbeitsgruppen vorgesehen (§ 12), deren Leiter durch den Vorstand der GKA eingesetzt wurden und die über die Arbeit dem Vorstand zu berichten hatten. Während ihres 26-jährigen Bestehens gab es zahlreiche Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen. Nicht alle sind mehr nachvollziehbar.

Sektion Angiologie. Die Sektion Angiologie (Prof. Dr. med. H. Linke, Magdeburg, dann: Prof. Dr. P. Thiele, Dresden, Prof. Dr. med. P.K.H. Schmidt, Dresden) erarbeitete Behandlungsempfehlungen und führte regelmäßig eigene Arbeitstagungen zu angiologischen Problemen durch (z. B. 2. bis 4. Dezember 1976 in Halle [21], 3. Arbeitstagung 4. April 1987 in Leipzig:

„Entzündliche Gefäßerkrankungen", 4. Arbeitstagung 1988 in Berlin: „Klinische Haemostaseologie", 5. Arbeitstagung 1989 in Dresden: „Nichtrekonstruktive Therapie arterieller Durchblutungsstörungen"). Weitere gemeinsame Veranstaltungen erfolgten mit der AG „Radiologische Herz-Kreislaufdiagnostik" und der AG „Gefäßchirurgie" der Gesellschaften für Radiologie und Chirurgie [39].

1985 wurden eigene Arbeitsgruppen der Sektion Angiologie der GKA gegründet: AG „Hämostaseologie" (Frau Doz. Dr. Ch. Heinrichs, Berlin), AG „Mikrozirkulation und Hämorrheologie" (Dr. A. Turowski, Berlin) sowie die AG „Ultraviolettbestrahlung des Blutes" (Dr. Wiesner, Sternberg) einbezogen.

Arbeitsgemeinschaft Bezirkskardiologen. Die Arbeitsgemeinschaft Bezirkskardiologen (Prof. Dr. med. G. Anders, Berlin) bereitete regelmäßige regionale Fortbildungstagungen für die Weiterbildung der Kreis- und Bezirkskardiologen vor. Die zentrale Veranstaltung war die jährlich stattfindende „Dresdner Tagung zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen". Darüber hinaus wurden an wechselnden Orten Fortbildungstagungen vorbereitet [18].

Arbeitsgemeinschaft „Mittlere Medizinische Fachkräfte" (AG MMF). Diese Arbeitsgemeinschaft (Frau Prof. Dr. med. G. Teichmann, Rostock) wurde 1977 gegründet und hatte 1987 123 Mitglieder. Die AG hat für die Ausbildung der Funktionsassistenten gemeinsam mit den Gesellschaften für Pathophysiologie und Bronchopulmonologie ein Programm erstellt und entwarf das Berufsbild „Medizinisch-technischer Fachassistent für Funktionsdiagnostik" [16]. Sie bereitete Weiterbildungstagungen für Schwestern, Pfleger, Fürsorgerinnen und medizinisch-technische Assistenten (so genannte „mittlere medizinische Fachkräfte") vor.

- Die 1. Tagung der Arbeitsgemeinschaft MMF fand bereits am 25. bis 26. Januar 1977 in Neubrandenburg statt.
- Eine 2. Tagung folgte am 22. bis 25. Januar 1979 in Rostock-Warnemünde.
- Auf der 3. Arbeitstagung stand das Hypertoniebekämpfungsprogramm im Mittelpunkt.
- Die 4. Arbeitstagung am 8. bis 10. Februar 1983 in Magdeburg (433 Teilnehmer) beschäftigte sich mit entzündlichen Herzerkrankungen und Herzfehlern.
- Auf der 5. Arbeitstagung vom 25. bis 27. Februar 1985 in Dresden stand die Phlebothrombose im Vordergrund.
- Die 6. Arbeitstagung vom 8. bis 11. Februar 1987 in Cottbus beschäftigte sich mit der sekundären Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Krankheiten.
- Während der 7. Tagung vom 22. bis 25. Januar 1989 in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) vor 400 Teilnehmern standen Herzmuskelerkrankungen im Vordergrund.

Die AG MMF führte im Rahmen der Arbeitsgruppe „Prävention und Rehabilitation“ acht Fortbildungstagungen durch:
- 24. bis 25. Oktober 1977 in Cottbus,
- 6. bis 8. November 1978 in Bagenz,
- 19. bis 21. November 1979 in Cottbus (60 Teilnehmer),
- 13. bis 15. Oktober 1980 in Jessern,
- 9. bis 11. Oktober 1981 in Dessau,
- 23. bis 25. Mai 1984 in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz),
- 3. bis 5. März 1986 in Zwickau und
- 2. bis 4. Mai 1987 in Saalburg.

Die Arbeitsgruppe „Funktionsdiagnostik“ der AG MMF konnte auf sechs Weiterbildungstagungen am
- 25. Januar 1978,
- 7. Juni 1979 (70 Teilnehmer),
- 16. Mai 1980 jeweils in Magdeburg,
- 18. bis 20. Mai 1982 in Halberstadt,
- 14. bis 15. Mai 1984 und
- 21. bis 22. April 1986 in Magdeburg verweisen.

Die Arbeitsgruppe „Intensivtherapie“ führte sechs Weiterbildungstagungen durch, am
- 18. Januar 1978 in Erfurt,
- 9. bis 11. Oktober 1978 in Cattersfeld,
- 18. bis 20. November 1980 in Reinhardsbrunn,
- 5. bis 7. April 1982 in Luisenthal,
- 2. bis 4. Dezember 1985 in Erfurt und
- 22. bis 25. November 1987 in Greifswald.

Die Arbeitsgemeinschaft MMF existierte bis zum Ende der GKA. Wenn die heutige „Bundesarbeitsgemeinschaft des Assistenzpersonals in der Kardiologie“ ein von der DGK unabhängiger Interessenverein ist, so hatte die Einbindung der AG MMF in die GKA einen innovativen Charakter.

Arbeitsgruppe „Herzschrittmachertherapie“. Diese AG (Prof. Dr. med. J. Witte, Berlin) wurde am 26. Februar 1973 gegründet. Die 120 Mitglieder waren Kardiologen, Chirurgen, Medizintechniker und Ingenieure aus der Industrie [39]. Die ersten Herzschrittmacherimplantationen in der DDR waren am 2. September 1963 in Berlin von Prof. Dr. H.J. Serfling, am 17. und 31. Oktober 1963 in Rostock von Dr. G. Hafemeister, am 7. November 1963 wieder in Berlin und am 13. November 1963 in Leipzig von Prof. Dr. M. Herbst erfolgt. In den folgenden fünf Jahren bis zur Gründung der AG waren in fünf Universitätskliniken in Berlin, Dresden, Halle, Leipzig und Rostock sowie in Bad Berka und im Krankenhaus St. Georg in Leipzig bereits 2.771 Patienten mit einem Herzschrittmacher versorgt worden. 1972 gab es 748 Neuimpantationen. 1975 wurden in 19 Kliniken, 1977 in 24 Krankenhäusern und 1990 in 36 Zentren in der DDR Herzschrittmacher implantiert. Diese Zentralisierung erbrachte große Erfahrung in den Zentren und damit eine geringe Komplikationsrate. Die Zahl der Erstimplantationen lag seit 1981 bei 216–256/1 Million Einwohner/Jahr.

Es ist das Verdienst der AG und ihres langjährigen Leiters Prof. J. Witte, der beim MfG die notwendigen Mittel für Importe und zur Ent-

wicklung der DDR-Schrittmacher- und -Elektrodenindustrie mobilisieren konnte, dass die Herzschrittmacherimplantationen bereits zu Beginn der 80er-Jahre international empfohlene Zahlen erreichten. Der erste Kardioverter/Defibrillator wurde am 14. Februar 1986 in Berlin von Prof. Dr. H. Warnke implantiert, es folgte eine Implantation in Leipzig durch Prof. Dr. K.F. Lindenau. Die AG war mit der Erprobung von neuen Herzschrittmachern, der Dokumentation der Ergebnisse sowie mit Fortbildungsaktivitäten befasst. Das zentrale Herzschrittmacher-Register stand bereits bei der Gründung der AG auf dem Programm (darüber wird weiter unten berichtet). Von der AG gingen über Jahre hinweg Impulse zur Entwicklung der eigenen Herzschrittmacherindustrie aus. Bis zu 95% der implantierten Herzschrittmacher entstammten 1987 der eigenen Industrie. Die AG führte in zweijährigem Abstand gut besuchte Schrittmachertagungen durch, zu denen Vertreter des MfG, des Staatlichen Versorgungskontors für Pharmazie und Medizintechnik und der Industrie (VEB Ultraschalltechnik Halle) zugegen waren. Eingeladene Gäste vermittelten internationales Know-how (H. Thalen, Niederlande, K. Steinbach, Österreich, H. Ector, Belgien, H. Schüller, Schweden, L. Kappenberger, Schweiz, B. Lüderitz, Bonn).

Arbeitsgruppe „EKG-Weiterbildung". Diese AG (Prof. Dr. H. Fiehring, Erfurt, später: Frau Dr. M. Rübesamen, dann Frau Prof. Dr. med. I. Aßmann, Erfurt) organisierte zentrale und regionale Fortbildungsaktivitäten und erstellte Lehrmaterial. Es gab inhaltlich einheitlich gestaltete und zertifizierte Grund- und Fortgeschrittenen-Kurse für Internisten, Anästhesisten, Allgemeinmediziner und Ärzte im Notdienst. Zentrale Veranstaltung waren die von H. Fiehring begründeten und gemeinsam mit dem Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Forschung in Berlin in zweijährigem Abstand durchgeführten Bad Liebensteiner Elektrokardiologischen Symposien (3. Symposium, 26. bis 27. April 1984: „Pathogenese und Differentialtherapie von Herzrhythmusstörungen"; 4. Symposium, 22. bis 24. Januar 1986: „Herzrhythmusstörungen – Neue diagnostische Methoden"; 5. Symposium, 13. bis 15. Januar 1988: „20 Jahre His-Bündel-Elektrographie – Rückblick und Perspektiven"; 6. Symposium, 17. bis 19. Januar 1990: „Elektromagnetisches Herzfeld"), zu denen ebenfalls Gäste kommen durften (M. Stopczyk, Polen; C. Naumann d'Alnoncourt, Pforzheim; G. Breithardt, Münster) [39].

Arbeitsgruppe „Intensivtherapie". Die AG Intensivtherapie (Prof. Dr. W. Teichmann, Halle) gestaltete gemeinsam mit der AG Intensivtherapie der Gesellschaft für Innere Medizin die regelmäßigen Halleschen Symposien zur Frühphase des Herzinfarkts, so z. B. das 4. Hallesche Symposium, 12. bis 13. November 1982, zur „Relevanz von Messwerten in der Frühphase des Herzinfarkts", oder das 11. Symposium, 5. bis 6. Dezember 1986, „Möglichkeiten und Grenzen der prähospitalen Infarkttherapie". Mitglieder der AG waren an zahlreichen weiteren Veranstaltungen organisatorisch und mit Vorträgen beteiligt (Schweriner Intensivtherapie-Tagungen, z. B. 6. Tagung, 4. bis 6. Februar 1981; 8. Tagung, 10. bis 12. April 1985).

Arbeitsgruppe „Funktionsdiagnostik". Die AG „Funktionsdiagnostik" (Prof. Dr. W. Urbaszek, Rostock) erstellte Empfehlungen zur kardiologischen Funktionsdiagnostik (Ergometrie, Apexkardiographie, systolische Zeitintervalle, Impedanzkardiographie).

Arbeitsgruppe „Kardiologisch-angiologische Ultraschalldiagnostik". Diese AG (Dr. B. Graf, Rostock) wurde 1987 gegründet und hat die Ausbildungsrichtlinien zur Subspezialisierung Kardiologie/Angiologie hinsichtlich der Echokardiographie gestaltet. Die AG war an der Standardisierung von Befunderhebung und -dokumentation beteiligt und war für Ausbildung und Zertifizierung der Ärzte auf dem Gebiet der Echokardiographie zuständig [41]. Sie hatte die Aufgabe, das Anliegen des kardiovaskulären Ultraschalls gegenüber der Gesellschaft für Ultraschalldiagnostik der DDR zu vertreten. Neben der Zusammenarbeit mit der Industrie lagen die Aufgaben in der Standardisierung der Methoden und in der zertifizierten Weiterbildung (28. September 1987 „Rostocker Symposium zur Doppler-Echokardiographie").

Arbeitsgruppe „Rehabilitation". Die AG Rehabilitation (Prof. Dr. W. Geißler, Berlin) beschäftigte sich mit Empfehlungen zur Rehabilitation von Patienten mit erworbenen Klappenfehlern und nach Klappenersatz, mit koronarer Herzkrankheit und nach Bypassoperation. Es erfolgten jährliche Arbeitstagungen, so z. B. am 18. September 1987 „Mobilisierung und Konditionierung nach akutem Myokardinfarkt und kardiochirurgischer Intervention", am 16. September 1988 „Rehabilitation von Patienten mit hypertensiver Herzkrankheit im höheren Lebensalter" mit reger Beteiligung.

Arbeitsgruppe „Traditionspflege". Die AG Traditionspflege (Dr. D. Schwartze, Halle) erarbeitete über viele Jahre Gedenkblätter zur Geschichte kardiovaskulärer Methoden. Über herausragende Forscher und ihre Arbeitsergebnisse wurde in Form eines Einlageblattes zur den *„Mitteilungsblättern"* berichtet. Unterlagen für eine Chronik der GKA wurden gesammelt und liegen auch diesem Kapitel zugrunde. Zu besonderen Anlässen der GKA-Kongresse wurden gesonderte Beiträge in Form von Postern oder Vorträgen erstellt. Für die Pflege des wissenschaftlichen Nachlasses von Werner Porstmann war die AG verantwortlich [42].

Arbeitsgruppe „Therapieempfehlungen". Die AG Therapieempfehlungen (Prof. Dr. H.D. Faulhaber, Berlin-Buch) erstellte Behandlungsrichtlinien für Herz-Kreislauf-Krankheiten, die in Form aktualisierbarer Lose-Blatt-Sammlungen verteilt wurden. Darüber hinaus berieten Mitglieder der AG den Zentralen Gutachterausschuss hinsichtlich Arzneimittel- und Strategiefragen der Therapie sowie die Arzneimittelindustrie im Hinblick auf das Sortiment an Herz-Kreislauf-Mitteln, Dosierungen und Trends in der Behandlung. Fortbildungsaktivitäten erfolgten vor allem während der „Dresdner Tagungen" sowie der „Rostocker Gespräche zur Optimierung der Hypertonie-Therapie" [39].

Arbeitsgruppe „Experimentelle Kardiologie". Diese AG (Prof. Dr. L. Will-Shahab, Berlin-Buch) wurde 1979 gegründet und führte seit 1982 regelmäßige Symposien zu „Zellulären und molekularen Aspekten der Herzregulation" durch. Die AG hatte 1988 50 Mitglieder. Vom 25. bis 27. Mai 1987 fand das „Albert-Wollenberger-Symposium" in Berlin statt. Satellitensymposien wurden zu den GKA-Kongressen vorbereitet [40].

Arbeitsgruppe „Hypertonie und Herz". Die AG Hypertonie und Herz (Prof. Dr. K. H. Günther, Berlin) wurde 1987 gegründet. Sie veranstaltete am 2. bis 3. Oktober 1987 ein internationales Symposium „Hypertension and myocardial ischemia" gemeinsam mit der Working group (WG) „Hypertension and Heart" der European Society of Cardiology und in Anwesenheit der Leiter der WG, B. Strauer (Düsseldorf) und A. Zanchetti (Italien), mit über 300 Teilnehmern in Dresden [40].

Arbeitsgruppe „Präventive Kardiologie". Die AG „Präventive Kardiologie" (Prof. Dr. J. Knappe, Erfurt) bildete Problemgruppen Rauchen (H. Schwarz, Berlin), Ernährung/Lipide (H. Holtz, Erfurt, und M. Hanefeld, Dresden), Hypertonie (K.H. Günther und H.D. Faulhaber, Berlin), standardisierte Methodik (D. Eisenblätter, Berlin) und Grundbetreuung (J. Nieveling, Berlin). Die AG veranstaltete in jedem Jahr Workshops „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen" (3. Workshop, 29. bis 30. November 1984; 8. Workshop, 5. bis 6. November 1987) in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) [35].

Arbeitsgruppe „Begutachtung". Die AG Begutachtung (Prof. Dr. W. Geißler, Berlin, später: Dr. H. Schaedel, Bad Berka) erarbeitete und publizierte Begutachtungsrichtlinien für Patienten mit koronarer Herzkrankheit [22] und wurde nach Erfüllung dieser Aufgabe aufgelöst [39].

Arbeitsgruppe „Ultraviolettbestrahlung des Blutes". Diese AG (Dr. Wiesner, Sternberg) untersuchte die Auswirkung der UV-Bestrahlung in einer multizentrischen Studie. Die AG gehörte ab 1985 zur Sektion Angiologie.

Arbeitsgruppe „Publikationstätigkeit". AG Publikationstätigkeit (Doz. Dr. A. Hecht, Berlin).

Arbeitsgruppe „Medizintechnik". AG Medizintechnik (W. Hempel, Potsdam).

TAGUNGEN UND KONGRESSE DER GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE UND ANGIOLOGIE DER DDR

1. Tagung der „Arbeitsgruppe Herz-Kreislauf". Die 1. Tagung der „Arbeitsgruppe Herz-Kreislauf" in der „Sektion Innere Medizin" der „Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin" fand im Mai 1965 in Leipzig statt. Schwerpunkte waren die Aktivitätsdiagnostik der Endokarditis und Probleme der Glykosidbehandlung, die in Rundtischgesprächen behandelt wurden. Gäste waren Prof. Dr. F. Loogen (Düsseldorf), Prof. Dr. F. Scheiffarth (Erlangen) und Doz. Dr. K. Thurau (Göttingen).

2. Tagung der „Arbeitsgruppe Herz-Kreislauf". Die 2. Tagung fand vom 12. bis 14. Mai 1966 in Erfurt statt und hatte die Schwerpunkte „Koronarerkrankungen" (Moderation: H. Krosch, Halle, und K. H. Straube, Zwickau) und „Diagnostische und chirurgisch-therapeutische Probleme bei unreinen und gemischtförmigen Klappenfehlern" (Moderation: H. Fiehring, Erfurt, und M. Herbst, Leipzig). Das Programm weist 37 Vorträge einschließlich der Diskussion angiologischer Probleme aus. Bezeichnend für

diese Zeit: Das Tagungsprogramm enthält neben Rahmenveranstaltungen, Unterkunft und Verpflegung sogar eine zuständige Autoreparaturwerkstatt!

3. Tagung der GKA. Vom 20. bis 22. Mai 1968 fand in Rostock-Warnemünde die 3. Tagung der GKA unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. A. Wollenberger (Berlin) statt. Behandelte Schwerpunkte waren in 107 Vorträgen die arterielle Hypertonie (Moderation durch K.H. Straube, Zwickau, G. Teichmann, Rostock, und W. Porstmann, Berlin) und die Elektrotherapie von Herzrhythmusstörungen (Moderation G. Hafemeister, Schwerin, H. Fiehring, Erfurt, und E. Schubert, Berlin). Kaum vorstellbar ist heute, dass der Tagungsbeitrag bei 10 Mark für Mitglieder und 30 Mark für Nichtmitglieder der GKA lag.

4. Tagung der GKA. Gemeinsam mit der Rheumatologischen Gesellschaft der DDR wurde vom 5. bis 7. Juli 1969 die 4. Tagung der GKA in Bad Elster durchgeführt. Schwerpunkte waren rheumatische und pararheumatische Herz- und Gefäßerkrankungen. In drei Hauptsitzungen mit 53 Vorträgen wurden Übersichten zur Morphologie und Immunologie rheumatischer Herz- und Gefäßerkrankungen, Beziehungen zwischen rheumatischer Karditis und Kardiochirurgie zur Therapie und Rezidivprophylaxe der rheumatischen Karditis vorgestellt.

5. Tagung der GKA. Die 5. Tagung der GKA wurde für den 7. bis 9. Mai 1970 nach Halle einberufen. In 108 Vorträgen vor 300 Teilnehmern wurde vor allem über Elektrolytstörungen, die chronische arterielle Verschlusskrankheit und epidemiologische Untersuchungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen berichtet. Als Gäste wurden F. Loogen und H. Kreuzer (Düsseldorf), R. Knebel (Bad Nauheim), M. Stopczyk und L. Ceremuzynski (Warschau), B. Karolczak (Katowice), I. Szam (Budapest) und L. Widmer (Basel) begrüßt. Mehrere Sitzungen waren Elektrolytstörungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen gewidmet (Moderation: G. Straube und H. Fiehring, Erfurt, H. Krosch, Halle, und W. Heidel, Nordhausen, sowie A. Wollenberger, Berlin, und H. Böhme, Leipzig). Vier Sitzungen zur chronischen arteriellen Verschlusskrankheit wurden von K.L. Schober (Halle) und W. Ursinus (Leipzig); G. Kuhlgatz (Zwickau) und J. H. Huth (Rostock); M. Herbst (Leipzig) und H. Warnke (Berlin) sowie W. Porstmann (Berlin) und R. Barke (Leipzig) moderiert. Zwei weitere Sitzungen beschäftigten sich mit neuen klinischen Ergebnissen (K. Emmrich, Leipzig, P. Thiele, Dresden) und Epidemiologie von Gefäßkrankheiten (H. Linke, Magdeburg, und S. Böthig, Berlin, sowie G. Teichmann, Rostock, und F. Hackel, Leipzig).

6. Kongress der GKA. Der 6. Kongress fand 1972 in Berlin statt. Hier standen die Herzinsuffizienz und Venenerkrankungen im Vordergrund. Außerdem fand ein internationales Symposium über Phonokardiographie und Mechanokardiographie statt.

7. Kongress der GKA. Auf dem 7. Kongress, der vom 13. bis 16. Mai 1974 in Dresden ausgerichtet wurde, standen der Herzinfarkt in Diagnostik, Intensivmedizin, Therapie und Rehabilitation, das Aortenbogensyndrom und

die EKG-Diagnostik in 150 Vorträgen zur Diskussion. Das „Herzinfarktbekämpfungsprogramm“ wurde von K.H. Günther und G. Anders (Berlin), die „Präinfarkt- und Prähospitalphase“ von H. Fiehring (Erfurt) moderiert. H. Trenckmann (Leipzig) gestaltete die Sitzung „Intensivbeobachtung und Intensivtherapie“. G. Teichmann (Rostock) leitete die Diskussion zur „Klinischen und postklinischen Diagnostik und Therapie“ und W. Geißler (Berlin) die „Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt“. Es folgten eine Sitzung zur „Koronarographie und Koronarchirurgie“ (W. Porstmann, Berlin) und zum Aortenbogensyndrom (G. Heidelmann, Dresden, G. Kuhlgatz, Zwickau, R. Barke, Leipzig).

8. Kongress der GKA. Der 8. Kongress der GKA vom 8. bis 11. Juni 1976 in Berlin war ausschließlich der arteriellen Hypertonie gewidmet und stellte in 92 Vorträgen und 59 Postern alle Seiten der Erkrankung dar. R. Baumann und G. Anders (Berlin) leiteten die Eröffnungssitzung zur Ätiologie und Pathogenese der essenziellen Hypertonie. Es folgten Sitzungen zum Hypertoniebekämpfungsprogramm (Moderation: H.D. Faulhaber, Berlin, S. Böthig, Zwickau, und J. Knappe, Erfurt), zur hypertensiven Herzkrankheit (G. Linß und M. Lori, Berlin), zur hypertensiven Arteriopathie (H. Heine, Berlin, und P. Thiele, Dresden) und zu Screening-Methoden (K. H. Günther und E. Richter-Heinrich, Berlin). Die Differenzialdiagnose der arteriellen Hypertonie (P.K.H. Schmidt, Dresden, S. Nitschkoff, Berlin) und Gefäßerkrankungen (J. Neugebauer und G. Heyn, Berlin, P. Thiele und E.G. Preuß, Dresden) standen zur Diskussion. Schließlich wurden therapeutische Gesichtspunkte besprochen (G. Teichmann, Rostock, G. Linß, Berlin). In einem abschließenden Rundtischgespräch wurden Pathophysiologie und Behandlung von Frühstadien der arteriellen Hypertonie besprochen (Leitung: R. Baumann).

9. Kongress der GKA. Der 9. Kongress vom 22. bis 25. Mai 1978 in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) wurde gemeinsam mit der Gesellschaft für Pathophysiologie vorbereitet und stand unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. G. Anders (Berlin). 75 Vorträge und 114 Poster wurden diskutiert. Hauptthema war die Prophylaxe chronischer Herz-Kreislauf-Krankheiten. Auf dem einleitenden Symposium am 21. Mai 1978 referierten zahlreiche Gäste. Nach A. Wollenberger (Berlin) sprachen V.N. Smirnov (Moskau), E. Braunwald (Boston), A.P. Waldenström (Göteborg), L. Ceremuzynski (Warschau), I.K. Kjekshus (Oslo) und D.J. Hearse (London). Es folgten Sitzungen zur Pathogenese der koronaren Herzkrankheit (Moderation: E. Schubert, Berlin), zur Ernährung (H. Marek, Leipzig), zur physischen Aktivität (P.G. Linke, Halle) und zur primären Prophylaxe (H. Richter, Leipzig). Für das Herzinfarktbekämpfungsprogramm (G. Anders, Berlin), das Hypertoniebekämpfungsprogramm (H.D. Faulhaber, Berlin) und intensivmedizinische Aspekte (C. Weser, Berlin) waren eigene Sitzungen reserviert. Ein Rundtischgespräch widmete sich der Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankheit mit Betarezeptorenblockern, speziell dem in der DDR entwickelten Talinolol (Cordanum).

10. Kongress der GKA. Der 10. Kongress der GKA vom 28. bis 31. Mai 1980 in Erfurt stand unter der wissenschaftlichen Leitung von H. Fiehring (Berlin) und J. Knappe (Erfurt). Hauptthemen waren Herzfunktion, Klappenfehler,

angeborene Herzfehler, Kardiomyopathien sowie Gefäßerkrankungen und Thrombose. Der Kongress umfasste 100 Vorträge und 94 Poster. Zum Symposium „Herzfunktion unter normalen und pathologischen Bedingungen" war M. Kaltenbach (Frankfurt/Main) angereist, der einen Vortrag zu Frühstadien der Herzinsuffizienz hielt und zum Rundtischgespräch „Kardiomyopathien" beitrug. Zum Hauptthema „Angeborene Herzfehler" fanden mehrere Sitzungen statt, die von K. Bock (Leipzig) und G. Wagner (Halle), bzw. J. Bartel (Berlin) und H. Richter (Leipzig) moderiert wurden. Für kardiochirurgische Gesichtspunkte waren ebenfalls mehrere Nachmittage reserviert, die von W. Ursinus (Bad Berka), I.H Rygg (Kopenhagen) und R. Panzner (Halle) sowie von H. Warnke (Berlin), J. Nauta (Rotterdam) und H. Kalkowski (Rostock) geleitet wurden. Es wurden Beiträge zum Klappenersatz (W. Ursinus, Bad Berka, I.H. Rygg, Kopenhagen, J. Nauta, Rotterdam), zur Chirurgie von bakterieller Endokarditis (R. Panzner, Halle), Aortenisthmusstenose (H. Precht, Bad Berka), und der Transposition der großen Gefäße (H. Warnke, Berlin) vorgetragen. Die Sitzung „Erworbene Herzklappenfehler" stand unter der Leitung von K.H. Günther (Berlin), J. Ressl (Prag), E. Völkner (Jena) und A. Neugebauer (Leipzig). Der Schwerpunkt „Gefäßkrankheiten und Thrombose" wurde von F. Markwardt (Erfurt), B. Astedt (Malmö) und P.K.H. Schmidt (Dresden) moderiert. V. Cepelak (Pilsen) trug eine Übersicht zur Thrombozytenaggregationshemmung vor, M. Verstraete (Leuven) referierte über die Behandlung des akuten Myokardinfarkts mit Streptokinase. G. Vogel und F. Markwardt (Erfurt) berichteten über neue Ergebnisse zur Thrombophilie.

11. Kongress der GKA. In Leipzig wurde der 11. Kongress der GKA vom 31. März bis 3. April 1982 ausgerichtet. Die wissenschaftliche Leitung lag in den Händen von Prof. Dr. H. Köhler (Leipzig). Hauptthema war der akute Myokardinfarkt. 115 Vorträge und 89 Poster standen zur Diskussion. Bezeichnend für die Situation in der DDR war es, dass der vorgesehene „Festvortrag" von Herrn Prof. Dr. H. Roskamm aus Bad Krozingen mit einer Redezeit von 40 Minuten von der politischen Kontrolle der Gesellschaften (Dr. L. Rohland, Koordinierungsrat der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften, Berlin) nur verkürzt und nicht als Festvortrag genehmigt wurde. Daher wurde kurzfristig H. Roskamms Beitrag mit 30 Minuten Redezeit, jedoch an derselben Stelle im Programm, also während der „Festlichen Eröffnung des Kongresses" (eingerahmt durch die C-Dur-Suite von Johann Sebastian Bach und die Streichersinfonie von Felix Mendelssohn Bartholdy) als „1. Vortrag" ausgedruckt und gehalten. Es war wie so häufig in der DDR: Es gab keine offizielle Erklärung, aber das Auditorium wusste Bescheid. Man ließ sich nichts anmerken. Es blieb der Festvortrag des 11. Kongresses der GKA.

Zunächst wurden experimentelle Befunde zum akuten Myokardinfarkt vorgestellt (E. G. Krause, Berlin, A. Hecht, Leipzig, J. Widimsky, Prag, W. Förster, Halle). Die Sitzung zur prähospitalen Therapie des akuten Myokardinfarkts (Moderation: C. Weser und G. Anders, Berlin, D. Weber, Karl-Marx-Stadt/Chemnitz) war dem plötzlichen Herztod gewidmet (Beiträge von R. Kiesewetter, Berlin, L.V. Rosenstraukh, Moskau, G.H. von Knorre, Rostock, und W. Kettner, Magdeburg). Die frühhospitale Therapie des Myokardinfarkts (Moderation durch R.A. Parsi und H. Warnke, Berlin, so-

wie H. Weber, Wien) befasste sich mit Vasodilatantien (H.J. Pech, Berlin), Betablockern (D. Wittig, Leipzig), Rhythmusstörungen (D. Weber, Karl-Marx-Stadt/Chemnitz), Fibrinolyse (G. Anders, Berlin) und akuter Bypasschirurgie (K.F. Lindenau, Leipzig). Rehabilitative Fragen wurden unter der Leitung von W. Geißler (Berlin), J. Schauer (Leipzig) und H. Roskamm (Bad Krozingen) diskutiert. Drei Symposien galten Thrombozytenaggregationshemmern (H. Wegner, Leipzig), der Quantifizierung der Myokardischämie (B. Heublein, Berlin) und dem Lungenversagen bei Myokardinfarkt (H. Schilling, Berlin).

12. Kongress der GKA. Vom 6. bis 10. November 1984 fand in Rostock der 12. Kongress der GKA unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. W. Urbaszek mit dem Schwerpunkt „kardiovaskuläre Funktionsdiagnostik" statt. S. Israel aus Leipzig hielt den Festvortrag „Streben nach bewegungsinduzierter Adaptation – Weshalb?" In 78 Vorträgen und 145 Postern wurden bildgebende invasive und nichtinvasive Verfahren, nuklearkardiologische Diagnostik und Belastungsuntersuchungen diskutiert. Der Schwerpunkt „Invasive Diagnostik" wurde von W. Urbaszek (Rostock), W. Münster (Berlin) und U. Sigwart (Lausanne) moderiert. Diskussionen zur „Kardiologischen Ultraschalldiagnostik" leiteten B. Heublein (Berlin), L. Pahl (Berlin) und A.E. Aubert (Leuven). Eine Sitzung war der „Mechanokardiographie" gewidmet und wurde von G. Linß (Berlin), I. Assmann (Erfurt) und H. Kesteloot (Leuven) moderiert. In Beiträgen aus verschiedenen Zentren wurden Untersuchungen der systolischen Zeitintervalle vorgetragen. Nuklearkardiologische Techniken wurden in einer weiteren Hauptsitzung besprochen (Leitung: D. Strangfeld, Berlin, W. Finck, Rostock, G. Schneider, Leipzig). Zwei Sitzungen waren der Therapie der schweren Herzinsuffizienz gewidmet (Moderation: K.H. Günther, Berlin, F. Burkart, Basel, W. Schilling sowie G. Anders und H. Warnke, Berlin, und N.J. Ruda). Über Möglichkeiten der intrakoronaren Fibrinolyse wurde von W. Kübler (Heidelberg), G. Anders (Berlin) und M. Keltai (Budapest) berichtet. Myokardprotektion und kardiale Assistenzsysteme standen im Mittelpunkt eines ganzen Tages. Nach Darstellung biochemischer Gundlagen der Myokardprotektion durch E.G. Krause und L. Will-Shahab (Berlin) berichtete W. Kübler (Heidelberg) über Pathophysiologie, Therapie und Prognose der instabilen Angina pectoris. Im Beitrag von A. Waldenström (Göteborg) stand die Betarezeptorenblockade im Vordergrund, ehe R. Reding, H.J. Nabel und W. Urbaszek (Rostock) in mehreren Beiträgen über technische und medizinische Probleme des künstlichen Herzens berichteten.

13. Kongress der GKA. Der 13. Kongress fand vom 15. bis 18. November 1987 unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. S. Müller (Jena) mit Gästen aus 13 Ländern in Gera statt. In drei Tagen wurden 130 Vorträge gehalten und 104 Poster zu den drei Schwerpunktthemen „Kardiomyopathien und entzündliche Herzerkrankungen", „Herzinsuffizienz" und „Prophylaxe und Gesundheit aus kardiologischer Sicht" vorgestellt. Erstmals wurde die „Werner-Porstmann-Medaille" an Prof. em. Dr. K. Bock (Leipzig) überreicht. Im Festvortrag „Digitalistherapie – Grenzen und Möglichkeiten" stellte Prof. Dr. K.-O. Haustein (Erfurt) den Stellenwert der Herzglykoside in der Kardiologie dar [40].

Im Schwerpunkt „Kardiomyopathien und entzündliche Herzerkrankungen“ (Moderation: Prof. Dr. S. Müller, Jena) wies R. Meyer (Berlin) auf Schwierigkeiten in der konventionellen Licht- und Elektronenmikroskopie von Herzmuskelbioptaten hin. S. Müller (Jena) berichtete über erhöhte Antikörpertiter gegen Viren der Stämme Coxsackie B_3, B_4 und A_9 bei Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie und Myokarditis. G. Wallukat (Berlin) konnte stimulatorische Autoantikörper auf $Beta_1$-Rezeptoren nachweisen. Frau B. Lieback (Berlin) berichtet über Texturanalysen des Myokards bei Myokarditis. R.A. Parsi (Berlin) und A. Reale (Rom) stellten Langzeitstudien von Patienten mit hypertropher Kardiomyopathie vor. Ch. Tauchnitz (Leipzig) präsentierte einen Überblick über die antibakterielle Therapie bei Endokarditis. W. Ursinus (Bad Berka) und H. Warnke (Berlin) gingen auf die chirurgische Behandlung der Endokarditis ein, K.F. Lindenau (Leipzig) auf die chirurgische Behandlung von hypertropher Kardiomyopathie und stellte Erfahrungen mit der Herztransplantation vor.

Zum Thema „Herzinsuffizienz“ stellten H.J. Pech und H. Fiehring (Berlin) pathophysiologische und klinische Übersichten vor. Ein Abriss über therapeutische Strategien wurde von F. Dienstl (Innsbruck) gegeben. Ergebnisse der orthotopen Herztransplantation wurden von H. Warnke (Berlin) und J. Fabian (Prag) vorgestellt. A. Toruncha (Havanna) berichtete über Erfahrungen mit der Herz- und Herz-Lungen-Transplantation in Kuba. Ergebnisse der Zweikammerstimulation wurden von J. Fabian (Prag) dargelegt. W. Urbaszek (Rostock) berichtete über Ergebnisse mit dem Rostocker Kunstherzen, das als Verfahren für die Überbrückung bis zur Herztransplantation in Frage kommt. Während die akuten Ergebnisse bei medikamentöser Intervention mit Amrinon eindrucksvoll sind (H.J. Pech, Berlin), können die Langzeitergebnisse nicht überzeugen (I. Assmann, Erfurt).

Der Themenkomplex „Prophylaxe und Gesundheit aus kardiologischer Sicht“ wurde von H. Holtz (Erfurt), B. Wedler (Greifswald) und G. Voigt (Karl-Marx-Stadt/Chemnitz) moderiert und durch Beiträge von A. Hecht (Leipzig) aus pathologisch-anatomischer und U. Till (Erfurt) aus biochemischer Sicht eingeleitet. Auf das reibungslose Zusammenwirken von Hausarzt, Kardiologen und Klinik wurde von E. Nüssel (Heidelberg) hingewiesen. H.P. Rhomberg (Innsbruck) gab einen Überblick zum gegenwärtigen Stand der primären Prävention der Koronarerkrankung.

14. Kongress der GKA. Der 14. GKA-Kongress fand vom 5. bis 8. März 1989 in Berlin mit dem Schwerpunktthema „Arterielle Hypertonie“ statt. Nach einem Satellitensymposium „Calciumantagonists in arterial hypertension“ am Vortag wurde der Kongress zum 25-jährigen Bestehen der GKA von Prof. J. Knappe (Erfurt) eröffnet. Der „President elect“ der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, Prof. A. Reale (Rom), überbrachte eine Grußbotschaft. Während des Kongresses wurden 152 Vorträge gehalten und 163 Poster vorgestellt. 872 Teilnehmer wurden gezählt, davon 91 aus dem Ausland. Die Beiträge betrafen pathophysiologische Aspekte der arteriellen Hypertonie (Membranfunktion, Flüssigkeitsbilanz, Kochsalz), das diagnostische Stufenschema und die Aussagen sonographischer Methoden. G. Schettler (Heidelberg) berichtete über die Regression von Gefäßveränderungen bei arterieller Hypertonie. Breiten Raum nahmen Berichte über

medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien ein. Ein besonderer Schwerpunkt war die primäre Prävention der Hypertonie, die Behandlung im Kindes- und Jugendalter und regionale Unterschiede in Pathophysiologie und Therapie. Prof. H. Kesteloot berichtete über Ernährung und Salzhaushalt bei arterieller Hypertonie.

15. Kongress der GKA. Ein 15. GKA-Kongress war für die Zeit vom 28. bis 30. Mai 1991 in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) vorgesehen. Es sollten die Schwerpunkte Herzrhythmusstörungen und Gefäßerkrankungen vorgetragen und diskutiert werden. Jedoch wurde die Planung dieser Tagung durch die Ereignisse der Jahre 1989 und 1990 überrollt.

Dresdner Tagungen zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Krankheiten

Regelmäßig zu Beginn eines jeden Jahres fanden mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen für die Bezirks- und Kreiskardiologen, für ambulant tätige Subspezialisten für Kardiologie und Angiologie und für kardiovaskulär tätige Internisten statt. Die Veranstaltungen fanden in den letzten Jahren stets in Dresden statt und waren auch bei Facharztkandidaten vor der Prüfung sehr beliebt. Die Teilnahme war stets sehr gut. Sie ist eine der wenigen Veranstaltungen, die unter anderem Namen, aber mit durchaus ähnlichem Inhalt am selben Ort das Ende der DDR überlebt hat.

Die 12. Tagung zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Krankheiten fand vom 9. bis 12. Februar 1977 in Schwerin unter der Leitung von G. Hafemeister statt.

Die 20. Dresdner Tagung stand unter dem Thema: Bekämpfung chronischer Erkrankungen auf Bevölkerungsebene und wurde vom 28. bis 30. Januar 1985 abgehalten.

Mit der 21. Tagung im Januar 1986 stießen die Möglichkeiten der Veranstalter an ihre Grenzen. Es wurden Veranstaltungen mit limitierter Teilnehmerzahl erforderlich.

Die 22. Tagung war für den Januar 1987 geplant. Auch das war das wirkliche Leben in der DDR: Die Tagung musste wegen eines Kälteeinbruchs ersatzlos abgesagt werden.

Die 23. Dresdner Tagung fand vom 25. bis 27. Januar 1988 in Anwesenheit von 450 Teilnehmern statt. Die Veranstaltung beschäftigte sich mit der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, rehabilitativen Maßnahmen, postoperativer Betreuung, Langzeitbeurteilung und neuen Entwicklungstrends in der Kardiologie [40].

Die 24. Tagung vom 30. Januar bis 1. Februar 1989 beschäftigte sich mit Bekämpfungsstrategien von Herz-Kreislauf-Krankheiten (I. Martin, Berlin), dem plötzlichen Herztod (G. Anders, Berlin), Reokklusion von Koronararterien (G. Vogel, Erfurt), Herz-Kreislauf-Kuren (A. Gutschker, Cottbus) und neuen Therapien (H.D. Faulhaber, Berlin) [40].

Die 25. Tagung zu Beginn des Jahres 1990 war weniger durch ihre kardiovaskuläre Thematik (zerebrovaskuläre Insuffizienz, tachykarde Herzrhythmusstörungen, aktuelle Therapie), als vor allem durch eine offene und kritische Meinungsäußerung und seit vielen Jahren endlich

demokratische Diskussion geprägt, in deren Folge der Vorstand der GKA zurücktrat.

ROSTOCKER GESPRÄCHE FÜR HYPERTONIE

Die jährlichen „Rostocker Gespräche für Hypertonie“ wurden erstmals 1972 von Frau Prof. G. Teichmann organisiert und betrafen seither alle Facetten von Pathophysiologie, Diagnostik und Behandlung der Erkrankung. Neue Untersuchungen zum Renin-Angiotensin-System, neue Antihypertensiva und epidemiologische Daten wurden diskutiert (2. Gespräch, 9. bis 10. April 1973, Optimierung der Hypertonietherapie; 12. Gespräch, 18. bis 19. April 1983; 16. Gespräch 5. bis 7. April 1986, Betablocker, Indikation zur Hypertonietherapie, Renin-System; 17. Gespräch 1987; 18. Gespräch 16. bis 19. April 1989) [41].

AUSZEICHNUNGEN UND EHRUNGEN

Die GKA vergab Ehrenmitgliedschaften und Preise auf ihren Tagungen. Ehrenmitglieder waren

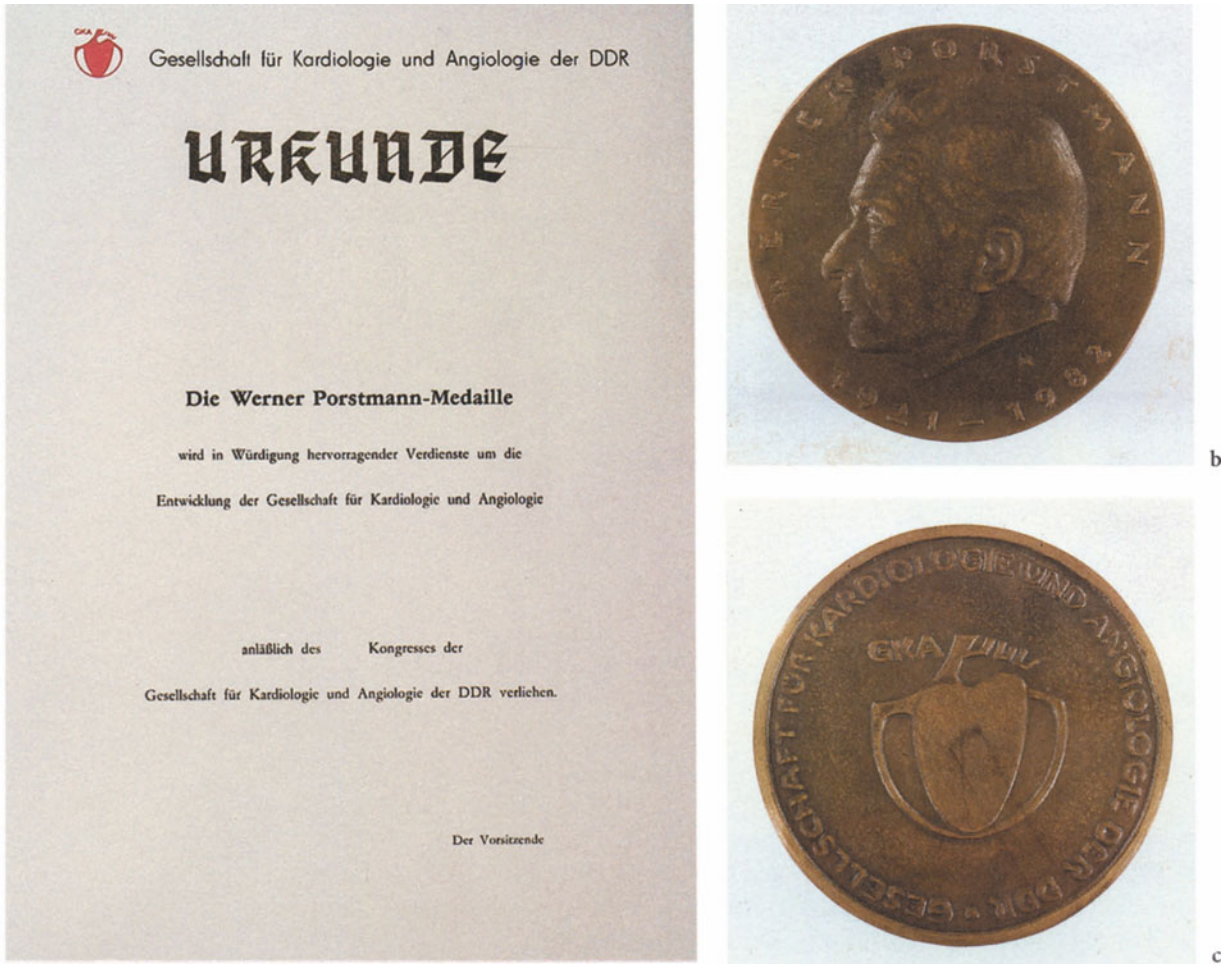
- aus der CSSR
  Prof. Dr. P. Lukl, Prof. Dr. L. Pisa und Prof. Dr. J. Widimski,
- aus Polen
  Prof. Dr. Z. Askanas und Frau Prof. Dr. M. Hoffman,
- aus der UdSSR
  Prof. Dr. E. Chazov, Prof. Dr. P.J. Lukomski und Prof. Dr. I.G. Shkhvatsabaya,
- aus Ungarn
  Prof. Dr. G. Gabor,
- aus Italien
  Prof. Dr. A. Reale,
- aus Belgien
  Prof. Dr. H. Denolin, Prof. Dr. H. Kesteloot und Prof. Dr. P. Rijland,
- aus Österreich
  Prof. Dr. K. Steinbach,
- aus den Niederlanden
  Prof. Dr. J.H. de Haas und
- aus der DDR
  Prof. Dr. G. Anders, Prof. Dr. K. Bock, Prof. Dr. H. Dutz, Prof. Dr. W. Geißler, Prof. Dr. K.H. Günther, Prof. Dr. W. Porstmann, Prof. Dr. K.H. Straube, Frau Prof. Dr. G. Teichmann und Prof. Dr. A. Wollenberger.

Mit der korrespondierenden Mitgliedschaft der GKA waren ausgezeichnet worden

- aus der CSSR
  Doz. Dr. J. Endrys und
- aus Ungarn
  Dr. G. Kerkovits, Prof. Dr. L. Matos,
- aus der UdSSR
  Prof. Dr. N. Kipshidse.

a b

Abb. 1-3.1 a, b
Maxim-Zetkin-Medaille der Gesellschaft für Klinische Medizin (Vorder- und Rückseite)



a b c

Abb. 1-3.2
a Urkunde zur Werner-Porstmann-Medaille.
b, c Werner-Porstmann-Medaille (Vorder- und Rückseite)

Solange es noch keinen eigenen Preis der GKA gab, wurde die „Maxim-Zetkin-Medaille" der Dachgesellschaft für Klinische Medizin vergeben (Abb. 1-3.1 a, b). Außerdem kam für kardiovaskuläre Forschung der Theodor-Brugsch-Preis der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR oder die Fritz-Gietzelt-Medaille des Koordinierungsrates der medizinischen Wissenschaften in Frage. Der „Werner-Porstmann-Preis" der GKA wurde erstmals 1983 auf der 13. Tagung in Gera an Frau Dr. U. Krünes (Berlin) und

Herrn Dr. C. Tittelbach (Leipzig) verliehen. 1987 und 1988 wurde eine „Werner Porstmann-Medaille" vom Berliner Bildhauer Heinz Rodewald geschaffen und in Messing/Kupfer gegossen (Abb. 1-3.2 a–c).

WEITERBILDUNG

Die GKA war von Beginn an sehr in der Weiterbildung der Ärzte und der Funktionsassistenten engagiert. Zahlreiche Berichte von Vorstandssitzungen belegen vielfältige und über Jahre reichende Bemühungen um die Etablierung der „Subspezialisierung für Kardiologie/Angiologie" für Fachärzte für Innere Medizin (vergleichbar den beiden heutigen Schwerpunktbezeichnungen als Kardiologe und als Angiologe) und ebenso für Fachärzte für Pädiatrie (heute: Schwerpunktbezeichnung als Kinderkardiologe) [20]. Bereits 1977 wurde ein zweijähriges Weiterbildungsprogramm erarbeitet, das den Nachweis der Beherrschung diagnostischer und therapeutischer Methoden mit ausreichenden Untersuchungszahlen sowie Erfahrungen mit wesentlichen Erkrankungen, Symptomen und Folgezuständen erforderte. Es wurden sowohl kardiologische wie angiologische Kenntnisse und Gutachten gefordert. Der Nachweis des Besuchs von Tagungen der GKA und ihrer Arbeitsgruppen musste zur Prüfung vorgelegt werden. Die kontrollierte, zertifizierte und in einem Prüfungsgespräch nachgewiesene Weiterbildung des Arztes für Kardiologie und Angiologie aus der Mitte der 70er-Jahre hat sich bis heute bewährt.

VERÖFFENTLICHUNGEN UND PUBLIKATIONSTÄTIGKEIT

Im April 1972 gab es 44 wissenschaftliche medizinische Zeitschriften in der DDR mit einer Auflage von 150.000 Exemplaren, davon 17 als offizielle Journale wissenschaftlicher Gesellschaften. Bis zum Ende des Jahres 1978 erschienen bereits 28 an eine Fachgesellschaft gebundene medizinisch-wissenschaftliche Zeitschriften, weitere 23 nicht gebundene Zeitschriften und zwei regelmäßig erscheinende wissenschaftliche Journale in Zusammenarbeit mit Gesellschaften in anderen östlichen Ländern. Eine Veröffentlichung von Beiträgen in internationalen westlichen Journalen und speziell in Zeitschriften der Bundesrepublik oder anderer westlicher Länder war bei Autoren in der DDR genehmigungspflichtig und in manchen Kliniken zumindest einigen Mitarbeitern direkt untersagt. Für Veröffentlichungen auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen kamen vor allem *„Das deutsche Gesundheitswesen"* (seit 1985 *„Zeitschrift für Klinische Medizin"*, gegründet 1946 von P. Konitzer, K. Lohmann, O. Warburg, H. Stieve, G. von Bergmann, C. Kaufmann und R. Rössle) in Berlin und die *„Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete"* (gegründet 1946 von Th. Brugsch) in Leipzig in Frage [15]. Spezielle kardiovaskuläre Probleme wurden in der *„Zeitschrift für Alternsforschung"*, *„Medizin und Sport"*, *„Kinderärztliche Praxis"*, *„medicamentum"* oder der *„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung"* veröffentlicht.

Die Herausgabe einer medizinischen Zeitschrift mit kardiovaskulärer Ausrichtung wurde mehrfach erwogen und diskutiert, jedoch bei absehbar

nicht ausreichendem Aufkommen an Manuskripten und Abonnements nie realisiert. Eine wirkliche Begutachtung eingereichter Manuskripte wurde meist nicht erreicht, wurde nicht gefordert und war auch nie ernsthaft angestrebt.

Eine internationale kardiologisch-angiologische Zeitschrift erschien in Prag unter dem Namen „*Cor et vasa*" auf Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch. Jedoch war die Beteiligung von Manuskripten aus der DDR stets gering [12]. Der Versuch, „*Cor et vasa*" zu „… der internationalen Zeitschrift für Kardiologie und Angiologie der sozialistischen Länder zu qualifizieren …" war nicht erfolgreich [19].

Durch die Behinderung eines privaten Abonnements westlicher Zeitschriften bestand bis 1989 eine weitgehende Akzeptanz dieser Journale mit großem Leserkreis, zumal viele Klinikbibliotheken keine ausreichende Möglichkeit zu Abonnements westlicher Zeitschriften hatten. Jedoch gelang es trotz umfangreicher Bemühungen der jeweiligen Chefredakteure der Zeitschriften nur im Ausnahmefall, international renommierte Autoren aus dem Ausland für Übersichtsartikel zu gewinnen. Als Forum für wissenschaftliche Erstveröffentlichungen waren die medizinischen Journale der DDR international zu wenig verbreitet und wurden immer weniger attraktiv. Die politisch motivierte Abschottung der DDR hatte unweigerlich zur wissenschaftlichen Isolation geführt. Verwundert es noch, dass sowohl die „*Zeitschrift für Klinische Medizin*" 1992, als auch die „*Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete*" 1993 ihr Erscheinen einstellen mussten, die beide von renommierten Gelehrten gegründet worden waren, darunter ein Nobelpreisträger und ein Biochemiker, der auf der Liste des Nobelpreiskomitees gestanden hatte?

Auflösung der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR

Es war der wirtschaftliche Niedergang der DDR in den 80er-Jahren, der zum politischen Zusammenbruch des Staates führte. Eine vergreiste und ignorante politische Führung hatte jeden Bezug zur Realität verloren. Das Beispiel von Michail Gorbatschow in der Sowjetunion zeigte, dass die über Jahrzehnte anhaltende Stagnation beendet werden und Reformen angegangen werden konnten. In der DDR waren über Jahre hinweg Investitionen versäumt worden, Industrie- und Agrarproduktion sowie der Export gingen zurück, die Verschuldung stieg bis zur Zahlungsunfähigkeit des Staates. Der Abstand zu den Industriestaaten wurde größer, die Städte verfielen. Entsorgung und Umweltschutz fanden nicht mehr statt, die Industriegebiete wurden zum Gesundheitsrisiko für die Bewohner, statistische Daten zu dieser Situation waren geheim, aber sie waren ebenso offensichtlich erkennbar.

Natürlich wurde auch an Investitionen im Gesundheitswesen gespart. Das zeigte sich ganz besonders deutlich bei den kardiovaskulären Erkrankungen, für deren Untersuchung und Behandlung medizintechnische Voraussetzungen entscheidend sind. Aber es gab weder ausreichend Langzeit-EKG-Geräte noch genügend Ultraschallgeräte oder Katheterarbeitsplätze. Eingriffe im Katheterlabor und Herzoperationen erreichten nicht

annähernd die empfohlenen Zahlen. Ärzte und Schwestern wussten wohl um die Möglichkeiten eines modernen Gesundheitswesens, aber sie hatten diese nicht zur Verfügung. Sie konnten damit keine Erfahrungen mit modernen Techniken sammeln, was bis heute Spuren hinterlassen hat. Die über Jahrzehnte geübte Praxis der Besetzung von Führungspositionen an Universitäten und großen Krankenhäusern unter nur marginaler Berücksichtigung fachlicher, jedoch vordergründiger Bewertung politischer Eignung meist ohne Ausschreibung der Position hatte zu einer in großen Teilen fachlich inkompetenten Führungselite geführt. Diese Situation war durch die große Mehrheit des engagiert arbeitenden medizinischen Personals in Ambulanzen und Ambulatorien, in Polikliniken, im Notdienst und in den Krankenhäusern nicht zu kompensieren.

Vor allem die junge Generation war nicht mehr bereit, sich weiterhin staatlicher Repression und Kontrolle auszusetzen und ging in den „Montags-Demonstrationen" zunächst in Leipzig und später im ganzen Land im Sommer 1989 auf die Straße. Mit der Öffnung der Grenzen in Berlin und in Deutschland am 9. November 1989 begann die politische Wende.

Vor diesem Hintergrund traten der Vorsitzende der GKA seit dem 14. Kongress im März 1989 in Berlin, Prof. Dr. med. G. Linß (Regierungskrankenhaus Berlin-Buch) und der 11. Vorstand der Gesellschaft nach turbulenten Diskussionen während der 25. Tagung zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Krankheiten in Dresden Anfang 1990 zurück. Die anwesenden Mitglieder der GKA brachten in erfrischenden Beiträgen zum Ausdruck, dass sie durch einen 15-köpfigen Vorstand mit 11 (z. T. bereits ausgetretenen und mithin ehemaligen) SED-Mitgliedern und mindestens drei inoffiziellen Mitarbeitern des Ministeriums für Staatssicherheit (darunter zumindest ein Offizier) nicht vertreten sein wollten. Es wurde eine Neuwahl anberaumt, die am 31. März 1990 im Hörsaal der Klinik für Innere Medizin in Leipzig stattfand. Als neuer Vorsitzender wurde Prof. Dr. med. K.J. Rostock (Klinikum Berlin-Buch) gewählt. Bereits am 6. November 1990 teilte der Vorstand der GKA allen Mitgliedern den Vorschlag zur Auflösung der Gesellschaft mit. Es gab weder Bedarf noch Interesse an einer zweiten Gesellschaft für kardiovaskuläre Medizin in Deutschland. Mit Schreiben vom 30. März 1992 teilte der Vorsitzende die Auflösung der GKA den Mitgliedern zum 1. Mai 1992 mit. Der Vorstand empfahl den Mitgliedern den Beitritt in die DGK. Den Ehrenmitgliedern wurde die Auflösung der GKA und ein Erlöschen ihrer Ehrenmitgliedschaft mitgeteilt.

WAS BLEIBT VON 45 JAHREN KARDIOVASKULÄRER ARBEIT IN DER SBZ/DDR?

Das humanistische Grundanliegen ärztlicher Tätigkeit ist zu allen Zeiten dasselbe, und es war natürlich auch in der SBZ und in der DDR vorhanden. Mit einfachsten Mitteln und unter engen wirtschaftlichen Bedingungen, bei begrenzten technischen und medikamentösen Voraussetzungen, wurde engagiert und erfolgreich gearbeitet. Die Ärzte in der DDR hatten es gelernt, unter Bedingungen zu arbeiten, die die heute zu beobachtende Verknappung der Ressourcen weit übertroffen haben. Improvisation war eine Stärke der Ärzte in der DDR.

Viele Strukturen, Mechanismen und Entscheidungswege in der DDR und eben auch die kardiovaskuläre Medizin sind nach 45 Jahren von den bewährten Strukturen der Bundesrepublik ersetzt worden. Dieser Wechsel bezieht bis heute den Austausch von Personen auf vielen exponierten Positionen mit ein. Auch wenn viele Vorteile des heutigen Systems der Gesundheitsversorgung unbestreitbar sind, so darf doch gefragt werden, ob nicht hier und da eine Erfahrung hätte bewahrt oder eine Struktur oder Organisation hätte beibehalten werden müssen und ob nicht an die Verdienste der einen oder anderen Persönlichkeit erinnert werden sollte.

STRUKTURELLE ERFAHRUNGEN

In der GKA versuchten die Ärzte in den Kliniken und Ambulanzen, die ihnen gestattete Kommunikation und Fortbildung zu pflegen, nachdem Kongressbesuche und Kontakte zu Kollegen und Industrievertretern im westlichen Ausland ab 1961 nicht mehr möglich waren. Gesteuerte Fortbildung konnte jedoch freien Informationsaustausch nicht ersetzen. Reiseberichte von „Reisekadern" konnten das individuelle Gespräch mit dem Vortragenden nicht ersetzen. Der politisch motivierten Abgrenzungspolitik folgte ein Defizit an Information und Erfahrung und ein Niedergang in der Forschung.

Bereits Anfang der 50er-Jahre wurde in Leipzig das erste Herzzentrum der DDR gegründet (Professoren K. Bock, D. Michel, M. Herbst). Ein weiteres Herzzentrum bestand ab 1969 in Erfurt/Bad Berka (Professoren H. Fiehring, E. Hasche). Ein Herzzentrum konstituierte sich auch in Rostock (Professoren W. Urbaszek, K. Emmrich). Ohne Gründungsurkunde oder Statut arbeiteten Herzchirurgen, Kinderkardiologen und kardiologische Internisten auch an den Universitäten Halle und Berlin als Herzzentrum. Die Vorteile der Behandlung des Herzkranken in einem Herzzentrum, was als Erkenntnis unserer Zeit gilt, hatten sich schon viele Jahre zuvor (auch in der DDR) herausgestellt.

Die ambulante Betreuung des herzkranken Patienten in Herz-Kreislauf-Dispensaires bietet besonders bei komplexen Krankheitsbildern Vorteile, die heute am ehesten der Ambulanz des niedergelassenen Kardiologen entsprechen. Spezialsprechstunden für Patienten mit angeborenen Herzfehlern, Herzinsuffizienz vor oder nach einer Herztransplantation, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmachern oder implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren sind auch heute bewährt. Diese Kranken sind oftmals in den Händen von Ärzten mit besonderer Erfahrung in diesen Problemen besser betreut als es dem sorgfältigsten Hausarzt und selbst Allgemeininternisten möglich ist. Auch gute Erfahrungen der Kliniken in der ambulanten spezialisierten Versorgung können seit 1990 nicht mehr genutzt werden. Der kommerzielle Aspekt ärztlicher Tätigkeit unserer Tage hat leider alle diese bis heute gültigen Erfahrungen bereits weitgehend verdrängt.

Knappe Mittel gestatteten keine ausreichende und vor allem keine flächendeckende Versorgung mit notwendigen Geräten, Medikamenten und Verbrauchsmaterialien. Die zentralistische Verteilung erweckte mehr den Eindruck ausreichender Versorgung, als dass es wirklich eine bedarfs-

deckende Versorgung gab. Diese Diskrepanz war am deutlichsten bei den Großgeräten in der kardiovaskulären Medizin, wie Katheterarbeitsplätzen und Materialien für invasive Diagnostik und Intervention, sowie auf dem Gebiet der Kardiochirurgie, und sie war gering in der antihypertensiven Behandlung und bei der Versorgung mit Herzschrittmachern.

1989 gab es in der DDR sechs Zentren mit einem Angiokardiographie-Arbeitsplatz (Universitäten Rostock, Berlin, Leipzig, Medizinische Akademie Erfurt, sowie Bad Berka, Akademie der Wissenschaften Berlin-Buch) und fünf kardiochirurgische Kliniken/Abteilungen (Rostock, Charité Berlin, Berlin-Buch, Bad Berka, Universität Leipzig). Natürlich gab es daher auch nur wenige Kardiologen, die ausreichende invasive Erfahrung besaßen.

Mancher strukturelle Fehler aus der DDR-Zeit ist heute in den neuen Bundesländern weitgehend oder völlig überwunden, wie z. B. „Institute oder Abteilungen für bildgebende Diagnostik" und sogar das „Institut für Ultraschalldiagnostik", in dem Echokardiographie auf Überweisungsschein erfolgte, oder invasiv und interventionell arbeitende Radiologen ohne kardiologisch-klinische Ausbildung. Andere Fehlentwicklungen sind mancherorts bis heute erkennbar, wie z. B. selbst in großen Kliniken fehlende „coronary care units", wodurch die Behandlung des Myokardinfarkts oder anderer kardiovaskulärer Notfälle auf allgemein-internistischen oder anästhesiologisch geführten Intensivstationen erfolgen muss, die den Kardiologen bestenfalls zum Konsiliararzt und Funktionsdiagnostiker beim Myokardinfarkt machen.

BIOGRAPHIEN

Die Geschichte einer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft ist von der Geschichte des Fachgebiets und von der Lebensgeschichte ihrer Mitglieder nicht zu trennen. Deshalb sollen im Folgenden einige ausgewählte Biographien vorgestellt werden. Dies erfolgt unter drei Gesichtspunkten:

1. Zu den Mitgliedern der GKA zählten durchaus Gelehrte, die Bleibendes hinterlassen haben.
2. Einige Professoren waren als klinische Lehrer bekannt und geschätzt und haben eine Vielzahl von Schülern hinterlassen.
3. Manche Mitglieder der GKA haben die DDR legal oder illegal aus unterschiedlichen Gründen verlassen. Einige spektakuläre Fälle sind bekanntgeworden.

Aus diesen drei Gruppen sollen einige Namen beispielhaft Erwähnung finden. Noch eine 4. Gruppe von Mitgliedern der GKA hätte ihre namentliche Nennung wohl verdient. Es gab Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit mit der Unterstützung von Ministerien und anderen (in)offiziellen Stellen zur Beschleunigung ihrer persönlichen Karriere förderten. Mancher hat dabei seinen ärztlichen Auftrag hintan gestellt. Es ist unübersehbar, dass besonders ab 1972 Protagonisten der GKA die Gesellschaft zur Förderung systemkonformer Ärzte und für eigene Interessen missbraucht haben. Mit einer einzigen Ausnahme im 5. Vorstand (Dr. S. Möckel) waren die Vorsitzenden der GKA und ihre Stellvertreter von 1972 bis 1989 Parteigenossen

der SED. Am besten bezeichnet das der Begriff „Überholspur", der auf jene Ärzte angewendet wurde, die sich von der Universitätsklinik in die Administration des Gesundheitsministeriums begaben. Von dort kehrten sie nach einigen Jahren habilitiert, als Professor, aber zumindest mit dem nötigen Support auf Chefarzt- oder Direktorenstellen, jedoch leider oftmals ärztlich weitgehend bis vollständig inkompetent, zurück. Die Zunahme dieser Biographien in der medizinischen Administration der DDR dürfte nach dem Eindruck des Verfassers am abnehmenden Niveau in den späten 80er-Jahren nicht unbeteiligt gewesen sein.

Wissenschaftliche Biographien

Es fällt nicht leicht, aus der 25-jährigen Historie einer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft, die die Geschichte ihres Fachgebiets in einem Territorium von über 17 Millionen Einwohnern gestaltet hat, einige Gelehrte herauszugreifen, denen es gelungen ist, trotz mannigfaltiger Beschränkungen die Fachgebiete Kardiologie und Angiologie soweit zu beeinflussen, dass Nachwirkungen bis heute und vielleicht auch darüber hinaus, in Deutschland, in Europa oder vielleicht noch in weiterer Dimension erkennbar bleiben. Deshalb möchte der Autor vor einer kurzen Darstellung des Lebenswerks einiger weniger Mitglieder der GKA daran erinnern, dass sich die große Zahl der Kardiologen und Angiologen der DDR in jahrzehnte- und lebenslanger Tätigkeit unter beschränkten technischen und finanziellen Möglichkeiten, ohne absehbare attraktive wirtschaftliche Aussichten oder eine berufliche Karriere und manchmal unter Repressalien um eine qualitativ hochwertige und wissenschaftliche Arbeit bemüht haben. Wenn im Folgenden einige wenige Mitglieder der GKA genannt werden, dann soll damit der Arbeit der vielen Ungenannten nicht die mindeste Abwertung zuteil werden.

Werner Porstmann. Werner Porstmann (geb. am 22. Februar 1921 in Geyersdorf/Erzgebirge; Abb. 1-3.3) studierte in Leipzig, Marburg und Greifswald, unterbrochen durch den Militärsanitätsdienst. Er arbeitete 1946 bis 1949 im Krankenhaus Annaberg und war 1949 bis zum Abschluss seines Facharztes für Innere Medizin 1953 Assistent bei Prof. M. Bürger an der Medizinischen Universitätsklinik in Leipzig. Er wechselte dann an das Röntgeninstitut der Charité zu Prof. F. Gietzelt nach Berlin und wurde Radiologe. 1956 wurde er Oberarzt und konnte sich 1961 habilitieren. Seit 1964 leitete er eine Abteilung und wurde 1981 Leiter des „Instituts für kardiovaskuläre Diagnostik" an der Charité. Seit 1965 war er Professor für Radiologie an der Humboldt-Universität. Prof. Porstmann begann 1957 mit der retrograden Linksherzkatheterisierung, führte 1959 die erste Koronarangiographie und auch die erste Vertebralisangiographie durch und hatte seit 1964 Erfahrungen mit der Katheterisierung von kongenitalen Herzfehlern bei Kleinkindern und Neugeborenen. 1964 begann er gemeinsam mit Ch. Dotter und J. Rashkind mit der interventionellen Therapie bei kardiovaskulären Erkrankungen. Die weltweit erste Mitteilung über interventionelle Verschlüsse eines Ductus arteriosus Botalli persistens entstammt seiner Feder. Wenige Tage vor dem ersten Eingriff in Zürich wollte

Prof. Porstmann in Berlin eine Koronarstenose dilatieren, aber in den Tagen seit der diagnostischen Angiographie hatte sich das Gefäß asymptomatisch verschlossen. Die Untersucher wagten nicht die Rekanalisation …

Werner Porstmann war Ehrenmitglied zahlreicher nationaler radiologischer und kardiologischer Gesellschaften, der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina, korrespondierendes Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften, Mitglied im 2. bis 4. Vorstand und Ehrenmitglied der GKA. Der Autor hat ihn als faszinierenden Lehrer für Studenten und Mitarbeiter kennengelernt. Werner Porstmann verstarb viel zu früh am 5. April 1982. Sein Lebenswerk wurde posthum anlässlich des 5. Joint Meeting of the Working Groups of the European Society of Cardiology 1988 in Santiago de Compostela mit dem Andreas-Grüntzig-Preis gewürdigt.

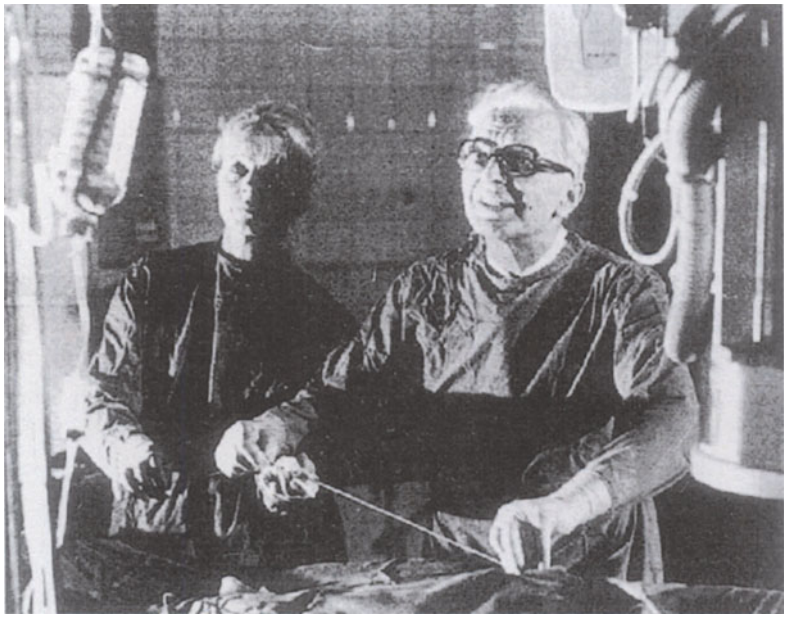


Abb. 1-3.3
Prof. Dr. med. Werner Porstmann

Albert Wollenberger. Albert Wollenberger (Abb. 1-3.4) wurde am 21. Mai 1912 in Freiburg/Breisgau geboren und begann nach dem Abitur in Berlin-Charlottenburg an der Universität in Berlin sein Studium der Medizin und Biologie. Die politische Situation in Deutschland zwang ihn zur Ausreise in die USA, wo es ihm auf Vermittlung von Albert Einstein gelang, sein Studium in Boston fortzusetzen. Seine politische Überzeugung veranlasste ihn, nach Kriegsende und einem Interim in Dänemark in die DDR zu gehen. Er gründete 1956 die Arbeitsstelle für Biochemie des Herzens in Berlin-Buch, aus der später das Institut für Kreislaufforschung und nachfolgend der Bereich für molekulare Kardiologie des Instituts für Herz- und Kreislaufforschung der Akademie der Wissenschaften der DDR entstand. Er war Autor der meistzitierten medizinischen Veröffentlichung aus der DDR, die die „Wollenberger-clamps“ zur Kryokonservierung von Herzmuskelgewebe beschrieb. Albert Wollenberger hat über 400 Publikationen und Lehrbuchkapitel verfasst und mehr als 40 Doktoranden und Habilitationen betreut. Er war Mitbegründer der Internationalen Gesellschaft für Herzforschung (International Society of Heart Research) und mehrere Jahre deren Präsident. Er war der 1. Vorsitzende, später deren Ehrenvorsitzender und Mitglied im 2. bis 4. Vorstand der GKA. Prof. Wollenberger war Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina sowie mehrerer ausländischer Wissenschaftsorganisationen. Sein ständiges Bestreben war die Zusammenführung von experimentellen und klinischen Forschungsergebnissen. Der Verfasser konnte die wissenschaftliche Arbeit von Prof. Wollenberger und seinen Mitarbeitern über viele Jahre aus nächster Nähe miterleben.

Abb. 1-3.4
Prof. Dr. med. Albert Wollenberger

Albert Wollenberger war vom Wert des sportlichen Trainings für die Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten überzeugt, er war Mitbegründer der „Lauf-dich-gesund-Bewegung" in der DDR und war selbst bis ins hohe Alter sportlich aktiv. Er verstarb am 25. September 2000 in Berlin.

Hochschullehrer

Gisela Teichmann. Gisela Teichmann (geb. am 19. September 1919 in Leipzig) studierte nach dem Abitur (als einzige Gymnasiastin in ihrer Klasse) in Leipzig, Innsbruck und Straßburg. Sie wurde 1951 Fachärztin für Innere Medizin und begann 1954 ihre Tätigkeit am medizinisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig. 1957 konnte sie sich habilitieren und erhielt 1960 einen Ruf als Dozentin für innere Medizin an die Universität Rostock, der sie über 40 Jahre treu blieb. 1964 erhielt sie die Berufung zum Professor mit Lehrauftrag, 1969 eine ordentliche Professur und war von 1974 bis zu ihrer Emeritierung 1980 Leiterin der Abteilung für Kardiologie und Angiologie der Klinik für Innere Medizin. Gisela Teichmann hat sich wissenschaftlich vor allem der Hypertonie gewidmet. Sie war 1972 Initiatorin der „Rostocker Gespräche für Hypertonie" in Ahrenshoop auf dem Darß sowie Gründerin und langjährige Leiterin der Arbeitsgruppe „Mittlere medizinische Fachkräfte" der GKA. Die Arbeitsgruppe wirkte kontinuierlich in zahlreichen Fortbildungstagungen. Über diese Arbeit wurde auf dem X. Weltkongress für Kardiologie in Washington 1986 berichtet. Es war bezeichnend für die Wissenschaftsadministration der DDR, dass nicht Gisela Teichmann vortragen durfte. Frau Professor Teichmann war Mitglied im 2. bis 4. Vorstand und Ehrenmitglied der GKA und der Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR sowie die einzige Frau, die mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks ausgezeichnet wurde. Sie hat bekannte Schüler (G.H. von Knorre, B. Wedler). Frau Prof. Teichmann verstarb am 7. April 2000 in Rostock.

Heinz Trenckmann. Heinz Trenckmann (geb. am 20. Juni 1920 in Magdeburg) studierte in Berlin, Wien und Würzburg und konnte 1944 das Staatsexamen ablegen. Er promovierte in Berlin und wurde 1951 Facharzt für Innere Medizin in Magdeburg. 1952 wurde er zum Oberarzt ernannt, habilitierte sich 1960 mit einem angiologischen Thema, wechselte mit Prof. R. Emmrich an die Universität Leipzig und übernahm die Leitung der Abteilung für Kardiologie und Angiologie. 1965 wurde er zum Professor mit Lehrauftrag und 1969 zum ordentlichen Professor berufen. Besonderes Anliegen von Heinz Trenckmann war stets die Lehre und Weiterbildung seiner Studenten und Mitarbeiter. Über seine didaktisch bestens vorbereiteten Vor-

lesungen und Untersuchungskurse wird noch heute von seinen Schülern berichtet. Er war Vorsitzender der GKA 1970–1972 und im 4. Vorstand der GKA, der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR 1982–1985 und ist Ehrenmitglied der Polnischen und Tschechoslowakischen Gesellschaften für Kardiologie sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er hat gemeinsam mit K. Bock, M. Herbst und F. Spreer 1971 ein Lehrbuch über *„Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße"* herausgegeben und war über 30 Jahre Herausgeber der von Th. Brugsch gegründeten *„Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete"*. Er hat bekannte Schüler (B. Graf, D. Modersohn, W. Urbaszek). Er lebt in Leipzig und nimmt bis heute regen Anteil am wissenschaftlichen Leben der Medizinischen Universitätsklinik.

Hermann Fiehring. Hermann Fiehring (geb. am 5. Oktober 1929) war seit 1956 unter dem Direktorat von Prof. Dr. A. Sundermann an der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt tätig. Hermann Fiehring wurde 1961 zum Oberarzt ernannt und konnte sich 1967 habilitieren. Er wurde Leiter der Abteilung für Kardiologie und hat 1969 die ersten koronaren Wachstation in der DDR gegründet. 1969/70 konzipierte er das Herzzentrum Erfurt/Bad Berka gemeinsam mit Prof. E. Hasche. Prof. Fiehring wechselte 1978 an das Zentralinstitut für Herz- und Kreislauf-Forschung der Akademie der Wissenschaften nach Berlin-Buch als Bereichsdirektor für Herzinfarktforschung und Intensivmedizin. Er war Mitglied im 2. bis 5. Vorstand der GKA und gab gemeinsam mit Frau Dr. I. Giegler die Monographie *„Elektrokardiographie in der klinischen Praxis"* im Jahre 1969 heraus, die sich über viele Jahre unter Studenten und Ausbildungsassistenten großer Beliebtheit erfreute.

Prof. Fiehring war sehr vielseitig kardiologisch tätig und hat bereits Ende der 60er-Jahre Untersuchungen zur Thrombolyse bei akutem Myokardinfarkt durchgeführt. Er initiierte und leitete zahlreiche Medikamentenstudien und war maßgeblich an der klinischen Prüfung des kardioselektiven Betarezeptorenblockers Talinolol (Cordanum) und des Phosphodiesterasehemmers Amrinon beteiligt. Prof. Fiehring war Initiator der Bad Liebensteiner Elektrokardiologischen Symposien. Einige seiner Schüler sind bekanntgeworden (I. Aßmann, I. Giegler, G. Oltmanns). Er lebt heute in Berlin.

Rudolf Zuckermann. Die Biographie von Rudolf Zuckermann (2. Oktober 1910 bis 29. April 1995) ist symptomatisch für das 20. Jahrhundert. Er floh vor dem Holocaust, dem seine Familie weitgehend zum Opfer fiel, 1933 zunächst nach Frankreich, begann in Paris das Medizinstudium und führte es in Basel zu Ende. Später nahm er als Truppenarzt in den Internationalen Brigaden am spanischen Bürgerkrieg teil. Über Casablanca konnte er mit Frau und Kind im letzten Moment Europa verlassen und erhielt seine kardiologische Ausbildung bei Prof. Dr. I. Chavez am Staatlichen Kardiologischen Institut der Universität Mexico. Auf Veranlassung seines Bruders Leo, der Jurist und schließlich Staatssekretär in Ulbrichts Regierung war, kam er 1953 in die DDR. Jedoch war sein Bruder – wohl auf Veranlassung der russischen und DDR-Geheimdienste – inzwischen verhaftet worden, was bereits unmittelbar nach seiner Ankunft nun auch Prof. R. Zuckermann

widerfuhr. Erst nach monatelanger und ergebnisloser Untersuchungshaft in Einzel- und Dunkelzellen wurde er entlassen. Über Bad Liebenstein kam er an die Martin-Luther-Universität nach Halle, wo er den ersten deutschen Lehrstuhl für Kardiologie erhielt. Seine Bücher *„Grundriß und Atlas der Elektrokardiographie“* (1959) und *„Herzauskultation“* (1963) haben viele Jahrgänge von Kardiologen der DDR geprägt. Seine Kompetenz auf dem Gebiet der Auskultation angeborener Herzfehler ist bis heute legendär. Einige seiner Schüler sind namhafte Kardiologen geworden (H. Mörl, G. Wagner, D. Schwartze, H. R. Ruser).

„Weggegangene“ Mitglieder der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR

Manche ehemalige Mitglieder der GKA haben aus unterschiedlichen Gründen und zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer beruflichen Entwicklung die DDR verlassen. Es gab Gründe im privaten Bereich (wenn unter den Repressalien der Diktatur die Ausbildung der Kinder nicht gewährleistet war oder wenn das eigene Gewissen den Druck des staatlich verordneten Atheismus nicht ertrug), es gab berufliche Gründe (wenn die eigene fachliche Entwicklung behindert, wenn der Zwiespalt zwischen fachlichen Möglichkeiten und fehlender Realisierbarkeit unerträglich oder wenn die Verwirklichung wissenschaftlicher Vorhaben behindert wurde), und es gab sicher auch wirtschaftliche Argumente. Oftmals mögen es mehrere Gründe gewesen sein, die zum „Weggehen“ führten.

Andererseits gab es auch viele Ärzte, deren ärztliches Ethos das „Weggehen“ verbot, deren Verantwortungsgefühl und Pflichtbewusstsein ihnen gebot, das Beste für ihre Patienten unter den gegebenen Bedingungen zu leisten. Manchem waren familiäre Bindungen entscheidend zum Bleiben.

Die Motivation des Einzelnen für oder gegen ein „Weggehen“ oder ein Bleiben ist schwer beurteilbar, im Einzelfall oft nicht bekannt und kann ganz sicher hier nicht bewertet werden. In vielen Fällen haben gut ausgebildete und motivierte Ärzte die DDR verlassen oder mussten sie verlassen, obwohl dieser Schritt in Kenntnis der Risiken einer Haftstrafe, einer jahrelangen Trennung von der Familie, beruflicher Unsicherheiten und eines Verlustes der Heimat im engeren Sinn allen nicht leichtfiel. Der Autor dieser Zeilen hat diesen Konflikt selbst erlebt und weiß um die Schwierigkeiten dieser Entscheidung. Wenn im Folgenden einige bekannte Kardiologen und Angiologen erwähnt werden, die die DDR ohne Ausreisevisum und damit nach offiziellem DDR-Rechtsverständnis „illegal“ verlassen haben, dann sind dies ausgewählte und durch ihre Gründe herausragende Biographien, die symptomatisch für die Zeit waren, die bekannt geworden und belegt sind. Sie können für viele namentlich nicht bekannte Kardiologen und Angiologen der DDR, die „weggegangen“ sind, nur Beispiele sein. Aus welchen Gründen auch immer sie gegangen sind, es war stets ein Verlust an ärztlicher Erfahrung und Kompetenz für die Patienten in der DDR, ein Verlust für die Studenten an den Fakultäten und ein Verlust in den Krankenhäusern und Ambulanzen. Alle hätten der motivierten Ärzte bedurft.

Im Folgenden soll nur ein einziger, allerdings besonders extremer Fall genauer dargestellt werden. Danach werden „weggegangene“ Kardio-

logen benannt, von denen einige in der DDR beruflich nachweislich behindert wurden, andere entsprechend ihrem „Kaderentwicklungsprogramm", nach sozialistischer Jugend- und Parteiarbeit an der Fakultät bis zu exponierten Positionen gefördert worden waren.

Abb. 1-3.5
Prof. Dr. med. Horst Linke

Horst Linke. Horst Linke (Abb. 1-3.5) wurde am 24. Februar 1924 in Neustadt/Orla (Thüringen) geboren. Nach dem Abitur 1942 studierte er in Graz, München und Göttingen und begann seine Tätigkeit 1949 in Schleiz. 1952 wechselte er zu Prof. M. Ratschow an die 2. Medizinische Universitätsklinik nach Halle. 1953 ging er nach Magdeburg zu Prof. R. Emmrich und blieb nach dessen Wechsel nach Leipzig bei Prof. J. Rechenberger. 1959 wurde er Oberarzt, konnte sich 1961 habilitieren und wurde Leiter der angiologischen Abteilung. 1965 wurde er zum Professor mit Lehrauftrag ernannt und 1969 ordentlicher Professor für innere Medizin mit Lehrstuhl an der Medizinischen Akademie Magdeburg. Horst Linke war 1964 bis 1972 Vorsitzender der Sektion Angiologie und Mitglied im 3. Vorstand der GKA.

Am 27. Oktober 1971 hielt Prof. Linke einen beachteten und mit Beifall bedachten Vortrag auf dem Jahreskongress für ärztliche Fortbildung der DDR in Dresden vor über 1.000 Ärzten zum Thema „Therapiestandards und ärztliche Entscheidung", in dem er keinen Zweifel an seinem christlichen Bekenntnis ließ. Dieser Vortrag wurde vom Rektor der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Prof. Dr. K. Winter, scharf angegriffen. Er unterstellte Herrn Prof. Linke eine Befürwortung der Sterbehilfe (Euthanasie) und äußerte:

„Damit stellen Sie sich auf eine Stufe mit dem Bajuwaren Strauss und dem Bombenleger Nixon, aber auch mit dem von Ihnen zitierten von Weizsäcker, dessen bürgerlich-idealistische Philosophie eine reaktionäre, den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Fortschritt hemmende Rolle spielt."

Der Vortragstext durfte damals (natürlich) nicht veröffentlicht werden, liegt jedoch heute vor und wurde sofort von den mutigen und integren Magdeburger Professoren K. Koelsch (Innere Medizin) und A. Morczek (Strahlentherapie) vollinhaltlich akzeptiert. Es wurde ein „Strafkolloquium" am 4. Februar 1972 in Magdeburg vor 16 SED-Mitgliedern, fünf informellen Mitarbeitern des Ministeriums für Staatssicherheit und vier parteilosen Teilnehmern einberufen.

Am 12. November 1972 war Prof. Linke zu einem Vortrag nach Wien eingeladen. Nachdem ihm zunächst die Reise untersagt worden war, machte man diese schließlich von der Teilnahme eines Begleiters abhängig. Horst Linke schrieb selbst am 15. Dezember 1972:

„Aufgrund hartnäckiger Interventionen der Universität Wien und aus politischen Erwägungen heraus (die Anerkennung der DDR durch Österreich stand bevor) ließ mich das Gesundheitsministerium der DDR doch reisen unter der Bedingung an die Kongreßleitung in Wien, daß mich SED-Genosse und Informant der Staatssicherheit, Doz. Dr. Horst Heine aus Berlin-Buch begleiten darf."

Diesem Begleiter musste Horst Linke auch noch selbst eine Einladung nach Wien beschaffen. Nach dem Vortrag kehrte Prof. Linke nicht in die DDR zurück, während Doz. Dr. H. Heine alles seiner vorgesetzten und zuständigen Dienststelle meldete. Ausreiseanträge von Ehefrau und Tochter von Prof. Linke wurden dreimal abgelehnt bis beide am 5. September 1973 in die Bundesrepublik flohen. Zwei befreundete Ehepaare und ein Student wurden wegen Mitwisserschaft inhaftiert. Noch 1973 wurde Prof. Linke von seinem Lehrstuhl abberufen und ihm das Recht zur Führung des Titels versagt. Prof. Linke erhielt jedoch eine Honorarprofessur an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und wurde 1973 bis 1987 Chefarzt der Rheingau-Taunus-Klinik in Bad Schwalbach, sowie nachfolgend Chefarzt der inneren Abteilung an der Rehabilitationsklinik Paracelsus in Bad Schwalbach. Prof. Linke konnte seine Rehabilitierung durch den Minister für Wissenschaft und Forschung des Landes Sachsen-Anhalt am 10. Januar 1994 noch erleben. Er verstarb am 9. September 1995 [46].

Max Ratschow. Max Ratschow (7. August 1904 bis 8. November 1963) war seit 1936 Oberarzt bei Prof. Dr. Cobet in Halle und 1945 bis 1952 Direktor der 2. Medizinischen Universitätsklinik in Halle. Er begründete die klinische Schule der Angiologie in Deutschland und verfasste ein über Jahrzehnte gültiges Standardwerk, das er aus der Monographie *„Die peripheren Durchblutungsstörungen"* (1938) bis zum Sammelwerk *„Angiologie"* entwickelte. 1952 verließ Ratschow für seine Mitarbeiter überraschend Halle und ging später nach Darmstadt, wo er von 1954 bis zu seinem Tode als Klinikdirektor tätig war. Max Ratschow war 1963 Präsident der 29. Jahrestagung der DGK.

Hellmuth Kleinsorge. Hellmuth Kleinsorge (geb. am 12. April 1920 in Bonn) war ab 1956 Direktor der Medizinischen Universitätspoliklinik für Innere und Nervenkrankheiten in Jena und ging 1969 nach Ludwigshafen. Er führte das Ajmalin in die Arrhythmiebehandlung ein. Prof. Kleinsorge verstarb am 7. Juli 2001 in Neustadt/Weinstraße.

Hubert Mörl. Hubert Mörl (geb. am 30. Dezember 1935 in Prag) war nach dem Studium in Leipzig in der Hallenser Universitätsklinik zuächst bei Prof. Dr. R. Zuckermann, dann unter der Leitung von Prof. Dr. K. Seige tätig. Er erhielt keinerlei Unterstützung der DDR-Administration. Als seine berufliche Entwicklung nach Habilitation 1969 und umfangreicher Publikationstätigkeit von politischer Seite behindert wurde, verließ er 1972 die DDR, wechselte zunächst nach Gießen, dann nach Heidelberg zu Prof. Dr. G. Schettler und wurde 1985 Chefarzt im Diakonissenkrankenhaus in Mannheim. Er ist seit Januar 2001 im Ruhestand und lebt heute in Bammental bei Heidelberg.

Roland Paliege. Roland Paliege wurde als Internist und Intensivmediziner an der Universitätsklinik Jena bei Prof. Dr. S. Müller ausgebildet, bevor er nach der Habilitation auf elektrokardiologischem Gebiet als Oberarzt nach Suhl wechselte. Auch ihm blieb die Unterstützung der medizinischen Administration in der DDR versagt. Er ging 1986 in die Bundesrepublik und lebt heute als internistischer Chefarzt in Bad Hersfeld.

Bernd Heublein. Bernd Heublein wurde bei Prof. Dr. R. A. Parsi in Berlin ausgebildet. Er hatte sich alle Förderung der DDR-Administration verdient und wurde schließlich Leiter der kardiologischen Abteilung an der 1. Medizinischen Klinik der Charité. Er gab 1986 zwei Bände *„Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen"* mit internationalem Autorengremium im Rahmen des *„Handbuch Innerer Erkrankungen"* von G. Brüschke heraus. 1987 kehrte er nach einem Aufenthalt in Österreich nicht mehr in die DDR zurück. Er lebt heute in Hannover.

Weitere „Weggegangene". Wie weit darf man zurückgehen mit der Liste motivierter junger Menschen, die „weggegangen" sind? Gisbert Sponer verließ unmittelbar nach dem Abitur seine Heimatstadt Leipzig und entwickelte später in Mannheim das Carvedilol, das nach dem „US-Carvedilol-Heart-Failure-Program", australisch-neuseeländischen Untersuchungen, den CAPRICORN-, COPERNICUS- und COMET-Studien weltweite Akzeptanz gefunden hat. Andreas Grüntzig ist in Dresden aufgewachsen, lebte zeitweise in Rochlitz und besuchte in Leipzig das Thomas-Gymnasium bevor er die DDR verlassen musste. Er hat in Heidelberg sein Abitur abgelegt und in Zürich am 16. September 1977 mit der ersten koronaren Dilatation eine neue Epoche in der Kardiologie eröffnet.

Die vollständige Liste der „Weggegangenen" wäre sehr lang. Die Genannten können nur Beispiele für das Problem sein. Auch das war das Leben in der DDR: Man kehrte aus dem Sommerurlaub zum Dienst zurück mit der (unausgesprochenen) Frage, wer denn wohl noch da sein würde. Es fehlte fast jedes Jahr jemand aus dem Freundeskreis, von den Bekannten oder den Kollegen.

FORSCHUNGSERGEBNISSE

Über wissenschaftliche Leistungen von Ärzten in der DDR auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist nur noch wenig bekannt. Spätestens nach dem Bau der Mauer 1961 konnte man Wissenschaftler der DDR auf internationalen Kongressen nur sehr selten antreffen. Publikationen in wichtigen internationalen Journalen waren die Ausnahme. In Kenntnis des wirtschaftlichen Niedergangs und des späteren Zerfalls der DDR wird heute zu rasch davon ausgegangen, dass es wirkliche Innovationen nicht gegeben habe. Jedoch ist die Problematik vielschichtiger.

Richtig ist, dass Forschungsleistungen, die abhängig von moderner technischer Ausrüstung sind, wegen des chronischen Geldmangels in der SBZ und der DDR nur selten möglich waren. Jahrelange Planung von Gerätebestellungen führte dazu, dass Themen unattraktiv oder Technik überholt war, wenn sie endlich verfügbar wurde. Am günstigsten war die Situa-

tion für eine Arbeitsgruppe, wenn ein Mitarbeiter Ausländer war oder reisen durfte und damit Zugang zu Biochemikalien, Implantaten oder Geräten hatte. Manche technische Innovation wurde durch Mitarbeiter der Industrie großzügig zur Verfügung gestellt (Herzschrittmacher, Herzklappen, implantierbare Defibrillatoren). Jedoch gab es auch auf diesen Gebieten eigene Entwicklungen.

Medikamente

Ajmalin. Bei Untersuchungen von Alkaloiden von Rauwolfia serpentina, die bereits als Extrakt in die Hypertonietherapie eingeführt waren, widmete sich Hellmuth Kleinsorge 1955 am Budapester Physiologischen Institut dem Ajmalin. Es folgten systematische Prüfungen, die gemeinsam mit der Firma Giulini zur Zulassung in der Bundesrepublik 1959 führten. Schwierig war die Entwicklung oral anwendbarer Präparationen wegen der geringen Resorption von Ajmalin. Gemeinsam mit dem Arzneimittelwerk Dresden gelang die Entwicklung weiterer Ajmalinpräparate. 1973 führte Giulini in der Bundesrepublik Prajmaliumbitartrat (Neo-Gilurytmal) und 1976 das Arzneimittelwerk Dresden Detajmiumbitartrat (Tachmalcor) ein, das bis heute verwendet wird.

Talinolol. Mit den ersten kardioselektiven Betarezeptorenblockern wurde im Arzneimittelwerk Dresden das Talinolol (Cordanum) entwickelt, das nach dem Bekanntwerden der Nebenwirkungen von Practolol viel verwendet wurde. Cordanum war bis zum Ende der DDR der einzige verfügbare kardioselektive Betablocker, der in großer Menge hergestellt und exportiert wurde und in den neuen Bundesländern bis heute sehr verbreitet ist. Umfangreiche Untersuchungen von Talinolol liegen von H. Fiehring und I. Aßmann vor. Es erfolgte ein breiter Einsatz sowohl in der Behandlung der arteriellen Hypertonie als auch bei der koronaren Herzkrankheit. Das Präparat ist bis heute verfügbar.

Trapidil. Trapidil (Rocornal) wurde im Hydrierwerk Rodleben 1964 entwickelt, am Pharmakologischen Institut in Halle untersucht und von Dr. E. Thomas bis zur Zulassung 1971 begleitet. Es handelt sich um eine bis heute interessante Substanz, die wegen kalziumantagonistischer Effekte zunächst in der Koronartherapie Einsatz fand, jedoch keinen Steal-Effekt aufweist. Das Interesse am Trapidil hat Prof. K. Schrör – auch ein „Weggegangener" – mit nach Düsseldorf genommen und manche neue Erkenntnis hinzugefügt. Erst später wurden Wirkungen auf den Prostaglandinstoffwechsel demonstriert und ein hemmender Einfluss auf die Thrombozytenaggregation belegt. In den letzten Jahren wurde ein Antagonismus auf Wachstumsfaktoren aus dem Gefäßendothel und aus Thrombozyten (PDGF) nachgewiesen. Trapidil senkt den sekundären pulmonalen Hochdruck. Rocornal ist eines der wenigen Medikamente aus DDR-Entwicklung, dessen Nutzung seit 1974 unter Verwendung des Warenzeichens (an Japan) vergeben wurde. Die Substanz ist unverändert aktuell, weil sie in einer großen internationalen Untersuchung (STARC-Studien) als einziges Mittel eine Suppression der koronaren Restenose nach Dilatation gezeigt hat. Im

Vergleich zur Acetylsalizylsäure bei instabiler Angina pectoris erwies sich Trapidil in einer Studie überlegen (JAMIS-Studie). Pars pro toto: Obwohl aus der Anfangszeit zahlreiche pharmazeutische, klinisch-pharmakologische und auch klinische Untersuchungen zum Trapidil publiziert vorliegen, wird heute in der Regel weder auf die Herkunft des Mittels verwiesen, noch werden die alten Veröffentlichungen auch nur erwähnt.

Gerinnungshemmende Mittel. Die Pharmakologen Prof. K.O. Haustein und Prof. F. Marquardt in Erfurt suchten bereits Ende der 50er-Jahre nach blutgerinnungsaktiven Mitteln. Zahlreiche Mitteilungen liegen über die Paraaminomethylbenzoesäure (PAMBA, Oranienburger Pharmawerk) bei fibrinolytisch bedingten Blutungen und über Hirudine des medizinischen Blutegels Hirudo medicinalis (Refludan, Aventis Pharma) vor, die bis heute bei heparininduzierter Thrombozytopenie in der kardiovaskulären Medizin und anderswo Anwendung finden.

Instrumentelle Eingriffe und technische Entwicklungen

Im Gegensatz zu den westlichen Industrieländern, in denen die Industrie für Wartung und Reparatur ihrer Geräte zuständig war, war in den Kliniken und Instituten der DDR stets eine „Abteilung Medizintechnik“ präsent, die für die Wartung, Anpassung an aktuelle Bedürfnisse und Reparaturen sowie z. T. auch für Neuentwicklungen zuständig war. Hier waren Ingenieure, Techniker und später Informatiker und Elektroniker tätig, deren Arbeit für eine kardiovaskuläre Klinik unerlässlich war. Nicht nur, dass diese Mitarbeiter alle Geräte warteten und ggf. reparierten, sie hielten auch ältere und z. T. museal alte Apparate funktionsfähig. Gerade für die Kardiologie mit ihrem hohen Bedarf an Technik waren diese Mitarbeiter unverzichtbar. Langzeit-EKG-Recorder, Ultraschallgeräte, externe Schrittmacher und Ösophagussonden wurden entwickelt. Hochenergieumschalter für die Gleichstromablation und Averaging-Maschinen für die Registrierung des gefilterten und hochverstärkten EKGs wurden gebaut. Die Reparatur kleinerer Schäden an Röntgengeräten, Monitoren und Kabeln waren an der Tagesordnung. Gelegentlich gelang es, aus zwei defekten Geräten ein funktionsfähiges zusammenzusetzen. Alles hatte den Hintergrund, teure Ersatzteile und Serviceleistungen zu minimieren und damit Gelder einzusparen. Dieses Klima ermöglichte eigene Entwicklungen zumindest insoweit, als keine Investitionen erforderlich waren. In jedem Fall waren die Kardiologen in der Improvisation bestens geschult, wenn z. B. die passenden Katheter nicht verfügbar waren. Die Eigenproduktion von Kathetern aus „Meterware“ und das Wiederaufarbeiten von Kathetern zur mehrfachen Verwendung, was gerade gegenwärtig aus durchaus ähnlichen Gründen wieder diskutiert wird, war in der DDR an der Tagesordnung und wurde von einer „Katheterschwester“ unter einer großen Lupe jeden Tag praktiziert. Nicht mehr überwindbare Grenzen fanden Improvisation und Innovation im Krankenhaus, wenn es um die eigentliche Geräteentwicklung ging, wenn mechanische Transducer für die Ableitung von Pulskurven, Mikrophone mit definiertem Frequenzspektrum für die Phonokardiographie oder ganze Überwachungsanlagen für die Intensivstationen erforderlich

wurden. Röntgentechnik und Ultraschalltechnik waren durch die raffinierten Tüftler und Bastler nicht zu ersetzen. Immerhin hat dieser Hintergrund zur Folge gehabt, dass die Techniker und Ingenieure aus den Kliniken später gesuchte Mitarbeiter bei medizintechnischen Firmen, in der Herzschrittmachertechnik, der Röntgentechnik und EKG-Verarbeitung wurden.

Der Verschluss des offenen Ductus arteriosus Botalli persistens mit Ivalon-Pfropfen durch *Prof. W. Porstmann* (Berlin) gehört zu den bekannt gewordenen technischen Eingriffen und wurde bereits erwähnt.

Prof. P. Romaniuk (Berlin) entwickelte für die Mitralklappenstenose einen Katheter, der transjugulär und transseptal in den linken Vorhof und transmitral in den linken Ventrikel eingeführt wurde, um nach Freisetzen eines Sägeblattes die eingeengte Mitralklappe zu eröffnen. Auch wenn sich das Verfahren nicht etabliert hat, muss es im Nachhinein als Weg zur Mitralklappenvalvuloplastie verstanden werden.

In Rostock erfolgten zwischen 1980 und 1990 unter der Leitung von *Prof. W. Urbaszek* Versuche zur Entwicklung eines künstlichen Herzens. Die Situation für dieses Projekt war gerade an der Rostocker Universitätsklinik durch die Präsidentschaft von Klinikdirektor Prof. Dr. H. Klinkmann in der Weltgesellschaft für Künstliche Organe besonders günstig. Dadurch bestand zunächst Zugang zu Mitteln und Geräten und die nötige Unterstützung durch die regionale und zentrale Administration sowie internationale Kontakte (Prof. W.J. Kolff, Salt Lake City/USA). Im Ergebnis des Projekts lag ein mehrfach überarbeitetes und verbessertes künstliches Herz aus Polyurethan vor, das pneumatisch gesteuert wurde. Als Herzklappen wurden Björk-Shiley-Prothesen verwendet. Ein Einsatz erfolgte im Tierversuch am Kalb in Brno (Slowakei) mit einer Überlebensdauer von über 200 Tagen. Letztlich kam es zu keiner industriellen Produktion, weil die schwerfällige Planwirtschaft am Ende der DDR mit ihren limitierten Mitteln zu der nötigen Flexibilität nicht in der Lage war.

Prof. S. Müller hatte in Jena die ersten Herzmuskelbiopsien in Europa vorgenommen. Das von ihm entwickelte, in Suhl gebaute und später von P. Richardson in London modifizierte Biotom gestattete erstmals die Entnahme mehrerer Biopsien aus dem Herzen. Die bildgebende Ultraschalltechnik begann in der DDR mit Untersuchungen in Halle, Dresden und Jena bereits in den 50er-Jahren und wurde vor allem von Prof. *R. Millner* vorangetrieben, der Sonographiegeräte und Dopplersonden entwickelte, die in Halle hergestellt wurden. Eine „eiserne Lunge" hatte *K. Tietze* gebaut. Eine Herz-Lungen-Maschine von *Prof. K. L. Schober* und dem Biopysiker *Struss* ist noch heute in Halle zu besichtigen.

Präventive Kardiologie, epidemiologische Untersuchungen und Register

Das zentralistisch und dirigistisch geführte Gesundheitswesen der DDR war der ideale Ort für epidemiologische Untersuchungen, konnten doch Kollegen in Kliniken und Ambulanzen einfach durch dienstliche Anweisung zur Mitarbeit verpflichtet werden. Epidemiologische Untersuchungen benötigen kaum technische Voraussetzungen, und verwertbare Ergebnisse waren praktisch vorprogrammiert.

Herzinfarktbekämpfungsprogramm. In diesem Programm wurden repräsentative Bevölkerungsräume in Form eines Stadtbezirks einer Großstadt (Berlin-Mitte), einer Stadt mit zugehörigem Landkreis (Erfurt Stadt und Land), einer mittleren Kreisstadt (Prenzlau) und einer Kleinstadt (Dippoldiswalde) hinsichtlich der Inzidenz und Entwicklung von Morbidität und Mortalität am Herzinfarkt über Jahre hinweg beobachtet. Die Meldung eines Infarkts oder Infarktverdachts war obligat. Obduktionen sind in jedem Fall erfolgt, was ebenfalls heute nicht mehr möglich ist. Das Projekt wurde von *Dr. S. Möckel* (Dessau) initiiert und nach seinem Tod bis zum Ende der DDR fortgesetzt. Es ist oftmals auf den Tagungen der GKA darüber berichtet worden. Zum Problem wurde bereits zu Beginn und zunehmend in den folgenden Jahren, dass das Projekt eher die Insuffizienz der kardiologischen Betreuung in der Breite dokumentierte als den Erfolg von Interventionen. Dies erklärt sich zwanglos aus den limitierten technischen Voraussetzungen in den betroffenen Regionen. Erst in den 90er- Jahren zeigte sich, dass die Infarktmortalität in den neuen höher als in den alten Bundesländern war. Diese Erkenntnis war für den Sachkenner weniger überraschend, hätte allerdings das erste Ergebnis des Herzinfarktbekämpfungsprogramms sein müssen.

Hypertoniebekämpfungsprogramm. Ein besseres Schicksal erlebte das Hypertoniebekämpfungsprogramm. Zumindest standen diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung. Systematisch wurden die Arbeiter verschiedener Betriebe, bestimmte Jahrgänge einer Stadt- oder Landbevölkerung oder die Kinder eines bestimmten Schuljahres untersucht.

Zentrales Herzschrittmacher-Register. Dieses Register wurde von *J. Witte* (Berlin) geführt und enthielt bis 1991 ausnahmslos alle in der DDR implantierten oder ausgetauschten Herzschrittmacher einschließlich aller Komplikationen und damit Daten zu Implantation und Follow-up von über 62.000 Herzschrittmachern. Eine solche 100%ige Erfassung der Implantationen ist sonst nirgendwo wieder erreicht worden. Die gegenwärtigen Bemühungen um eine Fortsetzung des Deutschen Zentralregisters Herzschrittmacher GmbH von Prof. W. Irnich wären 1991 auch für das DDR-Register zu wünschen gewesen.

Experimentelle Kardiologie

Der Nachweis einer Antigenwirkung von Betarezeptoren und die Demonstration von Antikörpern als Mechanismus einer Kardiomyopathie geht auf Untersuchungen aus Berlin-Buch zurück. Ein Assay zur Bestimmung der Phosphorylase als Marker einer myokardialen Nekrose wurde ebenfalls in der Arbeitsgruppe von Prof. A. Wollenberger entwickelt. Antiarrhythmika wurden mit Patch-clamp-Techniken untersucht.

SCHLUSSWORT

Letztlich erfüllte die GKA die Funktionen der DGK in der DDR, nachdem die politische Administration mit dem Bau der Mauer am 13. August 1961 die Wirksamkeit der DGK in der DDR verhinderte. Die GKA sollte alle Aufgaben der DGK übernehmen in der Wissenschaftsorganisation, für die medizinische Betreuung und in der Fortbildung der Ärzte. Von diesen Aufgaben wurde bis auf einige genannte Ausnahmen vor allem der Fortbildungsaspekt durch die Organisation von Kongressen und Regionaltagungen und die Einführung der Subspezialisierung Kardiologie/Angiologie erfüllt. Für eine Erfüllung der anderen Aufgaben standen weder Voraussetzungen noch Mittel zur Verfügung. Die GKA wurde nach der 3. Hochschulreform und speziell ab 1972 durch ihre Protagonisten missbraucht für politische Zwecke und zur Förderung systemkonformer Ärzte. Trotzdem sind aus der Tätigkeit der GKA und der kardiovaskulären Medizin Spuren verblieben, von denen einige bewahrt und mit Nutzen heute verwendet werden können. Als nach dem Fall der Mauer am 9. November 1989 die DGK wieder für die Ärzte und Patienten auf dem Territorium der DDR wirksam wurde, hatte die GKA ihre Funktion erfüllt und löste sich auf.

DANKSAGUNG

Die Materialsammlung für dieses Kapitel erwies sich als schwierig: Private Dokumentensammlungen wie öffentliche Archive in Bibliotheken sind zu großen Teilen mit der Entsorgung der DDR-Vergangenheit verlorengegangen. Informationen von Zeitzeugen und Beteiligten hatten ihre Grenzen: Der Autor hat zahlreiche Kardiologen der DDR angesprochen und angeschrieben:

Wenige waren – aus welchen Gründen auch immer – nicht zur Mithilfe bereit. Der Autor bedauert diese Entscheidung, weil damit Informationen und Argumente fehlen, die hätten belegen können, dass in der DDR mit anderen Möglichkeiten, mit weit begrenzteren Mitteln als in der alten Bundesrepublik und mit ungleich größeren Schwierigkeiten ordentliche Kardiologie und Angiologie betrieben wurden.

Sechs Mitglieder der GKA – alles ehemals Protagonisten der GKA und der Kardiologie in der DDR – wurden bewusst nicht befragt, weil ihre Aussagen weder damals glaubwürdig waren noch heute nachprüfbar sein würden. Bezeichnend ist, dass nur zwei von ihnen heute Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung sind.

Umso mehr ist der Autor folgenden Kollegen zu Dank verpflichtet: PD Dr. E. Altmann (Dresden), Prof. Dr. I. Aßmann (Erfurt), PD Dr. K.D. Dück (Erfurt), Prof. Dr. H. Fiehring (Berlin), PD Dr. B. Graf (Schwerin), Dr. H.J. Kleiner (Berlin), Prof. Dr. G.H. von Knorre (Rostock), Dr. E. Meisel (Dresden), Prof. Dr. H. Mörl (Heidelberg), Prof. Dr. S. Müller (Jena), Dr. A. Neugebauer (Leipzig), Dr. P. Piorkowski (Cottbus), Prof. Dr. H.J. Pech (Strausberg), Dr. R. Pundrich (Magdeburg), Prof. Dr. J. Schauer (Leipzig), Dr. D. Schwartze (Halle), Prof. Dr. Dr. h.c. K. Seige (Halle), Prof. Dr. W. Teichmann (Halle), Prof. Dr. H. Trenckmann (Leipzig), Prof. Dr. W. Urbaszek (Greiz), Prof. Dr.

H.J. Volkmann (Annaberg-Buchholz) und Prof. Dr. J. Witte (Berlin). Sie haben gesammelte eigene Unterlagen zur Verfügung gestellt und mit ihren Erinnerungen und vielfältigem Rat geholfen.

LITERATUR UND QUELLEN

1. Bericht über die Tagung des Vorstands der GKA vom 16.1.1970
2. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 5.2.1971
3. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 22.10.1971
4. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 17.1.1974
5. Protokoll über die Sitzung der GKA vom 15.10.1971
6. Bericht über die Mitgliederversammlung der GKA vom 17.5.1972
7. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 14.5.1972
8. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 5.9.1972
9. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 23.1.1973
10. Bericht über die Vorstandssitzung der GKA vom 21.9.1973
11. Rundschreiben an alle Mitglieder vom März 1970
12. 7. Mitteilung der GKA vom Oktober 1969
13. 8. Mitteilung der GKA vom April 1970
14. 9. Mitteilung der GKA (vom April 1972?)
15. 10. Mitteilung der GKA (vom Juni 1972?)
16. 11. Mitteilung der GKA vom 20.11.1972
17. 12. Mitteilung der GKA vom 26.7.1973
18. Mitteilungsblatt Nr. 13 der GKA vom 4.3.1975
19. Mitteilungsblatt Nr. 14 der GKA vom Juli 1975
20. Mitteilungsblatt Nr. 15 der GKA vom 11.5.1976
21. Mitteilungsblatt Nr. 16 der GKA vom 20.8.1976
22. Mitteilungsblatt Nr. 17 der GKA vom Dezember 1976
23. Mitteilungsblatt Nr. 18 der GKA (kein Datum, etwa Frühjahr 1977)
24. Mitteilungsblatt Nr. 19 der GKA vom September 1977
25. Mitteilungsblatt Nr. 20 der GKA vom April 1978
26. Mitteilungsblatt Nr. 21 der GKA vom Juni 1978
27. Mitteilungsblatt Nr. 22 der GKA (kein Datum)
28. Mitteilungsblatt Nr. 23 der GKA vom November 1979
29. Mitteilungsblatt Nr. 24 der GKA vom September 1980
30. Mitteilungsblatt Nr. 25 der GKA vom Februar 1981
31. Mitteilungsblatt Nr. 26 der GKA (kein Datum)
32. Mitteilungsblatt Nr. 27 der GKA vom Januar 1982
33. Mitteilungsblatt Nr. 28 der GKA vom Juli 1982
34. Mitteilungsblatt Nr. 29 der GKA vom Februar 1983
35. Mitteilungsblatt Nr. 30 der GKA vom Juli 1984
36. Mitteilungsblatt Nr. 31 der GKA vom Juni 1985
37. Mitteilungsblatt Nr. 32 der GKA vom Mai 1986
38. Mitteilungsblatt Nr. 33 der GKA vom Juni 1986
39. Mitteilungsblatt Nr. 34 der GKA vom Juni 1987
40. Mitteilungsblatt Nr. 35 der GKA vom Juni 1988
41. Mitteilungsblatt Nr. 36 der GKA vom Januar 1989
42. Mitteilungsblatt Nr. 37 der GKA vom Juli 1989
43. Statut der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR vom 1.7.1970
44. Statut der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR vom 1.6.1972
45. Statut der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR vom 2.4.1982
46. Mielke U, Kramer K (1997) Der Vorgang Prof. Dr. med. habil. Linke. Die Medizinische Akademie Magdeburg und das Ministerium für Staatssicherheit. Forschungsheft 2
47. Matthes T, Rohland L, Spaar H (1981) Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, Teile I/II. VEB Volk und Gesundheit, Berlin
48. Mehlig J (1999) Wendezeiten: Die Strangulierung des Geistes an den Universitäten der DDR und dessen Erneuerung. Bock & Herchen, Bad Honnef
49. Bruns G (1999) Politischer Widerstand an den Medizinischen Fakultäten der DDR bis 1961. In: Zeitzeugen berichten: Wie die DDR die Universitäten unterdrückte. Deutscher Hochschulverband, Heft 67