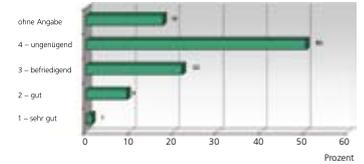


<b>Editorial</b>	Was bringt das Jahr 2010?	<b>4</b>
<b>Berufspolitik</b>	Weiterbildung in Sachsen Fortbildung „Ärztliche Behandlungsfehler“ Hausarztzentrierte Versorgung Elektronischer Heilberufsausweis Senkung des Kammerbeitragssatzes	<b>5 7 8 9 11</b>
<b>Mitteilungen der SÄV</b>	Beitragswerte 2010	<b>10</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Konzerte und Ausstellungen	<b>11</b>
<b>Medizin und Recht</b>	Medizinische Versorgung von Soldaten außerhalb des Standortes  Impressum	<b>12 12</b>
<b>Hygiene aktuell</b>	Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision	<b>13</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Überwachungen nach dem Gesetz über Medizinprodukte in Sachsen – 2008	<b>18</b>
<b>Verschiedenes</b>	Seniorenveranstaltung der KÄK Kamenz 14. Sächsisches Seniorentreffen	<b>21 33</b>
<b>Originalie</b>	Der inflammatorische fibroide Polyp	<b>22</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Ansichtskarten erzählen Krankenhausgeschichte	<b>24</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	<b>25</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Rainer Fetscher	<b>27</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Manfred Halm zum 70. Geburtstag Verstorbene Kammermitglieder Nachrufe für: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Waldemar Kozuschek Dr. med. Sigurd Johne Prof. Dr. med. habil. Werner Göhler Jubilare im Februar 2010	<b>26 30 30 31 32 34</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Zwickauer Ärzteball 2010 Ausstellung Ingo Kraft – Malerei	<b>36 36</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – März 2010	
Beilage	Inhaltsverzeichnis „Ärzteblatt Sachsen“ 2009 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen E1/E4	



Weiterbildung in Sachsen  
Seite 5



14. Sächsisches Seniorentreffen  
Seite 33



Der inflammatorische fibroide Polyp  
Seite 22



Ausstellung Ingo Kraft  
Seite 36

## Was bringt das Jahr 2010?

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2010 ist gerade erst wenige Tage alt. Ich wünsche Ihnen deshalb für das neue Jahr noch viel Glück, Zufriedenheit und natürlich Gesundheit.

Gesundheit ist auch der häufigste Wunsch zum Geburtstag. Die Gesundheit ist das wichtigste Gut des Menschen. Die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ist eine wesentliche Aufgabe von uns Ärzten. Unter welchen Rahmenbedingungen wir diese wichtige gesellschaftliche Aufgabe erfüllen können, ist ganz von der gesundheitspolitischen Entwicklung abhängig.

Die vergangenen Jahre waren in diesem Zusammenhang beispielhaft für Zentralisierung und Reglementierung des Gesundheitssystems. Alle Gesundheitsreformen verfolgten dabei das einseitige Ziel der Kostendämpfung im Ausgabenbereich. Die Folge der mit CDU- und SPD-Mehrheit beschlossenen Gesetze sind Rationierung und Bürokratisierung in der Medizin.

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 hat sich deshalb ausführlich mit dem Thema Rationierung – Priorisierung beschäftigt und eine gesellschaftliche Diskussion dazu angestoßen. Diese Diskussion ist auch unter der aktuellen CDU-FDP-Regierung weiterhin notwendig. Denn auch die von der FDP geplante Kopfpauschale ab 2011 wird an der wirtschaftlichen Schiefelage der Gesetzlichen Krankenkassen nichts ändern. Mal ganz davon abgesehen, dass die soziale Ausgestaltung einer Kopfpauschale wahrscheinlich ebenso viel Bürokratie verursacht wie der Gesundheitsfonds. Steuergelder werden mit Sicherheit den notwendigen Ausgleich bringen. Festhalten will der neue Bundesgesundheitsminister an einem wettbewerblichen Gesund-



heitssystem. Dieses soll ordnen, nicht lenken.

Zielführender sind aus meiner Sicht die stärkere Eigenverantwortung der Versicherten und mehr Transparenz für medizinische Leistungen. Denn ein Blick auf die Rechnung könnte bei so manchem Versicherten zum Umdenken bei der Vollkaskotalität führen. Längst überfällig ist auch ein Präventionsgesetz, welches diese wichtige Säule fest in der Politik und der Gesellschaft verankert. Denn vorbeugen ist immer noch besser als heilen.

Gesundheit ist nicht alles, doch ohne Gesundheit ist alles nichts!

Die Lebenserwartung der Bevölkerung wird glücklicherweise immer höher, die medizinischen Leistungen und Methoden werden immer besser. Und damit steigen die Kosten weiterhin an. Einen Königsweg für diese Situation gibt es nicht. Und auch die neue CDU-FDP-Koalition wird diesen Weg nicht finden. Denn man darf nicht vergessen, dass die CDU in den vergangenen vier Jahren mit der SPD die Gesundheitsreformen beschlossen hat, die die FDP nun wieder ändern will. Aber die neue Koalition wird sich auch profilieren wollen, denn vier Jahre bis zur nächsten Wahl sind nicht lang. Der Begriff „Gesundheitsreform“ wird uns deshalb mit allen positiven und negativen Vorzeichen auch die kommende

Zeit begleiten. Bleibt zu hoffen, dass die Freiberuflichkeit der Ärzte und die freiheitliche Gestaltung des Gesundheitssystems nicht nur Worthülsen im Koalitionspapier sind und der Patient tatsächlich mehr Wahlmöglichkeiten erhält.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Ärzte und Ärztekammer – die im übrigen 2010 ihr 20-jähriges Geburtstagsfest nach 1990 feiern kann – werden sich deshalb weiterhin für die Interessen des Berufsstandes zum Wohle der Allgemeinheit einsetzen. Die ehrenamtlich tätigen Ärzte in Vorstand, Kreisärztekammer oder Kammerversammlung werden kontinuierlich auf Bundes- und Landesebene für die ärztliche Berufsausübung argumentieren. Einen Höhepunkt wird der 113. Deutsche Ärztetag vom 11. bis 14. Mai 2010 in Dresden bilden. Seien auch Sie dabei!

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

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, die Mitglieder des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ und die Geschäftsstelle wünschen den Lesern unseres Kammerorgans im Jahr 2010 beste Gesundheit, Wohlergehen, Zufriedenheit und Erfolg im beruflichen und persönlichen Leben. Möge das Jahr 2010 für Sie ein in jeder Beziehung gutes Jahr werden.



## Weiterbildung in Sachsen

### Erste Ergebnisse einer Befragung von Weiterbildungsbefugten im Oktober 2009

#### Hintergrund

Die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung des ärztlichen Berufs steht insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels verstärkt im Fokus zahlreicher Diskussionen.

Die Sächsische Landesärztekammer erfüllt auf dem Gebiet der ärztlichen Weiterbildung eine Vielzahl von gesetzlich verankerten Aufgaben (Sächsisches Heilberufekammergesetz). Eine Übersicht über die Aktivitäten der Sächsischen Landesärztekammer wurde im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2009, gegeben.

Nachdem im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 eine anonyme Befragung von Weiterbildungsassistenten zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung und den Rahmenbedingungen durchgeführt wurde, ist im Oktober 2009 eine Befragung der über 2.100 weiterbildungsbefugten Kollegen in Kliniken und Praxen im Freistaat Sachsen zu verschiedenen Aspekten der Weiterbildung gestartet worden. Ziel der Umfrage sollte es auch sein, eine zahlenmäßige Einschätzung über Weiterbildungsassistenten in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung zu erhalten.

Nachfolgend sollen die ersten Ergebnisse der Erhebung vorgestellt werden. Dabei wurden alle bis zum 30. November 2009 eingegangenen Bögen erfasst und die Daten zur Einschätzung der Weiterbildungssituation ausgewertet. Dieser Komplex bestand aus 9 Fragen, die vom Ausschuss Weiterbildung ausgewählt wurden.

#### Fragebogen

Auf einer Skala von 1 bis 4 konnte eine Beurteilung der Qualität der ärztlichen Ausbildung an den Medizinischen Fakultäten abgegeben, die Inhalte der Weiterbildungsordnung

für das jeweilige Fachgebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt bewertet und das persönliche Engagement der Weiterzubildenden in Bezug auf die Weiterbildungsinhalte eingeschätzt werden.

Hinzu kam die Frage nach der Beurteilung des Engagements der Geschäftsführung in den jeweiligen Einrichtungen für die Gestaltung günstiger Rahmenbedingungen für die Weiterbildung und nach Berücksichtigung der Belange der Weiterbildung in den gegenwärtigen stationären und ambulanten Vergütungssystemen.

Da für ausgewählte Facharzttrichtungen die Absolvierung von Weiterbildungskursen obligatorisch ist, interessierte uns auch, wie die fachspezifischen Weiterbildungsangebote der Fachgesellschaften von den Weiterbildungsbefugten eingeschätzt werden. Hinzu kamen Fragen zur Tätigkeit des Ausschusses Weiterbildung, zum Erhebungsbogen für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis der Sächsischen Landesärztekammer sowie zur Internetpräsenz in der Rubrik Weiterbildung auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer.

#### Beteiligung

Der anonyme Bogen zur Angabe der Zahl der Weiterbildungsassistenten (einschließlich Angaben zum Weiterbildungsjahr) sowie der Bogen zur Einschätzung der Weiterbildungssituation wurde an alle im Freistaat Sachsen weiterbildungsbefugte Kolleginnen und Kollegen gesandt, die eine Weiterbildungsbefugnis für eine Facharzt- und/oder Schwerpunktkompe-

tenz nach alter und neuer Weiterbildungsordnung innehaben.

Bis zum 30. November 2009 antworteten 1.150 Weiterbildungsbefugte, bisher wurden 1.070 Bögen zur Einschätzung der Weiterbildungssituation ausgewertet.

Die häufigsten Antworten kamen von Weiterbildungsbefugten für Innere und Allgemeinmedizin und Inneren Medizin mit Schwerpunkt. Mit Abstand folgten die Antwortbögen für die Gebiete Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Anästhesiologie.

#### Erste Ergebnisse

Die Frage „Wie schätzen Sie gegenwärtig das Ergebnis der ärztlichen Ausbildung bis zur Approbation an

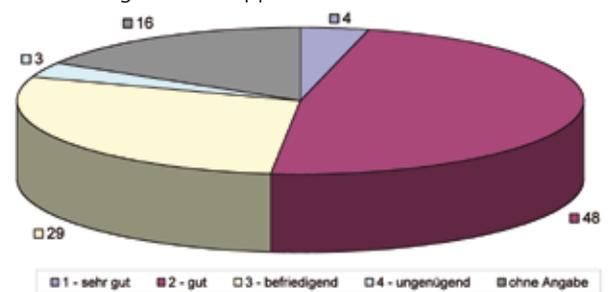


Abbildung 1: Einschätzung des Ergebnisses der ärztlichen Ausbildung bis zur Approbation an den Hochschulen / Universitäten (Angaben in Prozent)

den Hochschulen /Universitäten ein?“ beantworteten 4 Prozent der Befragten mit sehr gut und 48 Prozent mit gut. 29 Prozent bewerteten die ärztliche Ausbildung befriedigend sowie weitere 3 Prozent ungenügend. 16 Prozent beantworteten die Fragen nicht oder konnten keine Angaben hierzu machen (siehe Abbildung 1).

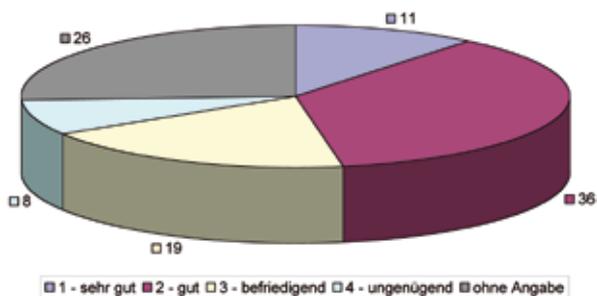


Abbildung 2: Einschätzung des Engagements der Geschäftsführung in den jeweiligen Einrichtungen für die Gestaltung günstiger Rahmenbedingungen für die Weiterbildung (Angaben in Prozent)

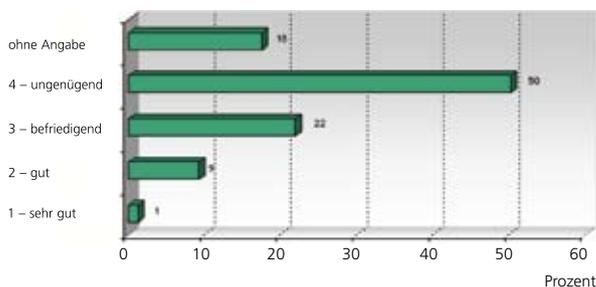


Abbildung 3: Berücksichtigung der Belange der Weiterbildung in den gegenwärtigen stationären und ambulanten Vergütungssystemen (Angaben in Prozent)

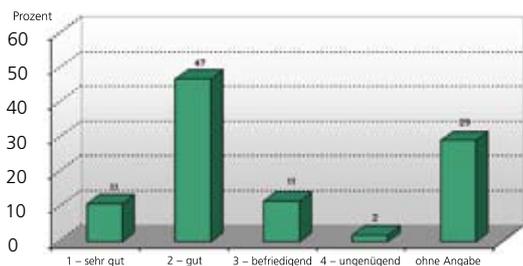


Abbildung 4: Einschätzung der Arbeit des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer (Angaben in Prozent)

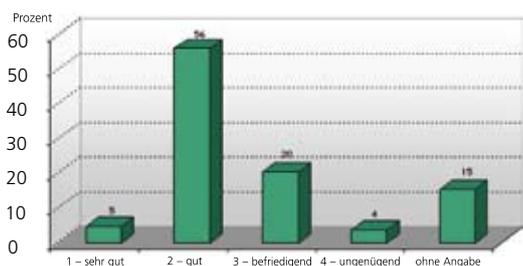


Abbildung 5: Einschätzung des Fragebogens der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis (Angaben in Prozent)

Die Inhalte der Weiterbildungsordnung 2006 schätzten 6 Prozent der Befragten mit sehr gut und 56 Prozent mit gut ein. 18 Prozent der Antwortenden bewerteten die Inhalte ihres jeweiligen Fachgebiets mit befriedigend, 5 Prozent mit ungenügend, 15 Prozent machten keine

Angaben. Eine analoge Bewertung zeigte sich bei den Weiterbildungsbefugten für Schwerpunkte.

Die Frage nach dem Engagement der eigenen Weiterbildungsassistenten („Wie schätzen Sie gegenwärtig das persönliche Engagement Ihrer Weiterzubildenden in Bezug auf die Erfüllung der geforderten Weiterbildungsinhalte ein?“) beantworteten über 60 Prozent der befragten Weiterbilder mit sehr gut und gut. 11 Prozent schätzten das Engagement ihrer Weiterzubildenden mit befriedigend und lediglich 1 Prozent mit ungenügend ein. Das entspricht einem positiven Votum. Allerdings machten 27 Prozent der Befragten hierzu keine Angaben.

Fast 50 Prozent bewerteten das Engagement der Geschäftsführung in den jeweiligen Einrichtungen für die Gestaltung günstiger Rahmenbedingungen für die Weiterbildung mit sehr gut oder gut, 19 Prozent mit befriedigend und 8 Prozent mit ungenügend (Abbildung 2).

Auf die Frage nach der Berücksichtigung der Belange der Weiterbildung in den gegenwärtigen stationären und ambulanten Vergütungssystemen antworteten 10 Prozent mit sehr gut bzw. gut. 22 Prozent bewerteten die Berücksichtigung in der Vergütung mit befriedigend und 50 Prozent mit ungenügend (Abbildung 3).

70 Prozent schätzen die Weiterbildungsangebote ihrer Fachgesellschaft mit sehr gut oder gut ein, nur 12 Prozent mit befriedigend oder genügend, 8 Prozent machten hierzu keine Angaben.

Nahezu 60 Prozent der Weiterbilder bewerten die Arbeit des Ausschusses Weiterbildung mit sehr gut oder gut, 13 Prozent mit befriedigend oder ungenügend, 29 Prozent konnten keine Angaben zu diesem Item machen (Abbildung 4).

Die Frage zur Bewertung des derzeitigen Erhebungsbogens der Sächsischen Landesärztekammer für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis beantworteten über 60 Prozent mit

sehr gut oder gut, 20 Prozent befriedigend und 4 Prozent ungenügend, 15 Prozent machten keine Angaben (Abbildung 5).

Fast 70 Prozent der Befragten schätzen die Internetpräsenz der Sächsischen Landesärztekammer mit sehr gut oder gut ein, 11 Prozent mit befriedigend und nur ein Prozent mit ungenügend.

### Zusammenfassung

Die ersten Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit der Optimierung der ärztlichen Ausbildung als Vorbereitung für den ärztlichen Beruf und Grundlage für eine förderliche Weiterbildung.

Das Engagement der Weiterbildungsassistenten wird überwiegend positiv bewertet und unterstützt die Ergebnisse der 2007 durchgeführten Befragung bei Facharztkandidaten (16 Prozent der Befragten waren mit ihrer Weiterbildung sehr zufrieden, 53 Prozent überwiegend zufrieden). Nicht überraschend war das Ergebnis zur Befragung hinsichtlich der Vergütung der Weiterbildung im ambulanten und stationären Sektor. Berufspolitisch wird seit Jahren eine Optimierung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung für die Weiterbildungseinrichtungen gefordert. Die Befragten wünschten sich noch mehr Unterstützung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen durch die Verantwortlichen in der Geschäftsführung in den zuständigen Einrichtungen.

Die Inhalte der Weiterbildungsordnung bedürfen einer Anpassung an aktuelle Anforderungen. Eine überarbeitete Weiterbildungsordnung soll auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden verabschiedet werden.

Die detaillierte Auswertung der Fragebögen wird fortgesetzt und deren Ergebnisse sowie auch eine Übersicht über die Zahl der Weiterbildungsassistenten veröffentlicht.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
 Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung  
 Dr. med. Katrin Bräutigam  
 Ärztliche Geschäftsführerin,  
 E-Mail: aegf@slaek.de

## Fortbildung „Ärztliche Behandlungsfehler“

Die Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer plant für den 6. März 2010 in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und dem Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer eine Veranstaltung zur Problematik ärztlicher Behandlungsfehler.

Auf dieser Veranstaltung sollen Fälle aus den Fachgebieten Visceralchirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde von kompetenten Vertretern dieser Fachgebiete vorgestellt und diskutiert werden.

Bewusst werden Fälle ausgewählt, in denen organisatorische Defizite zu erheblichen Gefährdungen oder Schädigungen von Patienten geführt haben.

Eingeladen sind neben allen Interessierten vor allem die Kollegen, die an der Klinikorganisation beteiligt sind und hierfür Verantwortung übernehmen müssen.

### Vorläufiges Programm

9.00 bis 9.15 Uhr  
Eröffnung und Einführung  
Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

9.15 bis 9.35 Uhr  
Juristische Aspekte  
Referent: Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

9.40 bis 10.00 Uhr  
Visceralchirurgie (Choledochusverletzung mit umfangreichen Folgekomplikationen nach Cholecystektomie)  
Referent: PD Dr. med. habil. Frank Kühn, Meißen

10.05 bis 10.25 Uhr  
Orthopädie/Traumatologie (Nichterkennen multipler WS-Frakturen mit drohender Querschnittslähmung)  
Referent: OA Dr. med. Jens Seifert, Dresden

10.30 bis 11.00 Uhr  
Pause

11.00 bis 11.20 Uhr  
Gynäkologie/Geburtshilfe (Schwere hypoxische Schädigung

eines Neugeborenen)  
Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Distler, Dresden

11.25 bis 11.55 Uhr  
Innere Medizin (Todesfall im Status asthmaticus)  
n.n.

12.00 bis 12.25 Uhr  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Apallisches Syndrom infolge Encephalitis nach NNH-Revision)  
PD Dr. med. habil. Eberhard Meister, Leipzig

12.25 bis 13.00 Uhr  
Zusammenfassung der Tagung  
Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel  
evtl. kurze Podiumsdiskussion der Referenten

Im Anschluss an jede Falldemonstration ist eine 5-minütige Diskussionszeit eingeplant.

Die Veranstaltung ist mit fünf Fortbildungspunkten anerkannt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Dr. med. Rainer Kluge  
Vorsitzender der Gutachterstelle für  
Arzt Haftungsfragen

## Hausarztzentrierte Versorgung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
Hausärzte und Fachärzte,

wie Sie vielleicht der Medienberichterstattung der letzten Tage und Wochen entnehmen konnten, hat sich der Hartmannbund sehr klar und deutlich gegen die jetzige Fassung des Paragraphen 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) ausgesprochen. Ich verweise auf diverse Mitteilungen unserer Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, die Schreiben von mir in dem Sinne veröffentlichte. Die letzten Meldungen waren mit der Aufforderung an die neue Regierung verbunden, die entsprechende gesetzliche Regelung zu verändern. Die Reaktionen darauf waren vielfältig: offen, zustimmend und – ärztlicherseits – teilweise ernüchternd. Eine offene und sachliche Diskussion zu diesem Thema scheint ohne – in Teilen leider auch diffamierende – Zuspitzung offenbar nicht mehr möglich zu sein. Ich möchte daher die Gelegenheit nutzen, Ihnen noch einmal kurz unsere Position und die dahinter stehenden Motive und Hintergründe zu erläutern. Denn: Anders als von einigen Kommentatoren kolportiert, ist es ausdrücklich nicht das Anliegen der meisten Kritiker des § 73, die hausärztliche Versorgung zu schwächen oder gar ihre Existenz aufs Spiel zu setzen – im Gegenteil. Wer derartige behauptet, kann oder will meine Argumente nicht verstehen. Oft lügt er auch aus Eigeninteressen.

Ich kritisiere vielmehr eine gesetzliche Regelung, die aus gesundheitspolitischen, berufsrechtlichen und ethischen Gründen nicht unsere Zustimmung finden kann. Der Paragraph 73b SGB V sieht in seiner derzeitigen Fassung vor, dass Kassen bis zum 30. Juni 2009 ihren Mitgliedern hausarztzentrierte Verträge anbieten müssen. Diese Verträge dürfen gleichzeitig nur mit den Verbänden geschlossen werden, die die Mehrzahl der Allgemeinärzte des jeweiligen KV-Bezirks repräsentieren.

Diese Regelungen sind vor einem Jahr auf erheblichen politischen Druck Bayerns in das SGB V aufgenommen worden. Wie desaströs die Berufspolitik in Bayern wirkt und betrieben wird, ist auch jeglichem der Berufspolitik fernstehendem hinlänglich bekannt. Es war und ist mehr als deutlich (und wird politisch auch gar nicht mehr bestritten), dass dieses Gesetz auf die dortigen Verhältnisse und somit ganz wesentlich auf die Interessen allein des Bayerischen Hausärzterverbands zugeschnitten worden ist. Diesem wird damit de facto eine Verhandlungsmacht zugestanden, die es ihm ermöglicht, Verträge allein seinen Vorstellungen entsprechend durchzusetzen. Damit hat der Gesetzgeber eine Entwicklung angestoßen, die in dieser Form nicht primär die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung oder eine Stärkung des hausärztlichen Berufsstandes bedeutet. Vielmehr ist diese Gesetzgebung langfristig vor allem dazu geeignet, die hausärztliche Versorgung über Vollverträge aus dem Kollektivvertragssystem herauszulösen. Dies wird nach meiner festen Überzeugung die Ärzteschaft spalten, ihre Verhandlungsmacht schwächen und sie dem Diktat der Kassen ausliefern. Das senkt Kosten. Auch dann, wenn ganz unbestritten in der Startphase attraktive Honorare vereinbart werden konnten. Honorare, die Qualität und die Bandbreite hausärztlichen Handelns werden darunter leiden. Die höchstfraglichen Geschäftsgebaren einzelner Protagonisten haben im Gegenteil sehr viele Kassen und deren Repräsentanten gegen die Hausärzte und ihre Interessen aufgebracht. Ein Bärendienst im klassischen Sinne, den ich als Hausarzt energisch zurückweise!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe – gerade auch vor dem Hintergrund der angespannten Honorarlage der letzten Jahre – für jeden Verständnis, der die derzeitigen Vorteile der bisher abgeschlossenen Vollverträge zur hausärztlichen Versorgung nutzt. Es muss aber auch jedem klar sein, was das für die künftige Versorgungsstruktur, was das für die ärztliche Freiberuflichkeit und für

den Arztberuf in Deutschland insgesamt bedeutet. Und es muss auch jedem klar sein, dass die Kassen den Ärzten solche Vorteile nicht mehr werden bieten müssen, sollte sich die hausärztliche Versorgung eines Tages als eigene Versorgungsstruktur – vielleicht sogar mit eigener KV – voll etabliert haben.

Im Interesse einer breiten qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung bleibe ich dabei: Der Gesetzgeber sollte so schnell wie möglich dafür sorgen, dass die hausärztlichen Selektivverträge generell einer einheitlichen Wettbewerbsordnung unterliegen, in der alle die gleichen Chancen haben, in einen offenen Vertragswettbewerb einzusteigen. Durchsetzen müssen sich die besseren Konzepte. Und wenn es dann der Hausarztverband – ggf. in Sachsen – ist, dann soll es so gut sein. Das stärkt auf Dauer tatsächlich die Fundamente der hausärztlichen Versorgung – nicht eine vom Gesetzgeber favorisierte Versorgungsstruktur. Eine solche dirigistische Politik glauben wir am 27. September hinter uns gelassen zu haben. Umso bedauerlicher ist es, dass die Koalitionspartner gerade an dieser Stelle den Weg in eine staatlich dirigierte Versorgung offenkundig als das „kleinere Übel“ ansehen.

Eines, liebe Kolleginnen und Kollegen, sollten wir nie aus den Augen verlieren: Der Hartmannbund vertritt die Interessen aller Ärzte in Deutschland. Insofern müssen neben berechtigten regionalen und fachgruppenspezifischen Besonderheiten auch übergreifende Gesichtspunkte im Fokus unserer berufspolitischen Arbeit stehen. Und es ist meine feste Überzeugung: Der Arzt hat als freier Beruf nur in einem liberalen Gesundheitssystem mit mündigen Bürgern eine Chance zu bestehen. Dafür, liebe Kolleginnen und Kollegen, sollten wir alle eintreten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Thomas Lipp  
Vorsitzender des Hartmannbundes,  
Landesverband Sachsen

# Elektronischer Heilberufsausweis

## Ausgabe von elektronischen Heilberufsausweisen durch die Sächsische Landesärztekammer

Die elektronische Gesundheitskarte ist in aller Munde, vom elektronischen Heilberufsausweis ist dagegen in Politik und Medien wenig zu hören. Aber gerade der elektronische Heilberufsausweis bietet durch seine qualifizierte elektronische Signatur, die einer persönlichen Unterschrift gleichgestellt ist, Möglichkeiten einer verbesserten Patientenbetreuung und die Chance zur Erleichterung von Abläufen in der Arztpraxis und in der sektorenübergreifenden Versorgung. Dabei ist insbesondere der „Elektronische Arztbrief“, also die direkte elektronische Arzt-zu-Arzt-Kommunikation, ein wichtiges Anwendungsgebiet, bei dem eine elektronische Gesundheitskarte nicht zwingend erforderlich ist und damit eine Implementierung unabhängig vom Ausstattungsgrad der Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten erfolgen kann. Der hohe Sicherheitsstandard der verschlüsselten Daten, die Rechtssicherheit und die Schnelligkeit der Verfügbarkeit von Diagnosen und Befunden bedeuten dabei einen echten Gewinn sowohl für die Ärzte wie auch für die Patienten. Gleiches gilt für die elektronische Patientenakte. Die Definition und die Durchsetzung eines deutschlandweiten Standards für beide Anwendungen ist eine vordringliche Aufgabe, um die Kompatibilität der sich bereits entwickelnden regionalen Inzellösungen zu sichern.

Weitere Anwendungen des elektronischen Heilberufsausweises sind das Online-Banking, beispielsweise mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, die Online-Abrechnung mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle und in der Zukunft die Online-Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie die komplikationslose Anmeldung an Portalen der ärztlichen Selbstverwaltung. Außerdem wird derzeit geprüft, den Fortbildungsausweis und die Bar-



codes für die Erfassung der Fortbildungspunkte durch den elektronischen Heilberufsausweis zu ergänzen. Aus diesen Gründen hat sich die Sächsische Landesärztekammer bereits sehr früh für die intensive Begleitung der Konzeptionen zum elektronischen Heilberufsausweis bundes- und sachsenweit eingebracht. Die Projektgruppe „Elektronischer Arzttausweis“, die aus ehren- und hauptamtlichen Mitgliedern besteht, hat diese Prozesse kontinuierlich begleitet. Anfang des Jahres 2009 wurde gemeinsam mit der Barmer Ersatzkasse ein Pilotprojekt auf den Weg gebracht, die Online-Bestellung von Kontrastmitteln für die sächsischen Radiologen über den elektronischen Heilberufsausweis zu realisieren. Dabei sind insbesondere die schnelle Verarbeitung der Bestelldaten und damit die schnellere Verfügbarkeit der Kontrastmittel sowie die Einsparung von Verwaltungsaufwand interessant. Es wurden gemeinsam mit dem Trustcenter medisign GmbH bisher 11 elektronische Heilberufsausweise an die Radiologen herausgegeben. Dieser elektronische Heilberufsausweis, die sogenannte HPC qsig, hat eine qualifizierte elektronische Signatur, ist aber noch nicht mit den Gesundheitskarten der Generation 1 kompatibel. Mit diesen Karten ist erst ab dem III. Quartal 2010 zu rechnen. Allerdings ist dann ein Umtausch aufgrund der bereits erfolgten Identifizierung problemlos möglich. Dieses Projekt soll nunmehr auch auf andere Länder übertragen werden.

Im Juni 2009 haben sich die Mitarbeiter des Berufsregisters und der Bezirksstellen Leipzig und Chemnitz einer Prüfung durch den TÜV-IT unterzogen. Im Ergebnis hat die Sächsische Landesärztekammer das Zertifikat „Konformitätsbestätigung für die Umsetzung von Sicherheitskonzepten“ erhalten. Damit wurde bestätigt, dass das Kammerident-Verfahren der Sächsischen Landesärztekammer den Anforderungen des Signaturgesetzes und der Signaturverordnung entspricht.

Die Sächsische Landesärztekammer hat im November 2009 einen Rahmenvertrag zur Herausgabe der elektronischen Heilberufsausweise mit qualifizierter elektronischer Signatur mit einem Trustcenter geschlossen, welcher nach Prüfung durch die Bundesnetzagentur als Mustervertrag für alle Landesärztekammern dienen soll. Damit sind alle Voraussetzungen geschaffen, dass Kammermitglieder, die einen elektronischen Heilberufsausweis auch außerhalb von Testregionen und bekannten Pilotprojekten benötigen, sich an das Berufsregister wenden können, um diesen zu beantragen (Ansprechpartnerin: Frau Richter, Leiterin der Identifizierung, Tel.: 0351 8267 360).

Wir betonen, dass die Beantragung eines elektronischen Heilberufsausweises für die sächsischen Ärzte absolut freiwillig ist. Bereits bestehende und geplante Projekte für den weiteren Aufbau einer sinnvollen medizinischen Telematikinfrastruktur möchten wir aber gern unterstützen.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
Kaufmännische Geschäftsführerin  
Ute Taube  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzende der Projektgruppe  
„Elektronischer Arzttausweis“

# Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2010

## I. Rentenversicherung

### 1. Beitragssatz für alle

<b>Bundesländer:</b>	<b>19,90 %</b>
Arbeitgeberanteil:	9,95 %
Arbeitnehmeranteil:	9,95 %

<b>2. Beitragsbemessungsgrenze:</b>	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
gültig ab 01.01.2010	<b>4.650,00 EUR/Monat</b>	<b>5.500,00 EUR/Monat</b>
	<b>55.800,00 EUR/Jahr</b>	<b>66.000,00 EUR/Jahr</b>

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

<b>1) Regelbeitrag</b>	<b>925,35 EUR/Monat</b>	<b>1.094,50 EUR/Monat</b>
<b>2) Mindestbeitrag</b> (1/10 vom Regelbeitrag)	<b>92,54 EUR/Monat</b>	<b>109,45 EUR/Monat</b>
<b>3) halber Mindestbeitrag</b>	<b>46,27 EUR/Monat</b>	<b>54,73 EUR/Monat</b>
<b>4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen</b> (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 21 SSÄV)	<b>2.313,38 EUR/Monat</b>	<b>2.736,25 EUR/Monat</b>

Der Nachweis über die im Jahr 2009 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2010 zugeschickt.

## II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
<b>1) Beitragssatz</b>	14,90 %	14,90 %
<b>2) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.750,00 EUR/Monat	3.750,00 EUR/Monat

## III. Pflegeversicherung

<b>1) Beitragssatz</b>	1,95 %	1,95 %
<b>2) Beitragssatz für Kinderlose</b>	2,20 %	2,20 %
<b>3) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.750,00 EUR/Monat	3.750,00 EUR/Monat

## Lastschriftverfahren 2010 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2010 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

### Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	29.01.2010
Februar	26.02.2010
März	31.03.2010
April	30.04.2010
Mai	31.05.2010
Juni	30.06.2010
Juli	30.07.2010
August	31.08.2010
September	30.09.2010
Oktober	29.10.2010
November	30.11.2010
Dezember	29.12.2010

### Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	31.03.2010
II. Quartal	30.06.2010
III. Quartal	30.09.2010
IV. Quartal	29.12.2010

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer beim jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

## Senkung des Kammerbeitragsatzes

### Innerhalb von 5 Jahren das dritte Mal

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sieht ab dem 1. Januar 2010 einen Beitragssatz zum Kammerbeitrag von 0,54 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit vor. Damit konnte der Beitragssatz nach den bereits in den Beitragsjahren 2006 und 2008 erfolgten Senkungen nochmals verringert werden.

Wie ist diese Entwicklung in Zeiten von Finanzkrise, immenser Neuverschuldung und ständigen Abgabenerhöhungen möglich?

Die Beitragssatzsenkung ist durch eine nachhaltige, vorausschauende und sparsame Haushaltspolitik erarbeitet worden.

Die gestiegenen Einnahmen aus Kammerbeiträgen in Verbindung mit mehr veranlagten Kammermitgliedern, die Umsetzung des Grundsatzes, dass individuell in Anspruch genommene Leistungen auch individuell bezahlt werden und die dadurch bedingte positive Entwicklung der Gebühreneinnahmen sowie eine restriktive Haushaltsführung bei den Ausgaben, führten in der Vergangenheit zu Überschüssen. Diese wurden nach Beschluss der Kammerversammlung für die Einstellung in zweckgebundene Rücklagen verwendet. Die planmäßige Auflösung die-

ser gebildeten Rücklagen führt zu einer Entlastung der künftigen Kammerhaushalte und bietet damit die Möglichkeit von Beitragssatzsenkungen bei Umsetzung steigender Anforderungen und Erfüllung zusätzlich übertragener Aufgaben.

Wir danken allen ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen, die durch ihre engagierte Arbeit zum Wohle der Sächsischen Landesärztekammer wirken.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Claus Vogel  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzert

#### Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 31. Januar 2010,

11.00 Uhr

Junge Matinee

Bekannte Werke der Klavierklassen der Hochschule Musik Carl Maria von Weber Dresden

### Ausstellung

#### in der Sächsischen Landesärztekammer

#### Foyer und 4. Etage

Michael Freudenberg

Bilder

bis 17. Januar 2010

Ingo Kraft

Malerei

20. Januar 2010 bis 14. März 2010

Vernissage: Donnerstag,

21. Januar 2010, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin Dresden

### Sächsische Ärzteversorgung

#### Foyer

Wieder sehen

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik

bis 31. März 2010

## Medizinische Versorgung von Soldaten außerhalb des Standortes

Soldaten haben gemäß § 69 Abs. 2 Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) und § 6 Wehrsoldgesetz (WSG) Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Art und Umfang dieses Anspruchs ist in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften (VwV) zu § 69 Abs. 2 BBesG näher konkretisiert. Nach § 4 der vorstehenden VwV wird die ärztliche Behandlung (außer in Notfällen) grundsätzlich durch die Truppenärzte der Bundeswehr gewährt. Fachärztliche Behandlungen werden auf truppenärztliche Veranlassung durch die nächst erreichbaren Fachärzte der Bundeswehr durchgeführt. Unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere wenn Fachärzte der Bundeswehr am Standort oder im Umkreis von 50 km nicht zur Verfügung stehen oder bei fehlenden technischen oder personellen Voraussetzungen für die Behandlung, können Behandlungsbedürftige auch an zivile Ärzte überwiesen werden.

Die Behandlung in Notfällen ist in § 9 der VwV geregelt. Hiernach sind Soldaten bei plötzlichen schweren Erkrankungen/Unfällen – ohne truppenärztliche Überweisung – berechtigt, zivilärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn Bundeswehrärzte nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar sind. Zur ärztlichen Hilfe zu rechnen sind auch die gegebenenfalls notwendige Einweisung in ein Krankenhaus, die Verordnung sofort benötigter Arzneimittel und die zur Diagnose notwendigen Sofortmaßnahmen. Erkrankte sind in diesen Fällen allerdings zu den Hinweisen gegenüber den Ärzten verpflichtet, dass sie Soldaten sind, sich die Behandlung und Abrechnung nach den für die Bundeswehr geltenden Bestimmungen richtet und die erforderliche truppenärztliche Überweisung nachträglich vorgelegt wird. Den Soldaten wird hierzu das „Merkblatt für Soldatinnen und Soldaten bei Erkrankungen außerhalb des Standortes“ zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, ausgeführt durch ihre Vertragsärzte, ergibt sich aus § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung der Soldaten der Bundeswehr sicherzustellen, soweit diese nicht auf andere Weise, nämlich durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr, gewährleistet ist. Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Regelung hat das Bundesministerium für Verteidigung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr geschlossen. Sie finden die aktuelle Fassung des Vertrages auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) unter der Rubrik „Rechtsquellen“.

Nach § 1 dieses Vertrages haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr per Überweisung durch einen Bundeswehrarzt sicherzustellen. Kann bei einer notfallmäßigen Behandlung (plötzliche schwere Erkrankung, Unfall oder Erkrankung außerhalb des Standortes) der Überweisungsschein nicht unmittelbar vorgelegt werden, besteht nach § 3 Abs. 1 Satz 3 des Vertrages eine Behandlungsverpflichtung mit der Auflage, dass der Überweisungsschein der Bundeswehr innerhalb von vier Wochen nachgereicht wird. Wird der Überweisungsschein nicht innerhalb dieser Frist nachgereicht, ist der behandelnde Arzt berechtigt, vom Patienten eine privatärztliche Vergütung zu verlangen.

Berufsrechtliche Relevanz hat die Thematik dann, wenn Vertragsärzte eine Behandlung des Soldaten ablehnen, obwohl dieser eine plötzliche schwere Erkrankung, einen Unfall oder eine Erkrankung außerhalb des Standortes vorgibt. Eine besonders sorgfältige Prüfung der Voraussetzungen für eine solche primäre Behandlung durch den Vertragsarzt ist notwendig.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

### Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

### Herausgeber:

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

### Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

### Redaktionskollegium:

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

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hüfner

### 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](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne  
*Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.*  
Druck: Messedruck Leipzig GmbH,  
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. 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 gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

### Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 106,50 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 10,15 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

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

## Hygiene aktuell

### Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO):

Novellierung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ (= E1) und Neufassung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Tetanusprophylaxe“ (= E4):

Die Sächsische Impfkommision hat auf ihrer 34. Sitzung am 13.11.2009 die Impfempfehlung E1 (= den Impfkalender) vom 02.09.1993, letzter Stand 01.01.2008, ergänzt und modernisiert und die Impfempfehlung E4 vom 02.09.1993 (Tetanusprophylaxe) neu formuliert. Beide Empfehlungen treten am 01.01.2010 in Kraft. Die neuen Texte im Wortlaut werden diesem Ärzteblatt beigelegt; im folgenden sollen nur die Änderungen und Neuerungen kurz gefasst genannt und begründet werden:

1. Empfehlung der Herpes-zoster-Impfung als Standardimpfung,
2. Neuerungen bei der Varizellaimpfung,
3. Empfehlung der Influenzaimpfung ab vollendetem 6. Lebensmonat als Standardimpfung unter Beibehaltung und Betonung der Indikationsimpfungen,
4. Neufassung der Pertussisimpfempfehlung in der E1 und damit verbunden Streichen der Impfempfehlung E3 zur Durchführung der Pertussisimpfung vom 02.09.1993,
5. Neufassung der E4 zur Tetanusprophylaxe,
6. Anmerkungen zur Meningokokkenimpfung,
7. neue Informationen zur Pneumokokkenimpfung,
8. Neuregelung der Verfahrensweise bei Neugeborenen von Müttern mit unbekanntem HBs-Ag-Status.

### Zu 1.: Empfehlung der Herpeszoster-Impfung als Standardimpfung

Die Sächsische Impfkommision hat ab 1.1.2010 die einmalige Herpeszoster-Impfung für alle Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr (= 50. Geburtstag) als Standardimpfung

empfohlen und zwar ohne Rücksicht auf früher stattgehabte Erkrankungen in der Anamnese. Zu beachten ist dabei jedoch, dass es sich um eine prophylaktische, nicht um eine therapeutische Impfung handelt. Wie bei allen Lebendimpfungen, sind die diesbezüglichen Kontraindikationen zu beachten (Immundefizienz, immunsuppressive Therapie, Schwangerschaft und anderes).

Als einziger Impfstoff steht zurzeit „Zostavax“<sup>®</sup> zur Verfügung. Es werden einmalig 19.400 plaquebildende Einheiten (PBE) des Varizella-Zosterstammes Oka/Merck subcutan appliziert, der auch in einer Dosierung von 1.350 PBE zur Varizella-Grundimmunisierung im „Varivax“<sup>®</sup> zweimal appliziert wird. Der Impfstoff ist bereits in den sächsischen Apotheken verfügbar zum Preis von 148,65 EUR pro Dosis. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) sollte mit den Gesetzlichen Krankenkassen zügig über eine Aufnahme in die Impfvereinbarungen verhandeln, um die Details (Abrechnungsnummern, Honorar und anderes) im Interesse einer geordneten zügigen Einführung dieser besonders in der Geriatrie wichtigen Impfung zu befördern.

#### Begründung:

Gefürchtet sind im Erwachsenenalter die teilweise monate- bis jahrelang anhaltenden postzosterischen Neuralgien, die trotz antiviraler Therapie langwierige, kostenintensive und subjektiv belastende Schmerztherapien erfordern.

Die altersspezifische Inzidenz pro Jahr variiert je nach Alter und individuellem Immunitätsstatus, stark be-

einflusst von Grundkrankheiten und anderem: Kindesalter: 1 : 1.000; 80- bis 90-Jährige 1 : 100; nach soliden Tumoren 1 : 100, nach lymphatischer Leukämie oder Knochenmarkstransplantation 23 – 50 : 100 usw. Wutzler und andere geben 300.000 Erkrankungsfälle (= 375 ‰) jährlich für Deutschland an; das Robert-Koch-Institut (Wiese-Posselt) bezifferte die Herpes-zoster-Häufigkeit nach einem Sentinel von 4/2005 bis 12/2006 mit 215 000 Erkrankungen jährlich in Deutschland (= 260 ‰). Die SIKO hat für Sachsen die Einführung einer Meldepflicht – Erweiterung in der bestehenden IfSGMeldeVO vom 03.06.2002 – beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz beantragt, um aktuelle Daten für die zu erwartenden gesundheitsökonomischen Debatten präsentieren zu können. Die Vakzineeffizienz einer einmaligen Impfung gegen Herpes zoster wird nach 4,9-jähriger Beobachtungszeit mit 51,3% Senkung der Gesamtinzidenz angegeben; die gegen die gefürchtete postzosterische Neuralgie aber mit guten 66,5%.

Eine mikrobiologische Immunitätskontrolle auf Empfänglichkeit und damit Reduzierung auf eine Indikationsimpfung statt einer generellen Standardimpfung ist nicht möglich, da es sich bei Herpes zoster weniger um humorale, sondern vielmehr um zellulär vermittelte Abwehrreaktionen dieser endogenen Reaktivierung handelt. Protektive mikrobiologische oder immunologische Werte existieren nicht. Die Herpes-zoster-Impfung ist bereits in mehreren Länder erfolg-

reich als Standardimpfung eingeführt worden, wie zum Beispiel in Österreich und den USA (Lit.: 1 – 7).

## **Zu 2. Neuerungen bei der Varizella-impfung:**

Die SIKO hat hinsichtlich Abstand der ersten zur zweiten Varizellaimpfung eingefügt:

„Bei Expositionsgefahr – Definition auf Seite 26 der E1 beachten – kann eine 2. Impfung vorgezogen werden (Mindestabstand 3 Monate)“. Die Definitionen der akuten Expositionsgefahr lauten für Immungesunde: „Aufenthalt 1 Stunde oder länger mit einer infektiösen Person in einem Raum oder face-to-face Kontakt (Berühren, Handgeben) oder Haushalt-Kollektiv-Kontakt (Klasse, Kindereinrichtung usw.)“.

*Begründung:*

Obwohl die SIKO bereits am 01.07.2003 die generelle Varizella-Standardimpfung für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr empfohlen hatte (STIKO ab Juli 2004) und auch den Termin der 2. Standardimpfung ab 01.01.2008 bereits im Impfkalendar entsprechend den langjährigen Erfahrungen anderer Länder (zum Beispiel USA) im 2. und 6. Lebensjahr empfohlen hatte (STIKO hat ab Juli 2009 einen wissenschaftlich in keiner Weise begründeten Mindestabstand von nur 4 bis 6 Wochen empfohlen, ebenso unbegründet ist 2001 bei der Festlegung des Abstandes zur 2. MMR-Impfung verfahren worden), gibt es Unklarheiten unter den Impfärzten und zahlreiche Anfragen insbesondere wegen der bekannten Impfdurchbrüche.

Die Effektivität einer einmaligen Varizellaimpfung war immer angegeben mit: 95% Verhütung einer schweren und 70 – 90% einer moderaten Infektionskrankheit. 10 – 15% entwickeln bei akuter Exposition nach einmaliger Impfung eine milde Erkrankung. Ein Impfschutz über 10 Jahre wird von Kuter und anderen bei einem 1-Dosenregime mit 94,5%, bei einem 2-Dosenregime mit 97,5% angegeben. Die noch häufige akute Exposition hat seine Ursachen in der noch ungenügenden Durchimpfungsrate der 2-jährigen Kinder und deren gesetzwidrigem,

sogar mit Ordnungsstrafe bedrohtem weiteren Besuch, trotz Erkrankung im noch ansteckungsfähigen Zustand mit Varizellen in einer Kindereinrichtung (§ 34 (1) Nr. 20 und § 73 (1) 14. IfSG). Leider wird keine Behörde einschließlich Öffentlicher Gesundheitsdienst in irgendeiner sinnvollen Weise (Beratung, Schulung usw.) diesbezüglich wirksam.

Da eine Boosterung aber nach immunologischen Gesichtspunkten (Antikörperdynamik) erst nach Monaten sicher möglich ist, hat die SIKO empfohlen, nur bei befürchteter akuter Exposition die 2. Impfung frühestens nach 3 Monaten durchzuführen; im Regelfall aber erst ab 5. Geburtstag (vor der Einschulung) (Lit.: 8 – 12).

## **Zu 3. Empfehlung der Influenza-impfung ab vollendetem 6. Lebensmonat als Standardimpfung unter Beibehaltung und Betonung der Indikationsimpfungen:**

Die SIKO beschließt explizit, die jährliche Influenzaimpfung ab sofort als Standardimpfung für alle Personen > 6 Monate zu empfehlen! Die Dosierung für Kinder vom 7. Lebensmonat bis zum 3. Lebensjahr beträgt in der Regel 0,25 ml pro Dosis; ab dem 4. Lebensjahr (= nach dem 3. Geburtstag) 0,5 ml pro Dosis. Kinder bis zum 9. Lebensjahr erhalten bei der erstmaligen Impfung (analog einer Grundimmunisierung) 2 Dosen im Abstand von 4 Wochen. Die Fachinformationen sind zu beachten. Alle Indikationsimpfungen werden zusätzlich aufgeführt und ausdrücklich betont (zum Beispiel auch für Schwangere – vorzugsweise im 2. und 3. Trimenon).

*Begründung:*

Dieser Beschluss der SIKO soll in der gegenwärtigen Situation die Bedeutung der Impfprävention der Influenza seitens eines staatlich berufenen und damit unabhängigen Fachgremiums unmissverständlich dokumentieren und für die Zukunft auf ein stabiles und sicheres Niveau heben.

Im Freistaat Sachsen besteht seit langem für jeden Impfwilligen oder einsichtigen Impfbereiten die Möglichkeit, sich jährlich durch Impfung vor

der Influenzaerkrankung zu schützen. Auch für Kinder (mit Zustimmung der Eltern) gelten diese Regelungen. Dies ist auch juristisch verbindlich in der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales ... zur unentgeltlichen Durchführung von Schutzimpfungen... (VwV Schutzimpfungen – letzte Fassung 7.12.2007) unter A.1.1. Standardimpfungen f. Influenza“ gesetzlich geregelt. Die Maßnahmen sind dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend durchzuführen. Auch erfolgte die Kostenübernahme seitens der Gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren problemlos.

Sachsen hat seit Jahren vorbildliche Influenzadurchimpfungsraten und beweist damit die Aufgeschlossenheit und Akzeptanz gegenüber der jährlichen Influenzaimpfung. 2007: 1,36 Mill. Impfungen/4,22 Mill. Einwohner (= 32,2%); 2008 1.3 Mill. Impfungen / 4,19 Mill E. (= 30,5%). (Zahlen erhöhen sich durch Privatversicherte).

Die gegenwärtige destruktive chaotische Informationspolitik über die „Neue Influenza H1N1“ seitens populistischer Journalisten der Medien und selbsternannter gewissenloser „Experten“ haben in Verbindung mit nicht nachvollziehbaren gravierenden Fehlern der staatlich verantwortlichen Gesundheitspolitiker breite Laienkreise, aber auch Ärzte derart verunsichert und verwirrt, dass negative Folgen auf die Impfbereitschaft auch gegen andere Infektionskrankheiten befürchtet werden müssen. Die SIKO-Mitglieder treten dem energisch entgegen und bieten allen nach wie vor fachlich fundierte Beratung und Aufklärung an. Eine Fehleranalyse der gegenwärtig noch andauernden öffentlichen Influenza-Pandemiedebatten folgt an anderer Stelle ( Lit.: 13 – 15).

## **Zu 4. Neufassung der Pertussis-impfempfehlung in der E 1 und damit verbunden Außer-Kraft-Setzen der Impfempfehlung E 3 zur Durchführung der Pertussis-impfung vom 02.09.1993:**

Herzlichen Dank und große Anerkennung allen sächsischen Impfärzten für die bereits größtenteils voll-

zogene Umstellung der Boosterung aller Erwachsenen alle 10 Jahre, nicht nur gegen Tetanus und Diphtherie, sondern auch gegen Pertussis. (SIKO-Empfehlung vom 01.01.2007): 2008 wurden von fast 300.000 bei der KVS diesbezüglich abgerechneten Dosen bereits 87,5% als Tdpa oder Tdpa-IPV abgerechnet und nur noch zu 12,5% Td oder Td-IPV.

Für sächsische Impfpärzte gibt es damit eigentlich nichts Neues, verfahren Sie bei der Pertussisimpfung weiter so konsequent nach dem angepassten Impfkalender: Grundimmunisierung zeitgerecht im Säuglingsalter und 2. Lebensjahr, 1. Boosterung ab 5. Geburtstag (vor Einschulung!), 2. Boosterung ab 11. Lebensjahr und danach alle 10 Jahre durch das gesamte Erwachsenenalter mit Tdpa oder Tdpa-IPV-Impfstoff. Nur bei nichtdokumentierter Grundimmunität gegen Tetanus oder Diphtherie, die ohne mikrobiologische Untersuchungen aus juristischen Gründen zum Beispiel nach Verletzungen nachgeholt werden müsste (Impfschema 2 + 1), wäre für die 2. oder 3. Impfung noch Td indiziert. Da jede Impfung gegen Pertussis im Erwachsenenalter als Boosterung aufzufassen ist (analog zum Beispiel Influenza) ist bei der Grundimmunisierung nur 1 Dosis mit Pertussis-Antigen erforderlich, auch wenn anamnestisch keine Pertussiserkrankung eruiert werden kann. Eine überstandene Erkrankung (Anamnese) ändert im Prinzip nichts am Impfkalender. Nach einer mikrobiologisch nachgewiesenen Erkrankung (PCR, Kultur, nicht Serologie) beginnt ein neues Impfintervall von 5 bis 10 Jahren. Bei gegebener Indikation (zum Beispiel Säuglingskontakt) und kurz zurückliegender Impfung mit Td- oder Td-IPV (ohne Pertussisantigen) sollte in geringem zeitlichen Abstand (ab einem Monat) eine Boosterung mit Tdpa oder Tdpa-IPV nachgeholt werden.

Die vorliegende Zusammenfassung wurde aus mehreren Gründen erstellt:

- Auch die STIKO empfiehlt seit Juli 2009 „alle Erwachsenen sollten die nächst fällige Td-Impfung einmalig als Tdap (bei entspre-

chender Indikation Tdap – IPV) – Kombinationsimpfung erhalten“.

- Daraus sich ableitende Impfpraktiken für chirurgische- und Notfallambulanzen müssen organisiert und umgesetzt werden (s. unter 5.).
- Es konnte die von Sachsen initiierte vorbildliche Indikationsliste für Pertussisimpfung gestrichen werden, da nach dem WHO-Ziel jeder Mensch eine ausreichende Pertussisimmunität besitzen sollte. Dies gilt auch für beruflichen Umgang mit Kindern und in der Schwangerschaft, die keine Kontraindikation zur Tdpa-Impfung darstellt. (genauer Text s. Anlage, E1 S. 21 und 22 im „Ärztblatt Sachsen“).
- Da in Deutschland nur noch azellulärer Pertussisimpfstoff verwendet wird, ist die „Empfehlung der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung der Pertussisimpfung vom 02.09.1993 (E3)“ sachlich gegenstandslos geworden; die dort angegeben absoluten und relativen Kontraindikationen galten für Vollkeimpertussisimpfstoffe (Pw). Die in der E3 erörterte Problematik ist jedoch wegen möglicher zeitlicher Korrelation bei den angegebenen schweren Grundkrankheiten zu vermuteten oder fraglichen Impfkomplicationen nach Impfstoffen mit azellulärem Pertussisantigen formal noch von gewisser Bedeutung bei eventuell gerichtlichen Auseinandersetzungen/Gutachten usw. bei Anträgen auf Anerkennung von Impfschadensfälle.

#### *Begründung:*

Ohne kurzen historischen Abriss sind die Vorgänge und Änderungen der Pertussisimpfstrategie nicht verstehbar. Aus Platzgründen kann dies nur stichwortartig geschehen:

1909 (Deutsches Reich/ Königreich Sachsen) 15 162 / 661 Pertussissterbefälle (ST); 1939 (Deutsches Reich) 833 ST, 78 941 Erkrankungen (E), Einführung der E-Meldepflicht; 1962 Abschaffung der E-Meldepflicht in der BRD alt trotz 1961 35 376 E und 266 ST, nicht DDR; 1964 Pflichtimpfung DDR, 1974 Impfpflicht BRD alt aufgehoben, sollte von der

DDR 1990 übernommen werden, vom Autor in Sachsen nach juristischer Prüfung abgelehnt (daraufhin Gründung der SIKO durch den späteren Staatsminister), 1989 DDR 94 E, 0 ST, BRD (alt) 100 000 E (2000 – 2004 noch immer pro Jahr 110.000 geschätzt), 2 ST; 1991 Pertussisimpfung in ganz Deutschland wieder allgemein empfohlen; seit 1998 wieder 5. Pertussisimpfung in Sachsen vor Einschulung (STIKO 2000 im 11. Lebensjahr); seit 2006 6. Pertussisimpfung deutschlandweit, jetzt gemeinsamer Impfkalender bis zum 18. Lebensjahr. Ab 01.01.2007 in Sachsen Pertussisboosterung alle 10 Jahre auch für Erwachsene, ab Juli 2009 auch deutschlandweit nächst fällige Td als Tdpa.

Die Gründe für dieses Durcheinander sind in der mangelnden epidemiologischen Analyse der Pertussiserkrankungen durch die zuständigen staatlichen Behörden in den alten Bundesländern (ABL) (Landesgesundheitsämter, ÖGD) und dem Bund (damaliges Bundesgesundheitsamt, jetzt RKI) sowie der Nichtbeachtung der neuen immunologischen Erkenntnisse bei Pertussis zu suchen. Eine allgemeine Meldepflicht dieser impfpräventablen Erkrankung gibt es auch 20 Jahre nach der Wiedervereinigung deutschlandweit immer noch nicht. Impfkalender müssen aber bei Änderung der sozialökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen (Globalisierung, Migration und anderes), der veränderten Krankheitslast wissenschaftlich begründet und den neuen Bedingungen praktisch angemessen angepasst werden. Auch in den neuen Bundesländern (zum Beispiel Sachsen) stieg die Inzidenz an Pertussis seit 1997 vom schon erreichten WHO-Ziel (< 1‰) auf über 10 ‰ an. Es gab eine Altersverschiebung: 65% der Erkrankten sind jetzt älter als 25 Jahre und besitzen in diesem Alter keinen Impfschutz mehr. Die enormen Verbesserungen der Impfstoffqualität (azelluläre Impfstoffe) ermöglichten die Impfung auch Erwachsener. Die Sachsen waren mit ihrer SIKO und LUA und dem noch (teilweise) intakten ÖGD die Motoren, Initiatoren und Manager der jetzt für ganz

Deutschland einheitlichen und vorbildlichen Pertussisimpfprävention (Lit.: 16 – 20).

### Zu 5. Neufassung der E 4 zur Tetanusprophylaxe

Die SIKO hielt es für erforderlich, die „Empfehlung ... zur Tetanusprophylaxe vom 2.9.1993“ neu zu formulieren. Die praktische Umsetzung von Details der Tetanusprophylaxe für alle Erwachsenen hat sich durch die Empfehlung der Boosterung alle 10 Jahre mit einem Kombinationsimpfstoff, der auch die Pertussiskomponente enthält, geändert. (Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision vom 1.1.2007; Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI – STIKO – vom Juli 2009: „alle Erwachsenen sollen die nächste fällige Td-Impfung ... als Tdap oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfung erhalten“).

Darüber hinaus besteht für Einzelfragen Klärungs- und Interpretationsbedarf insbesondere bei der Tetanusprophylaxe im Verletzungsfalle. Dies beweisen zahlreiche Anfragen an die Impfberatungsstellen und die Mitglieder der Sächsischen Impfkommision.

In Kurzform das Wichtigste, Details sind in der vollständigen im gleichen Ärzteblatt beiliegenden Anlage nachzulesen:

5.1. Die Unterscheidung in „saubere, geringfügige Wunden“ und „alle anderen Wunden“ (STIKO-Empfehlungen von Juli 2009 und Empfehlungen der Unfallchirurgen 2006) mit der Konsequenz, im ersteren Falle – auch bei unbekannter oder unvollkommener Grundimmunisierung in der Vorgeschichte – nur eine aktive, keine Simultanimpfung zu empfehlen, hält die Sächsische Impfkommision seit 1993 ebenso wie schon damals die „Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie“ unter anderem für Länder mit gut organisiertem Gesundheitswesen für nicht sachgerecht und unverantwortlich. Im Verletzungsfalle gilt nach wie vor die Empfehlung der SIKO von 1992 (tradierte DDR-Empfehlung, Autoren Thilo, Dittmann):

Anzahl der dokumentierten aktiven Tetanusimpfungen in der Anamnese	alle Wunden (auch chronische)	
	Tdap <sup>1</sup>	TIG <sup>2</sup>
Unbekannt	ja	ja
0 bis 1	ja	ja
2	ja	nein <sup>3</sup>
3 und mehr (= Grundimmunisierung, bei Alter < 2 Jahren: 4 Impfungen)	nein <sup>4</sup>	nein

<sup>1</sup> altersgerechten Impfstoff verwenden und möglichst Impfkalender vervollständigen: bei Kindern unter 6 Jahren 6-fach-, 5-fach-Impfstoff, zumindest DTPa verwenden; bei > 6-Jährigen Tdpa oder Tdpa-IPV,

<sup>2</sup> TIG-Tetanus-Immunglobulin, im Allgemeinen werden 250 IE verabreicht, die Dosis kann auf 500 IE erhöht werden; TIG wird simultan (kontralateral) mit dem aktiven Impfstoff angewendet,

<sup>3</sup> ja, wenn die Verletzung länger als 24 Stunden zurückliegt,

<sup>4</sup> ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 10 Jahre vergangen sind, oder

ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 5 Jahre vergangen sind und tiefe und/oder verschmutzte (mit Staub, Erde, Speichel, Stuhl kontaminierte) Wunden, Verletzungen mit Gewebeertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (zum Beispiel Quetsch-, Riss-, Beiß-, Stich-, Schusswunden) oder schwere Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebnekrosen oder septische Aborte usw. vorliegen.

5.2. Die chirurgischen Ambulanzen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser und andere werden hiermit dringend gebeten, im Verletzungsfalle Impfstoffe entsprechend diesen Empfehlungen zu applizieren, nämlich bei Erwachsenen Tdpa („Boostrix®“ oder „Covaxis®“) oder Tdpa-IPV („Boostrix-Polio®“ oder „Repevax®“); in Kindernotfallambulanzen bei noch unvollständiger Grundimmunisierung möglichst die fälligen Kombinationsimpfstoffe (6-fach, 5-fach, bis zum 6. Lebensjahr aber zumindest 3-fach-TDPA). Td-Impfstoffapplikationen sollten zur absoluten Ausnahme gehören (Aus-

nahmen – Sonderfälle von polytraumatisierten bewusstlosen Patienten siehe Anlage).

Die KVS, die Gesetzlichen Krankenkassen und besonders die Unfallkassen werden hiermit dringend aufgefordert, sich über die Begleichung der geringen Mehrkosten zu einigen. Es darf nicht zu Lasten der Ärzte (neuer bürokratischer Aufwand) oder der Krankenhäuser (in einem Pauschalbetrag eingeschlossen) und damit letztlich der Patienten geschehen. 5.3. Es wird nochmals auf die Notwendigkeit der routinemäßigen Überprüfung des Tetanusimmunstatus bei Sonderfällen hingewiesen: Hochrisikogruppen, Patienten mit Immundefizienz, Schwangere insbesondere mit Migrationshintergrund, Drogenabhängige (Lit.: 21 – 22).

### Zu 6. Anmerkungen zur Meningokokkenimpfung:

Die SIKO gibt folgenden Hinweis, keine neue Empfehlung:

Es ist in Kürze die Einführung eines konjugierten 4-valenten Meningokokken-Impfstoffes – ACW135Y- („Menveo®“) zu erwarten, der wie alle konjugierten Impfstoffe den reinen Polysaccharidimpfstoffen immunologisch überlegen ist. Es gibt diesbezüglich noch keine konkreten Vorstellungen, Daten und Recherchen über die Notwendigkeit hinsichtlich Einordnung in einen Standardimpfkalender, wie dies in anderen Ländern mit wesentlich höheren Anteilen an Meningokokkenkrankungen auch der Serotypen W 135 oder Y der Fall ist. Der Wechsel zum konjugierten Impfstoff bei allen indizierten Reiseimpfungen ist aber wichtig, die Information ist deshalb in die neue E1 aufgenommen worden. Bitte Fachinformationen beachten.

## Zu 7. Anmerkungen zur Pneumokokkenimpfung:

7.1. Die Empfehlung zu Wiederholungsimpfungen mit Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff bleibt unverändert in der alten SIKO-Version bestehen: „Bei weiterbestehender Indikation (das heißt angeborene oder erworbene Immundefekte, chronische Krankheiten) Wiederholungsimpfungen im Abstand von 6 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren).“ Auch in den Synopsis-Impfkalendern bleibt die Standardimpfung alle 6 Jahre erhalten. Insofern wird die neue STIKO-Empfehlung nicht übernommen, die nunmehr nur eine Wiederholungsimpfung nach (Risiko-Nutzen-Abwägung) vorsieht für folgende zwei Indikationen: „1. Angeborene oder erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion und 2. chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom“.

### Begründung:

Die STIKO führt als Begründung an: vermehrt ausgeprägte Lokalreaktionen nach Wiederimpfung und kein Nachweis der Wirksamkeit gegen zum Beispiel Pneumokokken-Pneumonie, nur positive Hinweise auf invasive Pneumokokkenerkrankungen (IPD).

Es wird ausschließlich auf ausländische Quellen verwiesen, eigene deutsche Daten fehlen komplett.

### Begründung:

Die Pneumokokken-Standardimpfung aller Erwachsenen über 60 Jahre mit 23-valentem Polysaccharidimpfstoff wurde 1998 deutschlandweit empfohlen.

Im Freistaat Sachsen wurden im Jahre 2008 91.728 „Pneumovax 23®“ bei der KVS abgerechnet, davon 33.481 (= 36,5%) Wiederholungsimpfungen (plus Anzahl Bezahlung durch private Krankenkassen und andere, unbekannt). Gemeldet wurde „der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ (IfSG § 6 (1) 3.) 2008 ein einziger Fall einer starken Lokalreaktion. (2007: 4 Fälle, 2009/11: 2 Fälle). Auch wenn dem Autor eine mangelhafte Meldepflicht wohl be-

Mögliche Impfschemata für Kinder unter 24 Monaten bei begonnener Impfung mit Prevanar 7<sup>a</sup>

Alter in Monaten			
2	3	4	11 – 14
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	10- oder 13-valenter konjugierter Impfstoff
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff
7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff*	13-valenter konjugierter Impfstoff*	13-valenter konjugierter Impfstoff*

\* zur Gabe des 10-valenten Impfstoffs liegen für dieses Impfschema keine Daten vor

kannt ist, ist daraus keinerlei ernste Gefahrensituation abzuleiten.

Die positiven Impferfolge der Pneumokokkenimpfung der Erwachsenen in Sachsen sollen an folgenden Zahlen demonstriert werden: Pneumokokkenmeningitis der > 65-Jährigen: 1989 – 1997 (vor Impfeempfehlung) 46 E/22 ST, 2000 – 2008 (nach Etablierung der Impfung) 45 E/12 ST: Senkung der Letalität um 45%! Auch kann die SIKO die mit der STIKO-Empfehlung zum Ausdruck gebrachte angeblich geringere Gefährdung zum Beispiel von an chronischen Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen Leidenden gegenüber chronischen Nierenerkrankungen gegenüber Pneumokokkenerkrankungen nicht nachvollziehen.

Perspektivisch (2010/11) wird zudem auch für Erwachsene der immunologisch wesentlich effektivere konjugierte Pneumokokkenimpfstoff (PVC13 – „Prevanar 13<sup>R</sup>“) zum Einsatz kommen. Dann steht eine Novellierung der Impfeempfehlung an.

7.2. Hinweis zum Übergang von 7 zu 10 oder 13-valenten konjugierten Pneumokokkenimpfstoffen (PVC7, PVC10, PVC13) für Säuglinge und Kleinkinder („Prevanar 7<sup>®</sup>“, „Synflorix<sup>®</sup>“, „Prevanar 13<sup>®</sup>“):

Der konjugierte 7-valente Impfstoff gegen Pneumokokkenerkrankungen wird nach Auskunft des Herstellers ab 12/2009, spätestens 1/2010 gegen einen 13-valenten Impfstoff ausgetauscht. Der 7-valente Impfstoff wird dann zur Vervollständigung bereits begonnener Impfserien nicht mehr zur Verfügung stehen. Das formale Prozedere (Rezeptierung, Indikation, Applikation, sogar der Preis, Abrechnung usw.) ändern sich nach Recher-

chen des Autors nicht. Um die hervorragenden Impferfolge bei der Bekämpfung der invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) und auch lokaler Infektionen im Säuglings- und Kleinkindesalter (Senkung der Erkrankungsinzidenz der IPD von 20% 000 auf 10,7% 000) nicht zu gefährden, sondern durch höher valentere Impfstoffe noch zu verbessern, ist ein reibungsloser Übergang erforderlich. Nachstehende Tabelle gibt die benötigten Informationen (Lit.: 23 – 26).

## Zu 9. Neuregelung der Verfahrensweise bei Neugeborenen von Müttern mit unbekanntem HBs-Ag-Status:

Aus gegebenem Anlass ist die Prophylaxe der Hepatitis B für Neugeborene bei unbekanntem HBs-Status der Mutter zur Geburt neu geregelt worden in:

„Kann innerhalb von 12 Stunden der HBs-Ag-Status der Mutter nicht bestimmt werden, so ist wie bei positivem HBs-Ag-Status der Mutter zu verfahren: Simultanimpfung. Ergibt sich die Notwendigkeit einer Simultanimpfung, so ist gleichzeitig eine Blutentnahme von Mutter und Kind zur nachträglichen Bestimmung der vollständigen Hepatitis-B-Serologie (einschließlich HBV-DNA-PCR) zu empfehlen, um den Infektionsstatus vor der Impfung zu dokumentieren.“

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers und

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und

Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied der Sächsische Impfkommision,

Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

E-Mail: siegwart@bigl.de

Tel.: und Fax: 0371 3360422

# Überwachungen nach dem Gesetz über Medizinprodukte in Sachsen – 2008

Es werden die Ergebnisse der Tätigkeit des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen (SLME) im Rahmen der Zuständigkeiten für das Jahr 2008 im Bereich Medizin dargestellt. Die Überwachungstätigkeiten betreffen den § 4a der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) hinsichtlich der Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in medizinischen Laboratorien, Praxen niedergelassener Ärzte, Krankenhäusern, Pflegeheimen, bei Pflegediensten und sonstigen Einrichtungen sowie den § 11 MPBetreibV (Messtechnische Kontrollen an Medizinprodukten mit Messfunktion).

## 1. Überwachung der Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

### 1.1 Überwachung medizinischer Laboratorien

Ab spätestens 2004 mussten alle Laboratorien nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) von 2001 arbeiten, welche im § 4a MPBetreibV verankert ist.

Durch das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen wurde dieser Prozess in den vergangenen Jahren vielfältig praxisnah begleitet. Es stehen einschlägige Informationsblätter, Vorträge und Veröffentlichungen auf unseren Internetseiten zur Verfügung ([www.eichamt.sachsen.de](http://www.eichamt.sachsen.de)). Medizinische Laboratorien, Einrichtungen und Arztpraxen werden telefonisch oder vor Ort beraten.

Die Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (siehe Tabelle 1) hatte sich 2004 durch viele Kleinlaboratorien in Arztpraxen erhöht, welche ab da auch nach der Rili-BÄK 2001 arbeiten mussten. Die Gesamtzahl sank in den Folgejahren wieder leicht, was mit Schließungen

von Laboratorien in kleineren Einrichtungen zusammenhängt. Es ist davon auszugehen, dass noch nicht alle Kleinlaboratorien bekannt und erfasst sind.

Mit einer Überwachungsichte von durchschnittlich 20% der erfassten Laboratorien pro Jahr war von 2004 bis 2007 ein Wert erreicht, der einen vertretbaren Kompromiss zwischen der Notwendigkeit und der personellen Ausstattung des SLME darstellte. 2008 waren wir wegen besonderer Umstände und des stets geringer werdenden Personalbestandes gezwungen, die Überwachungen medizinischer Laboratorien für ein Jahr auszusetzen. 2009 werden diese planmäßig fortgeführt.

### 1.2 Überwachung von Krankenhäusern, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

In drei Krankenhäusern wurde die Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik kontrolliert (siehe Tabelle 2). Es handelt sich in der Regel um Glucose-Bestimmungen. Das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen überwacht alle diese Einrichtungen kontinuierlich und hat sie bei ihren Bemühungen zur Umsetzung der Rili-BÄK umfangreich unterstützt. Im Jahr 2004 war die Zahl der Krankenhäuser, welche die Anforderungen an die Qualitätssicherung einhielten, stark gesunken. Dies lag unter anderem daran, dass 2003 die Übergangsfristen zur Einführung der Rili-BÄK 2001 abgelaufen waren. Seit 2005 ist wieder der Durchschnittswert der Vorjahre erreicht.

Dennoch müssen die Prozesse der Qualitätssicherung auch in einer Reihe sächsischer Krankenhäuser noch stark verbessert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass auch in Krankenhäusern diesbezügliche kontinuierliche Überwachungen weiterhin notwendig sind.

### 1.3 Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Tabelle 1: Ergebnisse der Überwachung von medizinischen Laboratorien

	2008	2007	2006	2005	2004
<b>Allgemeine Angaben</b>					
Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (mit Kleinlaboratorien in Arztpraxen)	195	198	192	199	210
Anzahl der Überwachungen	0	40	23	50	85
Rili-BÄK wurde konsequent eingehalten (Lab. in %)*	***	63	74	66	28
<b>Interne Präzisionskontrolle (PK)</b>					
PK entsprach <u>nicht in allen Anforderungen</u> der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	***	15	13	20	22
Die Präzision entsprach <u>nicht immer den Vorgaben</u> der Rili-BÄK. (überwachungspflichtige Messgrößen in %)**	***	1	5	1	2
<b>Interne Richtigkeitskontrolle (RK)</b>					
RK entsprach <u>nicht in allen Anforderungen</u> der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	***	15	4	24	26
Die Richtigkeit entsprach <u>nicht immer den Vorgaben</u> der Rili-BÄK. (überwachungspflichtige Messgrößen in %)**	***	4	1	3	3
<b>Externe Richtigkeitskontrolle (Ringversuche)</b>					
Einzelne Zertifikate fehlten. (Lab. in %)*	***	5	0	6	35

\* Laboratorien in % der überwachten Laboratorien

\*\* Messgrößen in % der überwachten Messgrößen

\*\*\* keine Angabe, da in diesem Jahr die Überwachungen ausgesetzt wurden

**als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen**

Praxen niedergelassener Ärzte, welche quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen, sind seit Jahren das Sorgenkind bei unseren Überwachungen. Wir haben das Ziel, diese möglichst flächendeckend zu erreichen. Deshalb wurden in den vergangenen fünf Jahren über 1.200 Arztpraxen im Rahmen von Erstüberwachungen kontrolliert, davon 177 im Jahr 2008 (siehe Tabelle 3). Die Anzahl der überwachten Arztpraxen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchführten, ist nach wie vor sehr hoch (74%). Diese Arztpraxen mussten in kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen. Das erfreuliche Sinken der Zahl von Arztpraxen, in denen keinerlei Qualitätssicherung durchgeführt wird, deutet darauf hin, dass die Informations- und Überwachungsaktivitäten des SLME erste Früchte tragen. Dennoch beweisen die Ergebnisse, dass gegenüber der derzeitigen Überwachungsdichte keinerlei Abstriche gemacht werden dürfen.

**1.4 Überwachung von sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen**

Im Jahr 2008 wurden 55 sonstige Einrichtungen, insbesondere Pflegeheime, bezüglich der Durchführung der Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik erstmals überwacht (siehe Tabelle 4). Auch in diesem Bereich ist die Anzahl derjenigen Einrichtungen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchführen, nach wie vor viel zu hoch (67%). Auch diese Einrichtungen mussten binnen kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen.

**1.5 Gesamteinschätzung der Überwachungsergebnisse**

Seit 2004 muss in allen Laboratorien nach der Rili-BÄK 2001 gearbeitet werden. Es ist nicht zu tolerieren, dass Messgrößen länger als zwei

Tabelle 2: Ergebnisse der Überwachung von Krankenhäusern, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2008 im Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (in % der überwachten Krankenhäuser)		
		ja	zum Teil	nein
<b>Krankenhäuser</b>	<b>3</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>0</b>
(2007/2006/2005/2004)	(36/21/25/44)	(56/62/76/46)	(44/33/24/52)	(0/5/0/2)

Tabelle 3: Ergebnisse der Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2008 im Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (in % der überwachten Arztpraxen)		
		ja	zum Teil	nein
<b>Arztpraxen</b>	<b>177</b>	<b>26</b>	<b>63</b>	<b>11</b>
(2007/2006/2005/2004)	(218/345/272/231)	(25/25/35/35)	(37/40/23/37)	(38/35/42/28)

Tabelle 4: Ergebnisse der Überwachung von Pflegeheimen und -diensten, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2008 im Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (in % der überwachten Einrichtungen)		
		ja	zum Teil	nein
<b>Einrichtungen (wie oben)</b>	<b>55</b>	<b>33</b>	<b>51</b>	<b>16</b>
(2007/2006/2005/2004)	(40/68/79/138)	(25/24/27/11)	(55/47/57/61)	(20/29/16/28)

Monate keine ausreichende Präzision bzw. Richtigkeit aufweisen und trotzdem weiterhin Patientenwerte bestimmt werden. In der Richtlinie ist eindeutig festgelegt, dass für diesen Fall die Bestimmung der Messgröße solange eingestellt werden muss, bis die Einhaltung der Vorgaben hinsichtlich Präzision und Richtigkeit wieder gewährleistet ist. Wenn 11% der Arztpraxen und 16% der sonstigen Einrichtungen, in denen quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchgeführt werden, keine Qualitätssicherung durchführen, ist zu befürchten, dass auch labordiagnostische Befunde mit nicht ausreichender Richtigkeit und/oder Präzision erstellt werden. In diesem Bereich müssen zwingend Gegenmaßnahmen getroffen werden, um die Qualitätssicherung nach Rili-BÄK durchzusetzen. Die Überwachungs- und Beratungsmaßnahmen des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen

stellen eine wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Einhaltung der Qualität laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen dar.

**1.6 Umsetzung der neuen Rili-BÄK spätestens ab April 2010**

Am 15. Februar 2008 wurde im Deutschen Ärzteblatt die neue Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen veröffentlicht.

Die neue Rili-BÄK beinhaltet die Anforderungen an die Qualitätssicherung aller (nicht mehr nur der quantitativen) laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen. Sie umfasst den gesamten Prozess und schließt auch die Prä- und Postanalytik mit ein. Sie trat am 1. April 2008 in Kraft und ihre Anforderungen sind binnen 24 Monaten nach In-Kraft-Treten zu erfüllen. Das heißt, für die Dauer von 24 Monaten nach In-Kraft-Treten kann die interne und externe Qualitätssicherung noch nach der Rili-BÄK

vom 24. August 2001 durchgeführt werden. Es heißt aber gleichzeitig, dass ab 1. April 2010 vollständig nach den Anforderungen der neuen Rili-BÄK gearbeitet werden muss. Deshalb sollten sich alle medizinischen Einrichtungen in Sachsen, welche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen in der Heilkunde durchführen, schnellstmöglich mit den geänderten Anforderungen vertraut machen und an deren Umsetzung arbeiten. Bundesweit werden dazu Schulungsmaßnahmen angeboten und auch das SLME unterstützt die Anwender bei der Einführung der neuen Verfahren.

**2. Überwachung entsprechend § 11 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV); Durchführung messtechnischer Kontrollen – MTK**

Gemäß § 11 MPBetreibV überwacht das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen (SLME) die Erfüllung der gesetzlichen Forderungen zur Durchführung der messtechnischen Kontrollen (MTK) sowie das Einhal-

ten der Voraussetzungen zur Durchführung messtechnischer Kontrollen durch Personen, die ihre Tätigkeit dem Landesamt angezeigt haben. Medizinprodukte mit Messfunktion müssen innerhalb bestimmter Fristen messtechnisch kontrolliert werden, damit auftretende Fehler rechtzeitig erkannt werden.

2008 wurden 396 Einrichtungen und Arztpraxen auf Durchführung der messtechnischen Kontrollen überwacht (siehe Tabelle 5). Von den 5.142 überprüften Medizinprodukten sind 475 (9 %) nicht rechtzeitig und/oder vorschriftenkonform messtechnisch kontrolliert worden (siehe Tabelle 6). Von diesen Geräten war beim Einsatz am Patienten somit nicht bekannt, ob sie noch die zulässigen Fehlergrenzen einhalten. In Krankenhäusern fanden sich gelegentlich Verstöße in geringem Ausmaß.

Äußerst bedenklich ist der starke Anstieg nicht fristgerecht geprüfter Blutdruckmessgeräte, insbesondere in Arztpraxen. Ihr Anteil hat sich gegenüber den Vorjahren mehr als

verdreifacht. Deren vom Gesetzgeber festgelegte Nachprüffrist von zwei Jahren ist nicht willkürlich gewählt! Nach Ablauf dieser Frist ist bei einer Vielzahl der Geräte nicht mehr sichergestellt, dass sie den Blutdruck der Patienten hinreichend genau innerhalb tolerabler Fehlergrenzen anzeigen. Dies begünstigt Fehldiagnosen und im Ergebnis falsche Behandlung und Medikamentengaben. Ungenau messende Blutdruckmessgeräte beeinträchtigen somit die Patientengesundheit und belasten nicht zuletzt die Budgets der Krankenkassen unnötig.

Ähnlich auffällig und unbefriedigend ist seit Jahren die hohe Mängelquote bei Trekkurbelergometern. Gerade diese beiden Medizinprodukte-Arten finden Anwendung bei Diagnose und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche zu den häufigsten in unserer modernen westlichen Zivilisation zählen. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit unserer Anstrengungen auf diesem Kontrollgebiet.

Auch im Jahr 2008 wurden Personen, welche die Durchführung messtechnischer Kontrollen beim Sächsischen Landesamt für Mess- und Eichwesen (SLME) angezeigt haben, auf das Einhalten der Voraussetzungen zu deren Durchführung überwacht. Der Kontakt zu diesen MTK-Diensten ist wichtig, damit sie bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben unterstützt werden und keine unkorrekt arbeitenden Prüfdienste auf dem Markt Fuß fassen. Insgesamt sind die Prüfdienste an einer Zusammenarbeit mit der Eichbehörde sehr interessiert.

Neben der Überwachung privater Personen, die MTK durchführen, werden durch das SLME auch selbst drei Medizinprodukte-Arten mit Messfunktion messtechnisch kontrolliert. Die MPBetreibV ermächtigt die Eichbehörden, neben den privaten MTK-Diensten tätig zu werden, um insbesondere die flächenmäßige Verfügbarkeit der Dienste im Territorium zu gewährleisten (siehe Tabelle 7).

Dies ist zum Beispiel bei der Durchführung messtechnischer Kontrollen von Augentonometern unverzichtbar. Die messtechnische Kompetenz des

Tabelle 5: Überwachte Einrichtungen auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle von Medizinprodukten mit Messfunktion; 2008 im Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004

Einrichtungen	Krankenhäuser	Arztpraxen	Sonstige	Gesamt
Anzahl	39	293	64	396
(2007/2006/2005/2004)	(55/40/60/61)	(330/476/448/357)	(83/63/86/83)	(468/579/594/501)

Tabelle 6: Überwachte Medizinprodukte mit Messfunktion auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle; 2008 im Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004

Medizinprodukte mit Messfunktion	Anzahl	Prüffristen eingehalten	Prüffristen nicht eingehalten
zur Bestimmung der Hörfähigkeit	59	57	2 (3 %)
zur Bestimmung von Körpertemperaturen	1.170	1.152	18 (2 %)
zur nicht invasiven Blutdruckmessung	3.675	3.238	437 (12 %)
zur Bestimmung des Augeninnendruckes	45	44	1 (2 %)
Diagnostikdosimeter	37	37	0
Trekkurbelergometer	128	118	10 (8 %)
Sonstige	28	21	7 (25 %)
Gesamt (Anzahl)	<b>5.142</b>	<b>4.667</b>	<b>475</b>
(2007/2006/2005/2004)	(4697/4891/7318/6342)	(4530/4766/7001/6089)	(167/125/317/253)
Gesamt (%)		<b>91</b>	<b>9</b>
(2007/2006/2005/2004)		(96/97/96/96)	(4/3/4/4)

Tabelle 7: Messtechnische Kontrollen durch das SLME

<b>Messtechnische Kontrollen durch das SLME</b>			
	Anzahl	<b>Rückgabe<sup>1</sup></b>	
Medizinprodukte mit Messfunktion			
Medizinische Thermometer	96	13	(14 %)
Blutdruckmessgeräte	1.915	146	(8 %)
Tonometer (Bestimmung des Augeninnendruckes)	134	7	(5 %)
<b>Gesamt</b>	<b>2.145</b>	<b>166</b>	<b>(8 %)</b>

<sup>1</sup> Rückgabe = Ablehnung der Messtechnischen Kontrolle (MTK) wegen Fehlern am Medizinprodukt

Landesamt leistet somit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Einhaltung der Messsicherheit im Gesundheitswesen.

Die Ergebnisse zeigen, dass – abhängig von der Messgeräteart – die Medizinprodukte zum Ablauf der Fristen, innerhalb derer solche messtechnische Kontrollen zu wiederholen sind, zu einem Anteil zwischen 5% und 14% nicht mehr den Anforderungen an ein Medizinprodukt mit Messfunktion entsprechen. Sie bestätigen auch eindrucksvoll das oben zu Blutdruckmessgeräten Gesagte.

### 3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse des Jahres 2008 und der letzten Jahre insgesamt machen deutlich, dass die Überwachungsschwerpunkte richtig gesetzt wurden. Die Überwachungsichte kann bei akkreditierten medizinischen Laboratorien und solchen, die vom Sächsischen Landesamt für Mess- und Eichwesen ein Zertifikat für die Einhaltung des § 4a MPBetreibV erhalten haben, beibehalten werden. Bei Arztpraxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen wäre jedoch eine intensivere und umfassendere Überwachung dringend erforderlich.

Der Freistaat Sachsen sollte verstärkte Anstrengungen unternehmen, um weiterhin zu den deutschen Bundesländern mit angemessener Überwachungsichte im Medizinproduktbereich zu gehören und diese Position nicht durch Personalabbau und Budgetkürzung aufs Spiel setzen. Ordnungswidrigkeiten müssen weiter konsequent geahndet werden. Nur so ist das vorhandene System geeignet, die Einhaltung der MPBetreibV zu überwachen.

Sächsisches Landesamt für Mess- und Eichwesen  
Dipl.-Physiker Dirk Hentschke, Fachabteilungsleiter  
Hohe Straße 11, 01069 Dresden

## Seniorenveranstaltung der Kreisärztekammer Kamenz

Im Mai 2009 fand das Seniorentreffen der Kreisärztekammer Kamenz statt – wie immer bestens organisiert von Frau Dr. Dietrich und ihrem Mann sowie vom Vorsitzenden der Kreisärztekammer Kamenz, Herrn Dr. Schulze, der in diesem Jahr nicht nur „Finanzier“ war, sondern als Vorrentner auch teilnehmen konnte.

Die Teilnahme war mit über 60 Personen wie immer gut. Mit mehr als 25 Fahrzeugen war es allerdings zum Teil schwierig auf den teilweise engen Straßen der Lausitz den Anschluss zu halten.

Das umfangreiche Programm führte uns zur Krabatmühle nach Schwarzkollm, zum Geierswalder See, zur Birgitte-Reimann-Gedenkstätte nach Hoyerswerda und zum Abschluss in Dr. Zelters Fischgaststätte nach Wittichenau – also war für jeden etwas dabei und das Wetter spielte auch mit. Die Krabatmühle befindet sich im Aufbau, doch die sehr aktive Ge-

meinde Schwarzkollm – wie uns die Bürgermeisterin erklärte – kommt gut voran. Unter anderem helfen zahlreiche Wandergesellen – die teilweise durch ganz Europa ziehen – beim Aufbau und halten damit eine alte Tradition aufrecht.

Die Krabatsage vom schwarzen Müller und der schwarzen Mühle ist eine bekannte Geschichte in der Lausitz und wurde auch dichterisch bearbeitet (unter anderem von Brezan und Preußler).

Weiter ging es nach Hoyerswerda, wo wir die vom Hoyerswerdaer Kunstverein e.V. initiierte Brigitte-Reimann-Gedenkstätte besuchten. Es erfolgte eine fachkundige Führung und es wurden Ausschnitte aus ihren Büchern zitiert.

Wir fuhren dann zum Geierswalder See und sahen, was aus der geschundenen Lausitzer Landschaft gemacht werden kann: Einige der geplanten „Pfahlbauten“ waren an anderen Ufern schon zu sehen. Die Natur wird aber noch Jahre brauchen, bis die Tagebaukippen begrünt sind.

Zum Abschluss ging es dann zum „gemütlichen Teil“ in die Fischgast-

stätte Dr. Zelter nach Wittichenau. Zunächst erfolgte bei herrlichem Sonnenschein eine Kahnfahrt auf mehreren Fischteichen – wobei fachmännische Erläuterungen zu Teich- und Fischwirtschaft in dieser Gegend erfolgten. Die Besitzer ließen sich es nicht nehmen, uns zu führen und „staken“ – ein kühles Bier oder etwas anderes trugen zur Gemütlichkeit bei. Anschließend genossen wir in der gemütlichen rustikalen Gaststätte ein üppiges Fischmahl – und es gab weiter die Gelegenheit zum individuellen Gespräch – wobei Vergangenheit und Gegenwart sich die Waage hielten. Alle Beteiligten hatten einen schönen, erholsamen und interessanten Tag verbracht und bedanken sich herzlich bei der Kreisärztekammer Kamenz und vor allem bei den Organisatoren. Wir hoffen, dass diese letzte – durch die ungeliebte Kreisreform bedingte – Veranstaltung nicht wirklich die Letzte war!

Für die Senioren der Kreisärztekammer Kamenz

Dr. med. Adolf Scholz, Kleinröhrsdorf

## Der inflammatorische fibroide Polyp

Dziomber, S., Döring, C., Kaltofen, D.

### Fallbeschreibung

#### Anamnese

Ein 68-jähriger Mann wurde mit der Symptomatik eines hohen Dünndarmileus vorstellig. Er gab an, dass er in vier Wochen 4 Kilogramm Ge-

wicht abgenommen hätte. Außerdem klagte er über Erbrechen. Ähnliche Beschwerden habe er nie vorher bemerkt. In einer auswärtigen Einrichtung war bereits eine umfangreiche Diagnostik erfolgt.

Säugling. Bei der Auskultation war eine unauffällige Peristaltik zu hören. Das Abdomen war weich und druckschmerzfrei. Pathologische Resistenzen konnten nicht palpirt werden. Laborchemisch war eine leichte Anämie zu verzeichnen (Hb 7,3 mmol/l; Hk 0,34). Weiterhin fiel eine Leukopenie auf, die bei dem Patienten allerdings seit Jahren bekannt ist. Er befand sich diesbezüglich in hämatologischer Betreuung. Alle übrigen Laborparameter waren unauffällig. Sonografisch konnten, bis auf eine Prostatahyperplasie, an den parenchymatösen Organen keine pathologischen Befunde festgestellt werden. Freie Flüssigkeit wurde in der Bauchhöhle nicht nachgewiesen.

In der Gastroskopie zeigten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten. Der Helicobacter test fiel negativ aus. Computertomografisch stellte sich eine Invagination des Jejunums mit Dilatation der vorgeschalteten Schlinge dar (Abbildung 1).

In der weiteren Umfelddiagnostik konnte kein sicherer Hinweis für ein malignes Geschehen gefunden werden.

#### Intraoperativer Befund und Verlauf

Im Rahmen der Operation fand sich eine Invagination des Jejunums (Abbildung 2). Nach Desinvagination ließ sich im Darmlumen ein tischtennisballgroßer Tumor tasten. Wir führten eine Jejunumsegmentresektion mit End-zu-End-Anastomose durch. Nach Eröffnung des Präparates ex situ sahen wir einen 45 x 38 x 32 mm großen, gestielten Tumor mit glatter Oberfläche (Abbildung 3). Oberflächlich auf dem Tumor zeigten sich Ulcerationen und Exsudatauflagerungen.

Der Patient erholte sich postoperativ rasch. Der Kostaufbau wurde problemlos toleriert. Der Pat. konnte mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden.

#### Histologie

Es stellte sich eine polypoide Läsion dar, die im Bereich der Tela submucosa lokalisiert war. Über der Läsion fand sich eine ausgedehnte flache,

von fibrinös leukozytärem Exsudat bedeckte Ulceration. Bei der mikroskopischen Untersuchung war ein wechselnd faserreiches, teilweise lockeres, gefäßreiches Gewebe zu sehen. Das Stroma zeigte teils spindelige, teils polygonale Zellen. Es fielen wechselnd dichte Entzündungsinfiltrate aus Lymphozyten, Plasmazellen und abschnittsweise dominierend eosinophilen Granulozyten auf. Die Untersuchung der 16 mit entfernten Lymphknoten ergab keinen Hinweis auf Tumorinfiltrate. Die immunhistochemischen Untersuchungen auf CD 117 und CD 34 verliefen negativ.

Die histologische Diagnose lautete: Inflammatorischer fibroider Polyp (IFP) des Jejunums.

#### Diskussion

Im Jahre 1920 wurde ein entsprechender histologischer Befund erstmals durch Konjetzny beschrieben und als polypoide Fibrom bezeichnet. Vanek beobachtete am Magen 1949 ein submuköses Granulom mit eosinophiler Infiltration (2). Seither bezeichnet man einen solchen Befund am Magen auch als Vanek-Polyp. Für diese polypoide Struktur unabhängig von der Lokalisation wurden seitdem zahlreiche andere Termini verwendet, wie zum Beispiel Hämangiopericystom, submuköses Fibrom, inflammatorischer Pseudotumor, Myxom (6) und eosinophiles Granulom (8). Die 1953 von Helwig und Rainer vorgeschlagene Bezeichnung als inflammatorischer fibroider Polyp hat sich mittlerweile in der Literatur durchgesetzt (6).

In der Literaturrecherche wurden seit 1990 mehr als 30 Veröffentlichungen über den inflammatorischen fibroiden Polypen als Einzelfallbeschreibungen gefunden. Nur in einer retrospektiven Beschreibung von Wysocki wurde über mehr als 1000 inflammatorische Polypen berichtet (10). Auffällig ist, dass die meisten Publikationen aus dem nahen Osten kamen (13 Beschreibungen).

Am häufigsten wurde ein inflammatorischer fibroider Polyp im Magen-antrum gefunden, gefolgt vom Dünndarm, Dickdarm und Rektum.

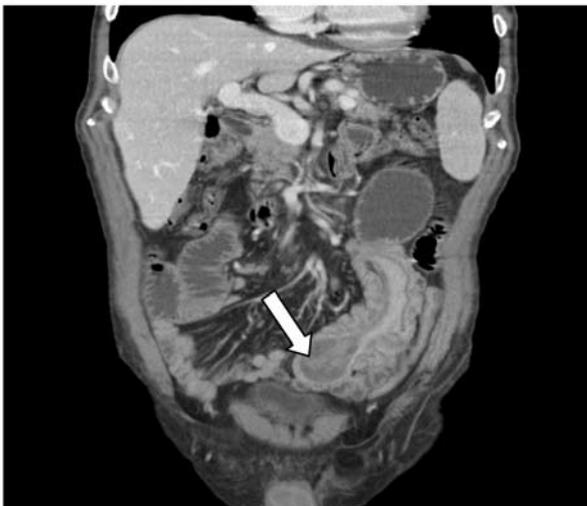


Abbildung 1: Abdomen-CT (Krankenhaus Rabenstein), Polyp markiert

#### Klinische und bildgebende Befunde

An der Bauchdecke zeigten sich eine reizlose Pararektalschnittnarbe nach Cholezystektomie vor 20 Jahren sowie eine reizlose Narbe subumbilical nach Nabelhernienreparation als



Abbildung 2: Invagination des Jejunums



Abbildung 3: Polypöser Tumor im Darmlumen

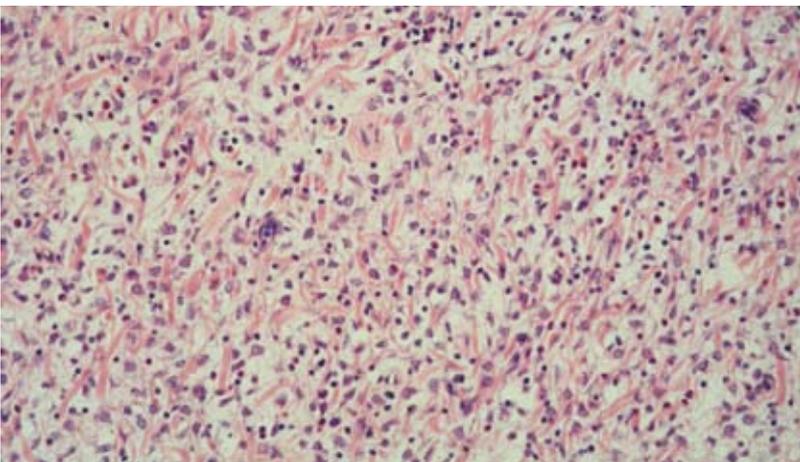


Abbildung 4: Von Entzündungszellen durchsetztes Polypenstroma (HE-Färbung, 20x)

Seltener Lokalisationen waren die Gallenblase, die Speiseröhre, der Zwölffingerdarm und der Wurmfortsatz (2).

Die Läsion ist immer benigne und meist solitär vorkommend (1, 4). Nach Abtragung rezidivieren inflam-

matorische Polypen gewöhnlich nicht (2). In der Literatur wurden allerdings wenige Fälle eines rekurrenden Befundes beschrieben (5, 6). Die Größe des Tumors liegt meist zwischen 3 und 4 cm (6), allerdings fanden sich auch Raumforderungen mit

mehr als 20 cm Durchmesser (8). Am häufigsten sind Patienten in der 6. und 7. Lebensdekade betroffen (6). Bei der Literaturrecherche fanden sich unterschiedliche Angaben, ob eine Prädominanz beim weiblichen (8) oder männlichen (6) Geschlecht besteht.

Die Ätiologie des inflammatorischen fibroiden Polypen ist bis heute unklar. Neben einer möglichen Assoziation zu einer Infektion mit *Helicobacter pylori* wird auch ein Zusammenhang mit der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika diskutiert. Als ursächlich für die Bildung eines inflammatorischen fibroiden Polypen wird eine minimale chemische, mechanische oder bakterielle Traumatisierung der Mukosa angenommen (2, 5, 7, 8).

Es wurde auch beobachtet, dass IFP häufiger bei cholezystektomierten Patienten auftreten (3). Dies wird auch durch unseren Patienten gestützt. Weiterhin wurden eine Koinkidenz zu einem Morbus Crohn (6) sowie eine familiäre Häufung (5, 7) beschrieben. Klinisch manifestiert sich ein entsprechender Tumor meist durch eine gastrointestinale Blutung, eine Anämie oder wie in unserem Fall durch eine Intussuszeption. Die Anamnese ist meist kurz (3).

Im histologischen Bild stellt sich die Tela submucosa als Ursprung der Läsion dar. Das wenig strukturierte Stroma ist insgesamt faserarm und abschnittsweise gefäßreich. Mitunter werden perivasculär manschettentartige konzentrische Formationen beschrieben. Es findet sich ein wechselnd dichtes Infiltrat von Lymphozyten, Plasmazellen und eosinophilen Granulozyten, wobei letztere häufig dominieren. Die Stromazellen sind teils spindelig teils polygonal. Immunhistologisch zeigen sie eine Expression von Vimentin und CD 34. Häufig werden auch Actin und Desmin exprimiert. Der inflammatorische fibroide Polyp ist in der Regel CD 117 negativ. CD 31 wird nicht exprimiert. (9) Differentialdiagnostisch kommen Leiomyome, Fibrome, Neurofibrome und eine Reihe vaskulärer Tumoren sowie der gastrointestinale Stromatumor (GIST) in Frage. Neben dem charakteristischen histologischen Bild

Tabelle 1: Differentialdiagnosen

Maligne:	Benigne:
Karzinoid	Lipom
Karzinom	Hamartom
Lymphom	Leiomyom
Leimyosarkom	Brunnersches Adenom
GIST	Neurogener Tumor
	Lymphangiom
	Hämangiom

sind deshalb auch immunhistologische Untersuchungen zur Abgrenzung von diesen Tumorentitäten hilfreich, wobei gastrointestinale Stromatumoren ebenfalls in 5% der Fälle CD 117-negativ sein können.

Eine Parasiteninfektion erscheint ausgeschlossen, wenn keine Parasiten mikroskopisch nachweisbar sind.

Schwannome und Neurofibrome unterscheiden sich vom IFP durch die Reaktion auf S100 und weisen nicht die typische Gefäßzeichnung auf.

Inflammatorische myofibroblastische Tumoren betreffen nur äußerst selten die Darmwand.

## Rezension

Klemm, E., Koch, A., Hunger, S. „... ich war 14 Tage lang geistig minderwertig. Ansichtskarten erzählen Krankenhausgeschichte“.

Verein der Freunde des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt e.V. Dresden 2009

Mit dem Buch „Hier liegt mein Mann und lässt schön grüßen“ des Aachener Medizinhistorikers Axel-Hinrich Murken begann 1978 die Nutzung von Bildpostkarten für die Krankenhausgeschichte.

Vom 150-jährigen Bestehen des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt 1999 ausgehend, starteten die Autoren die repräsentative Sammlung von Postkarten, die viele Aspekte lebendig werden lässt. Das reichhaltige Material ist nach Themen geordnet, die jeweils mit informativen historischen Texten eingeleitet werden: Stadt Krankenhaus, Sommerpalais, Festsaal, Napoleonzimmer, Orangerie, Krankenhausbau, Neptunbrunnen. Die Ansichten zeigen uns die für die Patienten genutzten Palaisgebäude und die vielen später errichteten Kliniken. Da die meisten

Eine eosinophile Enteritis ist nicht wie ein inflammatorischer fibroider Polyp lokal begrenzt (7).

Während die Diagnosestellung im Magen in der Regel keine Probleme bietet, stellt sich die Situation im Dünndarm anders dar. Als sinnvolle bildgebende Verfahren zur Diagnostik kommen die Ultraschalluntersuchung des Abdomens beziehungsweise eine Computertomografie in Frage (5).

Dennoch wird eine korrekte präoperative Diagnose nur höchst selten gestellt, da sich meist nur eine Intussuszeption nachweisen lässt. Weitere bildgebende Verfahren wie Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens, Röntgenaufnahmen mit Kontrastmittel oder nuklearmedizinische Verfahren sind selten zielführend (5). Abzuwarten bleibt, ob in Zukunft durch Einsatz der Doppelballonenteroskopie oder der Videokapsel die

Diagnose schneller gestellt werden kann.

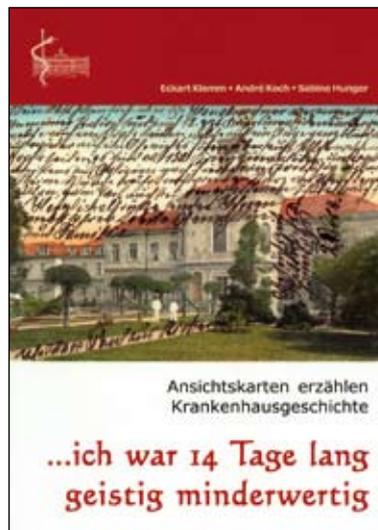
Bei Lokalisation im Dünndarm sind die in Tabelle 1 aufgeführten Differentialdiagnosen in Betracht zu ziehen:

Standardtherapie ist die chirurgische Resektion, die mit einer geringen Morbidität einhergeht. An endoskopisch erreichbaren Lokalisationen ist unter Umständen auch eine endoskopische Abtragung möglich.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:  
Susann Dziomber und  
Dr. med. Dorothea Kaltfofen  
Chirurgische Klinik der  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz  
Tel. 0371/33333300

Constanze Döring  
Institut für Pathologie der  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz  
Telefon 0371/33334506



Postkarten aus den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts stammen, müssen wir zur Kenntnis nehmen, in welchem dürftigen Bauzustand sich die Gebäude befanden. Gleichzeitig erleben wir die für Friedrichstadt charakteristische Verbindung der Kliniken mit dem Park bis hin zu den Baumalleen. Der Zeit entsprechend waren Männergarten und Frauengarten getrennt, was auf den Karten deutlich wird. Mit Freude erkennen wir eine Vielzahl von barocken Plastiken. Da die Autoren, sicher oft sehr mühevoll, die Grüße der

Patienten transkribiert haben, erfahren wir manche zeittypische Details zum Krankenhausalltag und zur Therapie: Liegezeiten von 2 bis 3 Monaten, von „7 gezogenen Zähnen und herausgeschnittenen Mandeln“ auf der Basis der „Herdingektion“ des Internisten H. Pässler, der Kopfoperation durch Dr. M.G. Mann, dem Gründer der HNO-Klinik, die heute vom Autor dieses Buches, Prof. Eckart Klemm, geleitet wird.

Neben der lebendigen Vorstellung der Krankenhausgebäude und der Parkanlagen nimmt die Schilderung der Baugeschichte des barocken Neptunbrunnens mit einer Vielzahl prachtvoller Abbildungen ausführlichen Platz ein. Das hohe Engagement der Autoren für die Rettung einer der schönsten barocken Brunnenanlagen kommt darin zum Ausdruck, dass 7 Euro von dem Kaufpreis des Büchleins von 9,50 Euro den Aufbauarbeiten zu Gute kommen. Das Buch ist in der Verwaltung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt und in der Ärztebibliothek zu erwerben, wozu sich hoffentlich viele Leser entscheiden werden.

Prof. Dr. med. Albrecht Scholz, Dresden

Ärzteblatt Sachsen 1/2010

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, die für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich 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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 10/C001  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

Mittlerer Erzgebirgskreis  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 10/C002  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

Schriftliche Bewerbungen sind an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 10/D001  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 10/D002  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 10/D003  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 10/D004  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2010

### Meißen

Facharzt Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 10/D005

### Weißeritzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 10/D006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.02.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 10/L001

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Teil einer Gemeinschaftspraxis  
Reg.-Nr. 10/L002

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
halber Versorgungsauftrag  
Reg.-Nr. 10/L003

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 10/L004

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 10/L005

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 10/L006

### Muldentalkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 10/L007

### Torgau-Oschatz

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 10/L008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.02.2010 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 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.

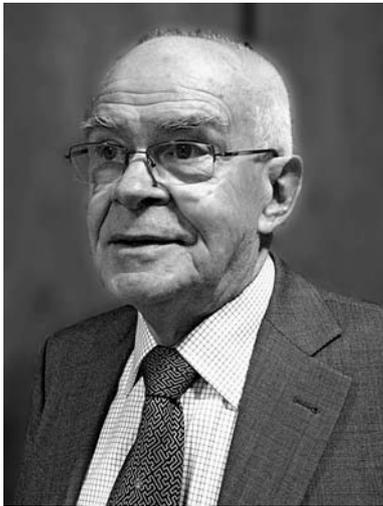
### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Praxisabgabe geplant: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

## Dr. med. Manfred Halm zum 70. Geburtstag



Wenden wir unseren Blick 20 Jahre zurück, wie wir dies schon öfters in den letzten Wochen getan haben: Ich bin mir recht gewiss, dass Dr. Manfred Halm an seinem 50. Geburtstag am 18.12.1989 nicht genau wusste, was das Leben in den folgenden Jahren für ihn bereithalten würde. Genauso sicher bin ich mir aber auch, dass diese neuen Möglichkeiten, die sich für den NoCH-DDR-Bürger am Ende des Jahres 1989 eröffnet hatten, von ihm erkannt und als Chance begriffen wurden, auf neue Art die Gesellschaft mitgestalten zu können.

Dr. Halm hatte auch in der DDR durch hohes fachliches Engagement und Können Anerkennung in seiner Arbeit erlangt. Als Gefäßchirurg an der Dresdner Medizinischen Hochschule „Carl Gustav Carus“ wurde er geschätzt wegen seiner hohen Zuverlässigkeit, Exaktheit und Selbständigkeit. Eine immer spürbare Distanziertheit zur Politik des DDR-Staates und seinen Exponenten auch im Gesundheitswesen verhinderte aber „höhere akademische Weihen“.

Manfred Halm kam ständig in Berührung mit den wirtschaftlichen Grenzen der sozialistischen Planwirtschaft. Einerseits musste oft genug improvisiert werden, wenn diese Planwirtschaft sich als Mangelwirtschaft

offenbarte, andererseits hatte er als Spezialist seines Gebietes begrenzten Zugang zu Ressourcen aus dem „Westen“, indem es durchaus ihm oblag, die Indikation zur Implantation einer Gefäßprothese zu stellen, die für „harte Währung“ eingekauft werden musste. Aus diesen Erfahrungen erklärt sich manches Herangehen an die Beantwortung der Fragen auch der heutigen Zeit. Wer denkt, dass damit antiquierte Denkschemata gemeint sind, der liegt falsch. Not macht nämlich erfindetisch. Sie macht aber auch demütig, weil man als Mensch und Arzt Grenzen eigenen Tuns stärker spürt als im Überfluss und verleiht die Art Bodenhaftung, die auch im größten Glück die Frage nach den damit verbundenen Risiken zulässt.

Zunächst zurück zum Jahr 1989. Vor allem eines ist aus dieser Zeit sicher verbrieft: Herr Dr. Halm engagierte sich bereits in der Zeit des Beginns der demokratischen Umgestaltung der Dresdner Hochschule aktiv an diesem Prozess. Bald ist sein Rat gefragt bei der notwendigen Neubesetzung von insbesondere Führungspositionen innerhalb der verschiedenen Kliniken. Wenngleich er fachlichen Aspekten hohen Stellenwert einräumt, so ist doch bis heute seine Konsequenz insbesondere in der Ablehnung der Staatssicherheit als Machtinstrument der DDR-Herrscher zu spüren.

Aber auch die verfasste Ärzteschaft hat in Dr. Manfred Halm einen engagierten Unterstützer. Bereits 1990 beginnen die Vorarbeiten zur Gründung eines Versorgungswerkes der Ärzte in Sachsen und Herr Dr. Halm bringt sich tatkräftig ein. Als die Sächsische Ärzteversorgung zum 01.01.1992 ihre Tätigkeit aufnimmt, wird er ihr erster Vorsitzender des Verwaltungsausschusses. In dieser Phase ist die Arbeit wohl nicht vergleichbar gewesen mit dem heutigen Tun, denn es standen die Strukturen der Geschäftsführung nur bedingt zur Verfügung, wie auch Erfahrungen keine eigenen sein konnten, sondern von den Aufbauhelfern vor allem aus Bayern bezogen wurden.

In Wahrnehmung hoher Verantwortung der Beteiligten gelingt es, aus dem Nichts in vergleichbar kurzer Zeit ein Netz sozialer Sicherheit für die sächsischen Ärzte und Tierärzte (innen) zu knüpfen, das bis heute von anerkannt hohem Niveau ist. Herr Dr. Halm gibt in dieser Zeit diesem Netz durch hohen persönlichen Einsatz eine Struktur, die bis heute trägt und nur modifiziert, nicht aber grundsätzlich geändert werden musste. Bis ins Jahr 2000 steht Manfred Halm an der Spitze des Verwaltungsausschusses, seitdem trägt er weiter hohe Verantwortung als dessen stellvertretender Vorsitzender. Auch 2009 hat das Versorgungswerk von dem Engagement und der großen Erfahrung des Jubilars profitiert. Ob es zum Beispiel um die exakte Formulierung eines Sachverhalts im Protokoll der Ausschusssitzungen geht, die Interpretation eines einschlägigen Gesetzes zur Kapitalanlage oder tagesaktuelle Entwicklungen an den Märkten, Herr Dr. Halm bestimmt die Arbeit und Ausrichtung des Versorgungswerkes maßgeblich mit. Obwohl er satzungsgemäß für die Gruppe der Versorgungsempfänger im Verwaltungsausschuss Sitz und Stimme hat, geht sein Denken und Tun immer über die Wahrnehmung von Partikularinteressen hinaus. Wenn Termine abgestimmt werden müssen, so konkurriert das Versorgungswerk nur mit den für die Enkelkinder reservierten Zeiträumen.

Herr Dr. Halm hat im Zeitraum 1992-2000 Verantwortung im Vorstand der Dachorganisation der deutschen Versorgungswerke, der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) getragen; 2005 wurde ihm die Ehrenschilder der ABV verliehen. Die Sächsische Landesärztekammer würdigte Herrn Dr. Halm bereits 1999 mit der Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ für seine Verdienste.

Wir wünschen ihm für die persönliche Zukunft alles Gute und freuen uns auf die weitere gemeinsame Arbeit.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

## Rainer Fetscher (1895 – 1945)

Jahrzehntelang galt Rainer Fetscher in der DDR als „bürgerlicher Humanist“, dem zahlreiche Würdigungen zuteil wurden. Bereits am 14. Mai 1945 erwiesen – trotz der derzeit schwierigen Verhältnisse – mehr als 100 Personen Fetscher auf seiner Beerdigung die letzte Ehre. Er wurde nachfolgend in Dresden sowohl von der Stadtverordnetenversammlung und dem Rat der Stadt Dresden, als auch von Freunden, Schülern und Weggefährten als „bekannter Antifaschist“, als „weit über Dresden hinaus bekannter Arzt“ und „großer Menschenfreund“, als „tapferer Gelehrter“ und „Lehrer und Vorbild“ geehrt. Die am Johannstädter Stadtkrankenhaus (heute Universitätsklinikum Dresden) entlangführende Fürstenstraße wurde im Juli 1945 in Fetscherstraße umbenannt, der von ihr gequerte Platz erhielt den Namen Fetscherplatz. Seit dem 2. Februar 1946 wurde auch die im Großen Garten verlaufende Fürstenallee als Fetscherallee bezeichnet (nun wieder Fürstenallee). Auf der Prager Straße, wo Fetscher den Tod gefunden hatte, ließ die Stadt einen Gedenkstein errichten, der allerdings später Neubauten weichen musste. Im Mai 1946 erinnerte der Bilderdienst des Rates der Stadt an seinen Tod. Der Stadtrat beschloss Anfang 1949 die Umbettung seiner Leiche vom Leubnitzer Friedhof auf den Heidefriedhof und die Neugestaltung seines Grabmals. In der Folgezeit wurden Brigaden in den Betrieben nach ihm ebenso benannt wie eine Schule für Behinderte in Dresden und eine Pirnaer Schule sowie ein Landambulatorium in Zabeltitz. Sein Bekanntheits- und Beliebtheitsgrad in allen Schichten der Dresdner Bevölkerung war so groß, dass eine nähere Begründung für diese Ehrungen insbesondere in den ersten Jahren nicht erforderlich erschien. Seit 1974 vergab die Stadt Dresden jährlich zum „Tag des Gesundheitswesens“ einen „Dr.-Rainer-Fetscher-Preis“. Ein „Freundeskreis Rainer Fetscher“, dem seine Kollegen, Freunde, Patienten und vor allem Studenten angehörten, erinnerte alljährlich an seinem Todestag an ihn und initiierte erneut die Errichtung einer Gedenkstele, diesmal auf dem Fetscherplatz (1978). Sie hielten mit Artikeln und Gedenkfeiern die Erinnerung an ihn wach und gaben auch ein Porträt in Auftrag, das dann jahrzehntelang im Treppenhaus des Rektoratsgebäudes der Medizinischen Akademie Dresden hing. Die tiefe Verbundenheit vieler Dresdner Bürger mit Rainer Fetscher, wie sie

nach 1945 bestanden hatte, war aufgrund der regionalen Begrenztheit von Fetschers Handeln in den dreißiger Jahren bis zu seinem Tode nur in Sachsen selbst bekannt und verständlich. Als seit den späten siebziger Jahren die Verbrechen der Nationalsozialisten an Kranken, Behinderten und angeblich „Fremdrassigen“ historisch untersucht und bewertet wurden, geriet auch Fetscher in den Verdacht, Wegbereiter der nazistischen Rassenideologie gewesen zu sein. Aber bereits 1980 wurde von bundesdeutschen Medizinhistorikern gerade mit Blick auf Fetscher eine differenzierte Sicht auf die inhomogene Gruppe der Rassenhygieniker und Eugeniker sowie auf ihre Motive und tatsächliche Beteiligung an den Verbrechen angemahnt. „Es wäre übereilt, diesen Arzt [...] als freiwilligen oder unfreiwilligen Wegbereiter rassistischer Ideen zu betrachten.“<sup>1</sup> Am Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Akademie Dresden (heute Medizinische Fakultät der TU Dresden) wurde in den 80er-Jahren eine differenzierte Bewertung der eugenischen Bestrebungen Fetschers vorgenommen, die auch Rainer Sachse in einer Dissertation umfassend untersuchte.<sup>2</sup> In den letzten Jahren ist Fetscher aber insbesondere wegen seiner eugenischen Auffassungen zunehmend in die Kritik geraten und ein negatives Bild von ihm und seiner Würdigung in der DDR gezeichnet worden. Nach intensiven wissenschaftlichen Recherchen, die sowohl Archivstudien als auch eine annähernd vollständige Sichtung von Fetschers Publikationen umfasst, legen wir den derzeitigen Kenntnisstand in komprimierter Form vor.

Der am 26. Oktober 1895 in Wien geborene Rainer Fetscher nahm nach Ablegung der Reifeprüfung am Wiener Elisabeth-Gymnasium 1914 ein Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Wien auf. Im November desselben Jahres trat er freiwillig in das deutsche Heer ein und beendete erst im November 1918 den aktiven Heeresdienst. Er kehrte als Pazifist aus dem Ersten Weltkrieg zurück. Im Dezember 1918 setzte er sein Medizinstudium an der Universität Tübingen fort, wo er 1921 sowohl sein Staatsexamen ablegte als auch promoviert wurde. Nach Absolvierung der Medizinalpraktikantenzeit erhielt er 1922 in Stuttgart die ärztliche Approbation. Im Herbst 1922 folgte Fetscher dem Angebot des Dresdener Ordinarius für Hygiene, Philalthes Kuhn (1870 – 1937)<sup>3</sup>, und arbeitete als wissenschaftlicher Assistent am Hygiene-Institut der Technischen Hochschule (TH) Dresden. Er hatte bereits während seines Studiums in Tübingen

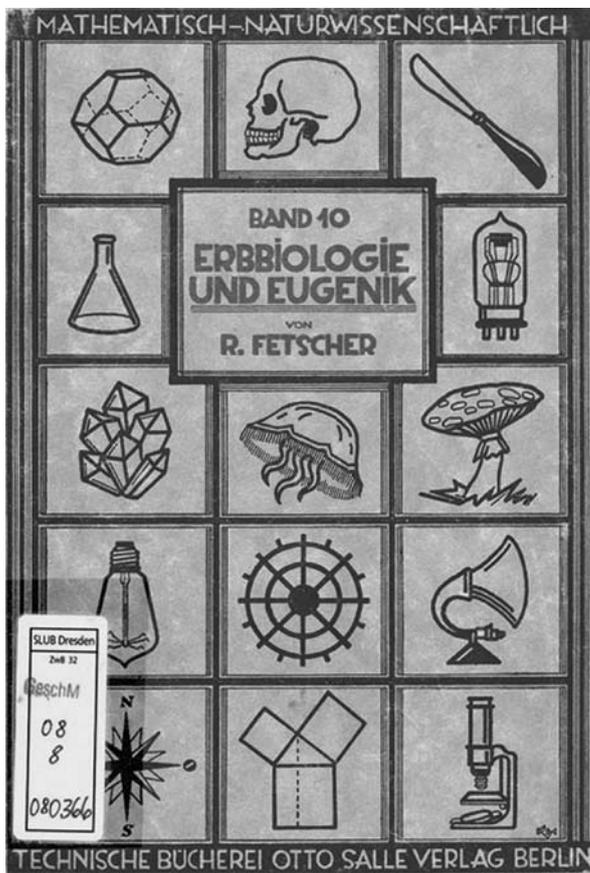


1919/20 dessen Vorlesungen über Rassenhygiene belegt und spätestens mit seiner Dissertation „Über die Vererblichkeit des angeborenen Klumpfußes“ Kuhns Aufmerksamkeit erregt. Nachdem Fetscher schon seit 1925 als Mitglied des Diplom-Prüfungsausschusses für Volksschullehrer am Pädagogischen Institut der TH Dresden tätig gewesen war, wurde er 1927 zum Dozenten am Pädagogischen Institut und im folgenden Jahr zum nichtplanmäßigen außerordentlichen Professor für Hygiene an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der TH ernannt. Die Eugenik oder Rassenhygiene (in Deutschland synonym gebraucht) war ein seit der Jahrhundertwende international etabliertes Wissenschaftsgebiet. Im Mittelpunkt stand die Erforschung der Erbllichkeit von körperlichen Merkmalen, geistigen und moralischen Fähigkeiten sowie Krankheiten. Diese humangenetischen Erkenntnisse sollten in der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik mit dem Ziel angewandt werden, den Anteil positiv bewerteter Erbanlagen zu vergrößern (positive

<sup>1</sup> Georg Lilienthal: „Rheinlandbastarde“, Rassenhygiene und das Problem der rassenideologischen Kontinuität. *Medizinhistorisches Journal* 15 (1980) S. 432.

<sup>2</sup> Steffen Sachse: *Professor Dr. Rainer Fetscher (1895-1945). Leben, wissenschaftliches Wirken und humanistisches Vermächtnis eines Dresdner Arztes und Antifaschisten*. Med. Diss. Dresden 1990.

<sup>3</sup> Kuhn, der von 1920 bis 1926 an der Dresdener TH tätig war und zugleich als Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Hygiene-Museums und stellvertretender Vorsitzender des Vereins Deutsches Hygiene-Museum e. V. (1920 bis 1923) fungierte, war einer der führenden Rassenhygieniker seiner Zeit.



Eugenik) und negativ bewerteter Erbanlagen zu verringern (negative Eugenik). Eugeniker verstanden ihre Arbeit als Dienst an einer gesünderen Menschheit. Nach dem Ersten Weltkrieg erhielt die anhaltende gesellschaftliche und wissenschaftliche Debatte neue Akzente, als sowohl die Forderung nach „Tötung lebensunwerten Lebens“ als auch eine unterschiedliche Wertigkeit verschiedener „Menschenrassen“ heftig und kontrovers diskutiert wurden.

Als eine sichere Methode zur Verhütung „erbkranken Nachwuchses“ galt – im gesellschaftlichen und ärztlichen Konsens – die Sterilisierung von an einer schwerwiegenden Erbkrankheit<sup>4</sup> leidender Personen. Legal durchgeführt wurden erste Zwangssterilisierungen bereits seit 1896 in den USA, wo in der Folgezeit Hunderttausende als erbkrank geltende oft ohne Aufklärung über die Folgen des Eingriffes sterilisiert wurden. In der Schweiz (seit 1890) und in den skandinavischen Ländern wurden in den zwanziger und dreißiger Jahren Sterilisierungsgesetze erlassen, um die bereits geübte Praxis der Zwangssterilisierungen gesetzlich zu regeln.

Fetscher hat sich in seiner Forschungsarbeit intensiv mit der Erblichkeitslehre auseinandergesetzt. Er wurde 1923 mit der Arbeit „Über die Knabenziffer beim Menschen“ habilitiert und hielt seine

Antrittsvorlesung als Privatdozent zum Thema „Die rassenhygienischen Wechselbeziehungen zwischen Staat und Familien“. Darin forderte er die Förderung der Familien mit Kindern durch gerechtere Besteuerung, die Verbesserung der Wohnbedingungen insbesondere von kinderreichen Familien sowie die Zahlung eines „Mutterlohnes“ an Frauen. Die Frühehe sollte ebenso favorisiert werden wie der Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Ehe, möglichst vor der Verlobung. Neben diesen Maßnahmen der „positiven Eugenik“ propagierte er die Sterilisierung von Erbkranken, um der Geburt von kranken Kindern vorzubeugen. Er forderte Anstrengungen zur Heilung der Kranken ebenso wie die Unterbindung ihrer Fortpflanzung. Gleich vielen anderen Wissenschaftlern verwendete er wirtschaftliche Argumente, wie Kosten-Nutzen-Rechnungen zu allen Zeiten zur Begründung von prophylaktisch gedachten Maßnahmen herangezogen wurden und werden. Auch sein Vokabular – er sprach zum Beispiel in Bezug auf die Vererbung von „Minderwertigen“ und „minderwertigen Erbanlagen“ – entsprach dem damaligen Standard der Wissenschaftssprache.

Fetschers besonderes wissenschaftliches Interesse galt der Frage, ob und in welchem Umfang kriminelle Anlagen vererbt werden, ob und in welchem Umfang die familiären und sozialen Umstände den Menschen zum Verbrecher machen, ein heute noch nicht abschließend geklärtes Problem. 1923 begann Fetscher mit der statistischen Erfassung von Sexualstraftätern und ihrer Familien und wurde dabei von der „Rockefeller Foundation“ finanziell unterstützt. 1925 übernahm das Sächsische Ministerium der Justiz die finanzielle Förderung einer „Erbbiologischen Kartei“, die 1933 Daten über 13.500 Familien mit insgesamt 145.000 Personen umfasste. Fetscher erwog 1929, diese Kartei in „Sozialhygienische Kartei“ umzubenennen, da er offenbar den sozialen Verhältnissen eine größere Relevanz beimaß als zuvor. Genutzt wurde die Kartei nach Fetschers Angaben gelegentlich für gutachterliche Zwecke im Einzelfall. Die drastische Kürzung der Mittel in den Jahren der Weltwirtschaftskrise verweist aber auch darauf, dass der Kartei keine Priorität eingeräumt wurde. Es ist nicht geklärt, ob Fetscher die Kartei über das Jahr 1932 hinaus geführt hat. Auch ihr Verbleib ab 1933 ist ungeklärt. Es ist nirgends nachgewiesen, dass die Kartei später zu Zwangssterilisierungsprozessen herangezogen wurde. Dies war gesetzlich gar nicht vorgesehen, also auch sehr unwahrscheinlich. Eindeutig positionierte sich Fetscher

gegen die Tötung jeglichen geborenen menschlichen Lebens. Vehement polemisierte er auch mehrfach gegen diejenigen Rassenhygieniker und Politiker, die eine „Minderwertigkeit verschiedener Menschenrassen“ propagierten. Insbesondere folgte er nicht der Konstruktion einer „arischen“ und einer „semitischen“ Rasse und betonte mehrfach: „Die Rassenhygiene hat es nicht mit Menschenrassen im anthropologischen Sinne (Systemrassen) zu tun, sondern nur mit Menschen mit gesundem oder krankem Erbgut [...]“ „[...] innerhalb [der blonden Bevölkerung] sind so erhebliche Unterschiede der Erbanlagen möglich und vorhanden, dass z.B. in einer christlich-jüdischen Mischehe geringere Differenzen des Erbgutes bestehen können als in mancher scheinbar reinrassigen ‚blonden‘ Ehe usw.“ 1933 sind vereinzelt Formulierungen in Fetschers Publikationen enthalten, die als rassistisch und Versuch einer Anpassung an den Zeitgeist interpretiert werden könnten, etwa wenn er behauptet: „Die letzte Möglichkeit der Verbesserung der Erbwerte unseres Volkes besteht in der Ausmerze krankhaften und rassenfremden Erbgutes.“ Im – wichtigen und gravierenden – Unterschied zur „Vernichtung/Ausmerzung lebensunwerten Lebens“ zielte seine Forderung aber auf die Verhinderung und Ausschaltung des kranken Erbgutes, nicht aber auf das menschliche Leben an sich. Zudem ist der Begriff „Rasse“ bei Fetscher im Sinne der gesamten menschlichen Rasse und nicht in Unterscheidung von „Menschenrassen“ zu verstehen. Nach wie vor sind keine explizit antisemitischen Äußerungen nachzuweisen; er vertrat nicht die Rassenlehre der neuen Machthaber.

Im Frühjahr 1926 übernahm Fetscher die Leitung der damals neuartigen Ehe- und Sexualberatungsstelle der Dresdner AOK am Sternplatz. Fetscher gab 1932 an, insgesamt 3.186 Personen beraten zu haben, davon 44,4% vor

<sup>4</sup> Aufgrund des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zur Erbbiologie (Genetik) waren neben (angeborenen) körperlichen Behinderungen vor allem Geisteskrankheiten ursächlich auf ein genetisches Substrat zurückgeführt und dementsprechend als Erbkrankheit deklariert worden. Darüber hinaus wurden zunehmend auch für Alkoholismus, Kriminalität (v.a. Sexualdelikte), Lernschwäche und Asozialität erblich bedingte Ursachen diskutiert.

<sup>5</sup> Vgl. Die Entwicklung der Eheberatung. Deutsche medizinische Wochenschrift 56 (1930) 50, S. 2139.

<sup>6</sup> Victor Klemperer: Die Tagebücher, S. 1824.

der Ehe, 20,1% während der Ehe und 35,5% Unverheiratete mit sexuellen Problemen. Bei der Heiratsberatung wurde ein ärztliches Gutachten über die Gesundheit der Brautleute abgegeben, ob und inwieweit eine behandelbare oder nicht behandelbare Krankheit bzw. erworbene oder angeborene Behinderung oder Krankheit zu einer Krankheit oder Behinderung der Kinder führen würde. Eine solche Beratung wird heute, wenn auch auf einer weiter ausgereiften wissenschaftlichen Grundlage, von Ärzten als genetische Beratung durchgeführt. Seinerzeit war auch eine freiwillige Sterilisierung unüblich, eine Kostenübernahme musste bei den Krankenkassen mit ärztlichem Gutachten erstritten werden. Fetscher schlug nach eingehender Untersuchung und zum Teil mehrfacher Beratung für 88 Personen (2,74%) eine freiwillige Sterilisierung – nach wie vor die sicherste Form der Verhütung – vor, diese kam in 65 Fällen (2,04%) zur Ausführung. Eine Zwangssterilisierung konnte Fetscher nicht veranlassen, da die Personen nicht zur Beratung gezwungen wurden und eine Sterilisierung nicht ohne ihr Einverständnis bzw. das des gesetzlichen Vormundes vorgenommen werden durfte. Wenn Fetscher verschiedentlich schrieb, dass er Sterilisationen durchgeführt hätte, meinte er das gutachterliche Verfahren bis zu Kostenübernahme oder der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes. Die Operationen selbst erfolgten in Krankenhäusern.<sup>5</sup> Auch heute ist eine freiwillige Sterilisierung statthaft, wenn medizinische, genetische oder soziale Gründe vorliegen. Fetscher selbst ging von dem Grundsatz aus: „[...] welches Unglück könnte größer sein als jenes, das kranke Kinder bedeuten, kranke Kinder durch die Schuld der Eltern.“ Fetscher war nie Mitglied eines der 1934 eingerichteten Erbgesundheitsgerichte, die über Zwangssterilisierungen zu befinden hatten. Es ist auch kein Fall bekannt, in dem er einen Patienten zur Anzeige gebracht hätte. Obwohl er also 1933 zunächst das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in mehreren Veröffentlichungen begrüßt hatte, war er an dessen Umsetzung in keiner Weise beteiligt. Er kritisierte später, wie ein Zeitzeuge berichtete, den Sterilisationszwang als Grundfehler bei der Gesetzesdurchführung, die auch in krassstem Gegensatz zu seiner umfassenden Einzelfallberatung stand.

Im Oktober 1933 versuchte Fetscher offenbar, mit seinem Eintritt in die SA ein Mindestmaß an Anpassung zu demonstrieren. Er trat aber im Juni 1935 wieder aus der SA aus mit dem Zeugnis: „Hat im Sturm keinen Dienst

versehen.“ Dagegen ist mehrfach belegt, dass er sowohl von Seiten der TH Dresden als auch von führenden Rasenhygienikern und Nationalsozialisten als Gegner des Nationalsozialismus verfolgt wurde. Nicht nur wurde er 1934 aus der TH entlassen und ihm 1936 auch noch die Lehrbefugnis entzogen. Kongressteilnahmen wurden ihm ebenso untersagt wie seine weitere redaktionelle Arbeit am „Archiv für Soziale Hygiene und Demographie“ und das Publizieren weiterer Artikel zu eugenischen Fragen. Von ihm verfasste Bücher wurden im Verlag beschlagnahmt und durften weder in Deutschland noch in Österreich verkauft werden. Von Seiten der NSDAP wurde auch seine Tätigkeit als Schularzt hintertrieben.

Fetscher ließ sich 1934 in eigener Praxis nieder, die bald regen Zulauf fand. Aufgrund seiner ärztlichen Kompetenz hatte er Patienten aus allen Klassen und Schichten. Er war unter den Verfolgten des Naziregimes dafür bekannt, sie – Sozialdemokraten, Kommunisten, Juden und andere – zu unterstützen, indem er ihnen beispielsweise Zeugnisse für in Konzentrationslagern erlittene Verletzungen und Erkrankungen ausstellte, sie mit Gesundheitsattesten vor dem Einsatz in der Rüstungsindustrie oder vor der Einberufung zum Wehrdienst bewahrte und ihre Familien auch materiell unterstützte. So notierte zum Beispiel Viktor Klemperer in seinen Tagebüchern, wie selbstlos Fetscher weiterhin Patienten jüdischer Abstammung behandelte und dafür nach einer Anzeige bestraft worden war. Er nahm auch jüdisches Eigentum in seine Verwahrung, ebenso Dokumente und Manuskripte, wie er es auch Klemperer mehrfach angeboten hatte. „Cohn war mit irgendwelchem Auftrag bei Frau Voß. Er sagte Eva ‚unter 4 Augen‘, er habe dem ihn behandelnden Dr Fetscher erzählt, dass ich um meine Mss in Sorge sei. Daraufhin solle er mir von Fetschers Seite ausrichten: daß ich meine Papiere zu ihm, F., bringen könnte. Das erste und einzige Zeichen anständiger Gesinnung aus dem Kreis meiner Kollegen von der T. H.“<sup>6</sup>

Mehrfach durch Zeugenaussagen belegt ist Fetschers Zusammenarbeit mit bürgerlichen Demokraten, Sozialdemokraten und Kommunisten insbesondere in den letzten Kriegsjahren. So soll er 1944 Medikamente, Verbandstoffe und Lebensmittel für ein Ostarbeiterlager zur Verfügung gestellt und im Februar 1945 zwei illegale unter falschem Namen in einem Krankenhaus untergebracht haben. Als Leiter einer Rettungsstelle in Dresden-Strehlen hat er vor allem nach dem Angriff auf Dresden am 13./14. Februar 1945 dort

unermüdlich vielen Verwundeten geholfen. Gemeinsam mit dem späteren Dresdner Oberbürgermeister und ersten sächsischen Ministerpräsidenten nach dem Zweiten Weltkrieg, dem Sozialdemokraten Rudolf Friedrichs, und dem späteren sächsischen Justizminister und Stellvertretenden Ministerpräsidenten der DDR, Hermann Kastner (Mitbegründer der LDPD in Sachsen), gehörte er einem Kreis von Antifaschisten an, die bereits in den letzten Kriegsmonaten über den Wiederaufbau der zerstörten Stadt nach Kriegsende berieten.

Zweifelsfrei ist Rainer Fetscher am 8. Mai 1945 erschossen worden. Mehrfach belegt ist sein Versuch, gemeinsam mit dem Kommunisten Hermann Eckardt am 8. Mai 1945 zum Kommandanten der einrückenden Roten Armee vorzudringen und ihm die Bereitschaft antifaschistischer Kreise, am Wiederaufbau der Stadt mitzuwirken, zu vermitteln. Eckardt berichtet weiter, dass fliehende SS-Angehörige Fetscher ermordet hätten. Diese Darstellung wird durch neueste Forschungen zur militärischen Lage in Dresden am 8. Mai 1945 gestützt, aber nicht zweifelsfrei belegt.

Fetscher selbst hat in einem Manuskript aus seinen letzten Lebensjahren bekannt: „Ich gestehe, in vielen Dingen geirrt zu haben, und ich weiß, indem ich dieses ausspreche, dass ich neuen Irrtümern unterworfen bin.“ Die eugenische Bewegung hat seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts versucht eine Antwort auf die auch heute sehr aktuelle Frage zu geben, wie die sozialen und medizinischen Ressourcen zu verteilen sind, indem die Zeugung von erbkranken Kindern möglichst verhindert werden sollte.

Unter Würdigung der historischen Entwicklung und der Internationalität der eugenischen Bewegung kann – selbst unter Berücksichtigung der späteren Praxis in Deutschland – nicht davon gesprochen werden, dass jeder Eugeniker als Wegbereiter des Nationalsozialismus anzusehen ist, wie ja Fetscher von den Nationalsozialisten selbst auch als Gegner verfolgt wurde. Bestritten wurden zudem Fetschers humanistisches Wirken und sein antifaschistisches Engagement. Dieses ist aber aufgrund zahlreicher Zeugenaussagen, nicht zuletzt von Viktor Klemperer, hinreichend belegt.

Dr. phil. Marina Lienert  
Prof. Dr. med. Caris-Petra Heidel  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Institut für Geschichte der Medizin  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

## Verstorbene Kammermitglieder

15. 6. 2009 – 15. 11. 2009

„Außer der Zeit gehört mir nichts“  
Seneca der Jüngere  
(1 – 65 n. Chr.)

**Dieter Augenstein**  
Pegau  
**Wilfriede Bergander**  
Dresden  
**Dr. med. Wilfried Dittrich**  
Hohndorf  
**Dr. med. Helga Dörfelt**  
Berlin  
**Wolfram Fritsche**  
Schirgiswalde  
**Dr. med. Harald Gläser**  
Grünhainichen  
**Prof. Dr. med. habil. Werner Göhler**  
Leipzig  
**Prof. Dr. med. habil. Klaus Graupner**  
Dresden  
**Dr. med. Heinrich Franz Hoffmeister**  
Leipzig

**Dr. med. Otmar Hohmann**  
Eilenburg  
**Dr. med. Dieter Johné**  
Döbeln  
**Dr. med. Sigurd Johné**  
Neugersdorf  
**Dipl.-Med. Heide Kerwien**  
Großwaltersdorf  
**Dr. med. Monika Kirsch**  
Dresden  
**Dr. med. Renald Knabe**  
Dresden  
**Dr. med. Roland Knüpfer**  
Chemnitz  
**Dr. med. Bernhardt Kremß**  
Hohenstein-Ernstthal  
**Dipl.-Med. Gertraud Lauschke**  
Goppeln  
**Prof. Dr. med. habil. Kurt Lorenz**  
Dresden  
**Dipl.-Med. Eberhard Lucke**  
Auerbach  
**Prof. Dr. med. habil. Martin Müller**  
Leipzig  
**Rudolf Oertel**  
Chemnitz  
**Dr. med. Carla Radestock**  
Bad Lausick

**Dr. med. Eleonore Rockstroh**  
Dresden  
**Dr. med. Joachim Rohrbach**  
Taucha  
**Brunhilde Rumpelt**  
Kamenz  
**Dr. med. Klaus Baldauf-Rümmler**  
Kitzscher  
**Dr. med. Peter Schmidt**  
Leipzig  
**Dr. med. Karin Schramm**  
Hoyerswerda  
**Dr. med. Peter Schwenke**  
Leipzig  
**Dr. med. Dieter Sonntag**  
Limbach-Oberfrohna  
**Dipl.-Med. Friedrich-Wilhelm Stadelmann**  
Oelsnitz  
**Brigitte Steiner**  
Radebeul  
**Dr. med. Karl Wagner**  
Zwickau  
**Dr. sc. med. Lutz Walter**  
Lauta  
**Dr. med. Helmut Zimmermann**  
Augustusburg

## Nachruf für Prof. Dr. med. Dr. h. c. Waldemar Kozuschek



Am 13.8.2009 ist unerwartet der ehemalige Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik des Knappschaftskrankenhauses Bochum-Langendreer, Prof. Dr. Dr. h. c. mult. W. Kozuschek verstorben. Prof. Kozuschek, geboren am 10. 5. 1930, hatte sich unter anderem besonders um die Entwicklung der Nierentransplantation und mit historischen Arbeiten

(z.B. Monografie zur Geschichte der Pathologischen Anatomie der Universität Breslau und der Medizinischen Akademie Wrocław) Verdienste erworben, die mehrfach mit der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet wurden. Prof. Kozuschek ist für die Ärzteschaft Sachsens kein Unbekannter: Er war aktiver Teilnehmer der gemeinsamen Symposien der Ärztekammern von Sachsen und Niederschlesien und referierte auch in der Reihe der Klinikoffenen Fortbildungskolloquien am Klinikum Hoyerswerda. Seine simultan in Deutsch und Polnisch verfassten Monografien zur Geschichte der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau und zum Wirken von Johannes von Mikulicz-Radeczki wurden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2003, S.462 und Heft 5/2004, S.196, besprochen.

Kozuschek wurde als Kind einer deutschen Familie in Gleiwitz geboren. Sein Vater war Bergmann und durfte nach Kriegsende nicht nach Deutschland „umsiedeln“. Schule, Studium, Promotion, Facharztausbildung und Habilitation erfolgten in

Polen. Da ihm von den damaligen polnischen Behörden eine offizielle Ausreise verwehrt wurde, flüchtete er 1970 mit der Familie über Jugoslawien in die Bundesrepublik Deutschland. Einer anfänglichen Tätigkeit an der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn folgte der Ruf auf das Ordinariat der Chirurgischen Universitätsklinik des Knappschaftskrankenhauses Bochum-Langendreer. Nach seiner Emeritierung galten seine Aktivitäten medizinhistorischen Studien und bis zuletzt der Verbesserung und Pflege der deutsch-polnischen Beziehungen. Er war Sekretär der von ihm mitgegründeten „Deutsch-Polnischen Gesellschaft der Universität Breslau“ und wurde in Anerkennung seiner Verdienste 2005 zum Ehrensensator der Universität ernannt. Mit der oft schmerzlichen deutschen und polnischen Geschichte aufs engste vertraut, war er als überzeugter Europäer ein unermüdlicher Brückenbauer deutsch-polnischer Beziehungen. Ein bedeutender Zeitzeuge ist von uns gegangen.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch,  
Chemnitz

## Nachruf für Dr. med. Sigurd Johne



Am 28.10.2009 erlag der Allgemeinmediziner, Herr Kollege Sigurd Johne, nach jahrelangem, schwersten und an Dramatik kaum zu übertreffenden Auf und Ab einem bösartig verlaufendem Krankheitsprozess. Dramatisch insofern auch, als die ihn mit äußerster Aufopferung sowohl zu Hause als auch in verschiedenen Kliniken pflegende Ehefrau noch vor ihm an einer foudroyant verlaufenen, gleichfalls bösartigen Krankheit verstarb.

1939 in Warnsdorf (CZ) als Sohn eines Allgemeinmediziners geboren, wurde die Familie 1945 vertrieben und fand diesseits der Grenze im benachbarten Leutersdorf Wohnsitz und Wirkungsstätte für den Vater, der allseits hochgeschätzt, leider zu früh starb.

Für den Sohn war der Vater so prägend, dass er später mit beispielloser

Konsequenz auf dieses Berufsziel zuzuging. Nach Besuch der Oberschule 1953 bis 1957 in Großschönau wurde Dr. Johne 1957/58 für ein Jahr in die Produktion des VEB Lokomotivenbau „Karl Marx“ in Babelsberg entsandt. Noch im Herbst 1958 konnte er sich jedoch für das Medizinstudium an der damaligen „Karl-Marx-Universität“ in Leipzig immatrikulieren lassen.

Nach bestandem Physikum führte er sein Studium ab 1960 – „gelenkt“ an die Medizinische Akademie „Carl-Gustav-Carus“ – in Dresden fort.

Ein Jahr später, nach Pflichtassistentenz (Chirurgie und Gynäkologie) am Kreiskrankenhaus Ebersbach/Sa., danach in Ausbildung zum Allgemeinmediziner, promovierte er an der Medizinischen Akademie Dresden. Der „frischgebackene“ Arzt arbeitete bereits 1965, weitgehend auf sich selbst gestellt, in einer Staatlichen Arztpraxis des Stadtambulatoriums Neugersdorf.

Im Herbst 1968 bestand Dr. Johne die Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Was zeichnete Herrn Dr. Johne nach dieser „Bilderbuch- oder auch Musterkarriere“ eines Allgemeinmediziners in der DDR im besonderen aus? Nach einer Umfrage unter zahlreichen „Alt-Neugersdorfern“ sei folgendes genannt:

Er war eine zuverlässige Stütze der ärztlichen Versorgung über vier Jahrzehnte hinweg und bis weit in seine Krankheitsphase hinein im Lausitzer Oberland tätig.

Er war ein immer präsender Ansprechpartner für Patienten wie auch für Kollegen. Wörtlich: „keiner musste Angst haben, ihn plötzlich zu verlieren“.

Er besaß ein vorbildliches Berufsethos und fühlte sich 24 Stunden im Dienst... „hatte eigentlich keinen Feierabend“.

Er war ein väterlicher Arzt, der sich immer auf seine Patienten einzustellen wusste.

In wahrer „Kampfesgröße“ erlebten ihn Unterzeichner, wenn es galt einen Patienten in eines der immer viel zu knappen Betten, etwa der Gerontopsychiatrie oder der Neurologie „zu bugsieren“. Dr. Johne nahm die Kranken aber auch wieder in seine Betreuung zurück oder bemühte sich um eine weitere Unterbringung.

Die Nachwendezeit und mit ihr die Tatsache, „dass sich alles rechnen lassen musste“, waren für ihn öfters Anlass für Ärger und Unverständnis. Natürlich wurde er in der DDR zeitgerecht mit dem Titel „Sanitätsrat“ geehrt.

Gleichsam ein Höhepunkt seiner Popularität und Heimatverbundenheit war die Fahrt – von seiner immer fleißigen und von ihm sehr geliebten Ehefrau Christel kutschiert – zu Patientenbesuchen mit ihrem alten Wartburg, begleitet vom Team der Sendung „Außenseiter – Spitzenreiter“ des Mitteldeutschen Fernsehens.

Summarisch kann man sagen: „dr Johne-Duktr“ war eine Instanz – ein echter Volksarzt.

Dr. med. Albrecht Reichel, Löbau  
Dr. phil. Heinz Reimann, Neugersdorf

## Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Werner Göhler



Am 5. November 2009 verstarb Professor Dr. Werner Göhler, ehemaliger stellvertretender Direktor des Institutes für Rechtsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Professor Dr. Werner Göhler wurde am 28.02.1928 in Leipzig geboren. Er begann nach dem Studium der Medizin an der hiesigen Universität 1954 am Leipziger Institut für Gerichtliche Medizin und Kriminalistik seine wissenschaftliche Laufbahn. Seine Tätigkeit umfasste sämtliche Bereiche der Gerichtsmedizin, was sich im Laufe der Jahre in verschiedensten Lehrbüchern niederschlug. Das vorrangige und herausragende Wissenschaftsgebiet war die Serologie. Nach der Promotion 1960 in Rostock hat er intensiv das Gm-System

erforscht. Die Habilitation „Genetische Untersuchung zum Gm-System“ im Jahr 1966 war das Ergebnis dieser erfolgreichen Forschung. Bis zu seiner Pensionierung waren er am Leipziger Institut als Prosektor und stellvertretender Institutsdirektor sowie Leiter der Abteilung Serologie tätig. Die umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit führte zu einer Vielzahl von Publikationen, Buchbeiträgen und Lehrbüchern. In dieser Zeit war es ihm gelungen sich intensiv mit ethischen und rechtlichen Aspekten der Humangenetik auseinanderzusetzen. Dabei hat er sich die Anerkennung unter den Kollegen erworben, wurde Vorsitzender der Fachgesellschaft und war seit 1990 Ehrenmitglied dieser.

Außerdem hatte Werner Göhler zahlreiche Verpflichtungen in Fachgesellschaften, den Vorsitz des Beirates für Morphologie beim Präsidium der Gesellschaft für experimentelle Medizin der DDR von 1969 bis 1974, die Mitgliedschaft im Vorstand der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin der DDR in den Jahren 1969 bis 1973, den Vorsitz der Revisionskommission dieser Gesellschaft von 1973 bis 1978 sowie der Vorsitz der Gesellschaft für Humangenetik von 1978 bis 1986. Bis 1990 war er ebenfalls Mitglied der Gesellschaft für Hämatologie und Bluttransfusion der DDR. Es war ihm trotz seiner herausragenden Habilitation und der nebenamtlichen kommissarischen Direktionstätigkeit am Institut für Gerichtliche Medizin in Rostock von 1966 bis 1968, den politischen Verhältnissen

geschuldet, nicht vergönnt ein angestrebtes Ordinariat in dieser Einrichtung trotz dreimaliger Berufungsvorschläge antreten zu können. Im Jahr 1980 wurde Werner Göhler zum außerordentlichen Professor ernannt.

Auf Grund seiner Verdienste auf dem Gebiet der gerichtlichen Medizin bekam er die Richard-Kockel-Medaille und auf dem Gebiet der Humangenetik 1988 die Karl-Lohmann-Medaille verliehen. Sein Name ist untrennbar mit der Serologie verbunden. Viele Promovenden und Habilitanden sind ihm auch noch heute für seine anspruchsvolle Betreuung zu Dank verpflichtet. Professor Werner Göhler genießt auch heute noch den Respekt und die Hochachtung der Kollegen und ehemaligen Schüler. Das Leipziger Institut ist auch aufgrund seiner Verdienste in Wissenschaft und Lehre heute noch auf den Gebieten Serogenetik und Identifikation herausragend tätig und genießt internationale Achtung. Viele ehemalige Kolleginnen und Kollegen, Weggefährten sowie die Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin nahmen in einer bewegenden Trauerfeier am 17. November 2009 auf dem Leipziger Südfriedhof von ihm Abschied. Wir verlieren mit Prof. Dr. Werner Göhler einen herausragenden Wissenschaftler und das Institut einen prägenden Hochschullehrer, den wir in ewiger dankbarer Erinnerung behalten werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Dreßler, Leipzig  
Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Lessig, Leipzig

## 14. Sächsisches Seniorentreffen

Im September/Oktober 2009 fanden die 14. Sächsischen Seniorentreffen statt. Ziel des Tradition gewordenen jährlichen Ereignisses waren in diesem Jahr die Staatliche Porzellanmanufaktur in Meißen, eine Weinverkostung im Sächsischen Staatsweingut Schloss Wackerbarth und der Besuch des historischen Stadtkerns von Altkötzschenbroda. Die Vorbereitung des Sächsischen Seniorentreffens war zugleich eine Premiere in einer neuen Organisationsstruktur. Der Seniorenausschuss hat zu möglichen Anlässen darüber informiert, dass die steigende Zahl ärztlicher Kollegen im Ruhestand in der Sächsischen Landesärztekammer zur Suche nach neuen Wegen bei der Durchführung der Seniorentreffen zwang. Das jährliche Angebot an die sächsischen Senioren sollte auch künftig als gemeinsames Erlebnis mit der Möglichkeit zum interkollegialen Kontakt und Austausch erhalten bleiben. Der Seniorenausschuss war und ist als ehrenamtliches Gremium der Kammer gern bereit, den inhaltlichen Entwurf der Treffen, die Begleitung und Auswertung zu übernehmen. Die organisatorische Abwicklung einschließlich der Kassierung und Abrechnung der finanziellen Eigenbeteiligung oblag bisher den drei hauptamtlichen Mitarbeiterinnen der Bezirksstellen als eine immer arbeitsreicher werdende Nebenaufgabe. Um also den Fortbestand zu gewährleisten, wurde beschlossen, diesen Teil ganz überwiegend an ein professionelles Reiseunternehmen zu geben. Bei der Einholung mehrerer Angebote zeigte sich, dass der an individuelle Detailarbeit gebundene Bereich (insbesondere der Einladungsprozess) in dieser Form von größeren, preisgünstigen Reisefirmen aus Rationalitätsgründen nicht übernommen werden wollte. So fiel die Wahl auf den Reiseanbieter Muldentäl Reisen GmbH, mit dem die Kreisärztekammer Leipzig bereits seit mehreren Jahren gute Erfahrungen sammeln konnte. Ein Vorstandsbeschluss besiegelte die vertragliche Zusammenarbeit. Trotz klar formu-

lierter Aufgaben und Strukturen waren in diesem ersten Jahr eine ganze Reihe von Problempunkten auszuschalten. Einige wenige werden hoffentlich im nächsten Jahr geklärt sein und als Ärgernis vermieden werden. Muldentäl Reisen hat sich als geduldiger Partner erwiesen, der bereit ist, auf spezielle Wünsche einzugehen.

Am 14. Sächsischen Seniorentreffen nahmen ca. 500 Kollegen und ihre Begleiter teil. An fünf Terminen wurden die Teilnehmer wie immer sternförmig zum Zielort gebracht. Das Reiseunternehmen erweiterte die Zustiegsorte für den Kammerbereich Dresden bis Bautzen, für Chemnitz bis Plauen und für Leipzig bis Torgau. Hier wird im nächsten Jahr eine intensivere Abstimmung mit den Kreisärztekammern sinnvoll sein. Bei überwiegend wunderschönem Spätsommerwetter trafen die Busse in Meißen ein. Die Führungen durch die Schauwerkstatt erfolgten in überschaubaren Gruppen. Viele Kollegen hatten die Porzellanmanufaktur bereits in früheren Jahren besucht. Alle waren beeindruckt, welche Weiterentwicklung stattgefunden hat und zugleich am Prinzip der Einzelfertigung beim „Bossieren“ der Formen und „Staffieren“ der Figuren und Dekors auch in der Gegenwart festgehalten wurde. Man konnte den Mitarbeitern der Schauwerkstatt auf ihre geschickten Finger sehen, die hohe Kunstfertigkeit und Konzentration bei ihrer Arbeit bewundern. Auch konnte man feststellen, dass die komplizierten Arbeitsgänge nicht immer in ergonomisch zuträglichen Körperhaltungen zu absolvieren sind, was wiederum zusätzlich zum Verständnis für den hohen Wert der Produkte beitrug. Das Mittagessen nahmen die Teilnehmer im schönen Restaurant der Porzellanmanufaktur ein. Danach stand der Besuch des Sächsischen Staatsweingutes Schloss Wackerbarth an. Im einleitenden Vortrag hörten die Gäste dort etwas zur wechselvollen Geschichte und besichtigten dann wesentliche Stufen der Herstellung von Wein und Sekt, dem jüngsten Kind von Wackerbarth. Am Ende fand die Weinver-



Schloss Wackerbarth

verkostung im zünftigen Weinkeller statt. Didaktisch ausgeklügelt wurden die Gäste geschmacklich von herben Varianten zu lieblichen geführt und selbst der nicht vorgebildete Kostende meinte am Ende, die Unterschiede herauszuschmecken. Danach erlagen die meisten der Versuchung, sich das Vergnügen auch in den heimischen Wänden zu bereiten und erwarben tragbare Mengen im Verkauf.

Den Abschluss der Ausfahrt bildete das Kaffeetrinken im „Goldenen Anker“, gelegen am reizvoll restaurierten Markt von Altkötzschenbroda. Ein Bummel über den Dorfbauer mit seinen Gaststätten und kunsthandwerklichen Läden in der spätsommerlichen Nachmittagssonne rundete den harmonischen Tag ab. Besonderen Dank möchten wir den Mitgliedern des Kammervorstandes, Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht und Herrn Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, sagen. Trotz übervoller Arbeitstage opferten sie kostbare fünf Nachmittage, um den Senioren den Gruß des Vorstandes zu überbringen und unterstrichen damit die Aufmerksamkeit und Wertschätzung des Vorstandes für die Kollegen im Ruhestand.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, der Seniorenausschuss ist nunmehr unter anderem mit der Vorbereitung des 15. Sächsischen Seniorentreffens befasst. Wir würden uns über Anregungen von Ihrer Seite freuen, um sicher zu gehen, dass unsere Angebote auch weiterhin Ihren Wünschen entsprechen.

Dr. med. Ute Göbel  
04105 Leipzig

## Unsere Jubilare im Februar 2010 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.02. Prof. Dr. med. habil.  
Herrmann, Konrad  
04668 Grimma
- 02.02. Dr. med. Wippler, Frank  
01587 Riesa
- 05.02. Dr. med. Ley, Barbara  
01936 Königsbrück
- 05.02. Dr. med. Reitenbach, Viktor  
09127 Chemnitz
- 11.02. Dipl.-Med. Häusler, Marga  
01705 Pesterwitz
- 13.02. Herbst, Maria-Christine  
04703 Leisnig
- 14.02. Dr. med. Jobst, Matthias  
08060 Zwickau
- 14.02. Krogner, Thomas  
09669 Frankenberg
- 15.02. Dipl.-Med. Bockisch, Albrecht  
02625 Bautzen
- 17.02. MUDr. Burianova, Michaela  
40001 Usti nad Labem
- 17.02. Dr. med. Merbold, Wolfgang  
08527 Plauen
- 18.02. Dr. med. Neuber, Christine  
09599 Freiberg
- 18.02. Dr. med. Seydlitz, Eva-Maria  
04155 Leipzig
- 19.02. Dr. med. Pötzsch, Claus  
01619 Zeithain
- 20.02. Dr. med. Hebestreit, Sylvia  
09366 Stollberg
- 21.02. Dr. med. Beyreuther, Marlies  
01705 Freital
- 21.02. Dr. med. Quaas, Thomas  
01796 Pirna
- 21.02. Schönbeck, Ulrike  
08066 Zwickau
- 22.02. Borodko, Anna  
01816 Bad Gottleuba
- 22.02. Burgkhardt, Christine  
04299 Leipzig
- 23.02. Dipl.-Med. Becker, Annelies  
08280 Aue
- 23.02. Dipl.-Med. Sebald, Irene  
06254 Kötschlitz
- 24.02. Dipl.-Med. Walter, Anni  
01156 Dresden
- 25.02. Dr. med. Freyer, Matthias  
09569 Oederan
- 25.02. Dr. med. Peschel, Bernd  
02763 Zittau
- 26.02. Dipl.-Med. Knüppel, Angelika  
02681 Kirschau

- 27.02. Dr. med. Stelzl, Christoph  
08301 Bad Schlema

### 65 Jahre

- 04.02. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Häusler, Hans-Jürgen  
04316 Leipzig
- 05.02. Huhle, Erltraut  
01157 Dresden
- 05.02. Dr. med. Weiner, Diana  
01324 Dresden
- 07.02. Dr. med. Naumann, Peter  
04425 Taucha
- 08.02. Dr. med. Berthold, Frank  
01731 Kreischa
- 08.02. Dr. med. Vogel, Erika  
04299 Leipzig
- 09.02. Dr. med. Cerpinsky, Gunnar  
08459 Neukirchen
- 10.02. Heilmann, Bärbel  
08468 Reichenbach
- 13.02. Dr. med. Mikulin, Hans-Dieter  
01445 Radebeul
- 14.02. Seidel, Werner  
01589 Riesa
- 15.02. Steinbach, Helga  
08058 Zwickau
- 21.02. Dipl.-Med. Lawonn, Dieter  
04668 Grimma
- 22.02. Dr. med. Rössel, Frank  
01069 Dresden
- 22.02. Dr. med. Seidel, Gernot  
08058 Zwickau
- 25.02. Dr. med. Bauer, Barbara  
08309 Eibenstock
- 25.02. Fischer, Sieglinde  
09350 Lichtenstein
- 28.02. Dr. med. Lange, Rainer  
09232 Hartmannsdorf

### 70 Jahre

- 01.02. Dr. med. Herberger, Barbara  
04288 Leipzig
- 01.02. Dr. med.  
Tautenhahn, Hildegund  
01217 Dresden
- 02.02. Dr. med. Lehmann, Anne-Lore  
01809 Heidenau
- 02.02. Dr. med. Zschuckelt, Roselis  
04838 Döberritzsch
- 03.02. Dr. med. Reinicke, Peter  
07985 Elsterberg
- 06.02. Dr. med. Günther, Bernd  
01877 Bischofswerda
- 06.02. Dr. med. Kellner, Isolde  
04229 Leipzig
- 07.02. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Horn, Klaus  
01326 Dresden

- 07.02. Klipphahn, Ilka  
08645 Bad Elster
- 07.02. Dr. med. Liewers, Christine  
01454 Großerkmannsdorf
- 08.02. Dr. med. Brunner, Eckhard  
04177 Leipzig
- 09.02. Dr. med. Geipel, Helmut  
08371 Glauchau
- 09.02. Dr. med. Teßmar, Ute  
02763 Zittau
- 10.02. Bohne, Wolfram  
04668 Grimma
- 11.02. Dr. med. Lischke, Jürgen  
01612 Diesbar-Seußlitz
- 11.02. Dr. med. Wenzel, Waltraud  
04275 Leipzig
- 12.02. Dr. med. Keßner, Bernd  
01683 Nossen
- 12.02. Dr. med. Pürsten, Barbara  
08371 Glauchau
- 14.02. Grzenia, Gerhard  
02826 Görlitz
- 15.02. Priv.-Doz. Dr. sc. med.  
Böhme, Bernd  
01326 Dresden
- 15.02. Dr. med. Löffler, Falk  
01309 Dresden
- 15.02. Dr. med. Schmidt, Christel  
08056 Zwickau
- 16.02. Dr. med. Gerlach, Gisela  
01217 Dresden
- 16.02. Vogel, Krista  
02708 Löbau
- 17.02. Dr. med. Naßler, Hannelore  
01705 Freital
- 17.02. Dr. med. Steuber, Joachim  
04299 Leipzig
- 17.02. Dr. med. Stockklauser, Rainer  
04179 Leipzig
- 18.02. Dr. med. Schmidt, Gerlinde  
04129 Leipzig
- 18.02. Dr. med. Thomas, Heinz-Peter  
01768 Glashütte
- 19.02. Krones, Helga  
08209 Auerbach
- 21.02. Dr. med. Heckmann, Ute  
04229 Leipzig
- 21.02. Dr. med. Rockstroh, Wolfgang  
01259 Dresden
- 21.02. Dr. med. Schneider, Reina  
08141 Reinsdorf b. Zwickau
- 22.02. Dr. med. Knabe, Renate  
08280 Aue
- 22.02. Prof. Dr. med. habil.  
Vitzthum, Hans-Ekkehart  
04157 Leipzig
- 23.02. Dr. med. Wenzel, Hans-Jürgen  
01774 Höckendorf

- 27.02. Dr. med. Petzold, Gerd  
09123 Chemnitz
- 29.02. Dr. med. Faßbender, Ute  
01309 Dresden
- 29.02. Dr. med. Menz, Lothar  
09661 Striegestal
- 29.02. Mittenzwei, Peter  
09376 Oelsnitz
- 29.02. Dr. med. Zimmermann, Jürgen  
04299 Leipzig

**75 Jahre**

- 01.02. Götze, Helga  
04838 Eilenburg
- 01.02. Dr. med. Tischler, Linda-Maria  
04103 Leipzig
- 02.02. Dr. med. Schumacher, Maria  
01217 Dresden
- 03.02. Dr. med. Schneider, Gerd  
01326 Dresden
- 06.02. Dr. med. Keller, Hans-Peter  
04288 Leipzig
- 06.02. Prof. Dr. med. habil.  
Reichelt, Achim  
04155 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Zetzsche, Jochen  
04720 Döbeln
- 15.02. Dr. med. Alberts, Hannelore  
04109 Leipzig
- 15.02. Dr. med. Riegel, Ursula  
09130 Chemnitz
- 16.02. Noack, Hannelore  
02730 Ebersbach
- 18.02. Dr. med. Fischer, Walter  
04552 Borna
- 19.02. Dr. med. Küttler, Ursula  
08523 Plauen
- 23.02. Dr. med. Kluge-Franke, Helga  
09482 Oberwiesenthal
- 24.02. Dr. med. Knorn, Marianne  
01445 Radebeul
- 24.02. Dr. med. Kruschwitz, Horst  
08547 Plauen
- 24.02. Dr. med. Maschke, Peter  
04720 Döbeln
- 26.02. Prof. Dr. med. habil.  
Flach, Michael  
01324 Dresden

**80 Jahre**

- 08.02. Dr. med. Mauroschat, Luise  
09120 Chemnitz
- 09.02. Dr. med. Lange, Ruth  
08499 Mylau
- 18.02. Dr. med. Arnold, Peter  
09456 Annaberg
- 19.02. Dr. med. Münch, Heinz  
08209 Auerbach
- 22.02. Dr. med. Geikler, Helmut  
04129 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Seifert, Bodo  
01662 Meißen
- 25.02. Dr. med. Böhme, Hella  
01277 Dresden

**81 Jahre**

- 12.02. Dr. med. Schuster, Johannes  
08261 Schöneck
- 18.02. Dr. med. Meier, Wolfgang  
08485 Lengenfeld
- 23.02. Dr. med. Kissing, Wolfgang  
01328 Dresden
- 26.02. Dr. med. Heinrich, Gerhard  
01796 Pirna
- 28.02. Dr. med. Kinzer, Wera  
09119 Chemnitz
- 28.02. Dr. med. Neumerkel, Horst  
02977 Hoyerswerda

**82 Jahre**

- 03.02. Dr. med. Eysold, Regina  
01307 Dresden
- 23.02. Dr. med. Görner, Eberhard  
04680 Zschadraß

**83 Jahre**

- 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf  
09114 Chemnitz

**84 Jahre**

- 02.02. Dr. med. Stolle, Renate  
04275 Leipzig
- 09.02. Doz. Dr. med. habil.  
Dietel, Klaus  
09131 Chemnitz
- 22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald  
08064 Zwickau

- 28.02. Dr. med. Göhler, Irene  
04275 Leipzig

**85 Jahre**

- 16.02. Dr. med. Löffler, Herbert  
08280 Aue
- 16.02. Dr. med. Stephan, Christine  
04103 Leipzig
- 18.02. Prof. Dr. med. habil.  
Crasselt, Carl  
01324 Dresden
- 18.02. Dr. med. Schmiedel, Annelies  
01326 Dresden
- 19.02. Dr. med. Adam, Marlise  
08058 Zwickau

**86 Jahre**

- 01.02. Hübner, Gertraud  
04319 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Gräßer, Annelies  
04157 Leipzig
- 18.02. Böttcher, Werner  
04279 Leipzig

**87 Jahre**

- 24.02. Dr. med. Kunze, Irmgard  
08258 Wernitzgrün

**88 Jahre**

- 07.02. Dr. med. Kreihs, Werner  
02708 Löbau

**89 Jahre**

- 06.02. Prof. Dr. med. habil.  
Seyfarth, Harro  
04288 Leipzig
- 10.02. Dr. med. Schmeiser, Marianne  
01219 Dresden
- 23.02. Dr. med. Klöppel, Eva  
04316 Leipzig
- 26.02. Dr. med. Berlin, Krista  
01069 Dresden

**94 Jahre**

- 17.02. Nawka, Joachim  
02627 Radibor

## Zwickauer Ärzteball 2010

### Im Bann von Feuer und Eis

Die große Resonanz der drei vergangenen Veranstaltungen hat alle



Foto: Dirk Dießel

Organisatoren wieder motiviert, weiterhin im Jahrestakt den Ärzteball in Zwickau zu arrangieren. Das Ballhaus „Neue Welt“ wird am 13. März 2010, ganz in den Bann der Elemente Feuer und Eis gezogen. Der Abend verspricht ein ganz besonderes Flair, zum einen, wegen der glamourösen Atmosphäre des Balls im schönsten Jugendstilsaal Westsachsens und zum anderem durch großartiges Entertainment. Musikalisch begleitet wird der Ball von der bekannten Reinhard-Stockmann-Band, die ein erlesenes Repertoire an Dinner- und Tanzmusik zusammengestellt hat. Anlässlich des großen Jahrestreffen der Zwickauer Ärzteschaft vergibt die Medizinische Gesellschaft Zwickau, 2010, erstmals gemeinsam mit

dem Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH den „Heinrich Braun“ Förderpreis für Kollegen, die sich im Rahmen der Medizinischen Fort- und Weiterbildung verdient gemacht haben. Der Preis ist mit 1.500 EUR/Jahr dotiert.

Neben dem stimmig inszenierten Programm bietet sich allen Ballgästen ausreichend die Gelegenheit, fernab vom beruflichen Alltag mit Kollegen und Freunden einen entspannten Abend mit interessanten Gesprächen und in harmonischer Atmosphäre zu erleben.

Karten erhalten Sie unter Telefon 0375 88300 00-0 oder unter [www.krausevent.de](http://www.krausevent.de)

Dr. med. Stefan Hupfer  
Vorsitzender der Kreisärztekammer Zwickau

## Ingo Kraft Malerei

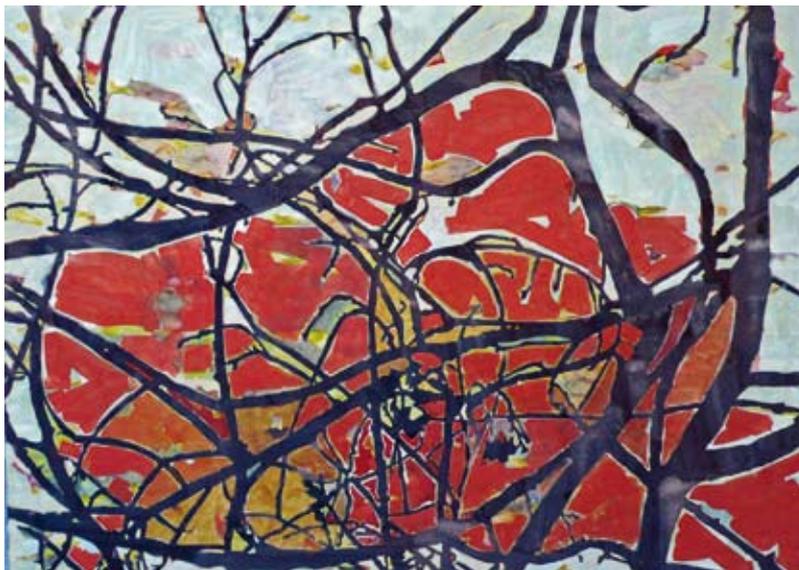
Die Werke von Ingo Kraft (geb. 1949 in Siegmarschönau) – Arbeiten auf Papier, übermalte Fotografien und, besonders seit den 1990er Jahren, Ölmalerei – verkörpern eine „gedachte Realität“. Gleichwohl entdeckt der Betrachter in den Arbeiten, die zum einen eher strukturell angelegt sind und teils von einem relativ starr wirkenden Raster bestimmt werden, sowie zum anderen mehr organisch erscheinen, durchaus For-

men, welche Assoziationen etwa zu Steinen, Häusern, Booten oder Bäumen wecken. Diese „Erkennbarkeit“ einzelner Bildsequenzen beruht allerdings nicht auf der Wiedergabe unmittelbar wahrgenommener Realität. Vielmehr ist sie Ergebnis eines intuitiven, Erlebtes, Erfahrenes oder Gesehenes einschließenden Prozesses der Schichtung von Flächen und Linien im Bildraum. Das Resultat sind „innere“ Bilder, häufig in Variationen, in denen sich Formen, Komposition, aber auch Bildatmosphäre sukzessive verändern. Gerade die jüngste, vom

der Erscheinungsbild an Geäst, einen Lebensbaum oder auch Nervenbahnen erinnernde, nicht benannte Folge von Arbeiten ist ein Beispiel dafür.

Ingo Kraft begann seinen künstlerischen Weg in den 1970er Jahren mit einem Studium an der Hochschule für Bildende Künste Dresden im Bereich Bühnen- und Kostümbild. Nachdem er kurzfristig am Landestheater Halle tätig war, arbeitete der Künstler bis in die 1990er Jahre freischaffend. Seit 1995 teilt er seine Aktivitäten zwischen der Malerei und einer Tätigkeit als künstlerischer Mitarbeiter der HfBK. Inspiriert haben ihn die Werke von Georges Braque und Paul Klee ebenso wie die der einheimischen Künstler Dieter Goltzsche und Günther Hornig. Wichtig für Ingo Krafts heutiges Schaffen waren aber auch zahlreiche Reisen nach Italien, Frankreich und Griechenland seit 1989.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



Aus der Serie „Dornröschen“, Blatt 12, Gouche, 2009, 73 x 104 cm

**Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 20. Januar bis 14. März 2010, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 21. Januar 2010, 19.30 Uhr.**