

Editorial	Engagierte Ärzte für die Berufspolitik	104
Kammerwahl 2007/2011	Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011 Kandidaten für die Kammerversammlung	105
Berufspolitik	10 Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“ Organisationspathologische Erwägungen zur Forderung nach Bürokratie-Abbau	119 123
Tagungsbericht	19. Dresdner hämatologisch- onkologisches Gespräch	121
	Impressum	120
Amtliche Bekanntmachung	Informationen des Landesversorgungsamtes zur Befundhonorierung	122
Gesundheitspolitik	Sachsen impft! Unerwünschte Nebenwirkungen nach Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen Praxisleitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom	127 128 138
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Informationen zur Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung 14. Dresdner Ärzteball Konzerte und Ausstellungen	135 135 135
Mitteilung der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	136
Personalia	Unsere Jubilare im April Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Hausteil zum 70. Geburtstag Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Roland Schwarze	137 139 140
Kunst und Kultur	Ausstellung: Michael Schwill Ausstellung: Gedächtnisverlust	141 141
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Mai 2007	



Engagierte Ärzte für die Berufspolitik



Eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung ist nach der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Deutschen Bundestag schwer möglich. Die Koalition lässt sich mit der Arroganz der Macht ein sogenanntes GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz parlamentarisch bestätigen, das von 80 Prozent der Bevölkerung abgelehnt wird und von dem Gesundheitsweisen Rürüp als Missgeburt bezeichnet wurde. Die Gesundheitsreform ist eine Zumutung für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind und für die Patienten.

Durch die zahlreichen Demonstrationen und Proteste der Ärztinnen und Ärzte sowie der Bündnispartner konnte eine geringe Schadensbegrenzung erreicht werden. Die Reform hat dennoch eine völlig falsche Grundausrichtung. Sie führt in die Staatsmedizin mit Zuteilung und Wartelisten, wenn die Mechanismen des GKV-WSG zu wirken beginnen. Dieses System haben wir in Ostdeutschland ausreichend kennen gelernt. Die Erfahrungen weltweit zeigen, dass weder der „pure“ Staat noch der „ungezügelter“ Markt die Gesundheits- und Sozialprobleme der Länder zufriedenstellend lösen können. Es bedarf der sozialen Marktwirtschaft, die die Rahmenbedingungen schafft für die gestaltenden Kräfte der freiwilligen Selbstverwaltung. Leider zeigt sich, dass die bisherigen Maximen „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ (Seehofer). „Mehr Freiheit wagen“ (Merkel) durch künftigen staatlichen Dirigismus konter-



kariert werden. Die beabsichtigte sogenannte Marktberreinigung im ambulanten und stationären Sektor gefährdet auch die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Patienten in Sachsen. Besonders ältere Menschen und Familien mit Kindern in ländlichen Gegenden, wie dem Erzgebirge oder der Lausitz, werden dadurch vor enorme Probleme gestellt.

Ordnungspolitisch werden mit dem Gesetz die freie Arztwahl und die Freiberuflichkeit der Ärzte weiter eingeschränkt und die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zunehmend reglementiert.

Die Koalition hat eine Lösung des Finanzierungsproblems in der gesetzlichen Krankenversicherung völlig verfehlt. Nach wie vor ist zu befürchten, dass die Zuschüsse und die staatliche Beitragsfestsetzung durch kurzfristige politische Erwägungen bestimmt werden und nicht von der Notwendigkeit, ausreichend Mittel zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts bereitzustellen.

In der Reform gibt es nur wenige positive Elemente: Dazu gehören die Pflichtversicherung, die ärztliche Kompetenz bei der Fortbildung und die Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung wird aber nicht erreicht, im Gegenteil, es ist zu befürchten, dass wir den heutigen Standard verlieren. Deshalb besteht die akute Notwendigkeit, die sächsischen Ärzte und Bürger umfassend über die Folgen der Reform zu informieren. Wir werden mit allen ärztlichen Organisationen und dem Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen die Gespräche darüber fortführen, wie wir auch nach der Verabschiedung des Gesetzes gemeinsam eine intensive Information gewährleisten und durch eine engagierte Berufspolitik eine Änderung des eingeschlagenen politischen Kurses erreichen können. Dazu benötigen wir politisch engagierte Ärzte in den sächsischen Regionen und in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer.

Für die Wahl zur Kammerversammlung der Wahlperiode 2007/2011 haben sich zahlreiche Kolleginnen und Kollegen für eine Kandidatur entschieden. Diese Ärztinnen und Ärzte werden Ihnen in diesem Ärzteblatt vorgestellt. Darunter befinden sich berufspolitisch erfahrene Kollegen, aber auch junge Nachwuchskandidaten.

Machen Sie sich ein Bild und nutzen Sie Ihr Wahlrecht! Die Briefwahlunterlagen erhalten Sie bis zum 20. März 2007.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Kandidaten für die Wahl zur Kammer- versammlung Wahlperiode 2007/2011

Gemäß §§ 12 und 13 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer haben die jeweils zuständigen Kreiswahlleiter die Wahlvorschläge der Wahlkreise nach der

Reihenfolge ihres Einganges geprüft und die zuständigen Kreiswahlausschüsse über die Zulassung der Wahlvorschläge entschieden. Das Ergebnis wurde dem Landeswahlausschuss mitgeteilt und von diesem in der Sitzung vom 20. Februar 2007 bestätigt. 143 Kandidaten haben sich für die Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet. Im Folgenden veröffentlichen wir die Meldungen nach Regie-

rungsbezirken und Wahlkreisen geordnet. Es werden alle Kammermitglieder aufgerufen, sich an der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011 vom **20. März bis 10. April 2007** zu beteiligen.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Landeswahlleiter

Wahlkreise im Regierungs- bezirk Chemnitz

Stadt Chemnitz

7 Sitze

10 Kandidaten



Dr. med. Andreas Bartusch
Facharzt für Kinderchirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Jeannette Baumann
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärztin,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Prof. Dr. med. Lothar Beier
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Arzt im Ruhestand, Chemnitz



Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie, Facharzt
für Hygiene und Umweltmedizin
Arzt im Ruhestand, Chemnitz



Dr. med. Klaus Kleinertz
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt,
MVZ am Küchwald GmbH Chemnitz



Dr. med. Claudia Kühnert
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Chemnitz



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dipl.-Med. Anke Protze
Fachärztin für Öffentliches Gesund-
heitswesen, Fachärztin für Hygiene
und Umweltmedizin, Angestellte
Ärztin, Gesundheitsamt, Chemnitz



Dr. med. Ulf Schendel
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Edgar Strauch
Facharzt für Urologie,
Angestellter Arzt, Zeisigwald-
kliniken Bethanien, Chemnitz

Annaberg

1 Sitz

1 Kandidat



Dipl.-Med. Hans-Georg Lembcke
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Schlettau

Aue-Schwarzenberg

3 Sitze

3 Kandidaten



Dr. med. Steffen Liebscher
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Aue



Dr. med. Lars Schirmer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Aue



Dr. med. Franziska Werner
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Angestellte Ärztin,
Kliniken Erlabrunn gGmbH

Chemnitzer Land

2 Sitze

2 Kandidaten



Dr. med. Michael Kottke
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Glauchau



Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern
Facharzt für Chirurgie
Arzt im Ruhestand,
Hohenstein-Ernstthal

Freiberg

2 Sitze
2 Kandidaten



Stefan Link
Facharzt für Urologie
Angestellter Arzt,
Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH



Dr. med. Hella Wunderlich
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin,
Großhartmannsdorf

Mittlerer Erzgebirgskreis

1 Sitz
2 Kandidaten



Dipl.-Med. Birgit Schönfelder
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Olbernhau



Dr. med. Gunter Wagner
Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie, Angestellter
Arzt, Kreiskrankenhaus Mittleres
Erzgebirge, Zschopau

Mittweida

2 Sitze
4 Kandidaten



Dipl.-Med. Claudia Glanz
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin,
Geringswalde



Dr. med. Annelie Jordan
Fachärztin für Öffentliches
Gesundheitswesen, Fachärztin für
Allgemeinmedizin, Angestellte Ärztin,
Gesundheitsamt, Mittweida



Dr. med. Brigitte Knüpfer
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin,
Frankenberg



Dipl.-Med. Siegfried Schnee
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt, Krankenhaus
Mittweida gGmbH, Rochlitz

Stadt Plauen

2 Sitze
2 Kandidaten



Dr. med. Jens Forster
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen



Dr. med. Hans-Jürgen Schuster
Facharzt für Urologie
Niedergelassener Arzt, Plauen

Stollberg

1 Sitz
1 Kandidat



Dr. med. Andreas Fiedler
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Burkhardtsdorf

Vogtlandkreis

4 Sitze
8 Kandidaten



Dipl.-Med. Jens Baumann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Lengenfeld



Dipl.-Med. Andreas Dunger
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt,
MVZ Tannenbergsthal Schöneck



Dr. med. Dietrich Heckel
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum Obergöltzsch Rodewisch



Dipl.-Med. Ulrich Lehmann
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Paracelsus Klinik Reichenbach



Dipl.-Med. Axel Scurt
Facharzt für Radiologie
Niedergelassener Arzt,
Reichenbach



Dr. med. Dietrich Steiniger
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Facharzt für
Chirurgie, Angestellter Arzt,
Klinikum Obergöltzsch Rodewisch



Dr. med. Bertram Wiczorek
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt,
Rodewisch



Dipl.-Med. Bringfried Zimmer
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde,
Niedergelassener Arzt, Oelsnitz

Stadt Zwickau

3 Sitze
4 Kandidaten



Dr. med. Bernhard Ackermann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie
Arzt im Ruhestand, Zwickau



Dipl.-Med. Thomas Dürr
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt,
Zwickau



Dr. med. Dirk Mechtel
Facharzt für Haut- und Geschlechts-
krankheiten, Angestellter Arzt,
Heinrich-Braun-Krankenhaus, Zwickau



Dr. med. Erika Orzschig
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Zwickau

Zwickauer Land

2 Sitze
3 Kandidaten



Dr. med. Frieder Braun
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Mosel



Dr. med. Rainer Kobes
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Pleißental-Klinik Werdau



Dr. med. Diethard Weichsel
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Crinitzberg

**Wahlkreise im Regierungs-
bezirk Dresden**
Stadt Dresden

19 Sitze
27 Kandidaten



Dr. med. Olaf Altmann
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Diakonissenkrankenhaus, Dresden



Dr. med. Antje Bergmann
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Angestellte Ärztin,
MVZ am Universitätsklinikum
Dresden



Dr. med. Gudrun Böhm
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



PD Dr. med. habil. Alfred Bunk
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Thomas Demant
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Fachärztin für Pathologie
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Reinhard Goerl
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Krankenhaus
St. Joseph-Stift, Dresden



PD Dr. med. habil. Gunter Haroske
Facharzt für Pathologie
Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Dr. med. Bettina Hauswald
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil.
Thomas Herrmann
Facharzt für Radiologie, Angestellter
Arzt, Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Kathrin Holotiuk
Fachärztin für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Burkhard Knoppik
Arzt in Weiterbildung,
Angestellter Arzt, Krankenhaus
St. Joseph-Stift, Dresden



Dr. med. Brigitta Krosse
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Susanne H. Liebe
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Eckhard Meisel
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Dr. med. Michael Nitschke
Facharzt für Innere Medizin
Herzzentrum Dresden GmbH



Anja Oehme
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Thomas Rothe
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Prof. Dr. sc. med. Wolfgang
Sauermann, Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie, Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Neustadt



Christoph Steffen Schiemanck
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärztin, MVZ am
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Heinrich Seckinger
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt, Krankenhaus
St. Joseph-Stift, Dresden



Dr. med. Simone Steinbrecher
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



PD Dr. med. habil.
Reinhardt Sternitzky
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Dr. med. Gisela Trübsbach
Fachärztin für Radiologie
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Kristina Weiss
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden

Bautzen

2 Sitze

3 Kandidaten



Dr. med. Karl-Friedrich Breiter
Facharzt für Innere Medizin
Arzt im Ruhestand, Bautzen



Dr. med. Norbert Krujatz
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Bautzen



Steffen Seiler
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Oberlausitz-
Kliniken gGmbH Bautzen

Stadt Görlitz

2 Sitze
2 Kandidaten



Dr. med. Hans-Henning Abel
Facharzt für Anästhesiologie, Facharzt
für Physiologie, Angestellter Arzt, Mal-
teser Krankenhaus St. Carolus, Görlitz



Dr. med. Stefan Zeller
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH

Hoyerswerda

1 Sitz
1 Kandidat



Dr. med. Stefan Weber
Facharzt für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie, Angestellter
Arzt, Klinikum Hoyerswerda gGmbH

Kamenz

3 Sitze
3 Kandidaten



Dr. med. Matthias Czech
Facharzt für Innere Medizin,
Angestellter Arzt,
ASKLEPIOS ASB Klinik Radeberg



Dr. med. Steffen Fiedler
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Kamenz



Dipl.-Med. Ingolf Schmidt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Oßling

Löbau-Zittau

2 Sitze
4 Kandidaten



Dr. med. Eberhard Huschke
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Arzt im Ruhestand, Löbau



Dr. med. Holger Mattusch
Facharzt für Chirurgie, Angestellter
Arzt, Klinikum des LK
Löbau-Zittau gGmbH, Zittau



Hanka Mauermann
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärztin, Klinikum des LK
Löbau-Zittau gGmbH, Ebersbach



Ute Taube
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf

Meißen-Radebeul

3 Sitze
3 Kandidaten



Dipl.-Med. Petra Albrecht
Fachärztin für Öffentliches Gesund-
heitswesen, Fachärztin für Hygiene
und Umweltmedizin, Angestellte
Ärztin, Gesundheitsamt, Meißen



Dr. med. Johannes Baumann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Coswig



Dr. med. Frank Eisenkrätzer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Radebeul

**Niederschlesischer
Oberlausitzkreis**

1 Sitz
2 Kandidaten



Dr. med. Uwe Henschel
Facharzt für Chirurgie, Angestellter
Arzt, Krankenhaus der Diakonissen-
anstalt „Emmaus“, Niesky



Dr. med. Mato Nagel
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Weißwasser

Riesa-Großenhain

2 Sitze
2 Kandidaten



Dr. med. Thomas Haberland
Facharzt für Chirurgie, Angestellter
Arzt, Klinikum Riesa-Großenhain
gGmbH, Riesa



Dr. med. Ulf Müller
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Klinikum Riesa-
Großenhain gGmbH, Großenhain

Sächsische Schweiz

3 Sitze
3 Kandidaten



Dipl.-Med. Christine Kosch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Pirna



Dr. med. Rudolf Nowak
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum Pirna GmbH



Dr. med. Katrin Pollack
Ärztin in Weiterbildung, Angestellte
Ärztin, Klinikum Pirna GmbH

Weißeritzkreis

3 Sitze
3 Kandidaten



Dipl.-Med. Ulrike Bielß
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Freital



MUDr. Pavel Fögel
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Glashütte



Dr. med. Jörg Wienold
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Angestellter Arzt,
Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital

**Wahlkreise im Regierungs-
bezirk Leipzig
Stadt Leipzig**

20 Sitze
30 Kandidaten



PD Dr. med. habil. Cornelia Albani
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie
Arzt im Ruhestand, Leipzig



Dr. med. Michael Burgkhardt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Urologie
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Mathias Cebulla
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Helmut Friedlein
Facharzt für Haut- und Geschlechts-
krankheiten, Freier Mitarbeiter,
Hautschutzzentrum Leipzig



Dipl.-Med. Angelika Gabriel
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Dr. med. Axel Goldammer
Facharzt für Neurochirurgie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Jörg Hammer
Facharzt für Chirurgie, Nieder-
gelassener Arzt, Thonbergklinik
MVZ – Notfallzentrum –, Leipzig



Prof. Dr. med. habil.
Andreas Hartmann
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Johann Hauss
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten
Facharzt für Chirurgie, Facharzt für
Orthopädie und Unfallchirurgie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Dipl.-Med. Ulrike Jung
Fachärztin für Orthopädie
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Dr. med. Thomas Michael Kapellen
Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin, Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Alexandra Keller
Fachärztin für Kinder- und Jugend-
medizin, Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin
Arzt im Ruhestand, Leipzig



Dipl.-Med. Matthias Kittlitz
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Kristina Kramer
Fachärztin für Anästhesiologie
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Jens Krautheim
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Wolfram Lieschke
Facharzt für Augenheilkunde
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Thomas Lipp
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



PD Dr. med. habil. Eberhard Meister
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Dr. med. Bernd Pittner
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Susanne Schenk
Fachärztin für Nuklearmedizin
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Dr. med. Detlef Tutschkus
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. habil.
Hans-Joachim Verlohren
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Claus Vogel
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Niedergelassener
Arzt, Leipzig



Dr. med. Jan Wallenborn
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Ute Wehner
Fachärztin für Neurologie
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Angestellte Ärztin,
MEDICA-Klinik, Leipzig



Dr. med. Stefan Windau
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt,
Leipzig



Dr. med. Torsten Wolf
 Facharzt für Anästhesiologie
 Niedergelassener Arzt, Leipzig

Delitzsch

2 Sitze
 2 Kandidaten



Dipl.-Med. Sabine Ermer
 Fachärztin für Innere Medizin
 Angestellte Ärztin,
 Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH –
 Klinik Eilenburg



Dipl.-Med. Andreas Koch
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Niedergelassener Arzt, Delitzsch

Döbeln

1 Sitz
 1 Kandidat



Dr. med. Lutz Liebscher
 Facharzt für Kinder- und Jugend-
 medizin, Angestellter Arzt,
 HELIOS Krankenhaus Leisnig

Leipziger Land

3 Sitze
 6 Kandidaten



Dr. med. Markus Biesold
 Facharzt für Diagnostische Radiologie
 Angestellter Arzt,
 HELIOS Klinik Borna



Dr. med. Constanze Schmidt
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Fachärztin für Anästhesiologie
 Niedergelassene Ärztin, Böhlen



Toralf Schwarz
 Facharzt für Innere Medizin
 Niedergelassener Arzt, Zwenkau



Dr. med. Ralf Sultzer
 Facharzt für Innere Medizin, Ange-
 stellter Arzt, HELIOS Klinik Zwenkau



Dr. med. Jens Taggeselle
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Markkleeberg



Dipl.-Med. Christiane Wolf
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Borna

Muldentalkreis

2 Sitze
3 Kandidaten



Simone Bettin
Fachärztin für Nuklearmedizin
Niedergelassene Ärztin, Grimma



Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Wurzen



Dr. med. Uwe Krause
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Kliniken des
Muldentalkreises gGmbH,
Krankenhaus Grimma

Torgau-Oschatz

2 Sitze
6 Kandidaten



Dr. med. Christof Beimes
Facharzt für Orthopädie, Angestell-
ter Arzt, Collm Klinik Oschatz



Dr. med. Klemens Donaubaue
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Dahlen



Heike Fahrow
Ärztin in Weiterbildung, Angestellte
Ärztin, Rehabilitationsklinik Dahle-
ner Heide GmbH, Schmannewitz



PD Dr. med. habil. Peter Friedrich
Facharzt für Innere Medizin
Arzt im Ruhestand, Seelitz



Dr. med. Peter Grochow
Facharzt für Allgemeinmedizin
Arzt im Ruhestand, Welsau



Jenny Gullnick, Ärztin in Weiter-
bildung, Angestellte Ärztin, FKH
Hubertusburg gGmbH Wernsdorf

Zehn Fragen an: Herrn Prof. Dr. med. Peter Wunderlich



Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich
Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche
Ausbildung“ bis September 2006

1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?

Aus gesundheitlichen Gründen musste ich leider im Mai 2006 die Leitung des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“ abgeben, in dem ich seit seiner Gründung im Jahre 1991 mitgearbeitet habe. Bis 1994 war ich ex officio als Prorektor für Bildung der Medizinischen Akademie Dresden und danach als kommissarischer Studiendekan der Medizinischen Fakultät der TU Dresden in diesem Ausschuss kooptiert. 1995 wurde ich zum Mitglied gewählt und im November 1999 Ausschuss-Vorsitzender. Ich trat damit erneut die Nachfolge von Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose (geb. 1927) an, der vor mir Prorektor für Bildung gewesen war und den Ausschuss „Ärztliche Ausbildung“ seit seiner Gründung geleitet und sich beim Aufbau der Ausschussarbeit große Verdienste erworben hat.

2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?

Nach der politischen „Wende“ in Sachsen habe ich mich für eine demokratische Erneuerung des Hochschulwesens engagiert. Dazu gehörte für mich auch die Gestaltung einer engen Zusammenarbeit zwischen den beiden sächsischen

Medizin-Fakultäten und der Sächsischen Landesärztekammer. Ärztliche Selbstverwaltung und Hochschul-Autonomie gehören für mich zusammen.

3. Wie viele Mitarbeiter aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss?

Anfangs hatte der Ausschuss acht, später fünf Mitglieder. Bei der letzten Wahl wurden zehn Kollegen gewählt:

Prof. Dr. med. Christoph Baerwald, Universität Leipzig (Internist); Frau Dr. med. Antje Bergmann, TU Dresden (Allgemeinmedizin); Erik Bodendieck, Hausarzt (Allgemeinmedizin); Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter, Studiendekan TU Dresden (Biochemiker); Prof. Dr. med. Jan Gummert, Studiendekan Leipzig (Thoraxchirurg); Dr. med. Axel-Rüdiger Jendral, Dresden (Allgemeinmediziner); Dr. med. Uwe Krause, Krankenhaus Grimma (Anästhesist); Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern, Kreiskrankenhaus Glauchau (Chirurg); Dr. med. Friedemann Reber, Dresden Regierungspräsidium); Prof. Dr. med. Peter Wunderlich, Kinderarzt im Ruhestand seit 2000.

Damit kamen je drei Kollegen aus dem Hochschulwesen und der Allgemeinmedizin (darunter erstmalig eine Frau), sowie zwei Kollegen aus regionalen Krankenhäusern. Damit sind die ambulante und stationäre Behandlung ebenso wie die verschiedenen Fachgebiete angemessen vertreten. Das sorgte für lebhaftes, manchmal auch kontroverse Diskussionen in den Ausschuss-Sitzungen.

4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?

- Übersicht über die Ausbildung von Medizinstudenten in Deutschland,
- aktuelle Probleme bei der Umsetzung der neuen Approbationsordnung (ÄappO) von 2003,
- Situation des Medizinstudiums an den beiden sächsischen Medizin-Fakultäten an den Universitäten von Leipzig und Dresden,
- die Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) an den Akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen in Sachsen,

- Reformbestrebungen für das Medizinstudium im Vergleich zum Ausland,

■ Weitere offene Fragen:

- Auswahl von Studienbewerbern der Medizin weiter durch die Zentralstelle für Studienbewerber (ZVS) oder in Zukunft nur noch durch die Hochschulen selbst?
- Medizinstudium künftig an Hoch- oder Fachschulen?
- Bachelor- und Master-Studiengänge künftig auch in der Medizin?

5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?

Ein wesentlicher Teil der Ausschuss-Arbeit war anfangs die Mitgestaltung der AiP-(Arzt im Praktikum)-Phase. Dazu wurden zentrale AiP-Fortbildungen organisiert, dezentrale Fortbildungsveranstaltungen auf ihre Eignung für AiP überprüft und eine Broschüre über den organisatorischen Ablauf der AiP-Zeit herausgegeben. Von Anfang an bestanden aber Zweifel über den Nutzen dieser de facto Verlängerung des Medizinstudiums um 1½ Jahre. Der Ausschuss war deshalb auch an dem Kampf um die (endlich im Herbst 2004 erfolgreiche) Abschaffung der AiP-Phase beteiligt, der mit dem entsprechenden Antrag an den 105. Deutschen Ärztetag (Rostock Mai 2002) begann. Bisher hat sich gezeigt, dass mit der Abschaffung des AiP kein Nachteil verbunden ist.

6. Warum würden Sie jungen Ärzten die Mitarbeit im Ausschuss empfehlen und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?

Junge Ärzte, die erst vor kurzer Zeit ihr Studium beendet haben, kennen die Probleme und Defizite der ärztlichen Ausbildung besonders gut. Sie verfügen damit über beste Voraussetzungen für die Ausschuss-Arbeit. Sie sollten keine Scheu haben, für diesen Ausschuss zu kandidieren und sich wählen zu lassen.

7. Was würden Sie gern ändern?

Bisher stimmen die Wahlperioden für die Studiendekane in Leipzig und Dresden nicht überein mit dem Wahl-

perioden des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“. Deshalb würde ich mir wünschen, dass durch eine Satzungsänderung automatisch mit dem Wechsel der Studiendekane diese auch ex officio in den Ausschuss „Ärztliche Ausbildung“ eintreten und ihre Vorgänger automatisch aus dem Ausschuss ausscheiden.

8. Welche Unterstützung benötigen Sie für die Tätigkeit im Ausschuss?

Die Mitglieder des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“ benötigen Informationen über die aktuelle gesundheitspolitische Lage und über die Ergebnisse und Beschlüsse der Arbeit der Bundesärztekammer zu den von ihm zu bearbeitenden Themen. Durch die Teilnahme des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, der den Ausschuss der Bundesärztekammer Arzt/Hochschule/Medizinische Fakultäten leitet, an den Ausschusssitzungen sind wir vielfach in der Vergangenheit direkt informiert worden. Auch durch die Übergabe von Protokollen haben wir die benötigten Informationen erhalten.

9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?

An den beiden Medizinischen Fakultäten müssen

1. die Festlegungen der neuen Approbationsordnung weiter – für alle Studienjahre – umgesetzt werden und
2. neue Methoden und Inhalte der Wissensvermittlung entwickelt und erprobt werden.

Es geht nicht nur um die Aktualisierung des Fachwissens sondern auch um die Information über neue Untersuchungsmethoden, die praktische Ausbildung der Medizinstudenten in diesen Methoden und um die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kom-

munikation. Beim Wettbewerb der Universitäten/Medizinischen Fakultäten um Studenten und Finanzmittel ist in Zukunft eine noch engere Zusammenarbeit der beiden sächsischen Medizinischen Fakultäten wünschenswert.

10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?

Das deutsche Gesundheitswesen und auch die Ausbildung der Medizinstudenten sind besser als ihr Ruf. Ein Medizinstudium in Deutschland ist nach wie vor sehr begehrt. Zahl der Woche: 9280 von 33570 Bewerbern hat die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen im Wintersemester 2006/2007 zum Medizinstudium zugelassen (Dtsch. Ärzteblatt 103 (2006) H. 49, S. C 2752). Trotzdem sind Reformen auf allen Ebenen nötig. Diese müssen jedoch planmäßig und unter enger Beteiligung aller Betroffenen (Ärzte, Studenten, Vertreter der Politik, der Krankenkassen und der Patienten) ausgearbeitet und umgesetzt werden.



Dr. med. Antje Bergmann, neue Vorsitzende des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“ seit Oktober 2006

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon 0351 8267-0, Telefax 0351 8267-412, Internet: <http://www.slaek.de>, E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

19. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch

Primum nil nocere – ethisches Gebot und klinisches Dilemma in der Onkologie?

Am 24. und 25. November 2006 fand das 19. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch statt, zu dem die Medizinische Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums eingeladen hatte.

Einleitend sprach H. Günther zum Thema „Nil nocere – früher und heute“. Ausgehend vom Eid des Hippokrates mit seinen ethischen Prinzipien „Primum nil nocere“ und „Primum utitis esse“ ging der Referent insbesondere auf die neuzeitlichen Einflüsse ein. Das herrschende naturwissenschaftliche Paradigma als auch die Wandlung im Arzt-Patienten-Verhältnis zugunsten des Selbstbestimmungsrechts des Patienten machen ärztliche Therapieentscheidungen schwieriger und stellen hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz. Bei der Therapieplanung ist die Nutzen-Risiko-Abwägung ebenso wichtig wie eine gute Balance zwischen Wohl und Wille des Patienten (*salus resp. voluntas aegroti suprema lex.*). Das Gebot „nil nocere“ kann auch zum klinischen Dilemma werden, wie an Fallbeispielen deutlich wurde. Neben der klinischen Praxis ist „nil nocere“ auch bei der Ressourcenallokation relevant. Bei Investitionen in Neues, noch Unbekanntes oder in Spezialisiertes sollte gesichert sein, dass Bewährtes, dass flächendeckende Basisversorgung und soziale Sicherheit gewährleistet bleiben.

Gerade in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte ist ein allein krankheitsspezifisch-reparatives Denken nicht ausreichend. Mit „Heilkunde ist Wissen um den gesunden Menschen“ (Platon) wurde dies belegt und zugleich der Bogen zur Medizin der Antike geschlossen.

Anschließend stellte S. Appold den Stellenwert des PET-CT für die moderne Strahlentherapie des Bronchialkarzinoms dar und betonte ins-

besondere die Vorteile für eine präzisere Bestrahlungsplanung. Gezielte und deshalb nebenwirkungsärmere molekularbiologische Therapieansätze in der Hämatologie erläuterte G. Ehninger in seinem Vortrag „Was gibt es Neues in der Hämatologie?“ sehr anschaulich. Es folgten Vorträge von G. Folprecht zur Nutzen-Risiko-Abwägung bei der Planung adjuvanter Therapien, die gerade unter dem Aspekt des Nil nocere einen wichtigen Sonderfall darstellen, und von U. Schuler zur Fertilität nach Chemotherapie.

K. Hölig sprach in ihrem Vortrag „Gesunde für Kranke: Blut- und Stammzellspende“ umfassend und anschaulich über die sehr vielfältigen Aspekte von Transfusionen und Stammzelltransplantationen aus historischer wie auch aktueller Perspektive. Aus der onkologischen Praxis brachte J. Mohm einen Beitrag zum Thema „Zwischen Leitlinien und Studienprotokollen: Wie individuell kann onkologische Therapie sein?“. An Kasustiken wies er nach, dass ein individuelles Vorgehen unter Einbeziehung der psychosozialen Charakteristika des Patienten einer schematischen Anwendung von Leitlinien überlegen ist.

In ihrem engagierten Vortrag zum Thema „Überleben Glückssache – zur Kommunikation im Gesundheitswesen“ sprach S. Herbert (Köln) aus eigener Betroffenheit und mit Zitaten aus ihrem Buch zu den Realitäten und Problemen der Arzt-Patienten-Beziehung.

J. Köbberling (Wuppertal) überzeugte mit seinem Vortrag „Gesunde Fehlerkultur als Grundlage eines erfolgreichen Risikomanagements“, in dem er über den Zusammenhang zwischen einer offenen Kommunikation zu „Beinahe-Zwischenfällen“ (incidence) am dortigen Klinikum (CIRS) und der Senkung der tatsächlichen Schadenshäufigkeit berichtete und zahlreiche Empfehlungen aus der Wuppertaler Klinik gab.

J. Neu und K.-D. Scheppokat (Hannover) brachten unter dem Thema „Über das Nocere – Bericht aus einer Schlichtungsstelle“ einen umfassenden Erfahrungsbericht aus einer Schlichtungsstelle, in der neun Ärztekammerbereiche zusammengefasst sind. Am zweiten Tage standen Patientenverfügungen und Therapiebegrenzung am Lebensende im Mittelpunkt. Einleitend gab H. Günther einen Überblick über die bereits seit Jahren in Deutschland intensiv geführte Diskussion zu Gesetzesinitiativen. An klinischen Beispielen verdeutlichte er, dass eine vormundschaftsrichterliche Einschaltung bei *allen* Entscheidungen zur Therapiereduktion eher behindernd für die Umsetzung patientenbezogener Entscheidungen sein würde. Das Kriterium der „Irreversibel tödlichen Erkrankung“ ist kaum geeignet, zur gesetzlichen Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen beizutragen. Kritisch merkte der Referent anhand der aktuellen EBM- und GOÄ-Ziffern an, wie niedrig die derzeitige finanzielle Wertschätzung intensiver Arzt-Patient-

Kommunikation über entscheidende Lebensinhalte, über Therapiebegrenzung etc. ist. Die oft geforderte professionelle palliativmedizinische Versorgung ist zwar wünschenswert, aber ihre flächendeckende Umsetzung nicht realistisch. Untersuchungen zur psychosozialen Integration von Pflegeheimbewohnern etc. belegen die großen Defizite. Hier ist nicht allein die Medizin gefragt, sondern eine gesamtgesellschaftliche Kultur im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden unverzichtbar, die nur mit Familienstrukturen, ambulanten psychosozialen Netzwerken etc. vorstellbar ist. Gerade die Kommunikation mit Angehörigen, die Wertschätzung und Einbeziehung der Laienkompetenz sowie die jahrelang entstandenen Vertrauensverhältnisse in familiären Strukturen etc. werden zu wenig bei der Entwicklung realistischer Therapieziele in der Onkologie genutzt. Als sinnvolle Möglichkeit des Umgangs mit Patientenverfügungen wurde die österreichische Gesetzgebung mit der Heranziehung bestimmter Anforderungen an den Status einer verbindlichen Patientenverfügung genannt.

D. Sternberg-Lieben ging in seinem Vortrag insbesondere auf die Statements und Vorschläge des Juristentages 2006 ein, die ebenfalls die Reichweitenbegrenzung und die generelle vormundschaftliche Einbeziehung ablehnen. F. Oehmichen (Kreisch) stellt in seinem Vortrag

„Indikationsbegriff – absolut oder relativ?“ anschaulich dar, dass die medizinische Indikation keine objektive naturwissenschaftliche Größe darstellt, sondern gerade angesichts komplexer werdender diagnostischer und therapeutischer Abläufe von der Mitwirkung, von der Kooperations- und Leidensbereitschaft sowie der Persönlichkeit des Patienten erheblich abhängt. Eindringlich plädierte er für einen breiten Entscheidungsspielraum, der anhand der individuellen Situation ausgestaltbar ist. Bei der Bewertung medizinischer Entscheidungen am Lebensende müsse nicht nur die entschiedene medizinische Maßnahme, sondern auch der Weg zu dieser Entscheidung nachvollziehbar sein.

M. Volkmer, MdB (Berlin/Dresden) gab den Teilnehmern des Symposiums einen aktuellen Einblick in den Stand der parlamentarischen Diskussion unter dem Thema „Patientenverfügung und Therapiebegrenzung am Lebensende – aus der Sicht des Gesetzgebers“. Derzeit gibt es Gruppenanträge, und es ist durchaus offen, in welche Richtung der derzeitige Status quo durch eine Gesetzgebung zu Patientenverfügung entwickelt wird. In der anschließenden breiten Diskussion wurde einhellig formuliert, dass eine Einengung der derzeitigen Entscheidungsbreite einen unvermeidbaren Nachteil für Ärzte und Patienten gleichermaßen bedeuten würde.

F. Pawlick gab einen Überblick zu „Ethik in Theorie und Praxis – studentische Erfahrungen aus der Ethiklehre in Dresden“, und abschließend sprach J. Puls über „Die Patientenverfügungen aus notarieller Sicht“. Er ging auch auf das zentrale Register ein, bei dem seit 2004 Vorsorgevollmachten registriert werden können. Übereinstimmend mit den anderen Referenten gab er aus der notariellen Praxis Beispiele, dass ein formalistischer Umgang mit Stellvertreterentscheidungen wenig hilfreich ist, sondern immer eine individuelle Gestaltung nach vorheriger intensiver Willensbildung erforderlich ist.

Das Symposium hat die Teilnehmer aus verschiedenen Berufsgruppen, hat Patienten und Angehörige zu einer anregenden Diskussion zusammen geführt. Gedankt sei wiederum den Referenten für ihr Engagement und den Sponsoren, durch deren Unterstützung das Symposium ermöglicht wurde.

Das 20. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch findet am 23./24. November 2007 unter dem Thema „Naturwissenschaft, Kunst, Rechtsprechung – ganzheitliche Dimension onkologischer Therapien“ statt.

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Heinrich Günther und
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74, 01309 Dresden
Tel. 0351/ 458 4186, Fax 0351/ 458 5362
heinrich.guenther@uniklinikum-dresden.de

Information des Landesversorgungsamtes zur Befundhonorierung

Im Bereich der Ämter für Familie und Soziales wurde ab Oktober 2006 im Schwerbehindertenrecht ein neues EDV-Verfahren eingeführt. Auf Grund der Komplexität des neuen Verfahrens und den vielfältigen technologischen Rahmenbedingungen traten trotz umfangreicher Tests im Vorfeld unvorhersehbare Probleme auf. Diese

Probleme führten auch dazu, dass eine zeitnahe Auswertung und Honorierung der von den behandelnden Ärzten angeforderten Befundberichte nicht immer möglich war und ist. Hier kam es leider zu Verzögerungen und auch berechtigten Nachfragen.

Die Probleme wurden und werden von allen beteiligten Stellen zurzeit beseitigt. Insbesondere für die Auswertung und Honorierung von Befundberichten wurden organisatorische Maßnahmen ergriffen, um die unerledigten Anträge möglichst zügig abzuarbeiten.

Für die Verzögerungen bei der Befundhonorierung möchte ich mich entschuldigen und gleichzeitig um Verständnis bitten. Ich versichere Ihnen, dass alle eingereichten Befundberichte honoriert werden und bitte im Einzelfall um Geduld.

Sächsisches Landesamt für
Familie und Soziales
gez. Klaus-Bemmann-Ender
Leiter des Landesversorgungsamtes
Reichsstraße 3,
09112 Chemnitz

Organisations- pathologische Erwägungen zur Forderung nach Bürokratie-Abbau

Im Gefolge der Beunruhigungen und Verärgerungen mit der Gesundheitsreform, die in den letzten Monaten die gesundheitspolitische Diskussion in der verfassten Ärzteschaft bestimmt haben, hat die Sorge über eine überbordenden Bürokratie eine entscheidende Rolle gespielt. Bürokratische Regulierungen durchziehen alle Lebensbereiche, und je komplexer gesellschaftliche Prozesse werden, um so mehr nehmen Regelungswut, aber auch Regelungserfordernisse zu. Bürokratie ist somit auch eine notwendige Folge der Regulierungserfordernisse moderner Gesellschaften. Unterschiedliche Bürokratietheorien setzen sich mit diesem Phänomen auseinander. Der Soziologe Luhmann (zitiert nach Bruns 1994) entwickelte eine Theorie der „Reduktion von Komplexität“, der zufolge die komplexen Geschehnisse sozialer Beziehungen- und Handlungsmöglichkeiten eingegrenzt werden müssen, um Ausschnitte der Weltgesamtheit für einzelne Gruppen und das Individuum händelbar zu machen. Verwaltung schaffe so bindende Entscheidungen für Teile der Gesellschaft. Alle fordern Bürokratie-Abbau; die

Kanzlerin hat das Thema zu einem Schwerpunkt ihrer Ratspräsidentschaft in der Europäischen Union gemacht. Ministerien (auch in Sachen) forderten Vorschläge zum Bürokratie-Abbau, und unsere ärztlichen Gremien stimmen natürlich in diesen Chor mit ein. Ein Politiker, der erreichen wollte, dass sich eine Steuererklärung auf einem Bierdeckel unterbringen lasse, verschwand geradezu aus der Spitzenpolitik.

Es wird viel gefordert und thematisiert, aber es geschieht – zumindest merkbar für den einzelnen Bürger – praktisch nichts. Für diesen apostrophierten, naiven Bürger stellt sich nun die Frage, wie der Widerspruch zwischen Wille und Wirklichkeit zu erklären ist. Warum lässt sich Bürokratie-Abbau so schwer realisieren? Gibt es gar Gegenkräfte, die wünschbare Prozesse zum Besseren verhindern? Jedenfalls ist das Thema höchst ambivalent besetzt, weil vermutlich jeder, der in organisatorisch-verwaltenden Strukturen steht, nicht nur Bürokratisches erleidet, sondern auch mehr oder weniger generiert. Es mag etwas mit der Stellung in der Hierarchie eines verwaltenden Systems zu tun haben, dass die Sensibilität für das Wirken im Netz bürokratischer Regulierungsmaßnahmen – je höher man angesiedelt ist – eher abnimmt.

Das Wort Bürokratie kommt vom französischen bureau und dem griechischen Kratos (die Macht) kratein

(herrschen). Auch die Semantik des Wortes „Verwalten“ lässt sich auf dieses Herrschen zurückführen (römisch/valere = bei Kräften sein, Wert sein), noch deutlicher das mittelalterliche Wort „wal“ (stark sein) führte zu walten („seines Amtes walten“), schließlich verwalten. Schon in den Wortstämmen selbst steckt etwas von der Potenz des Phänomens, an dem sich viele die Zähne ausbeißen.

Geschichte der Bürokratie

Die Bürokratie ist fast so alt wie die Geschichte organisierten Zusammenlebens. Die ägyptischen Pharaonen verwalteten ihr Riesenreich genauso wie die chinesischen Kaiser mit einem riesigen bürokratischen Aufwand. Belletristisch (aber sicher nicht überzeichnet) beschreibt Thomas Mann die Phänomene in seiner Josephs-Trilogie.

In der Gegenwart ist bürokratische Struktur ein Phänomen, das nicht etwa auf die hochentwickelten Industrienationen beschränkt ist. Im Gegenteil haben wirtschaftlich eher beschränkte und autoritäre Staatssysteme eine besonders ausgeprägte Neigung, Regulierungen bis in die Intimsphäre des Bürgers hinein zu treffen, wie die Älteren aus der Zeit des 3. Reiches und der kommunistischen Zeit wohl wissen.

Die Absurditäten bürokratischen Handelns sind oft in fast kabarettistischer Weise über die Jahrhunderte bis zur

Gegenwart vielfältig beschrieben (zum Beispiel Zach 2003, Bruns 1995), von Festlegungen, welche Handgriffe beim Telefonieren zu beachten sind bis zur Krümmung von grünen Gurken, Schalleistungspegeln von Rasenmähern (letzteres EU-Vorschriften) sind sie Legion, und auch Nachweise der Zunahme von Beamten und Angestellten im öffentlichen Dienst liegen vielfältig vor. Ein Beispiel aus der Schrift von Zach: „Gauener, Pinsel, Chicaneüre“: „Während 1960 in der Bundesrepublik für 1,3 Millionen Bauern etwa 2.500 Bundesbeamte zuständig waren, seien es 20 Jahre später bei nur noch 0,5 Millionen Landwirten 4.500 Fachbeamte gewesen. Die Zahl der Staatsbediensteten ist in der alten Bundesrepublik von 1950 2,3 Millionen auf 1990 5,5 Millionen gestiegen“ (Bruns, 1995).

Kosten der Bürokratie

Die erdrückende Last bürokratischen Aufwands demonstrieren fast täglich Informationen in der Presse. Zwei Beispiele aus der jüngsten Zeit: In der Leipziger Volkszeitung vom 08.01.2007 beklagt der Chef des Sächsischen Bauverbandes, dass allein die Verwaltungsausgaben in seinem Verband 175 Millionen Euro betragen; 14 Prozent aller Beschäftigten sind in derartige Aufgaben eingebunden. In der gesamten sächsischen Wirtschaft seien 40.000 Mitarbeiter mit den vom Gesetzgeber geforderten Verwaltungsakten beschäftigt; dies seien 8,5 Millionen Arbeitsstunden, in denen keinerlei Wertschöpfung geleistet werde. Im Deutschen Ärzteblatt (Dezember 2006) wird ausgeführt, dass ein Vertragsarzt 600 Informationspflichten zu erfüllen habe, und es sei zu vermuten, dass 1,6 Milliarden Euro Verwaltungsausgaben entstünden. Die Medizin sei durch eine besonders hohe Regelungsdichte zu diesem Aufwand verpflichtet.

Diese exemplarischen Entwicklungen haben natürlich nicht nur bürokratieprozessinterne Gründe, sondern sie sind auch objektiv bedingt durch die Notwendigkeiten einer Industrie- und Informationsgesellschaft. Nichts desto weniger steckt auch Parkin-

sons Gesetz über das Wachstum der Bürokratie im Geschehen (Parkinson, 1980); und soziologische Ansätze einer Bürokratiekritik (Schlarp 1973) reden, bezogen auf bürokratieinterne Prozesse, von einer Politik des „Durchwurstelns“. Die Gesundheitsreform, die die Ärzteschaft gegenwärtig belastet, lassen genau dieses Phänomen erkennen; es wird von chaotischen Abläufen, unprofessionellem Handeln der Ministerialbürokratie, Flickschusterei und vieles mehr gesprochen.

Die Bundesrepublik leistet sich mit 21.000 Richtern sechs mal mehr als Großbritannien, was weniger dem Rechtsfrieden als eher der Verlangsamung der Wirtschaftsprozesse dient, abgesehen von den direkten Kosten (Steingart, 2004). Dieser Autor meint auch, dass sich in Deutschland durch seine politischen Strukturen Bund-Land-Kommune mit unterschiedlichen Interessen eine politisch intendierte Bürokratie habe entwickeln müssen, die in 16 Bundesländern bei 140 Ministerien und 5.500 Referatsleitern eine große Kompromissmaschine in Gang halte. Experten vertreten die Meinung, dass die Zahl der gegenwärtigen Arbeitsgruppen zur Abstimmung zwischen den Ländern mit 1.000 zu beziffern sei. Allein im Verkehrs- und Umweltministerium gäbe es 200 Koordinierungsgruppen (Steingart, S. 168).

Verführung durch Beschleunigung

Eine besondere Rolle in der unendlichen Vermehrung von Regulations-, Erfassungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten spielt die Informationstechnologie. Computerisierte Prozesse, die in der Wissenschaft segensreich, riesige Datensätze schnell bearbeiten können, im Detail mithin von großer Bedeutung sein können, sind bezogen auf die menschliche Kommunikation auf die im engeren Sinne lebensweltlichen Prozesse wegen ihrer fast unbegrenzten Möglichkeiten der Datenerfassung von Übel.

Die Beziehung von Bürokratizunahme und Informationstechnologie – von der man annahm, sie reduziere dieselbe – ist nicht so sehr, dass die

Informationstechnologie zu mehr Bürokratie führe, sondern sie verführt zu mehr Bürokratie, da man meint, nun alles nur denkbare erfassen, speichern und gegebenenfalls reproduzieren zu können. Riesige Datenspeicher harren auf diese Weise ihrer Nutzung. Sie kommt nicht zustande, weil der süchtige Prozess das „Mehr – desselben“ sich immer neue Felder des Zusammenlebens sucht, auf dem technologische Eleganz, spielerische Leidenschaft der informatischen Spezialisten und staunende Gutgläubigkeit einer mäßig die Materie durchdringenden Nutzerschaft ihr erstaunliches Treiben sucht und findet. Der Computer mit all seinen Möglichkeiten ist das Sinnbild jener Beschleunigung der Lebensabläufe, die mit Rastlosigkeit Menschen ins burn-out-Syndrom treiben kann. Immer schneller, immer umfassender, immer früher! Das Japanische Erziehungsministerium hat Computerprogramme für Kindergartenkinder ab dem 30. Lebensmonat entwickeln lassen. Wer mit 30 zu den Eliten gehört, muss spätestens mit dem 3. Lebensjahr anfangen. Es gehe ja schließlich um den Wirtschaftsstandort Japans.

Alles unterliegt dem Sachzwang der Beschleunigung (Reheis, 1998). Die Schnelligkeit rechentechnischer Prozesse scheint, wenn ihre Anwendung auf Lebensprozesse trifft, die von Getragenheit, von kontemplativer Innerlichkeit, von Experimentierfreude im Umgang mit Mensch und Materie bestimmt sein müssten, Gefühle eines passiven Gelebtwerdens auszulösen, die in die schon genannten burn-out-Syndrome führen. Dieser Autor meint auch, das kreative Systeme ein sowohl räumlich wie zeitlich wohldefiniertes Milieu für Experimente benötigen, für das Spiel mit den Möglichkeiten, um zu neuen Qualitäten zu kommen. Gesellschaftlicher Zwang zur Beschleunigung der Produktion nimmt in diesem Sinne keine Rücksicht mehr auf individuelle Bewertungen und erzeugt so permanent ungleiche Anerkennungschancen und zerstört die Solidarität. In diesem Zusammenhang ist eine Studie von Brähler et. al. (1980) interes-

sant. Mit einem tiefenpsychologisch orientierten Persönlichkeitsinventar – dem Gießen-Test – mit dessen Hilfe er die Selbstbilder der Deutschen (n = 1500) 1968, 1975 und 1989 ermittelte, stellte er eine Zunahme von Ehrgeiz, Rivalität, aggressiver Selbstbehauptung fest – soziale Rücksichtnahme nahm ab.

Manche Autoren fassen den Computer gar als „Zeitvernichtungsmaschine“ auf (Baier, 2000), da ohne mitgelieferte Zeit mehr Möglichkeiten der Information keinesfalls mehr Information bedeute.

Dass Zeit als Möglichkeit für zwischenmenschliche Kommunikation vernichtet wird, ist kürzlich beispielhaft im Deutschen Ärzteblatt (103; 2897) festgestellt worden: „Die Zeit für das Gespräch mit dem Arzt wird noch kürzer, weil der Arzt sich edv-technisch mit der eGK befassen muss.

Eine interessante Beobachtung als Patient: am längsten wartet man an der Anmeldung oder bei der Sprechstundenhilfe, bis man erfasst ist und die notwendigen Papiere gedruckt sind. Wie einfach waren die Dinge vor 50 Jahren, als der Patient zur Anmeldung kam, seine Tasche gezogen wurde, der Arzt die Einträge machte, das Rezept ausschrieb. Zumindest der bürokratische Akt war unaufwendig.

Wäre der Computer nicht erfunden, wir kämen ganz gut ohne ihn aus, meinte der italienische Philosoph Sergio Benvenuto (1999). Überall dort, wo der Computer unser Aufmerksamkeitspotenzial entlasten sollte, müssen wir dasselbe für die Kommunikation mit ihm einsetzen. Zumindest aber fördert er die (illusionsnäre?) Vorstellung, einst könne der Einsatz von IT bürokratische Prozesse vereinfachen und verbilligen. Jene Hoffnung ist es, die uns Alltagsmenschen immer noch den Mund verbietet, wenn er aufheulen möchte, weil wir selbst in bürokratiefördernde Prozesse eingebunden sind – ja sie sogar selbst generieren.

Nach diesen Lamentationen sei nochmals der Hinweis gestattet, dass es nicht um Bilderstürmerei geht, sondern dass die Bedeutung moderner

Informationsverarbeitung unumstritten ist – sie wird nur zum Problem, wo sie ungebührlich in die direkte Beziehung von Mensch zu Mensch (Arzt und Patient), Mensch zu Institution (Arzt zu Kammer, KV zu Arzt) eingeschaltet ist.

Wenden wir uns im Folgenden der Frage zu, was denn den allgemeinen Bürokratie-Abbau verhindert? Welche Widerstände stehen unserem Bemühen entgegen?

Verwaltung als Selbstzweck

Es sind zunächst einmal die verwaltenden Instanzen selbst, die im Grunde in manchen Bereichen mit dem Bürokratieabbau sich selbst existenziell gefährden würden. Von obersten Landesbehörden bis in die kleinste Kommune hinein kämen möglicherweise viele Menschen mit Ruhegeldanspruch in schwere Bedrängnis. Der Autor Hanika (2005) spricht überspitzt davon: „Der Zweck einer Organisation ist ihre Existenz“. Andererseits darf der prägende Einfluss der Rollenfunktion im verwaltenden Apparat nicht vergessen werden. Der Autor Merton (1968) vermutet, es bilde sich gar eine „bürokratische Persönlichkeit“ aus, insoweit, als die Struktur einen Druck ausübt, sich die Motivation des Betroffenen ändere. Die Befolgung der Regeln – ursprünglich ein Mittel für einen Zweck – wird zum Wert der Lebensführung selbst. Der Akt – könnte man sagen – wird wichtiger als das Ziel des Aktes. Psychopathologisch oder organisationspathologisch gesehen tritt wie bei einem süchtigen

Prozess eine Deduplierung der Akte ein, nicht mehr die zu verwaltende Sache ist wichtig, sondern die Regeltreue der Verwaltung selbst. Die Parallele zur Sucht besteht darin, dass der Süchtige nicht mehr die Lebensfreude, den Genuss, die Beförderung der Kommunikation im Auge hat, sondern nur noch die animalische Befindlichkeit des Rausches selbst.

Die Autoren Bosetzky et al (2002) sprechen in diesem Zusammenhang von „Zielverschiebung“. Die Intention bürokratischen Handelns führe nicht selten vom Primärziel (dem Zweck) weg hin zum Sekundärziel (der Regel). Die Erhaltung bestehender Regeln ist für den strengen Bürokraten das entscheidende Merkmal. Insofern sind bürokratische Strukturen oft keineswegs unpolitisch, weil sie dem Handelnden die Möglichkeiten eigener Wertsetzung nehmen und Loyalität gegenüber dem Vorgesetzten- dem Staat dezidiert fordern.

Der Altvater der Deutschen Soziologie Max Weber hat schon Anfang des 20. Jahrhunderts in seiner Bürokratie-Theorie auf die Beziehung von Macht und Verwaltung hingewiesen. Herrschaft funktioniere im Alltag als Verwaltung (zit. n. Treiber, 1968). Dem folgt Luhmann (2000) mit der Feststellung, dass in den Demokratien die Verwaltungen ermächtigt sind, über die Politik zu kollektivbindenden Entscheidungen zu kommen, die der Bürger zu akzeptieren hat.

In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass der Versuch,

kratie schafft. Die Schwierigkeit des Handelns besteht darin, dass der Versuch ein Problem zu lösen, zur Verstärkung des Problems führt, wie das von Watzlawick (2001) für Probleme menschlicher Konfliktlösungsstrategien brillant beschrieben wurde.

Die Quellen unserer eigenen Ambivalenz dem Problem gegenüber resultieren aus verschiedenen Gegebenheiten, zu nennen wären:

- eine zunehmende Verrechtlichung gesellschaftlicher Abläufe führt zu Sicherheitsbedürfnissen, die nach Regeln rufen,
- wir selbst, sofern wir in verwaltende Strukturen eingebunden sind, weben selbst am Netz, das uns gefangen hält,
- der Ruf nach allgemeiner Deregulierung vor allem von Teilen der Wirtschaft und Politik in Zeiten eines zunehmenden Neoliberalismus führt zu Ängsten, dass soziale Sicherheiten, die der Staat mit seinen Gesetzen sichert und kontrolliert, einem Individualismus zum Opfer fällt, zu Lasten der weniger Risikobereiten und Leistungsschwachen der Gesellschaft.

In einem höheren quasi politikwissenschaftlichen Sinne könne man sagen, die Ambivalenz resultiert aus der Macht der „Verwalter“ (im Auftrag des Staates), der Unsicherheit der „Verwalteten“ (sie könnten ohne striktes Regelwerk in eine individualisierte Welt der Risiken geworfen werden – hierin wurzeln wesentliche Aspekte einer allgemeinen Kritik am spätkapitalistischen System) und aus der Existenzsicherung von Millionen im Verwaltungssystem Beschäftigten. Was kann denn nun aber konkret getan werden, dass es zum Bürokratie-Abbau kommt? Zunächst sind Illusionen abzubauen, dass Appelle von Kanzlern oder Staatsministern irgend etwas bewirken könnten oder, dass die Vorschläge immer von Anderen gemacht werden müssten. Bürokratie-Abbau funktioniert nur, wenn jeder Einzelne in seinem Bereich mit Veränderungen anfängt und damit natürlich auch Risiken eingeht, in Konflikte zu geraten und seine Reputation auf der Hierarchieebene damit in Gefahr gerät.



Bürokratie in der ärztlichen Fortbildung

Bürokratie-Abbau ist kein evolutionärer, sondern ein revolutionärer Prozess, bei dem Mut zur Entscheidung gefordert ist. Er muss meine Erachtens top down erfolgen, jeder bottom-up-Versuch endet in Augenauswischerei.

Obenstehende Grafik soll das Problem verdeutlichen. Jeder Einzelne kann in seinem Verantwortungsbereich alles Mögliche an Entbürokratisierung tun, sofern die Effekte und Regeländerungen zunächst übergeordnetes Regelwerk nicht durchbricht – Verwirrung und Chaos wäre die Folge. Der Arzt kann seine Praxisorganisation beeinflussen, der klinische Chef die betriebsinternen Abläufe seiner Klinik, der ärztliche Direktor die des Klinikums.

Die Pyramide (siehe Grafik) ist beispielhaft auf die ärztliche Fortbildung bezogen. In unserer Akademie können wir wirksam werden im Hinblick auf von uns ausgelösten Schriftverkehr, Sitzungsdichte und -länge, direkten unvermittelnden Verkehr mit den Prozessbeteiligten und den Kunden, unseren Ärztinnen und Ärzten. Komplexere Prozesse müssten auf der Ebene der Leitung der Kammer, noch übergeordnetere durch die Gremien der Bundesärztekammer gelöst werden. Am Ende ist der Gesetzgeber gefordert, der zum Beispiel mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und jenem § 95 d die gesamte Fortbildung der Ärzteschaft – damals gegen den Rat der ärztlichen Gre-

mien – in eine neue Bürokratiehierarchie erheblichen Ausmaßes hineingetrieben hat. Mit anderen Worten: Je höher ein Entscheidungsträger angesiedelt ist, umso eher kann er entbürokratisierende Entscheidungen treffen bzw. initiieren.

Insofern kann man die Feststellung der Bundeskanzlerin, dass die Regierung die Ratspräsidentschaft der Europäischen Union zur Verminderung von Bürokratie nutzen wolle, mit Zweifeln zwar, aber doch positiv zur Kenntnis nehmen.

Es mag dieser Beitrag in einzelnen Punkten auf Stirnrunzeln und Unmut stoßen, auch vielleicht in unseren Sächsischen Kammerstrukturen selbst. Dies resultiert aber nicht aus irgendwelcher Animosität, sondern aus dem Phänomen, dass wir alle, die wir in verwaltenden Strukturen stecken, hin und her gerissen sind zwischen Pflichtbewusstsein und Irrwitz. Einen Grundwiderspruch kann all unser Bemühen im positiven Sinne kaum auflösen, dass eine kaum auf Leistung orientierbare eher statische Bürokratie auf eine leistungsorientierte dynamische Gesellschaft stößt, wobei erstere ihre Wichtigkeit aus einer von ihr selbst generierten Reglungsdichte bezieht.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Sachsen impft!

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. In Deutschland hat jedoch weniger als die Hälfte der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter einen ausreichenden Impfschutz, bei den Senioren sogar nur jeder Dritte.

Die Sächsische Landesapothekerkammer und die Sächsische Landesärztekammer starten deshalb unter Schirmherrschaft der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, und in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 1. bis 30. April 2007 eine große Impfkaktion in Sachsen.

Ziel der Aktion ist es, für Interessierte anhand ihrer Impfdokumente den aktuellen Impfstatus zu ermitteln. Grundlage für die Feststellung des Impfstatus ist die Empfehlung der Sächsischen Impfkommision. Die Bürger sollen insbesondere von den Apothekern einen aktiven Impuls zur Impfung – Masern, Masern, Tetanus, Polio und Diphtherie – oder zur eventuellen Überprüfung des gesamten Impfausweises erhalten und an ihren Hausarzt oder das Gesundheitsamt verwiesen werden. Es ist also zu

erwarten, dass im Aktionszeitraum verstärkt Patienten zu ihren behandelnden Ärzten kommen und um eine Überprüfung ihres Impfstatus sowie um eine Auffrischung ihrer Impfungen bitten werden.

Die Aktion hat sich das Ziel gesetzt, den Sachsen ihren persönlichen Gesundheitsschutz, der sich mit den Impfungen verbindet, wieder ins Bewusstsein zu bringen. Um dieses Wissen schließlich in einen vollständigen Impfschutz umzuwandeln, bedarf es Ihrer Unterstützung. Der ärztliche Teil der Beratung und schließlich die eigentliche Impfung sind die abschließenden Schritte zum Erreichen dieses Ziels.

Im Februar und März 2007 wird vorwiegend für Apotheker aber auch für interessierte Ärzte eine speziell auf die Kampagne ausgerichtete ca. 2stündige Fortbildung angeboten (drei Punkte). Die Referenten sind Herr Prof. Dr. Siegwart Bigl, Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision (SIKO) und Mitglied der Ständigen Impfkommision (STIKO) und Herr Dr. Dietmar Beier, Mitglied der Sächsischen Impfkommision.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter der Fax-Nummer 0351/263 93 500 zu den Fortbildungsveranstaltungen in ihrer Region verbindlich an.



Termine der Fortbildungen zur Kampagne „Sachsen impft!“:

Mittwoch, 14. März 2007
Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen
17.00 – 19.00 Uhr
Braunstr. 16, 04347 Leipzig

Donnerstag, 22. März 2007
Kassenärztliche
Vereinigung Sachsen
19.00 – 21.00 Uhr
Carl-Hamel-Str. 3, 09116 Chemnitz

Mittwoch, 28. März 2007
Hotel Holiday Inn
17.00 – 19.00 Uhr
Kornmarkt 9, 08056 Zwickau

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unerwünschte Nebenwirkungen nach Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen

1990 – 2005 und Vergleich mit 1980 – 1990

1. Einleitung

Schutzimpfungen sind die wirksamste Primärprävention von Infektionskrankheiten. Dies wird jedermann vor Augen geführt mit dem Vergleich der impfpräventablen Erkrankungen und Todesfälle in der Vorimpfära und denen des Jahres 2006 (Tabelle 1 und 2). Daraus wird ersichtlich, dass die Einwohner Sachsens, insbesondere Kinder und Jugendliche, hinsichtlich impfpräventabler Infektionskrankheiten noch nie so gesund waren wie heute. Dies ist Verdienst der guten Impfmoral der in Sachsen tätigen Impfarzte und beweist deren Vertrauensverhältnis zur Bevölkerung. Im Freistaat Sachsen mit zurzeit noch 4,3 Mill. Einwohnern wurden 2005 2,4 Mill. Schutzimpfungen durchgeführt (Tabelle 3). Da es keine medizinische Behandlung ohne Nebenwirkungen und Risiken gibt, interessieren Ärzte und medizinische Laien besonders die Fragen nach der Häufigkeit und der Art der Risiken, die mit einer Schutzimpfung verbunden sind. Um fundierte diesbezügliche Aussagen zu gewährleisten und das Vertrauen der Bevölkerung gegenüber Schutzimpfungen zu erhalten, ist es notwendig, die Häufigkeit von Nebenwirkungen konsequent und lückenlos zu erfassen, mögliche Zusammenhänge wissenschaftlich zu untersuchen, auf neu entdeckte Nebenwirkungen angemessen zu reagieren und nachgewiesene Schädigungen zu versorgen. Dem Staat erwachsen aus diesen Tatsachen nach dem Grundgesetz Artikel 74 Nr. 19 Verpflichtungen für das Gemeinwesen, diese Problematik eindeutig rechtlich zu regeln.

2. Definitionen

Normale Impfreaktionen: (sogenannte „Impfkrankheiten“) sind Symptome,

Impfpräventable Infektionskrankheiten in Sachsen – Vergleich Vorimpfära mit 2006 (1)

Krankheit E / St (Meldung seit)	Vorimpfära Maximal gemeldete Fälle			2006		% - Verringerung + Erhöhung
	Jahr	Fälle abs. ²	Morb./Mort. ¹ 0/ 0000	Fälle abs.	0/ 0000	
Diphtherie E (1910) St (1892)	1943	17405	348,1	0		- 100
	1893	7415	148,3	0		- 100
	(1943)	910	18,2)			
Hepatitis A E (1962/80) ⁴ (1954/83) ⁵	1961	13395	267,9	28	0,65	- 99,79
Hepatitis B (wie HAV) E C St	1984	280	5,6	64	1,49	- 77,14
	1984	251	5,0	183	4,26	- 27,09
	1983	5	0,09	1	0,02	- 80
HIB-Mening, E(1983)	1986	40	0,8	0		- 100

¹ =Morb./Mort. Reichsgebiet oder DDR oder Sachsen

² = Fälle nach 1 für Sachsen (auf 5 Mill. Einwohner hochgerechnet)

³ = ges. Virushepatitiden minus HBV 1983

⁴ = BRD

⁵ = DDR

Tabelle 1

Impfpräventable Infektionskrankheiten in Sachsen – Vergleich Vorimpfära mit 2006 (2)

Krankheit E / St (Meldung seit)	Vorimpfära Maximal gemeldete Fälle			2006		% - Verringerung + Erhöhung
	Jahr	Fälle abs. ²	Morb./Mort. ¹ 0/ 0000	Fälle abs.	0/ 0000	
Masern E (1962) ⁵ St (1924)	1964	27840	556,8	1	0,02	- 99,99
	1925	550	11,0	0		- 100
	(1950)	40	0,8)			
Mumps E (1964) ⁵ Pertussis E(1939- 61) St	1984	57295	1145,9	10	0,40	- 99,98
	1940	9255	185,1	514	11,96	94,45
	1897	2015	40,3	0		- 100
	(1948)	145	2,9			
Poliomyelitis E (1910) St (1910)	1952	945	18,99	0		- 100
	1952	75	1,5	0		- 100
Röteln E(1983) ⁵	1989	30275	625,3	1	0,02	99,99
Tetanus E (1962) ⁴ St (1950) ⁵	1962	19	0,38	1	0,02	- 94,74
	1962	12	0,25	1	0,02	- 91,67

¹ =Morb./Mort. Reichsgebiet oder DDR oder Sachsen

² = Fälle nach 1 für Sachsen (auf 5 Mill. Einwohner hochgerechnet)

³ = ges. Virushepatitiden minus HBV 1983

⁴ = BRD

⁵ = DDR

Tabelle 2

Anzahl der Schutzimpfungen 2005 im Freistaat Sachsen; nur GKK (Veränderungen gegenüber 2004)

• Influenza	1 425 865*	(+ 7,3%)
• 6-fach (DTPa-IPV-Hib-HBV)	92 446	(- 4,6%)
• 5-fach (DTPa-IPV-Hib)	24 514	(+ 36,6%)
• 4-fach (Tdpa-IPV)	28 005	(+ 85,4%)
• 3-fach (DTPa/Tdpa)	32 011	(+ 8,0%)
• 3-fach (Td-IPV)	155 264	(+ 38,2%)
• MMR	77 182	(- 0,9%)
• HAV/HBV	55 656	(- 19,6%)
• FSME	168 450	(+ 21,5%)
• Pneumokokken	120 680	(+ 55,3%)
• Gesamt (4.349 Mill. E)	2 435 597**	(+ 11,0%***)

* = 33,0% EW. ** = 56,3% d. EW ***ohne Influenza(+14,0%)

Tabelle 3

die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Impfung auftreten können und eindeutig auf diese zurückzuführen sind. Dies sind lokale und Allgemeinsymptome, je nach Impfstoff.

Diese normalen Impfreaktionen sind die Grundlage für die „Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmaß hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ nach § 6

(1)3. IfSG, wie sie eine Arbeitsgruppe der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) formuliert hat (Tabelle 4). Sie werden auch als „atypische Impfverläufe“ (engl. „Adverse Events“) bezeichnet. In diesen Begriffen sind sowohl gesteigerte Nebenwirkungen und Komplikationen vorübergehender Art (frühere Bezeichnung „zeitweilige vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit“) als auch bleibender Art (Gesundheitsschaden, Impfschaden) enthalten.

3. Rechtliche Grundlagen

Seit dem 1. 1. 2001 gilt das „Infektionsschutzgesetz“ (IfSG), eine Novellierung und Modernisierung des bis dahin geltenden „Bundesseuchenschutzgesetzes“ (BSeuchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. 12. 1990. Im IfSG ist erstmals die namentliche „Meldepflicht des Verdachtes einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung“ durch den Impfarzt an das Gesundheitsamt gesetzlich in § 6 Abs. 1 Nr. 3 angewiesen worden. Das so informierte zuständige Gesundheitsamt ist nach § 11 Abs. 2 IfSG seinerseits verpflichtet, den gemeldeten Verdacht einer über das übliche Maß einer „Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ an die zuständige Landesbehörde (in Sachsen die „Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen“ (LUA), Standort Chemnitz) und der nach dem Arzneimittelgesetz § 77 zuständigen Bundesoberbehörde (dem Paul-Ehrlich-Institut) zu melden. Einzelheiten der Meldung sowie deren Sinnhaftigkeit und Konsequenzen hat die Sächsische Impfkommission (SIKO) in der „Empfehlung der Sächsischen Impfkommission beim Auftreten von atypischen Impfverläufen im Freistaat Sachsen“ vom 15. 5. 1998, Stand 1. 12. 2003 (E 10, Beilage Ärzteblatt Sachsen 12/2003) detailliert beschrieben.

Hintergrund dieser Maßnahmen ist, dass das Gesundheitsamt die Einleitung notwendiger zeitnaher Untersuchungs- und Abwehrmaßnahmen

Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (§ 6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG)

Eine namentliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt besteht nach §6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG dann, wenn nach einer Impfung auftretende Krankheitserscheinungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen könnten und über die nachfolgenden Impfreaktionen hinausgehen.

Nicht meldepflichtig sind das übliche Ausmaß nicht überschreitende, kurzzeitig vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind: z.B.

– für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle

– Fieber unter 39.5 °C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionären Lymphknoten

– oder im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ (1-3 Wochen nach der Impfung), z.B. leichte Parotisschwellung oder ein Masern- bzw. Varizellen ähnliches Exanthem oder kurzzeitige Arthralgien nach der Verabreichung von auf der Basis abgeschwächter Lebendviren hergestellten Impfstoffen gegen Mumps, Masern, Röteln oder Varizellen.

Ausgenommen von der Meldepflicht sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt.

Tabelle 4

Gesetzliche Grundlagen bei atypischen Impfverläufen und Impfschäden seit 2001
Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften
(Seuchenrechtsneuordnungsgesetz – SeuchRNeuG) – Infektionsschutzgesetz (IfSG) –

§ 6 (1) 3 Meldepflicht atypischer Impfverläufe

§ 11(2) Meldepflicht der Gesundheitsämter

§ 60 Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

§ 61 Gesundheitsschadensanerkennung

§ 62 Heilbehandlung

§ 63 Konkurrenz von Ansprüchen, Anwendung der Vorschriften nach dem Bundesversorgungsgesetz, ...

§ 64 Zuständige Behörde für die Versorgung

Tabelle 5

veranlasst, die zur wissenschaftlichen Klärung des Falles führen. Außerdem hat das Gesundheitsamt dem betreffenden Verdachtsgeschädigten Hilfestellung zu leisten in Form von Aufklärungen und Hilfe bei evtl. Einleitung des Entschädigungsverfahrens bei der zuständigen Behörde (in Sachsen „Ämter für Familie und Soziales“, Abt. Versorgungsamt) nach § 60 ff IfSG (Tabelle 5). Um keine ungerechtfertigten Erwartungen und unnötige Ängste bei den betreffenden zu wecken, ist zu beachten, dass nach § 61 IfSG „Gesundheitsschadensanerkennung“ „zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs.1 Satz 1 die Wahrschein-

lichkeit des ursächlichen Zusammenhangs genügt...“ Diese muss andererseits aber gutachterlich als zeitlich und ursächlich („pathophysiologisch“) wahrscheinlich nachgewiesen werden. Andere Ursachen sind auszuschließen. Eine bloße „Möglichkeit“ genügt nicht (Tabelle 6, WHO-Definitionen)

4. Analyse und Bewertung der atypischen Impfverläufe der Jahre 2001 – 2005 im Freistaat Sachsen

Wegen der verbesserten Erfassung infolge der geänderten Gesetzeslage seit 2001 (zum Beispiel namentliche Meldepflicht atypischer Impfverläufe – siehe unter 3.) sind die Daten der Jahre 2001 – 2005 nicht uneinge-

WHO-Kriterien zur Kausalitätsbewertung eines Verdachtsfalles einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) (hier eines Verdachtsfalles einer Impfkomplication)

1. Gesichert (certain): ein klinisches Ereignis, einschließlich Veränderungen von Laborparametern. Gilt als gesicherte UAW, wenn ein plausibler zeitlicher Rahmen vorliegt und keine anderen Ursachen in Frage kommen. Des Weiteren muss die Reaktion bekannt und pathophysiologisch erklärbar sein, wobei ein positiver Reexpositionsversuch nicht zwangsläufig gefordert wird, in der Regel aber vorhanden sein sollte.

2. Wahrscheinlich (probable/likely): ein klinisches Ereignis, einschließlich Veränderungen von Laborparametern. Gilt als wahrscheinliche UAW, wenn ein plausibler zeitlicher Rahmen vorliegt und wahrscheinlich nicht durch andere Ursachen ausgelöst ist. Die Reaktion sollte bekannt und pathophysiologisch erklärbar sein, wobei ein positiver Reexpositionsversuch nicht gefordert wird.

3. Möglich (possible): ein klinisches Ereignis, einschließlich Veränderungen von Laborparametern. Gilt als möglich UAW, wenn ein plausibler zeitlicher Rahmen vorliegt aber auch andere Ursachen wie koindizierende Erkrankungen oder Medikamente in Frage kommen.

4. Unwahrscheinlich (unlikely): ein klinisches Ereignis, einschließlich Veränderungen von Laborparametern. Gilt als unwahrscheinliche UAW, wenn eine zweifelhafte zeitliche Korrelation besteht und insgesamt mehr Aspekte gegen einen Kausalzusammenhang sprechen.

5. Unvollständig (conditional/undassified): Die Datenlage ist zur Beurteilung insuffizient. Weitere Daten sind angekündigt oder angefordert.

6. Nicht zu beurteilen (unassessible/undassifiable): Die Datenlage ist zur Beurteilung insuffizient, keine weiteren Daten sind zu erwarten.

Tabelle 6

schränkt mit denen der Jahre 1990 – 2000 und noch weniger mit denen der Jahre 1980 – 1990 vergleichbar. Details sind auch in der Promotionsarbeit „Erfassung und Bewertung von unerwünschten Nebenwirkungen nach Anwendung von Impfstoffen in Sachsen zwischen 1980 – 1989 und 1990 – 2000“ von U. Schlenkrich, Universität Leipzig, 2004 dargestellt. In den fünf Jahren 2001 – 2005 wurden insgesamt 145 atypische Impfverläufe an die 29 Gesundheitsämter Sachsens gemeldet. Dies entspricht im Durchschnitt etwa 30 pro Jahr. In der absoluten Häufigkeit der gemeldeten unerwünschten Nebenwirkungen stand die Influenzaimpfung mit 23 Fällen (= 15,9 Prozent) an der Spitze, gefolgt von der 6-Fachimpfung (TDPa-IPV-HIB-Hep B) mit 18 = 12,4 Prozent und der Pertussis (Pa) und 3-Fachimpfung DTPa mit 17 Fällen (=11,7 Prozent). Atypische Impfverläufe nach Masern-Mumps-Rötelnimpfung (MMR) nehmen mit 9 Fällen nur Platz 6 ein (Tabelle 7). Diese Meldungen atypischer Impfverläufe an die Gesundheitsämter sind nicht gleichzusetzen mit den Anträgen und Anerkennungen auf Impfschadensfall beim Landesamt für Familie und Soziales

(Tabelle 8). Nur bei jedem 2. Fall und zusätzlichen Sonderfällen (82 von 145) wurde Antrag auf Impfschadensfall gestellt. Bisher sind in zehn Fällen in den vier Jahren 2001 – 2004 (die Entscheidungen für das Jahr 2005 stehen noch aus) Anerkennungen auf Impfschaden amtlich ausgesprochen und Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz gewährt worden. Es wurde 7 mal eine Zahlung der Heil- und Krankenhausbehandlung gewährt und nur 3 mal eine dauernde Rentenzahlung (Tabelle 9). Aus diesen Daten ist in Kombination mit der Anzahl und Art der jeweils durchgeführten Schutzimpfungen in den Jahren 2001 – 2005 (2004) das wahre individuelle Risiko erkenn- und errechenbar. Wie aus Tabelle 10 zu entnehmen ist, ereignete sich ein Influenzaschadensfall auf zwei Millionen Impfungen, ein Schadensfall bei 6-fachimpfung bei 392 000 Impfungen (Geburtsjahrgangsstärke in Sachsen zurzeit 30 – 35.000!), ein Tetanusimpfschadensfall auf über ½ Million Impfungen usw. Es wurde kein einziger Impfschadensfall nach Masernschutzimpfung anerkannt (durchgeführte Anzahl MMR: ≥ 300 000, Anträge 2, atypische Impfverläufe 9).

Gemeldete atypische Impfverläufe im Freistaat Sachsen 2001 – 2005 (Auskünfte der 29 Gesundheitsämter)

Impfart	Anzahl (%)
BCG	-
Cholera	-
Diphtherie	2 (1,4)
FSME	8 (5,6)
Gelbfieber	5 (3,4)
HIB	2 (1,4)
Hep. A	2 (1,4)
Hep. B / Hep. A + B	6/10 (11,0)
Influenza	23 (15,9)
Masern / MMR	0/9 (6,2)
Men. C-konj. / Men. ACWY	2/0 (1,4)
Mumps	-
Pertussis/DTPa	3/14 (11,7)
Pneumokokken	9 (6,2)
Polio	5 (3,4)
Röteln	-
T / Td / Td-IPV	3/11/0 (9,7)
Tollwut	4 (2,8)
Typhus	1 (1,4)
Varizellen	-
4-fach / 5-fach	5/3 (5,5)
6-fach	18 (12,4)
Pocken	-
andere	-
Gesamt	145 (100)

Tabelle 7

Anträge auf Impfschadensfälle im Freistaat Sachsen (Anträge nach Impfstoff) 2001 – 2005 (nach Auskunft des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales)

Impfart	Anzahl (%)
BCG	2 (2,4)
Cholera	-
Diphtherie	3 (3,7)
FSME	1 (1,2)
Gelbfieber	1 (1,2)
HIB	1 (1,2)
Hep. A	-
Hep. B / Hep. A + B	6/2 (9,8)
Influenza	12 (14,6)
Masern / MMR	1/1 (2,4)
Men. C / Men. A C Y W	-
Mumps	-
Pertussis/DTP	0/1 (1,2)
Pneumokokken	2 (2,4)
Polio	1 (1,2)
Röteln	1 (1,2)
T / Td / Td-IPV	7/3/4 (17,1)
Tollwut	3 (3,7)
Typhus	-
Varizellen	-
4-fach / 5-fach	0/2 (2,4)
6-fach	4 (4,9)
Pocken	14 (17,1)
andere	5 (6,1)
ausstehend (in Bearbeitung)	5 (6,1)
Gesamt	82 (100)

Tabelle 8

Staatlich empfohlene Schutzimpfungen mit in Deutschland zugelassenen Impfstoffen sind damit erwiesenermaßen bestens verträglich und höchst

Impfschadensfälle im Freistaat Sachsen (Anträge, Anerkennung, Entschädigung) 2001 – 2005 (nach Auskunft des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales)

Jahr	Anträge	Anerkennung		Entschädigung	
		Anzahl	Impfparzt	Heil- und Krh.behandlung	Rentenzahlung
2001	17	4	HepB/Infl/Po/Tw	3	1
2002	19	2	Infl./Tetanus	2	0
2003	15	3	Infl./6-/Di+Hep.B	3	1
2004	20	1	DTPa	1	1
2005	11	?		?	?
Gesamt	82	10			

Tabelle 9

Nutzen-Risiko-Analyse von Schutzimpfungen (Beispiele)

Erkrankungen	Komplikationen	Häufigkeiten	
		nach Erkrankung	nach Impfung
Masern	Enzephalitis	1 : 1000	1 : 106
Mumps	Meningitis	1 – 7 : 10	1 : 106
Pertussis	bleibender Hirnschaden	1 : 100	1 : 1-20 x 10 ⁶
	Lähmung	1 : 100	0 (IPV) 1 : 1-5 x 10 ⁶ (OPV)
Tetanus	Tod	1 : 2-5	0
Diphtherie	Tod	1 : 30	0
Tollwut	Tod	1 : 1	0

Tabelle 11

effektiv. Beispiele der Nutzen-Risiko-Analyse aus dem Vergleich der Häufigkeiten Komplikation oder Tod nach „natürlicher“ Infektionskrankheit und Schutzimpfung sind aus der Tabelle 11 ersichtlich, die Vermeidung von Erkrankungen und Todesfällen absolut und pro Jahr aus Tabelle 1. Die Unterschiede der Meldungen atypischer Impfverläufe an die Gesundheitsämter (Tabelle 7) zu den gestellten Anträgen an die Ämter für Familie und Soziales (Tabelle 8) offenbaren auch dringend abzustellende juristische Mängel, die mitverantwortlich sind für eine überbordende Bürokratie im Gesundheitswesen, Impfgegner ermutigen und sozialpolitische Defizite in der Inzidenz anerkannter Impfkomplicationen 1980 – 1990 bzw. anerkannter Impfschäden 1990 – 2000 in Sachsen pro 100.000 Impfungen

- 1980 – 1989
- BCG 5,7
- OPV 0,25
- Masern 4,3
- DPT 1,93
- 1990-2000
- BCG 6,2 (bis 1997)
- OPV 0,33 (bis 1997)
- IPV 0 (1998-2000)
- Masern 3,2 (1990)
- MMR 0 (1991-2000)
- DTP/ DTPa 0,57

Tabelle 12

Fallzahlen und Inzidenz von anerkannten Impfschäden 2001-2005 in Sachsen pro 100.000 der betreffenden Impfungen

- Influenza 3x = 0,05
- 6-fach Impfung 1x = 0,26
- Tetanus 1x = 0,18
- DTPa 1x = 0,79
- Hep B 2x = 0,51
- Poliomyelitis 1x = 0,35
- Tollwut 1x = 25 (?)*

* Anzahl der Tollwutimpfungen, da oft kostenpflichtig = privat, unbekannt, Abrechnung über die KVS etwa 1000 pro Jahr

Tabelle 10

5. Analyse und Bewertung atypischer Impfverläufe und Impfschäden der Jahre 1980 – 1989 und 1990 – 2000:

Entsprechend der anderen Rechtsgrundlagen und Verfahrensweisen 1980 – 1989 in der DDR (nach „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten beim Menschen“ vom 3. 12. 1982 und der Ersten und Zweiten Durchführungsbestimmung zu diesem Gesetz – „Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und spezielle Schutzmaßnahmen“ vom 20. 1. 1983 und „Schutzimpfungen und andere Schutzanwendungen“ vom 20. 1. 1983) und 1990 – 2000 nach dem Bundesseuchengesetz sind Vergleiche mit dem Vorstehenden nur bedingt möglich. In der Zeit von 1980 – 1989 wurden in den Bezirken Leipzig, Dresden und Chemnitz (Karl-Marx-Stadt) 314 Anträge auf Anerkennung eines Impfschadens gestellt. Hiervon 228 Anträge von den Impfkommisionen anerkannt. Am häufigsten wurden Nebenwirkungen nach BCG-Impfungen (70 Fälle = 30,7 Prozent), Masernimpfung (54 Fälle = 19,7 Prozent), DPwT-Impfung (49 Fälle = 18,4 Prozent) und Poliomyelitis (8 Fälle = 3,5 Prozent) gesehen. Die Inzidenz der anerkannten Impfkomplicationen auf 100 000 Impfungen der jeweiligen Art ist in Tabelle 12 denen von 1990 – 2000 gegenübergestellt. Der Vergleich lässt nachstehende Schlussfolgerungen zu: Durch die Einführung des azellulären Pertussisimpfstoffes (Pa) hat sich die Reaktogenität und Komplikationsrate gegenüber Impfstoffen mit Vollkeimpertussis-antigen (Pw) entscheidend verbessert; die Masernkomponente im MMR-Impfstoff (Stamm Schwartz oder Moraten) ist ärmer an unerwünschten Nebenwirkungen als der DDR-Impf-

Altenversorgung offenbaren: Wieso und von wem wurden in den Jahren 2000 – 2005 noch 14 Anträge (17 Prozent) auf Impfschaden nach Pockenimpfung gestellt? Bekanntermaßen gelten die Pocken seit 1977 als ausgerottet. Schutzimpfungen wurden seit dieser Zeit in Deutschland nicht mehr durchgeführt. In jedem demokratischen Land gibt es Fristen für die Verjährung derartiger Antragsstellungen, weil ohnehin nach Jahrzehnten kein objektiver Beweis mehr erbracht werden kann. In Deutschland ist es aber immer noch möglich zu versuchen, z.B. Finanzierungslücken etwa bei Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim durch Beantragung einer Entschädigung (Rentenzahlung) nach angeblichem (oder tatsächlichem?) Pockenimpfschadensfall vor über 30 Jahren zu schließen.

Einzelheiten der Diagnosen gemeldeter atypischer Impfverläufe an die 29 Gesundheitsämter im Freistaat Sachsen der Jahre 2000 – 2005 nach Impfart (9 x nach MMR-Impfung, 14 x nach DTPa/Tdpa-Impfung, 3 x nach Pertussisimpfung, 4 x nach Td-IPV-Impfung u.a.) sind im Internet unter www.lv-oegd-sachsen.de/Fortbildung/22.DresdnerKolloquium/Impfschäden_einsehbar.

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) der anerkannten Impfschadensfälle 1990 – 2000 nach Impfstoffart (n=23)

Impfung	Anerkennung	MdE<25%	MdE 80%	MdE 100%
BCG	9	9		
DTP	3	2		1
Masern	2	2		
Td/OPV, DT/OPV	2	1	1	
Td	1	1		
T	1	1		
OPV	1	1		
Influenza	1			1
OPV/Influenza	1	1		
IPV/DTPa/Hb	1	1		
DTP/Hb	1	1		

Tabelle 13

Anträge und Meldungen auf Impfschäden an die Ämter für Familie und Soziales und die Gesundheitsämter im Freistaat Sachsen 1990 – 2000

Impfung	Anträge/Amt für Familie und Soz.	Anerkennung	Ablehnung	offen	Zusätzl. Meldung an das Ges.amt	Gesamt
BCG	12	9	2	1	3	15
DTP./DT+OPV	11	5	5	1	4	15
FSME	1	0	1	0	6	7
Gelbfieber	1	0	1	0	0	1
HIB/DTPaHIB	0/6	0/2	0/2	0/1	2/4	2/9
Hep A	5	0	4	1	5	10
Hep B/A+B	2/0	0	2/0	0	1/2	3/2
Influenza/Infl.+OPV	9/1	1/1	6/0	2/0	6/0	15/1
Masern/MMR	3/1	2/0	1/1	0	0/3	3/4
Mumps	1	0	1	0	0	1
Polio(OPV)	5	1	1	3	1	6
OPV+DTPa/OPV+HepB	0	0	0	0	4	4
T/Td/Td-IPV	6	2	4	0	9	15
	63	23	31	9	50	113

Tabelle 15

stamm (L16 SSW/HN); ebenso IPV gegenüber OPV. Die BCG-Impf-Nebenwirkungsraten waren gleich. Im Freistaat Sachsen (gegründet aus den Bezirken Leipzig, Dresden und Chemnitz) wurden in der Zeit von 1990 – 2000 63 Anträge auf Anerkennung eines Impfschadens auf Grundlage des § 51 des Bundesseuchengesetzes bei den Ämtern für Familie und Soziales gestellt (= durchschnittlich 6 pro Jahr). Die Gesundheitsämter wurden über 50 weitere Nebenwirkungen nach Impfungen informiert. Bei insgesamt 113 Patienten traten 132 verschiedene Reaktionen auf. Davon wurden 38 Nebenwirkungen als „Impfreaktionen“ eingestuft, 24 „Lokalreaktionen“ und 14 „Allgemeinreaktionen“. Diese Nebenwirkungen waren zeitlich limitiert und sind Teil der Immunantwort des Körpers auf das zugeführte Antigen, mithin normale Impfreaktionen.

Die Ämter für Familie und Soziales erkannten 23 Erkrankungen als durch Impfung verursacht an. Die meisten Impfkomplicationen traten nach BCG-Impfung (9 = 39,1 Prozent), 5 (21,7 Prozent) nach DPwT-Impfung und 2 (8,7 Prozent) Masernimpfung auf. Einzelheiten, die Diagnosen, die Häufigkeit der Anträge und Meldungen an die Ämter für Familie und Soziales sowie zusätzliche Meldungen an die Gesundheitsämter und die Beurteilung der Erwerbsminderungen (MdE) sind aus den Tabellen 13, 14 und 15 ersichtlich, die Inzidenz pro 100 000 Impfungen aus Tabelle 12.

Ein Vergleich der Jahre 1980 – 1989 und 1990 – 2000 mit 2001 – 2005 zeigt einen deutlich abnehmenden Trend der Anträge und Anerkennungen von Impfschäden. (Abbildungen 1 und 2) Bei 646 861 geborenen Kindern im Zeitraum von 1980 –

Diagnosen der anerkannten Impfschadensfälle 1990 – 2000 (n= 23)

- 9 x BCG:
abszed. Lymphadenitis, eitriges Ulkus,
Abszess an der Impfstelle
- 2 x T/Td:
Neuritis (Plexus brachialis),
hypererge cervikale Myelopathie
- 5 x DTPw:
Fieberkrämpfe, Schreikrampf
- 1 x DTPa:
Fieberkrampf
- 2 x Masern:
Fieberkrämpfe
- 2 x OPV:
schlafte Lähmung
- 1 x Influenza:
Guillan-Barre-Syndrom (GBS)
- 1 x DT:
Fieberkrampf

Tabelle 14

1989 kam es zu 228 Anerkennungen, das heißt zu einer Anerkennung pro 2 800 geborener Kinder. In der Zeit von 1990 – 2000 wurden 23 Anerkennungen ausgesprochen. Dies ergibt bei 327.135 geborenen Kindern eine Rate von 1 auf 14 223, 2001 – 2004 bei 127.684 geborenen Kindern und 10 Anerkennungen ein Kind auf 12.800 geborener Kinder.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Analysen der unerwünschten Nebenwirkungen von Schutzimpfungen seit 25 Jahren auf dem Territorium des heutigen Freistaates Sachsen belegen die sehr gute Verträglichkeit bei hoher Effektivität der staatlich empfohlenen Schutzimpfungen. Die gesetzlichen Regelungen zur ständigen Beurteilung dieser atypischen Impfverläufe bzw. unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind ausreichend, sollten aber nach modernen Gesichtspunkten zum Abbau von Bürokratie und Ängsten bei Ärzten und in der Bevölkerung präzisiert und gestrafft werden. Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen sind sehr selten, Impfschäden, die eine Erwerbsminderung \geq 50 Prozent und damit Rentenzahlung zur Folge haben, sind eine große Ausnahme (2001 – 2004 1 x pro 2 Millionen Schutzimpfungen). Um gutachterlich zu wissenschaftlich fundierten Aussagen zu kommen, ist eine strikte Einhaltung der sofortigen Verdachtsmeldungsspflicht und der Verfahrensweise der Empfehlung der E 10 der SIKO bei Auftreten solcher Ereignisse zwingend erforderlich.

Anerkannte Impfschadensfälle nach Impfstoff 1980 – 1989 in den Bezirken Dresden, K-M-Stadt, Leipzig (n=228) 1990 – 2000 im Freistaat Sachsen (n=23)

1980-1989, n = 228
von etwa 18 Millionen Impfungen

1990-2000, n = 23
von etwa 22 Millionen Impfungen

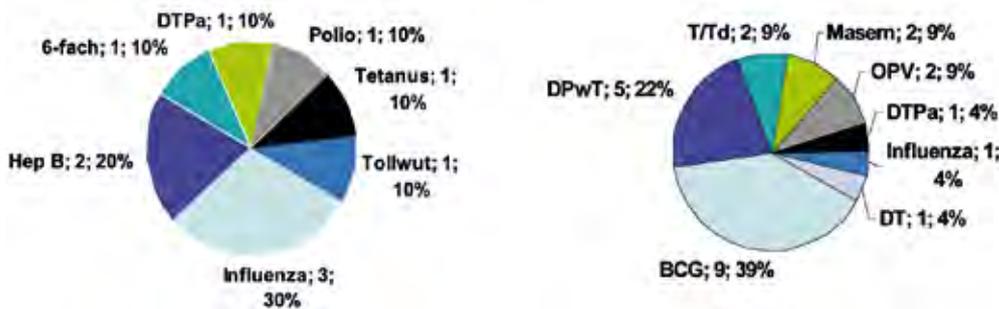


Abbildung 1

Inzidenz von anerkannten Impfschadensfällen 1980 – 1989 in der DDR bzw. anerkannten Impfschäden 1990 – 2000 und 2001 – 2005 in Sachsen pro 100 000 der betreffenden Impfung

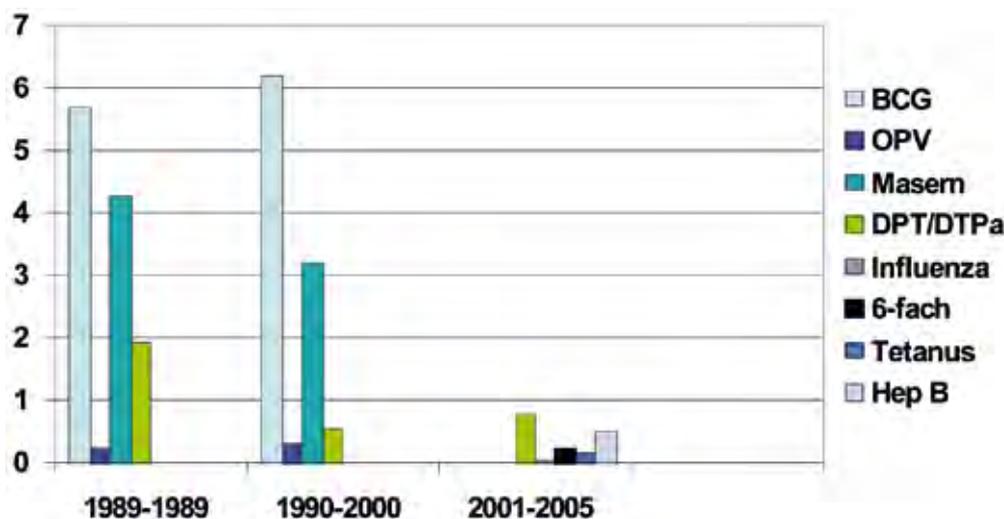


Abbildung 2

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern, den nachgeordneten Einrichtungen des Staatsministeriums für Soziales (der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen und der Ämter für Familie und Soziales), den Impfkommissionen (STIKO, SIKO) sowie der Bundesoberbehörde (dem Paul-Ehrlich-

Institut) muss angemahnt werden. Schutzimpfungen und deren laufende Effektivitäts- und Sicherheitskontrolle ist nach dem geltenden Recht Staatsaufgabe. Diese muss durch Bereitstellung der dafür notwendigen materiellen und personellen Ressourcen auch in Zukunft gesichert werden. Die sofortige adäquate Maßnahmenregelung, fach-

kundige Erfassung (Impfdatenbank, Infektionsepidemiologie, Krebsregister), Begutachtung und Auswertung der Meldungen von Schutzimpfungen, Impfdurchbrüchen, atypische Impfverläufe u.ä. an die Gesundheitsämter und der Anträge an die Ämter für Familie und Soziales durch erfahrene Spezialisten ist im Interesse der Sache zu sichern. Dabei ist ferner die strikte Einhaltung der Neutralität und Selbständigkeit gegenüber dem Druck der Pharmaindustrie (Impfstoffhersteller) zwingende Notwendigkeit. Impfkritiker und -skeptiker werden hiermit zum konstruktiven Dialog aufgefordert; Impfgegner ersucht, ihre emotional begründete Ablehnung an Hand der Fakten zu überdenken. Die umfassende Aufklärung der Bevölkerung über die hochpositive Nutzen – Risiko – Relation von Schutzimpfungen muss gesamtgesellschaftlich (Schule, Gemeinschaftseinrichtungen, Gesundheitswesen, Medien) weiter verbessert werden.

Mein besonderer Dank für Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit gilt:

- Herrn Dr. A. Nees, Staatssekretär a.D., SMS,
- den 29 Gesundheitsämtern des Freistaates Sachsen,
- der Abteilung Hygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Standort Chemnitz (Abt.Ltr. Dr. D. Beier),
- dem Landesamt für Familie und Soziales (Präsident Dr. Reiß),
- Herrn Dr. Schlenkrich, LUA, Standort Leipzig,
- der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Hauptgeschäftsführer, Herrn Dr. agr. Jan Kaminsky.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

Informationen zur Betäubungsmittel- Verschreibungsver- ordnung (BtMVV)

In der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sind neben dem Verfahren zur Vergabe von Betäubungsmitteln auch die Verschreibungsmodalitäten auf den hierfür erforderlichen Betäubungsmittel-Rezepten (in der ambulanten Versorgung) und Betäubungsmittel-Anforderungsscheinen (in der stationären Versorgung) sowie die Grundsätze zur Dokumentation festgelegt.

Bis auf wenige Ausnahmen darf nur derjenige Arzt Substitutionsmittel verschreiben, der über eine suchtherapeutische Qualifikation verfügt, das heißt die Fachkunde/Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erworben hat. Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung ist die Facharztanerkennung oder eine mindestens 5-jährige ärztliche Tätigkeit, die Absolvierung einer Kurs-Weiterbildung und eine

Prüfung vor der Sächsischen Landesärztekammer. Die erforderlichen 50-Stunden-Kurse werden durch die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer angeboten. Als nächster Kurstermin ist der 1. bis 3. November sowie 13. bis 15. Dezember 2007 vorgesehen, Anmeldungen sind unter kurse@slaek.de möglich.

Seit dem 1. Juli 2002 muss jeder behandelnde Arzt, der für einen opiatabhängigen Patienten Substitutionsmittel verordnet, der beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugehörigen Bundesopiumstelle unverzüglich die in § 5a Abs. der BtMVV vorgeschriebenen Daten (Patientendaten in pseudonymisierter Form, Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, Datum der letzten Verschreibung, Name und Adresse des verschreibenden Arztes und gegebenenfalls des Konsiliariums) melden.

Bei der Bundesopiumstelle ist seit Juli 2002 ein Substitutionsregister eingerichtet. Nach Angaben des Bundes-

ministeriums für Gesundheit befanden sich 2006 in Deutschland 65.000 Personen in Substitutionsbehandlung (Stand: September 2006).

Die Qualität der im Substitutionsregister erfassten Daten ist von den eingehenden Meldungen abhängig. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat in diesem Zusammenhang darum gebeten, die substituierenden Ärzte auf ihre Meldepflicht aufmerksam zu machen.

Die für die Erst-Anforderungen von Betäubungsmittel-Rezepten und Betäubungsmittel-Anforderungsscheinen erforderlichen Formulare hat die Bundesopiumstelle seit Januar 2007 in elektronischer Form bereitgestellt. Sie können über die Homepage <http://www.bfarm.de> in der Rubrik Betäubungsmittel im Abschnitt Formulare abgerufen werden. Die Rechtsgrundlagen und die Beantwortung häufiger Fragen finden sich in der oben genannten Rubrik.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Konzerte und Ausstellungen

Konzert im Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer
Sonntag, 1. April 2007, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Beethoven
Pathétique/Sturm und Drang,
Der „Revolutionär“, der „neue Weg“
Werke op. 13, op. 2 und 1, op. 35
Studentinnen und Studenten der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber, Dresden

Donnerstag, 5. April 2007, 19.30 Uhr
Festkonzert
anlässlich des 75. Geburtstages von MD Prof. Raitchel,
Gesang: KS Angela Liebold, Violine: Prof. Ivan Zenatý, Violoncello: Prof. Peter Bruns, Klavier: Prof. Christine Hesse, Annegret Kuttner, Katarina Zenatá und Prof. Monika Raitchel

Ausstellungen
Foyer der Sächsischen Landesärztekammer und 4. Etage
Michael Schwill
Halbe Halbe – Malerei
14. März bis 13. Mai 2007

Vernissage
Donnerstag, 15. März 2007,
19.30 Uhr, Einführung: Dr. sc. phil.
Ingrid Koch, Kulturjournalistin, Dresden

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung
„abstrakt und konkret“
Kleinplastiken in Ton und Porzellan
von Helga Krauß und Malerei
von Frank Degelow, bis 30. 3. 2007

Vorankündigung

14. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum

14. Dresdner Ärzteball

**am 25. August 2007,
um 19 Uhr in die
Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel,
Sächsische Landesärztekammer,
Postfach 10 04 65,
01074 Dresden, Tel. 0351 8267131,
Fax 0351 8267132
E-Mail: kaek-dd@slaek.de

Der Preis der Ballkarte wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2007, bekanntgegeben.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/C015

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 07/C016

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2007

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/
Pneumologie – fachärztlich

Reg.-Nr. 07/C017

Facharzt für Innere Medizin/
Pneumologie - fachärztlich

Reg.-Nr. 07/C018

(Vertragsarztsitze in
Gemeinschaftspraxis)

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 07/C019

Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 07/C020

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und

Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/C021

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.04.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/D018

Facharzt für Innere Medizin

Reg.-Nr. 07/D019

Vertragsarztsitze in einem
medizinischen Versorgungszentrum
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
23.03.2007

Hoyerswerda-Stadt/ Landkreis Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 07/D020

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und

Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/D021

Riesa-Großenhain

Facharzt für Kinder- und

Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/D022

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/D023

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/D024

Schriftliche Bewerbungen sind bis
zum 10.04.2007 an die Kassenärztliche
Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle
Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,
Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L019

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L020

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L021

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L022

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L023

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in
Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 07/L024

Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie

Reg.-Nr. 07/L025

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L030

Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 07/L026

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/L027

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L028

Döbeln

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 07/L029

Schriftliche Bewerbungen sind bis
zum 12.04.2007 an die Kassenärztliche
Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle
Leipzig, Braunstraße 16,
04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53
zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 30.06.2007

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe:

Juni – Dezember 2008

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 1. Quartal 2008

Interessenten wenden sich bitte an
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz,
Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.:
(0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Innere Medizin –
hausärztlich*)

Vertragsarztsitze in

Gemeinschaftspraxis

geplante Praxisabgabe: 2008

Facharzt für Innere Medizin –
hausärztlich*)

geplante Praxisabgabe: 01.08.2007

Facharzt für Innere Medizin –
hausärztlich*)

geplante Praxisabgabe: 01.07.2007

Interessenten wenden sich bitte an
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksgeschäftsstelle Dresden,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,
Tel.: (0351) 88 28-330.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2007

Interessenten wenden sich bitte an
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig,
Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.:
(0341) 243 21 53.

Unsere Jubilare im April Wir gratulieren

60 Jahre

01. 04. Dr. med. Heyne, Steffen
09224 Mittelbach
02. 04. Zeißig, Gisela
04157 Leipzig
05. 04. Dipl.-Med. Rieder, Bernhard
04808 Wurzen
13. 04. Fiedler, Christa
04779 Wernsdorf
17. 04. Jahn, Sigrid
08371 Glauchau
18. 04. Dr. med. Tröltzsch, Michael
04349 Leipzig
20. 04. Dr. med.
Bratanow, Christiane
04416 Markkleeberg
23. 04. Dr. med. Winter, Matthias
04552 Lobstädt
27. 04. Dr. med.
Morgenstern, Klaus
01259 Dresden
28. 04. Prof. Dr. med. habil.
Volkman, Hans-Jürgen
09456 Annaberg-Buchholz
29. 04. Dr. med. Hahn, Leonore
01728 Possendorf

65 Jahre

03. 04. Dr. med. Knöpfel, Maria
01109 Dresden
04. 04. Dr. med. Georgi, Ulrich
09131 Chemnitz
05. 04. Dr. med. Dietz, Roswitha
09600 Freiberg OT Zug
06. 04. Dr. med. Neubert, Ekkehart
01454 Ullersdorf
09. 04. Dr. med.
Reinheckel, Wolfgang
02999 Groß-Särchen
10. 04. Dr. med.
Wagner, Hans-Peter
09130 Chemnitz
12. 04. Dr. med. Hentschel,
Anne-Barbara
01069 Dresden
13. 04. Langer, Gerhard
02943 Gablenz
13. 04. Dr. med. Seehars, Werner
09633 Halsbrücke
14. 04. Dr. med. von Wirsing, Ute
08301 Schlema
15. 04. Dr. med.
Bräuninger, Bertfried
08451 Crimmitschau
15. 04. Dr. med.
Martinsohn, Manfred
02943 Weißwasser
15. 04. Dr. med. Schulz, Franziska
01069 Dresden

16. 04. Dipl.-Med. Schubert, Klaus
04347 Leipzig
18. 04. Dr. med. Roesner, Sabine
01307 Dresden
19. 04. Dr. med. Krause, Siegfried
08289 Schneeberg
20. 04. Dipl.-Med. Bonitz, Renate
09122 Chemnitz
21. 04. Dr. med. Scheller, Werner
04207 Leipzig
22. 04. Feurig, Sieglinde
01683 Nossen
22. 04. Dipl.-Med. Wolf, Reinhard
02708 Löbau
23. 04. Dr. med.
Zwahr, Dieter Gerhard
02625 Bautzen
24. 04. Dr. med. Opitz, Dorit
01157 Dresden
25. 04. Dr. med. Hackel, Wolfram
01187 Dresden
27. 04. Dr. med. Kreibich, Hans
08058 Zwickau
28. 04. Dr. med. Richter, Ursula
01277 Dresden
29. 04. Dr. med. Röbber, Karl-Heinz
04425 Taucha
30. 04. Dr. med. Lorenz, Christine
09228 Chemnitz
30. 04. Prof. Dr. med. habil.
Roesner, Dietmar
01219 Dresden

70 Jahre

01. 04. Dr. med. Fritsche, Helga
02827 Görlitz
03. 04. Dr. med.
Grübner, Wolfgang
01809 Müglitztal
03. 04. Dr. med. Nimetschek, Karl
01612 Neuseußlitz
04. 04. Dr. med. Bennek, Maria
04275 Leipzig
04. 04. Dr. med. Böhme, Doris
01728 Possendorf
04. 04. Dr. med. Gemende, Georg
01099 Dresden
05. 04. Fischer, Alfred
04129 Leipzig
07. 04. Dr. med.
Büttner, Marie-Luise
08468 Reichenbach
10. 04. Hiestermann, Annelies
04347 Leipzig
10. 04. Dr. med. Skiba, Klaus
04416 Markkleeberg
11. 04. Schlegel, Armin
04158 Leipzig
12. 04. Dr. med. Alschner, Gisela
01328 Dresden
17. 04. Dr. med.
Kellner, Hans-Jürgen
08523 Plauen

18. 04. Dr. med. Fesenfeld, Ursula
01689 Weinböhla
18. 04. Pantenius, Barbara
04158 Leipzig
19. 04. Dr. med. Dünnebie, Hans-Joachim
01683 Nossen
21. 04. Dr. med.
Hampel, Rosemarie
02826 Görlitz
21. 04. Dr. med. Maaz, Eberhard
01328 Dresden
21. 04. Dr. med. Süß, Wolfgang
04821 Waldsteinberg
25. 04. Haufe, Sigrid
01239 Dresden
26. 04. Lehmann, Mechthild
04838 Eilenburg
26. 04. Dr. med. Lemme, Barbara
04209 Leipzig
27. 04. Prof. Dr. med. habil.
Bennek, Joachim
04316 Leipzig
29. 04. Dr. med. Donath, Renate
04317 Leipzig
29. 04. Dr. med.
Heinicke, Hans-Jürgen
01219 Dresden
29. 04. Dr. med.
Heinrich, Hannelore
01326 Dresden
30. 04. Dr. sc. med. Gödel, Eckhard
01219 Dresden
30. 04. Dr. med.
Krumpolt, Christian
01796 Pirna

75 Jahre

04. 04. Dr. med. Kitlak, Christina
01796 Pirna
09. 04. Prof. Dr. med. dent.
Dr. med. habil.
Schaps, Peter
01326 Dresden
12. 04. Dr. med. Große, Wolfram
04838 Eilenburg
12. 04. Otto, Ulrike
08412 Werdau
17. 04. Dr. med.
Reichardt, Horst-Peter
01471 Radeburg
17. 04. Dr. med. Schmidt, Günter
08427 Fraureuth
20. 04. Dr. med. Meinhold, Rainer
08060 Zwickau
28. 04. Dr. med. Frank, Irmtrud
01257 Dresden
28. 04. Dr. med. Perina, Liliith
04435 Schkeuditz

80 Jahre

22. 04. Dr. med. habil.
Voigt, Günther
09113 Chemnitz

81 Jahre

03. 04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
29. 04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

82 Jahre

12. 04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz
23. 04. Dr. med. Ziesche, Helmut
02625 Bautzen

83 Jahre

02. 04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla
21. 04. Dr. med. Hentschel, Gudrun
01827 Graupa

85 Jahre

18. 04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

86 Jahre

03. 04. Dr. med. Weiser, Hans-Guido
04425 Taucha
06. 04. Prof. Dr. sc. med.
Otto, Werner
04299 Leipzig
20. 04. Dr. med. Huss, Joachim
02953 Bad Muskau

87 Jahre

15. 04. Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
28. 04. Dr. med. Kolbe, Christel
01326 Dresden
29. 04. Dr. med.
Schubardt, Ingeborg
08645 Bad Elster

88 Jahre

05. 04. Dr. med.
Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida

28. 04. Dr. med. Ludwig, Ilse
01844 Neustadt

89 Jahre

23. 04. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau

90 Jahre

18. 04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

93 Jahre

07. 04. Dr. Schumann, Hellmut
04808 Wurzen

Die erste Praxisleitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS) ist erschienen

Die Fachkommission Diabetes Sachsen hat unter Mitarbeit von Kollegen verschiedener Fachrichtungen aus ganz Deutschland eine Praxisleitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS) erarbeitet, die jetzt in gedruckter Form vorliegt. Diese Leitlinie ist eine Handlungsanleitung für die Praxis. Sie soll Hausärzten, Internisten, Diabetologen/Endokrinologen, Kardiologen, Angiologen, Neurologen und Gefäßchirurgen in Niederlassung und Klinik eine Hilfe bei der täglichen Arbeit am Patienten sein. Entscheidend für die Praxis ist, dass das MVS ein Cluster von Risikofaktoren darstellt. Jeder Risikofaktor erhöht das kardiovaskuläre Risiko, aber das gemeinsame Auftreten dieses Risikofaktoren-Clusters bei einem Patienten vervielfacht oder potenziert sogar das Risiko für Gefäßkomplikationen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer umfassenden

Diagnostik und Therapie aller Facetten dieses Syndroms, wobei pleiotrope Effekte berücksichtigt werden sollen, um eine Polypharmazie zu vermeiden.

Nach Daten zur Epidemiologie und Erörterungen zur Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung werden die wichtigen diagnostischen Empfehlungen dargestellt. Bei der Festlegung der Therapieziele ist für jeden Patienten eine individuelle Risikostratifizierung erforderlich, wobei die Anzahl und die Ausprägung der bestehenden Risikofaktoren sowie bereits vorhandene Gefäßveränderungen die Therapieziele bestimmen. Nach der Darstellung wichtiger Aspekte der primären Prävention wird die Therapie dieses Syndroms dargestellt. Die Basistherapie wird umfassend besprochen: der Änderung des Lebensstils wird eine besondere Bedeutung bei der Behandlung aller Komponenten des MVS beigegeben. Danach sind die verschiedenen medikamentösen Therapieverfahren unter Berücksichtigung ihrer Effizienz zusammengestellt, das heißt alle Medikamente werden unter dem Aspekt ihrer metabolischen und vas-

kulären Effekte auf das gesamte MVS – nicht nur auf eine einzelne Facette – beurteilt. Wichtige Aspekte der kardiovaskulären Komplikationen des MVS runden die Darstellung ab.

Die Leitlinie kann über das Bestellformular der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, unter der Telefon-Nr. 0351 3177222 oder 0351 3177133 und Fax-Nr.: 0351 3177233 sowie über E-Mail: www.imib.med.tu-dresden.de bezogen werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld
Gesellschaft für Wissens- und
Technologietransfer
Forschungsbereich Endokrinologie und
Stoffwechsel
an der TU Dresden

PD Dr. med. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Bereich Endokrinopathien und
Stoffwechselkrankheiten
Universitätsklinikum der TU Dresden

Dr. med. Ulrike Rothe
Institut für Medizinische Informatik und
Biometrie
Medizinische Fakultät der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Hausteин zum 70. Geburtstag



Am 20. Februar 2007 feierte Professor Dr. Uwe-Frithjof Hausteин, ehemaliger Direktor der Universitäts-Hautklinik Leipzig und jetzt Präsident der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, seinen 70. Geburtstag. Man muss die Zahl 70 betonen, denn alle, die seinen mitreißenden Elan und seine innovative und ansteckende Dynamik als Präsident der Sächsischen Akademie der Wissenschaften kennen und miterleben, werden kaum glauben, dass er bereits dieses Alter erreicht hat. Bis zum heutigen Tag publiziert er, hält zahlreiche internationale Vorträge und bewältigt als Präsident das nicht immer leichte Management einer interdisziplinären Wissenschaftsakademie. Er ist das repräsentativste Beispiel dafür, das man auch jenseits der Pensionierung grandios einem neuen sehr anspruchsvollen Aufgabengebiet gewachsen ist.

Er studierte Humanmedizin in Leipzig und Dresden, erwarb 1959 die Approbation und promovierte. Dem folgten Pflichtassistent, Poliklinisches Jahr und Weiterbildung zum Facharzt für Dermatologie und Venerologie in Dresden. 1969 habilitierte er sich in Jena bereits im 32. Lebensjahr (!). 1970 wurde er stellvertretender Klinikdirektor an der Universitäts-Hautklinik Berlin (Charite); 1975 wurde er als Direktor der Universitäts-Hautklinik in Leipzig berufen. In der 27-jährigen Periode seines Klinikdirektorates hat sich das Fachgebiet der Dermatologie in Leipzig enorm ent-

wickelt, sowohl auf klinisch-dermatologischem Sektor als auch auf dem Gebiet der dermatologischen Grundlagenforschung. Darüber hinaus hat U.-F. Hausteин alle in Leipzig historisch gewachsenen, traditionsreichen Teildisziplinen des Faches gefördert, z.B. die Mykologie, Histologie und Andrologie, konzeptionell betreut und inspiriert. Es waren Zeiten großen technischen und materiellen Mangels und der Isolation durch das gegebene gesellschaftspolitische Umfeld, das eine schmale Gratwanderung zwischen Anpassung und Verweigerung einschloss.

Unter Hausteинs Federführung entwickelte sich die Leipziger Hautklinik zu einem Zentrum der Immundefektologie, insbesondere für progressiv-systemische Sklerodermie, Lupus erythematodes und das bullöse Pemphigoid. Die Hautklinik nahm innerhalb der Medizinischen Fakultät in der Forschung permanent eine Spitzenposition ein. Ausdruck des ausgezeichneten wissenschaftlichen Klimas unter seinem Ordinariat sind 17 erfolgreich abgeschlossene Habilitationsverfahren, darunter auch von Naturwissenschaftlern. Es hat sich für die Klinik sehr segensreich erwiesen, dass er neben der Entwicklung seiner eigenen Forschungsarbeiten auch den Mitarbeitern viel wissenschaftlichen Spielraum für eigene Kreativität eingeräumt und diese Ideen fördernd begleitet hat, indem er Studienaufenthalte in anderen Städten und Ländern initiiert hat sowie Forschungsprojekte mit London, München und Philadelphia anregte.

Er folgte immer der Losung: Förderung der Teams durch Fordern. Aus diesem Grund werden ihn Mitarbeiter, die Ruhe und Beschaulichkeit suchten, immer etwas unbequem empfunden haben. Für seine hervorragende Fähigkeit, bei Mitarbeitern wissenschaftliches Interesse zu wecken und sie in Wissenschaftsteams einzubeziehen, spricht die hohe Zahl von Forschungs- und insbesondere DFG-Projekten unter seinem Direktorat. Seine Leistungen, die sich auch in der Ausstrahlung der Klinik widerspiegelten, fanden breite nationale und internationale Anerkennung: Acht Dermatologische Gesellschaften anderer

Länder haben ihm die Ehrenmitgliedschaft verliehen, allergologische Zeitschriften haben ihn ins Herausgeber- bzw. Beratergremium berufen. Seine rastlosen klinischen und wissenschaftlichen Aktivitäten fanden ihren Niederschlag in Hunderten von Publikationen und Vorträgen. Darüber hinaus wurde er zu Gastvorlesungen nach England, Griechenland, Japan, Österreich, Polen, Ungarn und die USA eingeladen. Fünf dermatologische Monographien wurden von ihm verfasst bzw. federführend herausgegeben, wobei besonders die „Dermatologische Lokalthherapie“ und „Sexuell übertragbare Krankheiten“ hervorgehoben werden sollen.

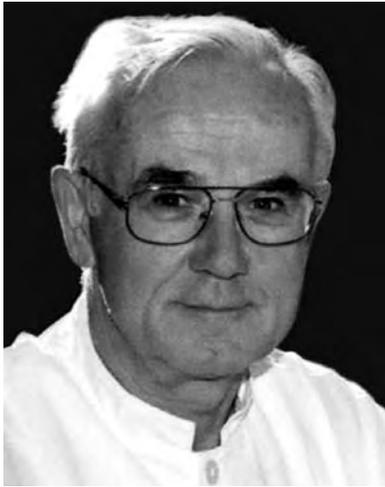
Auf regionaler Ebene hat er sich ebenfalls stets für die Entwicklung des Nachwuchses seiner klinischen Fachdisziplin engagiert, nicht zuletzt als Prüfungsvorsitzender im Fach Dermatologie-Venerologie des Landes Sachsen. Der medizinischen Lehre und Ausbildung der Medizinstudenten war er in seiner gesamten früheren Dienstzeit verpflichtet. Die Studenten schätzten sehr sein präzises Urteil und seine didaktischen Fähigkeiten, Wissen verständlich zu vermitteln.

Seine Fähigkeit, extrem effektiv und konzentriert zu arbeiten, hat sich auch in seinem klinischen Engagement widerspiegelt. Sein immer wieder unter Beweis gestelltes Detailwissen in der klinischen Dermatologie führte dazu, dass extrem seltene Krankheitsbilder letztendlich nur von ihm erkannt und klassifiziert werden konnten.

Seine so intensiv fachbezogene Seite des Lebens erfordert einen Ausgleich. So findet er Ruhe und Entspannung bei der Musik und beim Bergsteigen. Sowohl die Studenten als auch die Kollegen und Freunde bei geselligen Zusammenkünften waren schon Nutznießer seines Pianistentalentes. Er hat es stets verstanden, das oft steife Reglement erfrischend aufzulockern. Alle seine Leistungen und Aktivitäten sind sicher ohne die familiäre Geborgenheit, die ihm seine lebenswürdige Ehefrau, Dr. med. Brunhilde Hausteин, Fachärztin für Transfusionsmedizin, seit 38 Jahren angedeihen lässt, nicht denkbar.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Glander,
Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Roland Schwarze



Am 15. Januar 2007 verstarb plötzlich und unerwartet Herr Professor Dr. med. Roland Schwarze, ehemaliger Leiter des Bereiches Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Dresden. Erst im Juli 2006

war Herr Professor Schwarze in einer Feierstunde in der Kinderklinik in den Ruhestand verabschiedet worden.

Herr Professor Schwarze wurde in Naumburg geboren und legte auch dort das Abitur ab. Nach seinem Medizinstudium in Sofia und an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus hat er sich für die Kinderheilkunde und insbesondere für die Neonatologie entschieden. Seine wissenschaftlichen Untersuchungen zur Verhütung der Hyperbilirubinämie Früh- und Neugeborener durch Enzyminduktion stellten die Grundlage für das in der DDR empfohlene Vorgehen zur medikamentösen Hyperbilirubinämie-Prophylaxe Neugeborener dar. Später hatte er sich mit der kardiopulmonalen Adaptation Neugeborener und ihrer Analyse durch intracutane und transcutane pO₂-Messung beschäftigt. Mit diesem Thema hat er auch habilitiert.

1980 wurde er zum Oberarzt der Abteilung Neonatologie ernannt und hat diesen Bereich bis zu seiner Pen-

sionierung fachlich und organisatorisch geleitet. Der Ausbau der neonatologischen Intensivstation, speziell die Einführung des Schichtdienstes, geht auf sein Wirken zurück. Im Rahmen der Sächsischen Landesärztekammer hat er sich intensiv mit Fragen der Qualitätskontrolle in der Neonatologie befasst.

Ein weiteres Spezialgebiet waren die Infektionen in der Neugeborenenphase. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde er in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie gewählt, für die er im Jahre 2000 die Jahrestagung in Dresden ausgerichtet hat.

Herr Professor Schwarze hat Generationen von Ärzten, Schwestern und Hebammen eine solide Ausbildung vermittelt und tatkräftig mitgeholfen, dass eine große Zahl von Früh- und Neugeborenen unbeschadet diese Lebensphase durchschritten haben.

Prof. Dr. med. Manfred Gahr

Michael Schwill – Malerei

Michael Schwill (Jahrgang 1962) ist ein Maler im besten Sinn des Wortes. Seine Bilder kommen dem Betrachter mit einer enormen Farbfülle nahezu wuchtig entgegen. Die Farben sind kraftvoll, expressiv und im Wortsinn dick aufgetragen. Beim näheren Hinschauen bemerkt man feine, sensible Nuancen. Mehr als man es sieht, ahnt man, dass die Bilder eine längere „Reifungszeit“ haben, die Farben sehr bewusst gesetzt sind, ja in vielen „Häuten“ übereinander liegen. Je länger man die Malerei von Michael Schwill betrachtet, umso mehr beginnt sie zu „leben“. Man erkennt Formen, Figuren, Köpfe. Zugleich tragen Bildtitel ihren Teil dazu bei, dass sich in der Verbindung

mit dem Sichtbaren beim Betrachter eine Assoziation formt, die über das auf den ersten Blick Wahrnehmbare hinausgeht. Die Malerei Michael Schwills transportiert Unsagbares – Stimmungen, Gefühle, Befindlichkeiten, Fantasien.

Der Weg des gebürtigen Genthiners zum Künstler begann nach Abitur und Wehrdienst sowie einer Lehre als Dreher in Magdeburg 1986 mit einem Abendstudium an der Hochschule für Grafik und Buchkunst Leipzig. Es schloss sich ein Studium der Malerei und Grafik zunächst in Halle/Burg Giebichenstein, dann in Dresden, unter anderem bei Hubertus Giebe, Claus Weidensdorfer und Horst Leifer, an (1987 – 1993). Michael Schwill lebt und arbeitet in Dresden.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



Vom klingenden Bäumchen, 2005

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. März bis 13. Mai 2007, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 15. März 2007, 19.30 Uhr.

Gedächtnisverlust

Teil 1 in Meisterschwanden / Schweiz im Dezember 2006

Teil 2 in Leipzig / Deutschland ab Februar 2007

Sich erinnern an Erlebnisse, das Wiederaufrufen von Fähigkeiten und Fertigkeiten – ohne intakte Gedächtnisfunktionen wären diese Dinge nicht möglich. Sie bilden einen essentiellen Bestandteil unserer Persönlichkeit. Doch treten Lücken in diesem System auf, zum Beispiel hervorgerufen durch eine Gehirnkrankheit, dann verschwinden nicht nur Teile unserer Biografie, sondern schließlich geht auch unsere Identität als Person mit ihren sozialen Bindungen verloren.

Doch wie verhält es sich mit dem „kollektiven Gedächtnis“ – der Erinnerung an Geschichte, dem Weiterleben von Traditionen in verschiedenen Epochen und unserer kulturellen Identität?

Auch diese „Gedächtnisfunktionen“ sind an Substanz gebunden, die Erin-

nerung erst ermöglicht. Substanz, das meint Orte, die Geschichte atmen, Zeugnisse, die Geschichte erlebbar machen. So lässt sich der Bogen zu unserem architektonischen Erbe spannen, das im Mittelpunkt dieser Ausstellung steht.

Verliert eine Stadt ihre baugeschichtlichen Bezugspunkte, dann wird ihr Umfeld beliebig und austauschbar. Es verschwindet die „Biografie“ des Ortes, und damit geht auch die Identifikation seiner Bewohner verloren. Schon immer haben sich städtische Räume verändert, Altes ist Neuem gewichen. Dieser Dualismus von Gegenwart und Vergangenheit macht eine Stadt lebendig. Aber wo ist die Grenze, wo wird aus Veränderung Zerstörung, aus Erinnerungslücke Gedächtnisverlust?

Die Ausstellung „Gedächtnisverlust“ soll sich mit dieser Problematik, die in der Leipziger Region durch das gegenwärtige Stadtbau-Ost-Programm hochaktuell ist, auseinandersetzen. Gemälden und Zeichnungen vorrangig mit Leipziger Motiven werden



Tscherniachowsk, 2004

Aussagen und Sinnsprüche bedeutender Persönlichkeiten aus Kunst und Politik gegenübergestellt. Etwaige Widersprüche sind gewollt und sollen zum Nachdenken anregen.

Dr. med. Birk Engmann,
Scheffelstraße 50, 04277 Leipzig

Ausstellung in der 4. Etage der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, Braunstraße 16, 04307 Leipzig vom 2. Februar 2007 bis 11. Januar 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 17.00 Uhr.