

Editorial	Der Ausschuss Senioren informiert!	88
Berufspolitik	Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten CDU-Gesundheitspolitik im Bündnis	89 90
Gesundheitspolitik	Peer-Review-Verfahren in der Pathologie	91
Hygiene aktuell	Influenza-Impfung in der Saison 2012/2013	98
Leserbriefe	Neuer Influenza-Lebendimpfstoff: Univ.-Prof. Dr. med. Volker Schuster Film „Nur eine Spritze“: Prof. em. Dr. med. Heinz Radzuweit/ Prof. Dr. med. habil. Manfred Wiese Praxisgebühr: Dr. med. Andreas Lochner	99 102 103
Recht und Medizin	Migranten ohne Aufenthaltsstatus – kein Recht auf Gesundheit?	103
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“ Ausschreibung Ärztlicher Geschäftsführer Konzerte und Ausstellungen 1. Dresdner Ball der Heilberufe	106 107 107 108
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	108
Buchbesprechungen	Mein Bund, den ihr bewahren sollt Dresden von oben Internistische Akut-, Notfall- und Intensivmedizin	109 109 110
Personalia	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Joachim Löbner Jubilare im April 2013	111 112
Medizingeschichte	Wir „armen Irren“ – Lene Voigt und die Psychiatrie Gedenkbuch für die Opfer der NS-„Euthanasie“ in Sachsen Johann Heinrich Tischbein der Ältere	114 118 121
Kunst und Kultur	Dresdner Stimmforum Ausstellung: Stephanie Marx – Grafik	120 122
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2013	



Veranstaltung für
Weiterbildungsassistenten
Seite 89



60. Sitzung „Bündnis 2000“
Seite 90



Lene Voigt und die Psychiatrie
Seite 114



Ausstellung: Stephanie Marx
Seite 122

Titelbild: „Lächelnde“ Kolonkrypte, HE, Obj.-Vergr. 63x
© Prof. Dr. G. Baretton

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
Redaktion: redaktion@slaek.de,
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Der Ausschuss Senioren informiert!

Erster notfallmedizinischer Auffrischkurs für ärztliche Senioren



Dr. med. Ute Göbel

© SLÄK

Der Ausschuss Senioren der Sächsischen Landesärztekammer organisiert seit Jahren eine umfangreiche Seniorenarbeit in Form von Veranstaltungen, Seniorentreffen oder Informationsmaterialien. Wichtige Leitlinie des Ausschusses ist es aber auch, Anliegen ärztlicher Ruheständler aufzugreifen und bei deren Lösung behilflich zu sein. Aktuell handelt es sich dabei um Themen wie Honorartätigkeit und Ehrenamt für Ruheständler sowie um das Thema Kollegialität bzw. Sorgen um die Unterstützung bei der eigenen medizinischen Betreuung und den Problemkreis „Wohnen im Alter“.

An den Ausschuss Senioren wurde aber auch durch ärztliche Ruheständler der Wunsch nach der Durchführung notfallmedizinischer Auffrischkurse durch die Sächsische Landesärztekammer herangezogen. Begründet wurde dieses Anliegen damit, dass nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben Basiskenntnisse im Umgang mit Notfällen ohne Hilfsmittel nur noch sporadisch und eingeschränkt erneuert werden.

Durch die Sächsische Landesärztekammer werden zwar Reanimationskurse angeboten (Teil I, Basismaßnahmen und Maßnahmen der automatischen externen Defibrillation), die von Senioren teilweise genutzt werden. Weiterführende Notfallthemen (Erstmaßnahmen im Umgang mit Hypoglykämien, allergische Reaktionen, akutes Koronarsyndrom etc.) werden jedoch nicht abgedeckt.

Der Wunsch der ärztlichen Senioren nach angepasster Notfallfortbildung zur Thematik lebloser Patient sowie weiteren häufigen internistischen und neurologischen Notfällen (unter anderem hypertensive Krise, Hypoglykämie, Koronarsyndrom, allergische Reaktion, Apoplex und Epilepsie) ist deshalb gut nachvollziehbar. Für die Kreisärztekammer Leipzig wurden bereits entsprechend angepasste Kurse durchgeführt, die hohen Zuspruch fanden.

Es ist nunmehr geplant, diese auf die Bedürfnisse ärztlicher Senioren zugeschnittenen Kurse unter Einbeziehung der in Leipzig gesammelten

Erfahrungen an wechselnden Orten im Freistaat Sachsen anzubieten. Die dreistündigen Kurse werden aus einem ärztlich-theoretischen Teil sowie praktischen Übungen unter Anleitung von Lehrrettungsassistenten bestehen. Für die Teilnahme wird eine angemessene Gebühr von 30 EUR erhoben.

Der erste Kurs wird am 10. April 2013 in Dresden in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden. Interessierte Senioren können sich dafür anmelden. Detaillierte Angaben zum Termin sowie zur Kursdurchführung und zum Anmeldeprozedere finden Sie, liebe Kollegen, in den „Grünen Seiten“ dieser Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“. Über regen Zuspruch für diesen „Pilot-Kurs“ würden wir uns freuen.

Der Ausschuss wird auch immer wieder von Vertretern kommunaler Institutionen kontaktiert, die um die fachkompetente Unterstützung durch ärztliche Ruheständler für Seniorenkollegs/-akademien oder kommunale Gremien, zum Beispiel Seniorenbeiräte, nachsuchen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2012). Aus diesem Grund wurde der Seniorenbrief des Präsidenten bezüglich der Angebote zu Honorartätigkeit und Ehrenamt in diesem Jahr aktualisiert. Sie finden diese Informationen auch auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer/Kammer/Ausschüsse/Ausschuss Senioren.

Dr. med. Ute Göbel
Ausschuss Senioren
senioren Ausschuss@slaek.de

DIE AUFGABEN DER SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER JETZT IM FILM!

FÜR MEDIZINSTUDENTEN UND JUNGE ÄRZTE SOWIE ALLE, DIE WISSEN MÖCHTEN, WELCHE AUFGABEN EINE LANDESÄRZTEKAMMER HAT.

DER FILM LÄUFT 24h BEI YOUTUBE. EINFACH SÄCHSISCHE LANDESÄRZTEKAMMER EINGEBEN.

Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten

Die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer luden zum nunmehr fünften Mal die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die PJ-ler in Sachsen zu einer gemeinsamen Informations-, Beratungs- und Fortbildungsveranstaltung am 2. Februar 2013 in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer ein. Etwa einhundertzwanzig Kolleginnen und Kollegen, PJ-ler und andere interessierte Teilnehmer waren der Einladung gefolgt.

In seinem einführenden Vortrag ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. habil. Jan Schulze, ausführlich auf die verschiedenen Möglichkeiten zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen ein. Er informierte über die vielfältigen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer und hob die ausgezeichneten Berufsperspektiven für Ärzte im ambulanten und stationären Bereich sowie im öffentlichen Gesundheitswesen in Sachsen hervor.

Danach überbrachte Dr. Frank Bendas, Leiter des Referates „Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Arzneimittel und Apothekenwesen, Tierarzneimittel“ im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, das Grußwort der Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz Christine Clauß.

Im Foyer des Gebäudes der Sächsischen Landesärztekammer hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich an den Informationsständen der 14 teilnehmenden Krankenhäuser aus Sachsen umfassend über berufliche Möglichkeiten und Weiterbildungsgänge zu informieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hielt an ihrem Präsentationsstand ein breitgefächertes Informationsangebot zur Niederlassung, freien Weiterbildungs- oder Praxisstellen und zu übergebenden Praxen bereit. Auf



Weiterbildungsassistenten informieren sich an den Ständen der Krankenhäuser

© SLÄK

reges Interesse stieß auch in diesem Jahr der Informationsstand des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Antworten auf alle Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung, zur Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin und eine persönliche Beratung auf dem Weg zur gewünschten Facharztbezeichnung erhielten die Teilnehmer am Beratungsstand der Sächsischen Landesärztekammer. Dabei war bemerkenswert, wie interessiert und konkret die Ärzte nachfragten.

Die Teilnehmer der Veranstaltung konnten sich anschließend in neun Workshops ausführlich über Tätigkeiten als Arzt im Krankenhaus oder in der Niederlassung informieren. Erfahrene Kolleginnen und Kollegen berichteten über ihren beruflichen Alltag in Krankenhaus und Praxis. Dabei waren in diesem Jahr alle



Frau Dr. med. Birgit Gäbler, Komm. Ärztliche Geschäftsführerin, erläutert den Weg zum Facharzt

© SLÄK

Workshops, die sich mit der Allgemeinmedizin und Fragen zur Niederlassung befassten, besonders stark nachgefragt. Auch die finanziellen Aspekte der Niederlassung waren von großem Interesse. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht immer öfter im Fokus von Berufstrennungen, so war auch der Work-

shop zu diesem Thema sehr beliebt. Die Veranstaltung wurde überaus positiv evaluiert. Die Veranstalter und die Krankenhäuser waren sehr zufrieden. Von einigen erfuhren wir, dass junge Ärzte inzwischen im Bewerbungsprozess bzw. unter Vertrag sind, die an den vorjährigen Veranstaltungen teilgenommen hatten.

CDU-Gesundheitspolitik im Bündnis

Auf Einladung des Bündnis Gesundheit im Freistaat Sachsen sprach Alexander Krauß (CDU, MdL) Ende Februar 2013 in der Sächsischen Landesärztekammer über die gesundheitspolitischen Pläne seiner Partei im Bundestagswahljahr. Herr Krauß ist seit Oktober 2004 Mitglied des Sächsischen Landtags, Vorsitzender des Arbeitskreises Soziales und Verbraucherschutz sowie Arbeitsmarktpolitischer Sprecher der CDU-Fraktion. Herr Krauß machte zu Beginn deutlich, dass Deutschland ein sehr gutes Gesundheitssystem habe und die Gesundheitswirtschaft ein wichtiger und wachsender Wirtschaftszweig in Deutschland und Sachsen sei. Und auch in Zukunft müssten die GKV-Versicherten die notwendigen Leistungen bekommen wie bisher. Eine Bevorzugung von Privatpatienten lehnt er ab. Dazu hält er es für richtig, dass die Krankenversicherungen Geld zurücklegen, auch wenn dies nicht von allen Politikern so gesehen wird. Kritisch äußerte er sich zur „doppelten Facharztschiene ambulant/stationär“, die sich zwar bewährt habe, aber nur solange Bestand haben könne, wie sie finanzierbar ist.

Ärztmangel

Mit Blick auf den Ärztemangel habe Sachen bereits vielfältige und wirksame Maßnahmen entwickelt, die mittelfristig den Ärztebedarf decken sollen. Und auch auf Bundesebene seien viele sächsische Ideen in die Gesundheitspolitik eingeflossen. Aber dennoch sind weitere Anstrengungen nötig, um vor allem in ländlichen Regionen eine Gesundheitsver-

So hat sich diese Veranstaltung in den vergangenen fünf Jahren als ein wichtiger Bestandteil des Angebots der Sächsischen Landesärztekammer und weiterer Institutionen im sächsischen Gesundheitswesen etabliert, um Ärzte frühzeitig für eine langfristige ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen zu gewinnen.

sorgung in der Zukunft zu sichern. Dazu gehören, nach Meinung von Alexander Krauß, auch kreative Lösungen. Welche das sein könnten, sagte er nicht.

In der Diskussion machten die Bündnispartner deutlich, dass wegen der Bürokratie, der drohenden Regresse und der zum Teil geringeren Vergütung in Ostdeutschland keine Praxismachfolger oder Praxispersonal gefunden werden können. Dies führt automatisch zu langen Wartezeiten für Patienten, die nicht immer durch eine optimale Praxisorganisation zu verhindern sind. Und die Abschaffung der doppelten Facharztschiene würde auch nichts an dieser Situation ändern, denn die Leistungen, welche von den ambulanten Fachärzten derzeit schneller und kostensparender erbracht werden, müssten dann von den Kliniken übernommen werden.

Bürokratische Hürden

Hier fordert das Bündnis die Bundes- und Landespolitik auf, die bürokratischen Anforderungen zu senken, statt sie durch immer neue Gesetze zu erhöhen. Als Beispiel wurde das neue Patientenrechtegesetz genannt, welches zwar im Ansatz richtig, aber in Bezug auf die Umsetzung erheblich bürokratisch sei. Dieser politische Regulierungswahn verbessert das Gesundheitswesen nicht, sondern schadet insbesondere der Arzt-Patient-Beziehung, so die Bündnispartner. Denn wenn die Politik die Position der Gesundheitsberufe stärken statt durch Diffamierung schwächen würde, könnten viele Entscheidungen durch die Professionen wie Ärzte, Schwestern und Physiotherapeuten sehr viel sachnäher, zeitsparender und damit für den Patienten sinnvoller getroffen werden.

Dipl.-Volksw. Anna Cornelius
Assistentin und Büroleiterin
der Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: assaegf@slaek.de

Dr. med. Birgit Gäbler
Komm. Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de



Alexander Krauß (MdL, CDU) © SLÄK

GKV und PKV

Das Bündnis gab dem Vertreter der CDU-Landtagsfraktion ebenfalls mit auf den Weg, das duales Versicherungssystem beizubehalten, da das GKV-System von Geldern der PKV seit Jahrzehnten gestützt wird. Eine Abschaffung PKV wäre deshalb unsinnig. Eine Gleichbehandlung würde nur bedeuten, dass es allen gleich schlecht geht. Politisches Ziel muss es sein, dass es für alle eine gleich gute Basisversorgung geben muss.

Das Bündnis Gesundheit im Freistaat Sachsen wurde 1999 in Dresden als ein sächsisches Aktionsbündnis ärztlicher und nichtmedizinischer Berufe gegründet. Seit dem arbeiten Berufsverbände, Vereine, Körperschaften und Patientenvertreter in diesem Bündnis zusammen. Ziel des Bündnisses ist es, eine breite Öffentlichkeit landesweit über Fragen in der Gesundheitspolitik zu informieren und zu sensibilisieren. Es will einen konstruktiven Dialog führen, um mit Sachverstand, Konzepten und Alternativen notwendige Reformen im Gesundheitswesen voranzubringen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Peer-Review-Verfahren in der Pathologie

Zehn Jahre Erfahrungen im Freistaat Sachsen

M. Eberlein-Gonska¹, Gustavo Baretton¹, Jörg-Olaf Habeck²

Zusammenfassung

Die Bedeutung des Peer-Review-Verfahrens wurde bereits 1991 im Positionspapier der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Pathologie herausgestellt. Hieraus entwickelte sich die Initiative sächsischer Pathologen, dieses Instrument der Qualitätssicherung im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer einzuführen. Seit dem 14. Mai 1999 haben sich 17 Institute und Gemeinschaftspraxen für Pathologie und Zytologie zur Ausübung einer interinstitutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung (Stichprobenfallanalyse) durch Fachkollegen anhand definierter Kri-

terien. Eine positive Bewertung führt zur Empfehlung der Ausstellung eines Zertifikates seitens der Sächsischen Landesärztekammer.

Insgesamt fanden von 1999 bis 2011 56 Peer-Review-Verfahren statt. Die Verbesserungspotentiale betreffen insbesondere die zum Teil immer noch in Anwendung befindliche „Küchenpathologie“ (zum Beispiel kirsch- oder erbsgroß etc.) bei der makroskopischen Beschreibung, die Qualität der histologischen Beschreibung mit teilweise unzureichender Nomenklatur, die Qualität der Tumorklassifikation und immunhistologischer Untersuchungen.

Mögliche Aussagen über den Nutzen des Verfahrens betreffen insbesondere den sektorübergreifenden Ansatz durch die konsequente Einbeziehung niedergelassener Pathologen. Eine eindeutige Qualitätsverbesserung oder -verschlechterung bei den teilnehmenden Einrichtungen ist durch den langjährigen Vorlauf und die überschaubare Anzahl durchgeführter Verfahren nicht festzustellen. Insgesamt wurde bei drei Verfahren die Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates nicht gegeben.

Insofern stellt sich die Frage, wie „restriktiv“, wie formal und wie transparent ein Peer-Review-Verfahren sein kann – sein soll. Bei den Pathologen im Freistaat Sachsen steht die Selbstbestimmung, der Wille zu effektivem Lernen voneinander und das klare Engagement um die Sache, das heißt der Qualitätsver-

besserung willen, im Vordergrund. Insofern hat das Peer-Review-Verfahren Zeichen gesetzt, wie mit freiwilligem Engagement eine systematische, auf die Patientenversorgung fokussierte Qualitätsbeurteilung über mehr als zehn Jahre möglich sein kann. Und es hat wichtige Impulse für die derzeitige Entwicklung der Peer-Review-Methode in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Fachgebieten in Deutschland geliefert.

Schlüsselwörter: Peer Review, Qualitätssicherung, Pathologie, Freistaat Sachsen

Einleitung

Das Fachgebiet der Pathologie hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel in seinen Aufgaben erlebt. Stand früher die klinische Obduktion ganz im Vordergrund der Tätigkeit des Pathologen, ist heute die prä-intraoperative Untersuchung von Zell- und Gewebematerial lebender Patienten der „Goldstandard“ aller diagnostischer Verfahren und einer differenzierten Therapieplanung. Demzufolge ist der pathomorphologischen Diagnostik ein extrem hoher Qualitätsanspruch immanent, da ihre Ergebnisse die therapeutischen Konsequenzen für die Patienten entscheidend beeinflussen. Folglich sind die Anforderungen an das Fachgebiet der Pathologie deutlich gestiegen, indem die Dokumentation, Messung und Bewertung definierter Kriterien und Kennzahlen kritische

¹ Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement,

¹ Institut für Pathologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

² Zentrum für Histopathologie, Unritzstraße 21 d, 09117 Chemnitz

Erfolgsfaktoren für die Tätigkeit des Pathologen darstellen und damit zugleich die Brücke zu Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements schlagen.

Die Anwendung der verschiedenen Werkzeuge und Instrumente der Qualitätssicherung wie zum Beispiel Ringversuche, Zweitmeinungsverfahren, Standards und Leitlinien bis hin zur Messung und Bewertung von Indikatoren, hat sich in der Vergangenheit innerhalb des Fachgebietes der Pathologie bewährt². Dabei hat eine Methode, das Peer-Review-Verfahren, einen besonderen Stellenwert erhalten, wissend, dass eine pathologisch-anatomische Diagnostik eben nicht mit einem Laborwert als Maßzahl bzw. Messwert vergleichbar ist. Bereits in den 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden erste Ergebnisse zur Peer-Review-Methode als interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahme veröffentlicht^{3,4}. Auch die Zytopathologie nutzte schon frühzeitig das Peer-Review-Verfahren als interne Qualitätssicherungsmaßnahme^{5,6}. Weitere Veröffentlichungen zur systematischen Identifikation der Fehlerrate in bioptischem Material mittels des sogenannten „Blindreviews“ folgten⁷. Und auch für die Forschung, insbesondere bei der Überwachung von tierexperimentellen Studien wird die Bedeutung des Peer-Review-Verfahrens herausgestellt⁸. In Deutschland wurde bereits 1991 seitens des Arbeitskreises Pathologie des Ausschusses „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“ bei der Bundesärztekammer ein Positionspapier zur Qualitätssicherung in der Pathologie vom Vorstand beschlossen⁹. Dies war Auslöser für eine Initiative sächsischer Pathologen, das Peer-Review-Verfahren im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) einzuführen. Seit dem 14. Mai 1999 haben sich mehrere Institute für Pathologie und Gemeinschaftspraxen für Pathologie und Zytologie zur Ausübung einer interinstitutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel war und ist die Verbesse-

rung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung durch Fachkollegen anhand definierter Kriterien. Zum 01.02.2006 hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer das Verfahren als „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ beschlossen (www.slaek.de → Home → Qualitätssicherung). Sie trägt das Votum aller beteiligten Pathologen im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer im Sinne eines konsentierten Beschlusses.

Die vorliegende Untersuchung fasst die Ergebnisse dieser freiwilligen Qualitätsinitiative Pathologie im Freistaat Sachsen zusammen und analysiert, inwieweit sich dabei das Peer-Review-Verfahren über die Jahre bewährt hat.

Methodik

Die Teilnahme am Peer-Review-Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ist prinzipiell freiwillig und kann sich auch über ihren Zuständigkeitsbereich hinaus erstrecken. Für die inhaltliche Koordination und Organisation steht ein aus dem Kreis der teilnehmenden Institutionen benannter Fachkollege jeweils für den ost- und westsächsischen Bereich zur Verfügung. Die teilnehmenden Einrichtungen sind der Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ zu entnehmen; insgesamt handelt es sich aktuell um 17 teilnehmende Einrichtungen von insgesamt 22. Der Direktor des Instituts für Pathologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden ist für den ostsächsischen, der Sprecher des Zentrums für Histopathologie in Chemnitz für den westsächsischen Bereich der verantwortliche Ansprechpartner. Beide werden durch das Referat Qualitätssicherung der SLÄK bei der Koordination und Organisation unterstützt.

Methodisch basiert das Peer-Review-Verfahren Pathologie auf der Stichprobenfallanalyse unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität, das heißt der diagnostischen und epikritischen Aussage für die weitere dia-

gnostische und therapeutische Strategie des behandelnden Arztes.

Jährlich mehrfach treffen sich die leitenden Pathologen im Wechsel in einem der Institute/Praxen, wobei innerhalb von drei Jahren alle Teilnehmer ein Peer-Review-Verfahren erhalten. Für die betreffenden Einrichtungen werden nach Zufallskriterien die Untersuchungsfälle (Histologie, Zytologie, Obduktionsfälle) nach festgelegten Kriterien ausgewählt. Zusätzlich erfolgt eine Begehung der Einrichtung zur Orientierung. Die Fälle, der die Sitzung ausrichtenden Institution, werden in der Regel vom Koordinator des „Peer-Review-Verfahrens Pathologie“ ausgewählt; für seine eigene Einrichtung von dem Teilnehmer, bei dem das vorhergehende Treffen stattgefunden hat. Neben den Präparaten (Histologie, Zytologie und Immunhistologie) sind anonymisierte Kopien der Untersuchungsanträge und der Befunde der jeweiligen Fälle vorzulegen. Bei kleineren Instituten/Praxen mit relativ beschränktem Umfang an immunhistologischen Untersuchungen muss der Pathologe belegen können, wohin und wie oft er die dazu notwendigen ergänzenden Untersuchungen als Konsilfall versendet. Bei der Frage nach dem Anteil an Doppelbeurteilungen durch einen zweiten Pathologen oder durch ein Referenzzentrum wird grundsätzlich vorausgesetzt, dass Doppelbeurteilungen bei schwierigen und/oder umstrittenen Fällen den Normalfall darstellen, wobei der Anteil von der Gesamtzahl der Untersuchungen und vom Leistungsprofil der klinischen Einsender abhängt. Doppelbeurteilungen werden nicht als Ausdruck der Unsicherheit, sondern als Ausdruck positiven Qualitätsbestrebens gewertet¹⁰.

Die Bewertung erfolgt standardisiert nach Qualität der Schnittpräparate, gegebenenfalls erforderlichen Zusatzuntersuchungen sowie Inhalt der Begutachtung, gegebenenfalls mit Differenzialdiagnose. Verbesserungspotenziale werden anschließend gemeinsam diskutiert. Kann die Peer-Group mehr als zwei Fälle nicht akzeptieren, erfolgt keine Bestätigung zum erfolgreichen Ablauf des

Verfahrens. Der Gastgeber kann dann nach Abstellung der Mängel die Peer-Group wiederholt zum Peer-Review einladen.

An den Treffen können Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der SLÄK (zum Beispiel Vorsitzende des „Ausschusses Qualitätsmanagement“) teilnehmen. Von jedem Treffen ist ein zusammenfassendes Protokoll vom Koordinator zu erstellen, aus dem die gastgebende Institution, die anwesenden Vertreter der einzelnen Einrichtungen sowie die Ergebnisse der Bewertung hervorgehen. Die Bewertungskriterien sind folgende:

- technische Qualität der Präparate,
- ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden,
- makroskopische und mikroskopische Beschreibung (deskriptiver Teil),
- Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung),
- gegebenenfalls Qualität des Kommentars,
- gegebenenfalls Qualität der Tumorklassifikation,
- Frage nach der Erledigung des diagnostischen Auftrages seitens des Einsenders,
- weitere Kritikpunkte.

Jede Institution erhält von diesem Protokoll eine Kopie. Eine positive Bewertung mit Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates muss einstimmig von allen Teilnehmern während des Peer-Review-Verfahrens nachvollziehbar, das heißt dokumentiert, erfolgen. Erst danach wird das Protokoll an die SLÄK weitergeleitet. Letztere erstellt eine Bestätigung, das heißt ein Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der „Freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie“, das eine Gültigkeit von drei Jahren hat. Das Dokument wird vom Präsidenten der SLÄK sowie der Vorsitzenden des „Ausschusses Qualitätsmanagement“ unterzeichnet. Sollte im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens die Ausstellung des Zertifikats nicht befürwortet werden, ist hierüber der „Ausschuss Qualitätsmanagement“ zu informieren. Darüber hinaus wird bei nichtkonsensfähigen Themen zunächst der Sprecher der jeweils anderen Gruppe einbezogen.

Ergebnisse

Von 1999 bis 2002 erfolgte eine zusammenfassende Bewertung seitens des jeweiligen Koordinators Ost- und Westsachsen über den Verlauf des Peer-Review-Verfahrens. Diese wurde mit der Empfehlung zur Ausstellung des Zertifikates an die SLÄK gesandt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz wurde 2003 ein Protokoll mit den entsprechenden Bewertungskriterien seitens des westsächsischen Koordinators erfolgreich eingeführt. Zugleich erfolgte ein Wechsel beim ostsächsischen Koordinator, sodass im Verlauf von 2004 bis 2005 lediglich ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurde. Mit der Neubenennung des ostsächsischen Koordinators im Jahr 2006 wurde die Vorgehensweise des Peer-Review-Verfahrens Pathologie aktualisiert, zwischen beiden Gruppen Ost- und Westsachsen harmonisiert und als einheitliche „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ vom Vorstand der SLÄK beschlossen. Seit dieser Zeit liegen die Protokolle zusätzlich zum Empfehlungsschreiben des Koordinators entsprechend nachvollziehbar in der SLÄK vor.

Die nachfolgende Auswertung konzentriert sich insbesondere auf die „Kritikpunkte“ der vorliegenden Protokolle und bezieht die persönlichen Kommentare aus den Zusammenfassungen der ersten Jahre mit ein. Darüber

hinaus ist hervorzuheben, dass regelmäßig auch Stärken herausgestellt und dokumentiert wurden.

Insgesamt fanden 1999 bis 2011 56 Peer-Review-Verfahren im Fachgebiet der Pathologie im Freistaat Sachsen bzw. darüber hinaus statt; 35 innerhalb der Gruppe Westsachsen, 21 innerhalb der Gruppe Ostsachsen (Abb. 1). Die Vollständigkeit der Teilnahme am Peer Review liegt zwischen 70 bis 100 Prozent (Tab. 1). Die Kritikpunkte zu den einzelnen Bewertungskriterien über die vergangenen 13 Jahre sind in Abb. 2 und Tab. 2 zusammengefasst dargestellt und in Tab. 3 im Einzelnen aufgeführt. Dabei konnten prinzipiell keine Unterschiede zwischen den Peer-Review-Verfahren in West- oder Ostsachsen festgestellt werden, auch wenn erst durch die Neuauflage der Richtlinie ein direkter nachvollziehbarer Vergleich tatsächlich möglich ist. Prinzipiell zeigen sich seit dem Beginn des Verfahrens im Jahr 1999 immer wieder die gleichen folgenden Brennpunkte:

- die zum Teil immer noch in Anwendung befindliche „Küchenpathologie“ bei der makroskopischen Beschreibung,
- die fehlende, missverständliche oder zu kurze histologische Beschreibung bis hin zu einer fehlenden, unmissverständlichen klaren Diagnose mit korrekter Nomenklatur,
- die Qualität, Quantität und Vollständigkeit immunhistologischer Untersuchungen und in ganz besonderem Maße klare Mängel bei

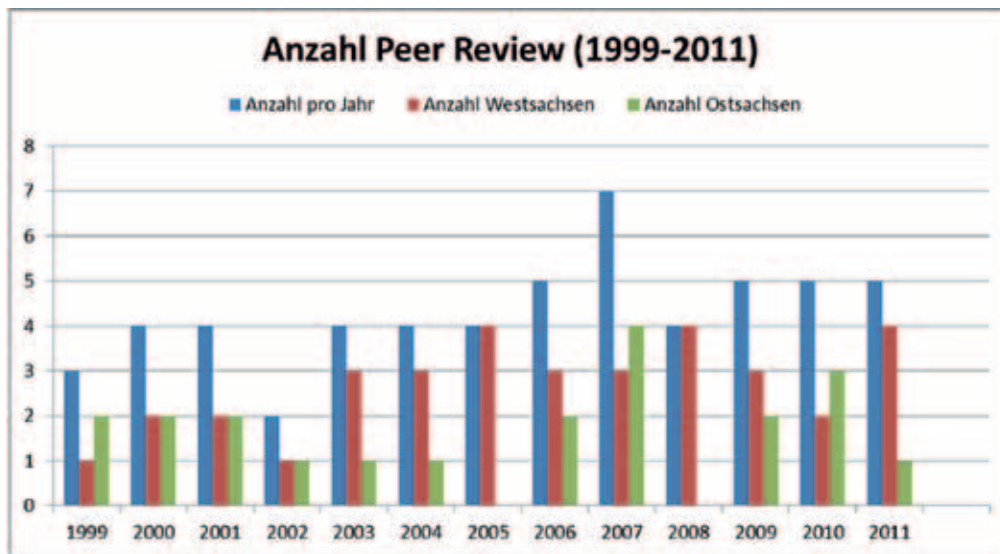


Abb. 1: Gesamtzahl und Verteilung der Peer Reviews Pathologie im Zeitraum 1999 und 2011

der Qualität der Tumorklassifikation.

Darüber hinaus sind in Zeiten nahezu bedeutungslos gewordener Obduktionszahlen die diesbezüglichen Berichte in ihrem Aufbau, in der inhaltlichen Beschreibung sowie bezüglich

des Zeitpunktes des Berichtsabschlusses immer wieder, auch aktuell, verbesserungswürdig.

Hinsichtlich der Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates erfolgte diese in zwei Fällen, und zwar in den Jahren 2007 und 2008, nicht. In diesem Kontext ergab sich Handlungs-

bedarf für eine Erweiterung des Protokolls bezüglich einer einvernehmlichen Entscheidung zur erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Teilnahme während des Peer-Review-Verfahrens und zur Vorgehensweise bei Unstimmigkeiten. Darüber hinaus wurden 2006 klare Mängel bei der Anwendung der korrekten Nomenklatur und der Beschreibung zytologischer Befunde in einem Fall vorgefunden. Es wurde vereinbart, nach einem halben Jahr erneut Stichproben vorzunehmen und im Rahmen einer Delphi-Runde zu überprüfen. Nach Eingang aller Stellungnahmen konnte einvernehmlich festgestellt werden, dass die Mängel beseitigt wurden und die Empfehlung für die Ausstellung eines Zertifikates seitens der SLÄK nach erfolgreichem Peer Review wurde erteilt.

Eine interne Regelung besagt außerdem, dass, wenn auch das Peer-Review-Verfahren insgesamt als erfolgreich bewertet wird, Auffälligkeiten, insbesondere bei falscher Klassifikation, im Nachgang an die betreffende Klinik nachberichtet, das heißt, korrigiert werden müssen.

Darüber hinaus wurde auch geringere Auffälligkeiten genau nachgegangen, was folgendes Beispiel veranschaulichen soll: In einem Fall wurde eine zu hohe zytoplasmatische Hintergrundfärbung bei der Her2/neu-Immunhistologie beim Mammakarzinom festgestellt und protokolliert. Durch Überprüfung zur erfolgreichen Teilnahme an den QuIP®-Ringversuchen zur Her2/neu-Immunhistologie und -ISH konnte ein diagnostischer Fehler ausgeschlossen werden.

Diskussion

Angesichts des stetig zunehmenden Veränderungsdrucks im Gesundheitswesen hat der Stellenwert von Qualitätsmanagement in den vergangenen zwei Jahrzehnten in allen Versorgungsbereichen deutlich zugenommen. Ausgesprochener Nachholbedarf besteht dabei im Hinblick auf eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Evaluation all dieser Maßnahmen und Aktivitäten im Hinblick auf ihre Nutzenbewertung. Die aktuelle Studien- und Datenlage lässt

Tabelle 1: Übersicht über teilnehmende Einrichtungen im Bereich Ostsachsen mit Angaben zur Vollständigkeit der Teilnehmer (Auszug)

Datum	Einrichtung	GP Zwickau ab 23.09.05	GP Hof ab 14.05.09	Klinikum Saalfeld ab 14.02.03	GP Schneider/Schmidt Leipzig	Zytol. Zentrum Zwickau	Klinikum Chemnitz bis 2010	Klinikum St. Georg Leipzig	Zentr.f.Histopathol.Chemnitz ab 09.12.11	GP Stollberg	Uniklinik Leipzig	Klinikum Plauen v. 27.06.03-07/06	GP Elspark Leipzig ab 01.05.05	Teilnehmerfrequenz (%)
04.11.05	Klinikum St. Georg Leipzig	0		X	X	X	X	X		X	X	0	X	8 (80)
27.01.06	Zytologisches Zentrum Zwickau	X		0	X	X	X	X		X	0	X	X	8 (80)
19.05.06	Klinikum Saalfeld	0		X	X	X	X	X		0	0	0	0	5 (50)
17.01.06	GP Schneider/Schmidt	X		0	X	X	X	X		X	X	0	X	8 (80)
30.03.07	Uniklinik Leipzig	0		X	X	0	X	X		X	X	0	X	7 (70)
15.06.07	GP Stollberg	X		0	X	0	0	X		X	0		X	5 (55)
09.11.07	Klinikum Chemnitz	X		X	X	X	X	X		X	X	0	X	9 (90)
04.04.08	GP Zwickau	X		X	X	X	X	X		0	0		X	7 (78)
30.05.08	GP Elspark Leipzig	0		X	0	X	X	X		X	X		X	7 (78)
17.10.08	Klinikum St. Georg Leipzig	X		X	X	X	X	X		0	X		X	8 (89)
07.11.08	Zytol. Zentrum Zwickau	X		X	X	X	X	X		X	X		X	9 (100)
08.05.09	Klinikum Saalfeld	X		X	X	X	X	X		X	0		0	7 (78)
09.10.09	GP Hof	X	X	X	X	X	X	X		X	X		0	9 (90)

dabei Fragen, inwieweit Qualitätsmanagement eine bessere und effizientere und auf das Behandlungsergebnis sowie den Patienten zentrierte Versorgung fördert, zumindest hinsichtlich des Einflusses auf das Gesamtsystem offen¹¹. Ursache ist die Komplexität der verschiedenen dynamischen Einflussfaktoren, und einzelne Untersuchungen werden immer nur Aspekte des facettenreichen Gebildes der Qualitätsanalyse abbilden können. Gleichwohl zeigen Untersuchungen von Scott¹² aus dem Jahr 2009, dass lokal begrenzte Programme mit klarer Ziel- oder Fragestellung wie zum Beispiel Peer-Review-Verfahren, Leitlinien, klinische Pfade, interne Audits einschließlich die medizinische Weiterbildung eine höhere Evidenz aufweisen als flächendeckende Aktivitäten, Berichtssysteme, Pay-for-Performance, Zertifizierungsverfahren bis hin zu gesetzgeberischen Vorgaben. Mit dieser Aussage stellt sich die Frage, inwieweit nach einem Zeitraum von mehr als zehn Jahren aus



Abb. 2: Zusammenfassende Darstellung aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews (graphisch)

den Ergebnissen des Peer-Review-Verfahrens Pathologie im Freistaat Sachsen (und darüber hinaus) Aussagen zum konkreten Nutzen getroffen werden können, und zwar sowohl für die beteiligten Pathologen als auch indirekt für die Patienten.

Prinzipiell ist zunächst festzustellen, dass die Einbeziehung niedergelassener Pathologen aus dem Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Versorgung zu Beginn nicht einfach war. Vielmehr galt es Vorbehalte abzubauen, um diese für ein

Tab. 2: Zusammenfassende Darstellung aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews (tabellarisch)

Bewertungskategorien	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technische Qualität der Präparate	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0
Ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden	0	1	1	2	1	1	0	1	1	0
Deskriptiver Teil (makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung) der Begutachtung	0	7	2	0	5	5	0	3	2	1
Qualität der Diagnose	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität des Kommentars	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität der Tumorklassifikation	1	1	1	2	1	3	0	4	2	2
Andere Kritikpunkte	0	2	0	1	0	0	0	3	1	0

gemeinsames Peer-Review-Verfahren Pathologie zu gewinnen. Nachdem über viele Jahre eine diesbezügliche

Stabilität zu verzeichnen war, hat die Entwicklung der zertifizierten Organzentren mit den hohen Anforderun-

gen seitens der beteiligten Fachgesellschaften zu einer gewissen Konkurrenzsituation zwischen den Patho-

Tab. 3: Übersicht aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews

Bewertungskategorien mit Kritikpunkten im Einzelnen (I)	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technische Qualität der Präparate										
Grad der Entwässerung			1							
Färbequalität bei HE-Schnitten		1	1	1						
Färbequalität bei Zytologiepräparaten: Kernfärbung		1		1						
Schnitttechnik bei Schleimhautbiopsien		1	1							
Ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden										
Qualität und Quantität immunhistologischer Untersuchungen		1	1	2				1	1	
Vollständigkeit der immunhistologischen Untersuchung bei Lymphomverdacht						1				
Anzahl histologischer Untersuchungen bei Obduktionsfällen					1					
Deskriptiver Teil (makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung) der Begutachtung										
metrische Angaben (auch bei Biopsien)		1			2	3			2	
Unübersichtliche bzw. zu knappe Beschreibung bei der Makroskopie		2								
Größenbeschreibung auch von Biopsiefällen		1				1				
Mischung der Lokalisation bei Magenbiopsien auf einem Schnitt		1								
Fehlende, missverständliche oder zu kurze histologische Beschreibung					1	1		2		
Systematik bzw. Aufbau sowie Ausführlichkeit des Obduktionsberichtes		1	1		1			1		1
Abschlussdatum der Obduktionsberichte nicht erkennbar		1			1					
Unklare Nomenklatur im Obduktionsbericht			1							

Bewertungskategorien mit Kritikpunkten im Einzelnen (II)	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Qualität der Diagnose										
Missverständliche, nicht korrekte oder fehlende Nomenklatur				1	1	1				
Diskrepanz zur Einschätzung des Grades der Dysplasie			1							
Befunddiskrepanz				1						
Unklarheiten bei oralzytologischen Befunden					1		1			
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität des Kommentars										
Klare und kurze Beurteilung am Ende der mikroskopischen Beschreibung		1								
Unklarheiten bei der Epikrise			1					1		1
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität der Tumorklassifikation										
Vollständigkeit, Korrektheit und Sorgfalt bei der Anwendung der UICC-/TNM-Klassifikation	1	1	1	2	1	1		4	2	2
Anwendung der WHO-Klassifikation bei urothelialen Neoplasien						1				
Regressionsgrading nach neoadjuvanter Therapie						1				
Erledigung des diagnostischen Auftrages (Mehrfachnennungen)										
Fehlende Einsendescheine										
Fehlende Klinische Fragestellungen										
Andere Kritikpunkte										
Unklarheit über den Zustand des eingesandten Materials		1								
Aufwand der histologischen und immunhistologischen Bearbeitung		1		1				2	1	
Sauberkeit der Laborräume								1		

logen geführt und sich auch auf die gegenseitige Bewertung ausgewirkt. Mit der Überarbeitung der „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ im Jahr 2006 hat der Vorstand der SLÄK entsprechend reagiert und die verbindliche Grundlage für das weitere Verfahren geschaffen.

Für die verschiedenen Zertifizierungsverfahren selbst spielten bzw. spielen die Peer-Review-Verfahren Pathologie eine untergeordnete Rolle. Der Grund liegt hier mit hoher Wahrscheinlichkeit an der mangelnden Kenntnis dieser sächsischen Initiative seitens der Fach- und Zertifizierungsgesellschaften. Dies eröffnet Handlungsbedarf für die sächsischen Pathologen, das Peer-Review-Verfahren Pathologie als wichtige Form der externen Qualitätssicherung zum Beispiel auch in der eigenen Fachgesellschaft zu bewerben.

Die Auswertung der Ergebnisprotokolle zeigt immer wieder auf die gleichen Schwerpunkte, wie die unzureichende makroskopische („Küchenpathologie“) und histologische Beschreibung (einschließlich unklarer Diagnose und korrekter Nomenklatur), die unzureichende Qualität und fragliche Quantität immunhistologischer Untersuchungen und vor allem die eindeutigen Mängel bei der Qualität der Tumorklassifikation. Eine eindeutige Schlussfolgerung zur Verbesserung oder Verschlechterung der Qualität der teilnehmenden Einrichtungen ist durch den langjährigen Vorlauf und die überschaubare Anzahl durchgeführter Verfahren nicht möglich. Es finden sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungen in West- und Ostsachsen bzw. zwischen Instituten oder Praxen. Dies eröffnet die Frage danach, wie „restriktiv“ und formal ein Peer-Review-Verfahren sein kann – sein soll?! Im Vordergrund der „Freiwilligen Qualitätskontrolle – Pathologie“ stand und steht der gemeinsame Konsens, der Wissens- und Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Fortbildung. Das Peer-Review-Verfahren soll dabei helfen, die Qualität zu verbessern und insbesondere auf die innere Qualitätssicherung Einfluss zu nehmen.

Damit besteht eine klare intrinsische Motivation, die über mehr als zehn Jahre aufrechterhalten werden konnte. Die nicht erfolgreiche Bestätigung oder die Wiederholung eines Peer-Review-Verfahrens erfolgte lediglich in drei Fällen, bei denen allerdings auch klare Auswirkungen für die weitere Patientenbehandlung befürchtet werden mussten. Ansonsten blieben die Verbesserungspotenziale im geschützten Raum der teilnehmenden Pathologen und bildeten eine Chance für die eigene, das heißt die innere Qualitätssicherung der jeweiligen Einrichtung.

Eine gemeinsam mit beteiligten Pathologen erarbeitete Kraftfeldanalyse¹³ soll diese Problematik verdeutlichen:

Die „vergleichbare Beurteilung“ und die „Möglichkeit der Ausweitung über die Grenzen“ werden sowohl als Chance als auch als Risiko eingeschätzt.

Was spricht für, was gegen die QS-Maßnahme Peer-Review-Verfahren Pathologie?

+	-
Vertrauensbildende Maßnahme unter Kollegen – Prinzip der Freiwilligkeit	fehlende Verbindlichkeit
nicht nur Überprüfung, sondern auch Erfahrungsaustausch, persönlicher Kontakt	Zeit- und Personalaufwand
„jeder kommt dran“	Abhängigkeit vom Moderator
PDCA-Zyklus (Chance für die Interne Qualitätssicherung)	zunehmende Wettbewerbssituation
vergleichbare Beurteilung Möglichkeit der Ausweitung über die Grenzen.	

Gemäß der Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan¹⁴ ist das Peer-Review-Verfahren Pathologie im Freistaat Sachsen eindeutig der intrinsisch motivierten Seite der Lernmotivation zugeordnet. Im Vordergrund steht die Selbstbestimmung, der

Wille zu effektivem Lernen voneinander und das klare Engagement um der Sache, der Qualitätsverbesserung willen. Das Verfahren wurde autonom, das heißt von den Pathologen selbst initiiert, konfiguriert und durchgeführt. Die SLÄK fungiert als organisatorischer Rahmen mit der Kompetenz zur Ausstellung eines Bestätigungsnachweises. Angesichts der Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens in Deutschland (Initiative Qualitätsmedizin, Peer Review Intensivmedizin) könnte es eine Chance für das Verfahren Pathologie sein, wenn sich die beteiligten Pathologen der Diskussion stellen, inwieweit das Verfahren mehr „regulatorische“ Mechanismen wie zum Beispiel eine verbindliche Transparenz nach innen und außen bedarf. Dies betrifft gegebenenfalls auch Instrumente der Kontrolle und Überwachung. Die Diskussion ist an dieser Stelle erst initiiert und bedarf bezüglich einer fachkompetenten Bewertung zur Entwicklung eines zukunftsfähigen

Peer-Review-Verfahrens in Deutschland mit nachweislichem Nutzen (Evidenz) für die Patientenversorgung nicht nur Experten aus dem Gesundheitswesen, sondern weitere Fachdisziplinen wie zum Beispiel Pädagogen und Psychologen.

Eines steht für die „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ und das seit 1999 etablierte Peer-Review-Verfahren fest: Es hat das Ansehen um die Qualitätsverbesserung in der Pathologie im Freistaat Sachsen und über die Grenzen hinweg gestärkt. Es hat klare Zeichen gesetzt, wie mit freiwilligem Engagement eine systematische, auf die Patientenversorgung fokussierte Qualitätsbeurteilung über mehr als 10 Jahre möglich sein kann. Und es hat wichtige Impulse für die derzeitige Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Fachgebieten in Deutschland geliefert.

Aufgrund dieser guten Erfahrungen wird nun auch im intensivmedizinischen

Bereich ein Peer-Review-Verfahren im Freistaat Sachsen in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer eingeführt. Die ersten beiden Pilotverfahren starten im ersten Halbjahr dieses Jahres in den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresdens und Leipzigs. Nach einer Evaluation und Abstimmung zur konkreten Vorgehensweise werden interessierte weitere Intensivstationen mit einbezogen werden. Bei Rückfragen stehen Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska (maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden) bzw. Frau Rändler (quali@slaek.de) zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. habil.

Maria Eberlein-Gonska
Zentralbereich Qualitäts- und
Medizinisches Risikomanagement
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
E-Mail: maria.eberlein-gonska@
uniklinikum-dresden.de

Influenzaimpfung in der Saison 2012/2013

Krankenkassen und KV Sachsen bestimmen, welcher Impfstoff genommen wird

Im Tätigkeitsbericht 2012 des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer steht:

„Die Verhaltensweise der KV Sachsen zur Ausschreibung durch die Krankenkassen und damit Festlegung der Ärzte auf einen einzigen Influenzaimpfstoff wird von allen Fachleuten und den Ausschussmitgliedern als fachlich falsch beurteilt und schärfstens getadelt. Es wird besonders den Bemühungen um Erhöhung der Impfraten bei Kindern und Jugendlichen gegen Influenza schaden. Aus 16 unterschiedlichen Influenzaimpfstoffen nur einen aus pekuniären Gründen auszuwählen, ist fachlich unverantwortbar und diskreditiert jeden verantwortlich handeln wol-

lenden Impfarzt. Sogar vor fachlich unbegründeten Warnungen schreckte die KV Sachsen nicht zurück:

„...dass Menschen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation durch eine Influenza besonders gefährdet sind, auch durch den attenuierten Lebendimpfstoff gefährdet sein könnten.“ („Fluenz® – Nur im Einzelfall zu Lasten der GKV verordnen! 06.11.2012“). Alle Impfexperten im In- und Ausland widersprechen einem solchen Vorgehen der Gesetzlichen Krankenkassen mit der Duldung oder Bestätigung durch die KV Sachsen“.

Die jährliche Standardimpfung gegen Influenza in ganz Deutschland gilt auch 2012 nach den STIKO-Empfehlungen nur für Personen ab dem 60. Lebensjahr. Nur der Freistaat Sachsen hat zusätzliche weitere Standardimpfempfehlungen gegen Influenza ab dem 50. Lebensjahr seit 1.1.2006 und seit 1.1.2010 für alle, insbesondere Kinder und Jugendliche ab dem 7. Lebensmonat ausgesprochen.

Die Argumentationen der Ablehnung der Standardimpfung für Kinder durch die STIKO ist in keiner

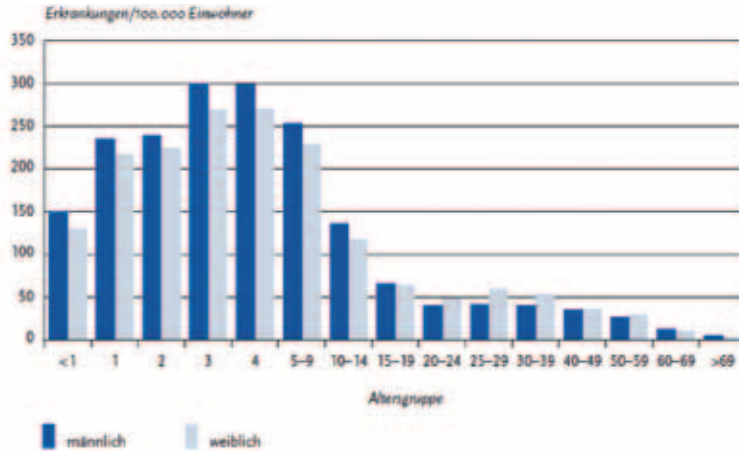
Weise nachvollziehbar, weil jeder erfahrene Arzt weiß, dass Kindereinrichtungen (Kinderkrippen, auch bei Hausmütterbetreuung, Kindergärten, Schulen, Sportveranstaltungen und andere) die „Brutstätten der Influenza“ sind, von denen diese sich dann epidemieartig ausbreiten. Die höchste Inzidenz der Virusgrippe wird im Kindesalter beobachtet (Abb. 1 des RKI) und dort muss die Impfprophylaxe beginnen.

Sachsen hat seit Jahren vorbildliche Influenza-Impfraten und die Ärzte beweisen damit ihre Akzeptanz gegenüber den erweiterten Standardimpfempfehlungen (Abb. 2). Diese Zahlen weisen aber auch auf Managementfehler hin. Die Influenzaimpfzahlen sind seit Jahren trotz der Zusatzimpfempfehlungen nicht entschieden gestiegen. Gründe dafür sind die seit 2007 drastisch zunehmende Bürokratie der Bezahlung durch Einführung der Schutzimpfungsrichtlinie und des Gemeinsamen Bundesausschusses, der bestimmt, was pflichtgemäß von den

Krankenkassen honoriert werden muss und was nicht. 2012 gestaltete sich die Beschaffung des jeweils immunologisch indizierten Impfstoffes durch eine verfehlte Rabattverhandlungs-Politik der Verantwortlichen in GKV und KV Sachsen, schwer bis unmöglich. Gegenwärtig sind die Impfraten noch zu tief, um wirksam eine Epidemie zu dämpfen; das von der WHO vorgegebene Ziel, 75 % der Senioren jährlich zu impfen, ist auch in Sachsen in weite Ferne gerückt.

Seit 1.9.2012 ist der intranasal zu verabreichende Impfstoff „Fluenz“ vom 2. bis 17. Lebensjahr mit besserer Vakzine-Effizienz zugelassen, der eine höhere Impfrate wegen der Schmerzvermeidung bei einer Injektion in diesem psychisch sensiblen Alter erwarten lässt. Er ist in Sachsen 2012 aus oben dargelegten Gründen fast nicht anwendbar!

Für Senioren mit bekannter Immunseneszenz ist seit über zehn Jahren ein adjuvierter Impfstoff im Handel „Fluad“, der eine höhere Seroimmunität erzeugt und gegen Driftvarianten zuverlässiger wirkt. Im Erzgebirgskreis hat vor zehn Jahren an über 1.500 Senioren eine Fachärztin für Allgemeinmedizin mit dem Vergleich „Begrivac“ und „Fluad“ promoviert. Die Arbeit hatte der Autor initiiert, betreut und beurteilt. Die eindrucksvollen prinzipiellen Ergebnisse lauten: Die GMTs waren bei dem adjuvierten Impfstoff „Fluad“ statistisch signifikant höher als bei „Begrivac“. Dies ist von Bedeutung, wenn in der betreffenden Saison Driftvarianten gegenüber den Impfstofftypen auftreten. Die Vakzineeffizienz betrug 78 %; die Unterschiede zwischen den beiden Impfstofftypen waren in der Saison 2002/03 nicht signifikant, weil Driftvarianten nur wenige in der Saison in Sachsen isoliert worden waren. Die signifikant höheren Antikörperhöhen (GMT) bei Impfung mit „Fluad“ sind in Abb. 3 dargestellt. Dies ist vielen ärztlichen Kollegen in Sachsen bekannt und sie haben „Fluad“ als den wirkungsvollsten Impfstoff für Senioren bis 2011 benutzt (in Sachsen gibt es derzeit 1.014.051 Senioren



* Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011 des RKI, Seite 112

Abbildung 1: Übermittelte Influenza-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2011* (n=43 635)

Jahr	Impfungen gesamt Anzahl (+/- Vorjahr %) GONR bis 2007 99702	Impfungen >=60 J Anzahl (% d. AG.) GONR 89111	Impf.d.50-<60J. Anzahl (% d.AG.) GONR 89111 5	Indikationsimpf. Anzahl (% d.<50) GONR 89112
2003 ¹	1 321 473 ¹ (100)			
2004	1 328 858 (+0,6)			
2005 ²	1 425 865 ² (+7,3)			
2006	1 310 378 (-8,8)			
2007	1 359 183 (+3,7)			
2008	1 279 216 (-5,9)	747 765 (60,0)	100 963 (15,9)	430 165 (19,1)
2009 ³	1 411 604 ³ (+11,0)	780 788 (61,0)	100 066 (15,7)	550 748 (24,5)
2010 ⁴ saisonal Pandem. 09+10	1 193 847 ⁴ (-16,4) 231 607 = 5,6% d.E.	708 407 (56,0)	89 698 (14,1)	395 742 (17,6)
2011 ⁵	1 153 588 ⁵ (-3,4)	729 913 (56,8)	92 296 (14,5)	390 699 (17,4)

¹ = 30,4 %, ² = 33,2 %, ³ = 33,7 %, ⁴ = 28,8 %, ⁵ = 27,9 % aller Einwohner Sachsens, Sept 2011

Abbildung 2: Anzahl der Influenzimpfungen in Sachsen 2003 und 2011 (nach Abrechnungsdaten bei der KVS)

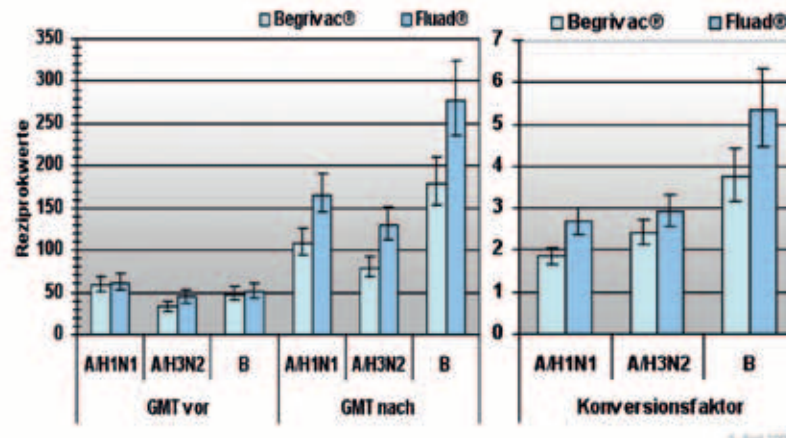


Abbildung 3: Vergleich Fluad® und Begrivac® (Saison 2002/03) Reziproke Influenza-HHT-Antikörpertiter (GMT) vor und nach Schutzimpfung sowie Serokonversionsfaktoren mit 95%-KI (Probandenzahl 690, Alter >= 65)

> 65 = 24,5 % aller Einwohner). Der Autor selbst hat sich seit 2002 10 mal mit „Fluad“ impfen lassen. Ab 2012 wurde die breite Anwendung

von adjuvierten Impfstoffen verhindert oder stark zurückgedrängt. Dies darf nicht länger toleriert werden. Auch werden durch solche Maßnah-

Influenzaimpfstoffe Übersicht			
Impfstoffname und -typ	Alter	Applikation	Anmerkung
Spaltvirus (TIV)			
Mutagrip Kinder	ab 6 Mo. bis <3 J.	i.m./tief s.c.	*Reinheitsanforderung nach Europäisches Arzneibuch 7.3 (2011): < 1 µg Ovalbumin pro Dosis, < 100 µg Protein pro Virusstamm = < 300 µg pro Dosis ? (= stärker klinisch wirksam und wenig reaktogener ? als Subunit - TIV)
Mutagrip, Vaxigrip	ab 6 Mo.		
Begripal, Grippeimpfstoff N Hexal			
Influsplit SSW (Fluarix)			
Afluria, Grippeimpfstoff CLS	ab 5 J.		
Intanza (Idflu)	ab 60 J.	i.d.	stärker immunogen (intradermal)*
Preflucel	ab 18 J.	i.m.	Zellkultur
Subunit (TIV)			
Optaflu	ab 18 J.	i.m.	Zellkultur
Influvac, Grippeimpfstoff ratiopharm, Grippeimpfstoff Stada, Xanaflu	ab 6 Mo.		*Reinheitsanforderung nach Europäisches Arzneibuch 7.3 (2011): < 1 µg Ovalbumin pro Dosis, < 40 µg Protein pro Virusstamm = < 120 µg pro Dosis
Fluad, Addigrip	ab 65 J.		stärker immunogen (adjuvantiert mit MF59C.1)*
Virosomal (TIV)			
Inflexal V, Veroflu	ab 6 Mo.	i.m./tief s.c.	stärker immunogen (virosomal)*
Lebendimpfstoff (LAIV)			
Fluenz	2 - 17 J.	nasal	stärker immunogen bei Kindern
* ob die verstärkte Immunreaktion mit weniger Erkrankungen einhergeht, ist wissenschaftlich noch nicht eindeutig belegt			

Abbildung 4: Influenzaimpfstoffe 2012/2013 und Unterschiede in den Applikationen, Wirkung und Anwendung
Quelle: Impfbrief Nr. 68 vom 21. Dezember 2012, ergänzt nach Europäischem Arzneibuch 7.3. von 2011 und von S. Bigl

men staatlich verordnete Weiter- und Fortbildungen für Ärzte (Punktesoll) pervertiert. Wozu werden die unterschiedlichen Applikationen, Indikationen, Wirkungen, Immunantworten, Nebenwirkungen, Anwendungsmöglichkeiten bei Allergikern usw. von den 16 Influenzaimpfstoffen auf den Impfortbildungen überhaupt erläutert? (Abb. 4)

Fazit:

1. Die juristischen Grundlagen, die den Krankenkassen ermöglichen, den Ärzten und damit auch den Patienten bestimmte Impfstoffe aufzuzwingen, sind unverzüglich zu ändern oder aufzuheben, weil die ethisch handelnde Ärzteschaft durch die rein pekuniär orientierten und fachunkundigen Manager der Krankenkassen unter Duldung der KV Sachsen degradiert, ja ruiniert wird.

2. Der STIKO wird dringend empfohlen, ihre Standardimpfempfehlung Influenza um Kinder und Jugendliche vom 7. Lebensmonat zumindest bis zum 17. Lebensjahr zu erweitern.

Den derzeitigen Empfehlungen mangelt es an jeder epidemiologischen Kenntnis der Influenza und sie sind praxisfremd.

3. Der negative Einfluss der GKK mit Duldung der KV Sachsen bei der adäquaten Anwendung von Influenzaimpfstoffen verdeutlicht, dass Deutschland dringend ein „Präventionsgesetz“ braucht, in dem die im Präventionsstrategie-Papier genannten Gesundheitsziele (zum Beispiel „Gesund und aktiv aufwachsen“, „Gesund und aktiv älter werden“, „Prävention von Infektionskrankheiten“, „Forschung und Qualitätssicherung“ und „Koordination und Kooperation“, „Erhöhung der Impfraten“ praktisch verwirklicht werden; dazu gehört auch die Beschaffung von Impfstoffen und die Influenzaimpfung zur Eindämmung einer der letzten Epidemien in Deutschland. Der Verzicht der letzten drei Bundesregierungen auf ein solches Gesetz ist eine absolute Bankrotterklärung auch und gerade im Wahljahr, dem Konsequenzen von den Betroffenen

(berufstätige Eltern/Frauen mit Kindern, Senioren, Ärzte und Angehörige der Gesundheits- und Pflegedienste) folgen müssen.

4. Der Freistaat Sachsen braucht für die Prävention inklusive Impfwesen wieder ein „Landes-Gesundheitsamt“, das als die hierzu berufene wissenschaftliche Stelle die gesamten Interessen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gegenüber der Staatsregierung wahrnimmt und sie auf diesem Gebiete zu beraten hat. Ein solches „Sächsisches Landes-Gesundheitsamt“ wurde durch Verordnung vor 100 Jahren, am 20. Mai 1912, gegründet und hat unter anderem Namen, zum Beispiel als „Staatliche Hygieneinspektion“ nur bis 1990 bestanden.

5. Deutschland und Sachsen braucht eine durchsetzbare Impfstrategie, fixiert im Präventionsgesetz, für die die Gesundheitsministerien die Verantwortung zu tragen haben. Die SIKO-Empfehlungen sollten in Sachsen verbindlich und die Kosten automatisch von allen Krankenkassen übernommen werden. Dies ist Aufgabe des zuständigen Staatsministeriums.

6. Zu einer freiheitlichen pluralistischen Gesellschaft gehört auch Meinungsvielfalt. Demagogische und gesundheitsschädigende Meinungen, auch zu Impfungen, wie zum Beispiel in der Influenza-Pandemie 2009 mehrfach geschehen, sollten aber begrenzt und auch in Medien richtiggestellt werden. Ein Landes-Gesundheitsamt könnte dafür zuständig sein, da sich zurzeit weder die Gesundheitsämter, die Landesdirektionen noch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz verantwortlich fühlen und entsprechend handeln. Weiterführende kritische Literatur ist im „Arztblatt Sachsen“ online unter www.slaek.de abrufbar.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz
FA für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,
FA für Kinder- und Jugendmedizin

Neuer Influenza-Lebendimpfstoff (Fluenz®) ist ein grosser Fortschritt für Kinder

Eine Antwort auf den Artikel „Fluenz® – Nur im Einzelfall zu Lasten der GKV verordnen!“ in den KVS-Mitteilungen vom 06.11.2012 (www.kvs-sachsen.de)

Seit 1. September 2012 ist ein intranasal zu verabreichender Grippe-Lebendimpfstoff (Fluenz®) erstmals auf dem deutschen Markt erhältlich. Dieser scheint aufgrund der ansprechenden Applikationsart als Nasenspray eine Alternative zu den bekannten Influenza-Totimpfstoffen zu sein. Fluenz® ist in Deutschland für Kinder im Alter von zwei bis einschließlich 17 Jahren zugelassen. In den USA ist dieser Impfstoff unter dem Namen FluMist® bereits seit 2003 zugelassen (aktuell ab vollendetem 2. Lebensjahr bis 49. Lebensjahr). Die Erfahrungen damit sind positiv.

- Der neue Impfstoff bietet vor allem für Kinder folgende Vorteile (Abb. 1):
- intranasale Applikation,
 - deutlich höhere Schutzrate im Vergleich zu den bisherigen nichtadjuvantierten,
 - Influenza-Totimpfstoffen (Ambrose et al, 2012; Osterholm et al. 2012),
 - zusätzliche heterotope Kreuzimmunität,
 - schneller Wirkungseintritt.

Der neue Impfstoff (in den USA: FluMist®, in Europa und Deutschland: Fluenz®) zeigte in einer kürzlich durchgeführten Studie vor allem bei kleinen Kindern weiterhin eine gute Schutzwirkung gegenüber Influenza-assoziiertes akuter Otitis media (Block et al, 2011) und rekurrenden Influenza-assoziierten Atemwegsinfekten (Ashkenazi et al. 2006). → Diese Teilaspekte negieren das arznei-telegramm® und die KVS. Die Sächsische Impfkommission (SIKO) empfiehlt sinnvollerweise

neben der Indikationsimpfung eine generelle Influenza-Impfung aller Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), von Jugendlichen und Erwachsenen (Impfempfehlung E 1, Standardimpfung). Es ist sehr zu hoffen, dass sich mit dem neuen kinderfreundlichen und gut verträglichen Impfstoff die Durchimpfungsrate steigern lässt.

→ Auf diese wichtige SIKO-Empfehlung geht die KVS leider überhaupt nicht ein.

Natürlich sind bei Fluenz® (wie bei anderen Lebendimpfstoffen auch (zum Beispiel Varizellenimpfung, MMR etc)) bestimmte Kontraindikationen zu beachten. Dies betrifft in erster Linie Kinder und Jugendliche, die aufgrund eines bestimmten schweren Grundleidens geimpft werden (= Indikationsimpfung):

Fluenz® sollte nicht bei Kindern und Jugendlichen mit schwerem Asthma oder akutem Giemen angewendet werden, da solche Patienten im Rahmen von klinischen Studien nicht hinreichend untersucht wurden.

Es ist auch ungeeignet für Kinder und Jugendliche mit klinischer Immunschwäche aufgrund von Erkrankungen oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva, zum Beispiel: akute und chronische Leukämie; Lymphom; symptomatische HIV-Infektion; zelluläre Immundefekte und hochdosierte Kortikosteroid-Behandlung. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die eine Salicylat-Therapie erhalten, sollten ebenfalls

Merkmale verschiedener Grippe-Impf-Prinzipien

	LAIV	TIV
Verabreichung	Nasenspray	intramuskuläre Injektion
Systemische Immunogenität	IgG, IgA im Serum	IgG, IgA im Serum
Mukosale Immunogenität	sekretorisches IgA und IgM an Schleimhäuten, IgG-Transudation in Lunge	IgG-Transudation in Lunge
Zeit bis Schutzwirkung	wenige Tage	10–14 Tage
Wirksamkeit bei Kindern*	82% (95% KI 71–89%)	59% (95% KI 41–71%)
Schutz junger Kinder nach einer Dosis	+	(+)
Kreuz-Schutz hinsichtlich nicht im Impfstoff enthaltener Influenza-Typen	+	–
Indirekte Effekte	Herdimmunität, Transmissionsprophylaxe	(Transmissionsprophylaxe)

LAIV = attenuierte intranasale Lebend-Influenza Vakzine; TIV = trivalente (intramuskuläre) Influenza Vakzine, nicht adjuvantiert. * gemäß Cochrane Meta-Analyse [30]. 95% KI = 95% Konfidenzintervall.

Tabelle 1: Rose MA, Zielen S, Baumann U. Mucosal immunity and nasal influenza vaccination. Expert Rev Vaccines. 2012 May;11(5):595-607 (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Markus Rose)

nicht mit Fluenz geimpft werden, da Salicylate und eine Wildtyp-Influenza-Infektion mit dem Reye-Syndrom in Verbindung gebracht wurden (Fachinformation Fluenz®).

In der Praxis betrifft dies nur einen kleinen Patientenkreis, der dementsprechend mit einem herkömmlichen Influenza-Totimpfstoff geimpft werden sollte. Fluenz® ist nicht kontraindiziert bei Personen mit asymptomatischer HIV-Infektion sowie bei Personen, die topische/inhalative Kortiko-

steroide oder niedrig dosierte systemische Kortikosteroide erhalten oder die Kortikosteroide als Ersatztherapie anwenden, zum Beispiel bei Niereninsuffizienz.

In den USA, wo der Influenza-Lebendimpfstoff (FluMist®) schon seit einigen Jahren erfolgreich eingesetzt wird und bereits mehr als 50 Millionen Mal geimpft wurde, gab es auch bei bestimmten Risikogruppen keine ernstesten Probleme mit dieser Impfung (Halasa et al. 2011; Ambrose et al. 2012).

Die Barmer-GEK übernimmt ab sofort die Kosten für Fluenz (Kinder- und Jugend-Programm) für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren. Bei den anderen Kassen ist die Kostenübernahme zurzeit noch nicht geregelt oder hängt von einer Einzelfallentscheidung ab.

Wir bedauern sehr die einseitige, nicht stichhaltige und wissenschaftlich gänzlich unbegründete Argumentation gegen Fluenz von Seiten des arznei-telegramm® und der KVS.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Univ.-Prof. Dr. med. Volker Schuster
dr. med. Katalin Dittrich
Prof. Dr. med. Holger Christiansen
Universitätsklinik und Poliklinik für
Kinder und Jugendliche Leipzig
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig
E-Mail: volker.schuster@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. habil. Michael Borte
Mitglied der SIKO
Klinikum St. Georg gGmbH, Akademisches
Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
LUA Sachsen, Standort Chemnitz
18. 1. 2013

Film „Nur eine Spritze“

Publikation Prof. Dr. Bigl und Dr. Oettler, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2012

Sehr geehrte Damen und Herren, mit besonderer Genugtuung habe ich die großartige wissenschaftliche und richtigstellende Leistung oben genannter Experten bezüglich der bedauerlichen Ereignisse des Anti-D-Infektionsgeschehens der Jahre 1978/79 zur Kenntnis genommen. Ich gehöre zu den Geburtshelfern, die in den ersten Jahren nach der Zulassung des Präparates selbiges an der Universitätsfrauenklinik Halle an betreffende Wöchnerinnen verabreicht haben, später in meiner eigenen Frauenklinik am damaligen Bezirkskrankenhaus Cottbus. Ich sehe noch heute die Mütter vor meinem geistigen Auge, wie glücklich sie waren, als sie das gesunde 2. oder 3. Neugeborene in den Arm nehmen konnten. Man erinnere sich an die Zeiten davor, als wir dem Kinderarzt schwerste Fälle von Morbus haemolyticus neonatorum zur fragwürdigen Behandlung übergeben mussten.

Es ist zweifellos so, dass die zuständigen Filmemacher und Berichterstatter nicht die geringste Ahnung von den wirklichen sachlichen und fachlichen Zusammenhängen haben, sodass es zu diesen streckenweise

nahezu verleumderischen Darstellungen gekommen ist. Nicht ausgeschlossen erscheint es mir, dass es in diesem Zusammenhang vorwiegend um gesellschaftspolitische Diffamierungen des Gesundheitswesens der DDR geht. Von ethisch-moralischen Grundsätzen gegenüber der Gesellschaft kann bei den Verantwortlichen nicht mehr die Rede sein. Ich möchte daher den Schlusssatz der Autoren dieser aufklärenden Publikation von Prof. Dr. Bigl und Dr. Oettler im „Ärzteblatt Sachsen“ dahingehend erweitern, dass dieser Film nicht nur absolut entbehrlich in seiner Form, sondern auch inhaltlich der Wahrheit gemäß korrekturpflichtig ist.

Den Autoren Prof. Dr. Bigl und Dr. Oettler bezeuge ich großen Respekt und danke auch im Namen vieler mir bekannter Geburtshelfer. Dem Institut für Blutspende- und Transfusionswesen Halle und den Wissenschaftlern Dr. Schubert und Dr. Tesar zolle ich trotz der bedauerlichen, mehr objektiv als subjektiv entstandenen Pannen meine Hochachtung für ihre wissenschaftliche Gesamtleistung. Ich würde mich freuen, wenn Sie sich meiner Auffassung anschließen könnten.

Mit freundlichem Gruß
Prof. em. Dr. med. Heinz Radzuweit,
ehemaliger Chefarzt der Frauenklinik des
früheren Bezirkskrankenhauses und späteren
Carl-Thiem-Klinikums Cottbus
11. 12. 2012

Liebe Kollegen, es ist mir ein Bedürfnis, Ihnen für die ausführliche, exakte Stellungnahme zum fehlerbehafteten, irreführenden Film „Nur eine Spritze“ zu danken. Ich halte es für sehr wichtig (und da danke ich dem Redaktionskollegium), dass diese Richtigstellung durch Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl erfolgt ist und Sie diese veröffentlicht haben, damit wenigstens unsere sächsischen Ärzte wissen, wie dieses Problem wissenschaftlich-nüchtern ohne Politik und finanzielle Wünsche – andere HCV-Infizierte erhalten ja keine vergleichbare Entschädigung – einzuschätzen ist.

Zur Ergänzung muss man auch anfügen, dass die weitaus überwiegende Anzahl der Betroffenen das HCV-Problem sachlich einschätzt und sich bei Notwendigkeit einer antiviralen Therapie unterzogen hat, sich sowohl bei den von uns durchgeführten Patientenveranstaltungen als auch über die „Deutsche Leberhilfe“ informiert und ehrenamtlich anderen Infizierten hilft. Ich weiß dies, weil ich noch heute in unserer Praxis persönlich 150 Frauen der Anti-D-Gruppe betreue. Die sachlich-vernünftige Bewertung durch eine Vielzahl Betroffener wurde – obwohl den Filmemachern mitgeteilt – im Film nicht berücksichtigt.

Mit kollegialen Grüßen
Prof. Dr. med. habil. Manfred Wiese, Leipzig
17. 1. 2013

Wir steuern ohne Praxisgebühr

Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2012

Sehr geehrte Damen und Herren, zu den bedauernden Kommentaren der Kollegen Bodendieck, Lipp und Windau bezüglich der Abschaffung

der Praxisgebühr kann ich nur mit dem Kopf schütteln. Diese Meinung spiegelt auch sicher nicht die der meisten sächsischen Ärzte wieder. Eben, weil durch die Praxisgebühr kaum eine Steuerungsfunktion erfolgte, wurde sie abgeschafft. Es gibt ausreichend in unseren Praxen zu tun, sodass ich auf dieses bürokratische Monster gern verzichte. Ich

bin auch froh, dass ich diese Gebühr nicht mehr im KV-Dienst oder im Hospiz eintreiben muss. Und nicht zu vergessen: Die ärmsten Patienten blieben oft außen vor.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Andreas Lochner, Markkleeberg
5. 1. 2013

Migranten ohne Aufenthaltsstatus – kein Recht auf Gesundheit?

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für Migranten ohne Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung schwierig. Häufig warten die Migranten aus Angst vor Kosten oder vor Abschiebung deshalb sehr lange, bevor ein Arzt aufgesucht wird.

Das Medinetz Leipzig e.V. ist ein Netzwerk aus Gesundheitsarbeitern, die den Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus verbessern wollen. Dafür benötigt das Medinetz Leipzig dringend Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Kooperation vorstellen können.

Aus der Praxis des Medinetz Leipzig

Frau N. hat im Frühjahr 2012 ein Kind zur Welt gebracht. Sie kommt aus einem anderen Land und ist nicht krankenversichert. Das Kind musste als Frühgeborenes nach der Geburt einige Wochen in einer Klinik der Maximalversorgung in Sachsen versorgt werden. Bei der Entlassung wurde den Eltern die engmaschige pädiatrische Betreuung des Säuglings ans Herz gelegt.

Familie N. wendete sich kurz darauf an das Medinetz Leipzig mit einer Krankenhausrechnung über mehrere tausend Euro.

Um sie bei der Durchsetzung ihres Rechtes auf die Kostenübernahme zu unterstützen, vermittelte das Medinetz Leipzig den Eltern einen Anwalt. Die Vermittlung eines Ter-

mins in der Pädiatrie gestaltete sich deutlich schwieriger, da sich über Monate kein Termin bei einem Pädiater vereinbaren ließ, der bereit war, seine Arbeitszeit umsonst und Sachmittel ermäßigt zur Verfügung zu stellen. Auch das Gesundheitsamt konnte nicht weiterhelfen. Drei Monate nach Entlassung des Säuglings aus dem Krankenhaus ist es dem Medinetz Leipzig schließlich gelungen, einen Termin bei einer Ärztin zu vereinbaren, die sich bereit erklärte, einmalig überfällige U-Untersuchungen und Impfungen durchzuführen. Anfallende Kosten für Impfungen und Medikamente übernimmt das Medinetz Leipzig.

Praktische Hilfe und politische Initiative

Deutschlandweit existieren über 30 Medinetze und Medibüros. Zusammen versorgen diese jährlich mehrere tausend Menschen ohne Aufenthaltsstatus ehrenamtlich und anonym. Medinetze organisieren medizinische Versorgung durch Niedergelassene und Krankenhäuser, die Arbeitszeit und zum Teil Arbeitsmittel kostenfrei erbringen. Anfallende Rechnungen werden durch Spenden bezahlt. Zudem setzen sich die Medinetze für einen verbesserten Zugang von Migranten zum Gesundheitssystem ein. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das im Grundgesetz festgeschrieben ist, gilt auch für Migranten.

Das Medinetz Leipzig e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der im Januar 2009 gegründet wurde. Seitdem gibt es eine wöchentliche Sprechstunde, die abwechselnd von insgesamt zehn Studenten geführt wird. In der Sprechstunde werden

Migranten ohne Krankenversicherung Arzttermine im Ärztenetzwerk vermittelt oder Operationen und Geburten durch kooperierende Krankenhäuser ermöglicht. Neben der Vermittlung in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, die anonym und kostenfrei behandeln, kooperiert das Medinetz eng mit anderen Beratungseinrichtungen, Dolmetschern und Anwälten.

Häufig bleibt die medizinische Versorgung jedoch provisorisch und unzureichend, wenn sich kein passender Facharzt finden lässt, wenn die Summe für die Operation aus Spenden nicht aufzubringen ist oder wenn notwendige Diagnostik nicht organisiert werden kann.

Eine adäquate medizinische Versorgung kann in diesem System, das auf zivilgesellschaftlichem Engagement und Spenden basiert, nicht gewährleistet werden. Die Vermittlung in ein ehrenamtlich arbeitendes Netzwerk von derzeit etwa 30 Ärzten und Therapeuten versteht das Medinetz Leipzig nicht als Lösung, sondern als Notbehelf für Menschen, die anderenfalls von Gesundheitsversorgung gänzlich ausgeschlossen wären.

Hintergrund

Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind abgelehnte Asylbewerber, Studenten oder Touristen, die nach Ablauf des Visums geblieben sind, Menschen die illegal eingereist sind, um in Deutschland zu arbeiten, oder Familienangehörige, die selber kein Aufenthaltsrecht erhalten haben (Schönwälder, Vogel, Sciortino; 2004). Nach offiziellen Schätzungen leben in Deutschland 100.000 bis 1 Million Menschen ohne Aufenthaltsstatus, für Sachsen gibt es keine Zahlen-schätzungen (BAMF; 2006).

Dazu kommt eine große Zahl Migranten aus neuen EU-Ländern, die eingeschränkte Rechte genießen und häufig nicht krankenversichert sind. Oft weist ihr Leben Parallelen zu dem illegalisierter Migranten auf (Frings; 2004).

Diese sind in aller Regel ausgeschlossen von gesellschaftlicher Teilhabe und von der Einlösung ihrer Grundrechte. Leben ohne Rechte bedeutet Arbeitsbedingung und -löhne können schlecht verhandelt werden, Kinder nicht in der Schule angemeldet werden, Gewalttaten nicht angezeigt werden und Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen werden (Schönwälder, Vogel, Sciortino; 2004). Weil jede offizielle Stelle in Deutschland eine Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) an die Polizei hat, wenn sie von dem illegalen Aufenthalt eines Ausländers erfährt, sind Rechte für illegalisierte Migranten nicht umsetzbar und nicht einklagbar (DIMR; 2007). Im europäischen Vergleich weist Deutschland eine der höchsten Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf (MdM; 2007). Mehrfach hat der Deutsche Ärztetag in der Vergangenheit die Meldepflicht sowie den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem kritisiert (zuletzt 113. Deutscher Ärztetag Dresden 2010).

Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Gesundheitssystem – die Rechtslage

Ärzte und Krankenhauspersonal haben keine Meldepflicht. Eine Meldung an Polizei oder Ausländerbe-

hörde verletzt vielmehr die Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 88 AufenthG). Ärzte machen sich nicht strafbar, wenn sie Menschen ohne Aufenthaltsstatus versorgen, eine Verweigerung der Behandlung kann hingegen strafbar sein (§ 323c StGB, § 95 AufenthG).

Kommt ein Patient ohne Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung in ein Krankenhaus oder eine Praxis, sollte zunächst die notwendige Diagnostik durchgeführt werden. In einem Gespräch sollten Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten geklärt werden. Die medizinische Behandlung sollte sich nicht von der Behandlung anderer Patienten unterscheiden. Für die Migranten ist es zudem wichtig zu wissen, dass nicht die Polizei gerufen wird, sondern gemeinsam Möglichkeiten der Behandlung gesucht werden. Es sollte nicht der Vordruck zur Kostenübernahme als Privatzahler ausgehändigt werden, sondern gegebenenfalls mit Unterstützung des Sozialdienstes oder Beratungseinrichtungen eine der folgenden Abrechnungsmöglichkeiten genutzt werden (ÄK Hamburg; 2008):

- Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind theoretisch durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) versorgt, welches nicht nur die Versorgung von Asylsuchenden regelt, sondern auch von Menschen ohne Aufenthaltsrecht (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). Eine Abrechnung medizinischer Leistungen über das Sozialamt nach § 4 und § 6 AsylbLG ist möglich bei akuter Erkrankung, Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt, bei zur Sicherung der Gesundheit unerlässlicher Behandlungen sowie amtlich empfohlenen Impfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen.

Nur in Notfällen kann die Kostenübernahme erst nach erfolgter Behandlung beantragt werden. Für illegalisierte Migranten bedeutet dies, dass sie von Behandlung, die nicht notfallmäßig erfolgt, offiziell ausgeschlossen

sind, da die Beantragung eines Krankenscheines beim Sozialamt im Vorfeld einer Behandlung die Weiterleitung der Daten an die Ausländerbehörde und damit die Abschiebung bedeutet (§ 87 AufenthG).

Im Falle einer Behandlung im Notfall kann der Antrag auf Kostenübernahme ans Sozialamt nach der Behandlung stattfinden und auch durch Dritte geschehen (Arzt oder Sozialdienst).

In diesem Fall gilt eine Ausnahme der Meldepflicht (§ 88 AufenthG), die mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz 2010 (AVV) bestätigt wurde: Für Daten, die im Rahmen der medizinischen Behandlung aufgenommen wurden, gilt die verlängerte Schweigepflicht. Das bedeutet, dass weder medizinisches Personal noch das mit der Abrechnung befasste Personal noch die Sozialbehörde im Falle eines Patienten ohne Aufenthaltsstatus die Polizei informieren darf, wenn diese Daten im Rahmen einer medizinischen Behandlung aufgenommen wurden (§ 88 AufenthG sowie AVV zum AufenthG Nr 88.2.1-88.2.3 und 88.2.4.0). Suchen Migranten ohne Aufenthaltsstatus Krankenhaus oder Praxis zur Notfallversorgung auf, kann die Kostenübernahme nachträglich durch die Behandelnden vom Sozialamt eingefordert werden. Zum Schutz der Patienten ist es empfehlenswert bei der Weiterleitung an das Sozialamt, dieses darauf hinzuweisen, dass diese Daten dem verlängerten Geheimnisschutz nach § 88 AufenthG unterliegen und nicht der Ausländerbehörde zur Verfügung gestellt werden dürfen. Das Sozialamt ist im Falle von mittellosen illegalisierten Migranten zur Kostenübernahme verpflichtet, die Datenweiterleitung ist untersagt (Katholisches Forum; 2009).

In der Praxis meiden viele Migranten weiterhin auch in Notfällen das Gesundheitssystem, weil Meldungen an Polizei und Aus-

länderbehörde durch Ärzte oder das Sozialamt rechtswidrig vorkommen (Classen; 2012).

- Bei Migranten, die im Heimatland versichert sind, kann die Krankenkasse im Heimatland der zuständige Kostenträger sein (Frings; 2004).
- Kommt keine der Abrechnungsmöglichkeiten in Betracht, sollte erwogen werden, ob die Klinik oder die Praxis dem Patienten eine Behandlung zu einem reduzierten Preis oder in Ratenzahlung anbieten kann (ÄK Hamburg; 2008).
- Es gibt weitere Möglichkeiten, die in seltenen Fällen, zum Beispiel bei Arbeitsunfällen oder Gewalttaten, eine Finanzierung ermöglichen. Weitere Informationen finden sich in der Broschüre der Bundesärztekammer (BÄK; 2012). In den meisten Fällen bleibt Migranten ohne Aufenthaltsstatus jedoch für die nicht notfallmäßige Versorgung nur die Option der Bezahlung als Privatpatient oder die Versorgung in zivilgesellschaftlichen Netzwerken wie dem Medinetz.

Lokale Lösungsansätze – der anonymisierte Krankenschein

Am 12.12.2012 hat die Stadt Leipzig das „Gesamtkonzept zur Integration der Migranten in Leipzig“ verabschiedet. Es beinhaltet die Vereinbarung, dass die Stadtverwaltung die Einführung eines anonymisierten Krankenscheines für Migranten ohne Aufenthaltsstatus überprüft.

Seit vielen Jahren fordern die Medinetze bundesweit die Abschaffung diskriminierender Gesetze, wie das Asylbewerberleistungsgesetz und die Meldepflicht, um den gleichberech-

tigten Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten zu ermöglichen. Da notwendige Gesetzesänderungen mittelfristig nicht realisierbar sein werden, sind lokale Konzepte, wie der anonyme Krankenschein, notwendig. Ziel ist es, Menschen ohne Aufenthaltsstatus die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu ermöglichen, ohne sie durch eine Datenweitergabe an die Ausländerbehörde zu gefährden. Die Migranten sollen mit einem anonymisierten Krankenschein, der durch eine spezielle Vergabestelle ausgehändigt werden kann und nicht ihren Namen preisgibt, die Institutionen der Regelversorgung in Anspruch nehmen können. Die Abrechnung soll über das Sozialamt erfolgen. Die Stadt Leipzig hat die defizitäre Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in ihrem Integrationskonzept erkannt und die Einführung eines anonymen Krankenscheines als Lösung thematisiert. Das Medinetz Leipzig hat der Stadt bereits ein Konzept zum anonymisierten Krankenschein vorgelegt und wird in Kürze konkrete Verhandlungen aufnehmen.

Ärzte dringend gesucht

Sie können das Medinetz Leipzig durch Ihr Engagement unterstützen. Das Medinetz Leipzig sucht insbesondere Kinderärzte, Gynäkologen, Zahnärzte sowie Internisten. Auch andere Fachrichtungen werden gelegentlich benötigt. Der Umfang des Engagements kann individuell abgesprochen werden.

Die Bereitschaft einmal pro Woche oder pro Monat bei einem Kind eine U-Untersuchung durchzuführen oder eine gynäkologische Untersuchung anzubieten, ermöglicht wertvollen

Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis



Flyer der Bundesärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer

Zugang zu medizinischer Versorgung. Für Fragen und Anregungen steht das Medinetz Leipzig gern zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
 Anna Kühne, Ärztin, MPH
 Medinetz Leipzig
 Kurt-Eisner-Straße 40
 04275 Leipzig
 Tel.: 0341 125 98 41
 Fax: 0341 2112052
 E-Mail medinetz-leipzig@gmx.de
www.Medinetz-leipzig.de

Abschlussprüfung

Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf **am Montag, dem 6. Mai 2013, 9.00 – 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von ca. Mitte Mai 2013 bis Mitte Juli 2013.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 6. Mai 2013 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2013 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei einer Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunter-

richt vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin oder des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2013,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung

für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) spätestens bis zum 6. März 2013 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171/173 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Sächsische Ärztemeisterschaft

Der Vorstand des Sächsischen Sportärztesbundes e.V. organisiert wie in den letzten Jahren eine Sächsische Ärztemeisterschaft im 10-km-Straßenlauf.

Diese findet im Rahmen des 23. Citylaufs in Dresden am 24. März 2013 statt.

Die Anmeldung ist nur online unter der website <http://citylauf.laufszene-events.com> möglich, dabei ist der Button Ärztebewertung unbedingt anzuklicken.

Dr. med. Axel Klein, Dresden
Tel: 0351 337434
www.ortho-dresden.de

Stellenausschreibung

Die Sächsische Landesärztekammer – Körperschaft des öffentlichen Rechts – sucht zum 1.7.2013 einen

Ärztlichen Geschäftsführer (m/w)

Er/Sie leitet, in Abstimmung mit dem Präsidenten und dem Hauptgeschäftsführer, verantwortlich den ärztlichen Geschäftsbereich, einschließlich aller damit verbundenen geschäftsmäßigen und organisatorisch-verwaltungsmäßigen Aufgaben nach Maßgabe der Beschlüsse und Entscheidungen der Kammerversammlung und des Vorstandes. Die Zusammenarbeit mit haupt- und ehrenamtlichen Kammergremien, mit Behörden, Verbänden

und sonstigen Institutionen, die Wahrnehmung der Ombudsfunktion für alle Kammermitglieder und Sonderprojekte gehören ebenso zu den Aufgaben wie die Führung der zugeordneten Mitarbeiter.

Erwartet werden eine abgeschlossene Hochschulbildung als Mediziner, eine Qualifikation als Facharzt sowie Promotion, Erfahrungen in der freiberuflichen und ärztlichen Selbstverwaltung und im Ablauf von Verwaltungsprozessen, Kenntnisse der Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik. Englischkenntnisse sind erwünscht.

Den/die Bewerber/in zeichnen diplomatisches Geschick, Integrations- und Teamfähigkeit, überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft, persönliche Inte-

grität, Organisationsfähigkeit, die Fähigkeit zum strategisch vorausschauenden Denken und Handeln, analytisches und konzeptionelles Denkvermögen, Führungsstärke und eine sehr gute Allgemeinbildung aus. Die Bereitschaft zu gelegentlichen Dienstreisen wird vorausgesetzt.

Ihre Bewerbung mit den entsprechenden Unterlagen und Angaben zur Gehaltsvorstellung richten Sie bitte an die

Sächsische Landesärztekammer,
Herrn Ass. jur. Michael Schulte
Westenberg,
Hauptgeschäftsführer,
persönlich/vertraulich,
Schützenhöhe 16,
01099 Dresden.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 7. April 2013
11.00 Uhr – Junge Matinee
Von Bach bis Stravinsky
Kammermusik – Werke von Johann Sebastian Bach, Claude Debussy, Joseph Haydn, Igor Stravinsky und Johannes Brahms
Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 5. Mai 2013
11.00 Uhr – Junge Matinee
Junge Preisträger stellen sich vor
Preisträger des Landeswettbewerbes „Jugend musiziert“ stellen sich vor.
Es wird Musik für Violine und Klavier dargeboten von Schülerinnen und Schülern des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen Foyer und 4. Etage

Carsten Gille
De rerum natura
bis 24. März 2013

Stephanie Marx
Grafik
27. März bis 20. Mai 2013
Vernissage: Donnerstag, 28. März 2013,
19.30 Uhr
Einführung: Hubertus Giebe, Maler,
Dresden

Hommage an das Musikland Sachsen

Das Tübinger Ärztetheater gastiert im Freistaat
Sonntag, 28. 4. 2013, 19.30 Uhr
Theater Meißen
Mittwoch, 1. 5. 2013, 19.30 Uhr
Evangelische Kreuzkirche Görlitz
Robert Volkmann: 1. Sinfonie d-Moll op. 44
Albert Dietrich: Violinkonzert op. 30
Robert Schumann: Abendmusik
Leitung: Dr. med. Norbert Kirchmann

Solist: Jochen Bruschi-Violine
Karten gibt es jeweils an der Abendkasse.

Volkman und Dietrich wurden in der Nähe von Meißen geboren.

Die Sinfonie von Volkmann gilt als die wichtigste ihrer Zeit zwischen Schumann und Brahms, zwischen den Jahren 1850 bis 1876.

Das Violinkonzert des Schumannschülers Dietrich, der in seiner Zeit hoch angesehen war, wurde zum Beispiel von Brahms sehr geschätzt und von ihm in Wien aufgeführt. Noch vor einem Jahr wurde Dietrichs Oper „Robin Hood“ in Erfurt erfolgreich wiederentdeckt.

Die „Abendmusik“ von Schumann wurde bisher weltweit nur einmal aufgeführt – in der Dresdner Frauenkirche. Das seit 1984 von Dr. Kirchmann gegründete Tübinger Ärztetheater ist in seiner Region seit Jahren für seine ausgesuchten Raritätenkonzerte bekannt.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, 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. 13/C013
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2013

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 13/C014
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2013

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 13/C015

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 13/C016

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 13/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 13/D015
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2013

Löbau-Zittau

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
(Vertragsarztsitz in einer bedarfsplanungsrelevanten Nebenbetriebsstätte eines medizinischen Versorgungszentrums)
Reg.-Nr. 13/D016

Weißeritzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 13/D017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 13/L011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

KV Sachsen
Landesgeschäftsstelle

**1. Dresdner Ball
DER HEILBERUFE**

**Samstag,
6. April 2013
Empfang ab 19 Uhr**

Albertinum
Lichthof und Skulpturensammlung
Tzschirnerplatz 2
01067 Dresden

Weitere INPOS und KARTENBESTELLUNG auf www.kreisärztekammer-dresden.de

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)
Sekretariat: Frau Riedel
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267-134 · Fax 0351 8267-132
Technische Bestellung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr
info@kreisärztekammer-dresden.de

Ballkarte
(mit Tischreservierung) **130 €**

Wir empfehlen eine nichtstrahlige Ankleidung, die Berechnung in der Rückzahlung Ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Präsentiert von der Kreisärztekammer Dresden

Mein Bund, den ihr bewahren sollt

Deusel, Antje Yael

Verlag Herder

1. Auflage, 2012

Preis 19,96 EUR, 170 Seiten,

13,5 x 21,5 cm

ISBN: 978-3-451-30612-9

Seit der Entscheidung des Kölner Landgerichts, die „Beschneidung männlicher Nachkommen aus religiösen Gründen als strafbare Körperverletzung zu bezeichnen“, ist eine heftige Debatte in der Öffentlichkeit, der Justiz und auch der Medizin über die Beschneidung männlicher Kinder entbrannt. Nun gibt es eine klare medizinische Indikation zur Beschneidung, die zum Beispiel im Vorliegen einer Phimose liegt. Aber: Sollten die Ärzte ein Kind auch beschneiden, wenn keine medizinische Indikation vorliegt, sondern allein der religiös motivierte Wunsch der Eltern, als Akt und Zeichen der Zugehörigkeit zum Judentum oder zum Islam?

Sowohl im Judentum als auch im Islam gehört die Beschneidung männlicher Nachkommen zum „unbedingten Zeichen der Zugehörigkeit“ zu dieser ethnischen bzw. Religionsgemeinschaft, wie die Taufe in der christlichen Religion.

In dem Buch „Mein Bund, den ihr bewahren sollt“ geht die in Nürnberg geborene Rabbinerin Dr. med. Antje Yael Deusel, Oberärztin an der Urologischen Klinik in Bamberg, umfassend auf die Bedeutung der Beschneidung männlicher Nachkommen ein. Es werden die Methoden der Beschneidung dargelegt, das religiöse Procedere und die historischen Hintergründe. Ausführlich wird die große Bedeutung der Beschneidung als „Zeichen des Bundes mit Gott“ dargelegt und damit auf die Unverzichtbarkeit eines solchen Aktes hingewiesen. Neben dieser ausführlichen Beschreibung der religiösen Bedeutung wird auch auf die medizinische und sexualethische eingegangen, die man ein wenig ausführlicher hätte darstellen können. Obwohl man das Buch durch Bilder – die



leider völlig fehlen – interessanter hätte gestalten können, ist es inhaltlich besonders für Ärzte und Juristen äußerst wichtig zum Verständnis der religiösen Bedeutung der Beschneidung für Juden und auch Muslime.

Dr. med. Lothar Markus, Leipzig

Dresden von oben

Ralf Lehmann

Luftbildband

Mit Texten von Claus-Dieter Steyer

Steyer

Preis: 12,95 EUR

96 S., geb., 210 x 148 mm

ISBN 978-3-89812-938-1

Die Silhouette Dresdens, den „Canalotto-Blick“, kennt jeder, doch die pulsierende Elbmétropole hat mehr zu bieten als sächsisches Barock. In über 90 Luftaufnahmen zeigt der Band Dresden aus einer neuen, inspirierenden Perspektive jenseits der touristischen Zentren. Und ebenso geht der Flug über sehenswerte Orte in der Nähe der Stadt: etwa über

Schloss Pillnitz, die Festung Königstein, die Burg Stolpen, Schloss Moritzburg oder die Meißner Altbrechtsburg mit dem Dom.

In kurzen, pointierten Texten stellt zudem der Journalist Claus-Dieter Steyer die Stadt vor, er schreibt von außergewöhnlichen Bauwerken, Veranstaltungen wie der „Bunten Republik Neustadt“ und dem „Semper-Opernball“, der Dresdener Fußballbegeisterung oder dem Stadtbeinamen „Elbflorenz“.

Und er widmet sich auch den gezeigten Zielen nahe der sächsischen Landeshauptstadt.

Dieser Luftbildband ist für alle diejenigen gedacht, die gern den „Über-



Fotograf: Ralf Lehmann, Halle (Saale)

blick“ bewahren, seien es gebürtige Dresdner, Zugezogene, Touristen oder Liebhaber der Stadt.

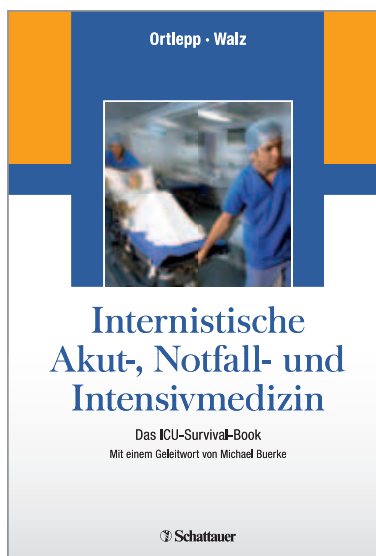
Sigrun Hummel, Halle (Saale)

Internistische Akut-, Notfall- und Intensivmedizin

Jan Ortlepp, Roland Walz, Schattauer; Auflage: 1., Aufl. 2012 (20. März 2012)
ISBN-10: 3794528069
ISBN-13: 978-3794528066

Der erste Einsatz auf der Intensivstation ist wahrscheinlich für jeden Arzt eine einschneidende Erfahrung, auch wenn man die Umgebung bereits im Studium kennengelernt zu haben glaubt. Wenn man sich bereits nach wenigen Tagen der Einarbeitung plötzlich erstmals in verantwortlicher Position einem akut erkrankten Patienten gegenübersteht, stellt sich schnell die Überlebensfrage, in erster Linie und unmittelbar natürlich für die betroffenen Patienten, letztlich aber auch für den behandelnden Arzt, dessen persönliche Reputation und Selbstschätzung schon am Anfang der Karriere ganz wesentlich auch von seiner Entscheidungssicherheit und dem Behandlungserfolg abhängen. Aus gutem Grund wird daher praktisch jeder „Anfänger“ auf einer Intensivstation kritisch begutachtet: vom oftmals sehr erfahrenen Pflegepersonal, von den älteren Kollegen, den vorgesetzten Oberärzten, dem Abteilungsleiter und letztlich auch von den Patienten und ihrer Angehörigen. In diesem „Dschungel“ hat sich wohl schon so mancher eine Leitlinie für das eigene Überleben gewünscht – ein „Survival-Buch“ für die Intensivstation eben, welches nun in der ersten Auflage vorgelegt wurde.

Auf den ersten Blick scheinbar eine Enttäuschung: das Buch passt nicht in die Kitteltasche! Aber wer trägt schon einen Kittel im Einsatz auf der Intensivstation? Gut, aber so richtig großvolumig ist es andererseits auch nicht!? Das macht das Buch sicherlich gut tragbar für den täglichen Weg zur Arbeit, aber kann es mit diesem (augenscheinlich doch limitierten) Umfang auch genug Informationen liefern? Die Antwort nach intensiver Durchsicht fällt leicht: YES – IT CAN!



Die Texte bestechen durch einen äußerst gelungenen Spagat zwischen stichwortartiger, prägnanter Kürze und wertvoller Information, vielfach unterstützt durch pointierte Formulierungen und kurze Merksätze, die das Lesen abwechslungsreich und spannend machen. Kaum ein Abschnitt, der nicht unmittelbar praktische Informationen enthält und trotz des handlichen Umfangs erstaunlich viel Platz lässt für übersichtliche Flow-Charts, Checklisten und grafische Darstellungen inklusive einiger qualitativ hochwertiger Fotografien von therapeutischen Maßnahmen und Geräten. Besonders hilfreich für den Einsteiger in die Intensivmedizin sind dabei die therapeutischen Empfehlungen, die fast ausnahmslos unmittelbar als Anordnung für die Patientenkurve übernommen werden können. Dabei ist bei den Medikamenten zu fast jedem Wirkstoff auch ein exemplarischer Handelsname genannt, was den Alltag doch erheblich erleichtern kann. Wo erforderlich findet man auch die notwendigen praktischen Empfehlungen zur Dosistitration und -anpassung. Die Kapitel zur Sepsis, Beatmung, Thrombozytenaggregation und zu den Nierenersatzverfahren sind topaktuell und lesenswert. Nicht zu kurz kommt die Schmerztherapie mit klaren Stufenschemata und Empfehlungen zur Ernährung – beides Behandlungsfragen, die den Assistenzarzt sicherlich öfter beschäftigen als die Therapie des Leberfallskomas oder der seltenen Porphy-

rien. Über die engere internistische Intensivmedizin hinaus wird die neurologische Akutbetreuung sehr übersichtlich und auch für den eher kreislauforientierten Internisten gut verständlich dargestellt. Trotz – oder gerade wegen – des ausgeprägten Praxisbezugs fehlen auch Hinweise zu den zugrundeliegenden Studien nicht und am Ende jedes Kapitels finden sich jeweils Literaturangaben, welche Gelegenheit zur weiteren Vertiefung bieten. Den Autoren ist es damit in didaktisch hervorragender Weise gelungen, einen weitestgehend vollständigen Handlungsleitfaden für die täglichen (und auch selteneren) Fragen der modernen internistisch-konservativen Intensivmedizin zu entwerfen, den man nur ungern wieder aus der Hand gibt und den man gern auch als Repetitorium vor der Prüfung im Schwerpunkt nutzt. Etwas unorthodox erscheint auf den ersten Blick die thematische Reihenfolge der Kapitel, wobei sich Überschneidungen nicht ganz vermeiden lassen. So beginnt es mit dem Notfallmanagement der Herzrhythmusstörungen, welche einige Kapitel weiter nochmal separat behandelt werden. Im Inhaltsverzeichnis stehen beide Kapitel ohne Differenzierung gleichberechtigt nebeneinander, sodass man letztlich beide Kapitel nachschlagen muss. Ein umfangreicheres und flexibleres Inhaltsverzeichnis wäre hier wünschenswert, wie auch (noch) mehr Querverweise. Sucht man im Inhaltsverzeichnis in der Hektik des Augenblicks einen „Schrittmacher“, so findet man diesen nur unter „Herz“ und nicht bei „S“ – ein leider allzu häufiges Problem in der gedruckten Schrift. Ein kleiner Wermuttropfen ergibt sich zudem noch für die östlichen Kollegen, die den Umgang mit SI Einheiten gewohnt sind. Die Konzentrationsangaben – beispielsweise für Blutzucker und Hämoglobin – beschränken sich auf die konventionellen Einheiten und eine Umrechnung in SI Einheiten fehlt. Aber auch diese kleine Limitation sollte die exzellente Überlebenswahrscheinlichkeit mit diesem Manual nicht signifikant limitieren!

Priv.-Doz. Dr. med. Ole-A. Breithardt, Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Joachim Löbner

*03.08.1931 † 08.12.2012



Am 08.12.2012 verstarb Prof. Dr. med. habil. Joachim Löbner.

Da anlässlich seines 75. Geburtstages im „Ärzteblatt Sachsen“ eine ausführliche Würdigung seines Lebenswerkes erschien, soll hier nur noch einmal an die wichtigsten Daten seines Lebens erinnert werden: geboren am 03.08.1931. 1956 Staatsexamen in Leipzig. 1961 Fach-

arzt für Neurologie und Psychiatrie. 1962 Oberarzt der Neurologischen Abteilung der Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig. 1961 Erster Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor. 1969 Habilitation (Dr. sc. med.). 1974 Dozentur. 1985 bis 1986 kommissarischer Direktor der Leipziger Neurologischen Universitätsklinik. 1987 a. o. Professor. 1994 Hochschullehrer Neuen Rechts.

Prof. Dr. Löbners wissenschaftliches Interesse galt der Klinischen Neurologie und anfangs neuroophthalmologischen Fragen. Seinem unermüdlichen Einsatz als Themenkomplexleiter innerhalb des Forschungsprojekts Humangenetik war es aber auch zu verdanken, dass in Kooperation mit der Abteilung Neurochemie des späteren Paul-Flechsig-Instituts für Hirnforschung in Leipzig ein interdisziplinäres Zentrum zur Erfassung, Diagnostik, Therapie und genetischen Beratung des Morbus Wilson entstand. Prof. Dr. Löbner bewirkte darüber hinaus den Aufbau und die Einrichtung eines Zentrums für neuromuskuläre Erkrankungen, das nach der Wiedervereinigung als damals einziges Zentrum für neuromuskuläre Erkrankungen in den neuen

Bundesländern anerkannt wurde. Die Nennung aller seiner wissenschaftlichen Ämter würde den Rahmen dieses kurzen Nachrufs sprengen: Wissenschaftlicher Sekretär der Gesellschaft für Humangenetik der DDR 1978 bis 1986, 1988 bis 1990 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Neuromuskuläre Erkrankungen der Gesellschaft für Humangenetik der DDR, seit 1989 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelerkrankungen e.V., 1983 bis 1990 Vorstandsmitglied der Sektion Neuropsychiatrische Pharmakotherapie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der DDR.

Von Prof. Dr. Löbner stammen 170 Publikationen, darunter mehrere in Buchform, beispielsweise „Physiotherapie-Neurologie“ und „Beiträge zur klinischen Myologie“, sowie zahlreiche Vorträge auf nationalen und internationalen Veranstaltungen. Freunde und Kollegen denken dankbar an Prof. Dr. Jochen Löbner und werden ihn vermissen.

Dr. rer. nat. H.-J. Kühn,
Prof. Dr. med. habil. P. Matzen

Unsere Jubilare im April 2013 – wir gratulieren !

60 Jahre

- 01.04. Dr. med. Drobner, Jutta
04746 Hartha
- 01.04. Dipl.-Med. Hölig, Gisela
08328 Stützengrün
- 06.04. Dr. med. Kaden, Volker
09232 Hartmannsdorf
- 07.04. Dr. med. Beck, Thomas
08451 Crimmitschau
- 08.04. Dr. med. Borrmann, Marion
01324 Dresden
- 09.04. Dr. med. Schäfer, Cornelia
04109 Leipzig
- 09.04. Wegele, Ekaterina
01217 Dresden
- 11.04. Dr. med. Brühl-Gröger, Elke
08064 Zwickau
- 11.04. Dr. med. Töpfer, Veronika
09117 Chemnitz
- 12.04. Dipl.-Med. Knauer, Thomas
08645 Bad Elster
- 13.04. Dipl.-Med. Barkau, Klaus
04838 Eilenburg
- 13.04. Dr. med. Karsch, Margit
01829 Stadt Wehlen
- 14.04. Dr. med. Braun, Reinhard
04158 Leipzig
- 14.04. Dr. med. Schauer, Lothar
08645 Bad Elster
- 15.04. Dr. med. Friedrich, Ingrid
02779 Großschönau
- 15.04. Dr. med. Weigel, Sybille
09125 Chemnitz
- 17.04. Dr. med. Süß, Christine
09456 Annaberg-Buchholz
- 19.04. Dr. med. Schulz, Anke
09599 Freiberg
- 23.04. Dr. med. Pauer, Eva
04451 Panitzsch
- 23.04. Dipl.-Med. Rother, Karin
09430 Venusberg
- 24.04. Prof. Dr. med. habil.
Demant, Thomas
01259 Dresden
- 25.04. Dipl.-Med.
Bellmont, Evelin
04275 Leipzig
- 25.04. Prof. Dr. med. habil.
Funk, Richard
01326 Dresden
- 27.04. Dr. med. Oswald, Gudrun
08112 Wilkau-Haßlau
- 30.04. Dr. med. Thumser, Ulrich
09405 Zschopau

- 08.04. Dipl.-Med.
Heymann, Andreas
01809 Dohna
- 10.04. Dr. med. Krause, Jutta
02779 Hainewalde
- 28.04. Dr. med. Petzold, Horst
08525 Plauen
- 29.04. Dr. med. Mamat, Hartmut
02979 Elsterheide

70 Jahre

- 02.04. Jensen, Ute
01217 Dresden
- 04.04. Dr. med. Forberger, Sabine
01662 Meißen
- 04.04. Dr. med. Friedrich, Isolde
08371 Glauchau
- 04.04. Seitz, Gisela
04249 Leipzig
- 05.04. Dr. med. Kästner, Roswitha
08258 Markneukirchen
- 05.04. Dr. med. Richter, Dietlinde
08547 Jöbnitz
- 06.04. Dr. med.
Auerbach, Hans-Jörg
04107 Leipzig
- 08.04. Rauthmann, Sabine
04746 Hartha
- 08.04. Dr. med. Sachs, Manfred
08606 Oelsnitz
- 08.04. Dr. med. Wetzel, Egbert
01445 Radebeul
- 11.04. Dr. med. Hildesheim, Otto
02708 Löbau
- 12.04. Gürtler, Inka
04680 Colditz
- 12.04. Prof. Dr. med. habil.
Lenk, Harald
04229 Leipzig
- 12.04. Dr. med. Mildner, Elisabeth
01277 Dresden
- 13.04. Dr. med. Bachmann, Dieter
08527 Plauen
- 14.04. Dr. med. Hänel, Bernd
08344 Grünhain-Beierfeld
- 14.04. Dr. med. Schneider, Peter
01623 Lommatzsch
- 16.04. Stadtkus, Ria
09117 Chemnitz
- 16.04. Dr. med. Zocher, Birgit
09669 Frankenberg
- 18.04. Dr. med. Albrecht, Christa
02827 Görlitz
- 20.04. Dr. med.
Remane, Sieglinde
04179 Leipzig
- 20.04. Dr. med. Wolff, Reinhard
01097 Dresden

- 21.04. Dr. med. Richter, Monika
01587 Riesa
- 23.04. Dr. med. habil.
Modelmog, Dieter
02894 Vierkirchen
- 23.04. Winkler, Bodo
01762 Obercarsdorf
- 24.04. Dr. med. Herbig, Heidemarie
01277 Dresden
- 24.04. Dr. med. Pollack, Hans-Jürgen
02797 Kurort Oybin
- 26.04. Dr. med.
Klinghammer, Albrecht
09131 Chemnitz
- 26.04. Prof. Dr. med. habil.
Reichel, Gerhard
08060 Zwickau
- 27.04. MUDr. Amlung, Monika
09128 Euba
- 28.04. Dr. med. Schnorfeil, Günther
02763 Zittau
- 28.04. Zuber, Ekkehart
01326 Dresden
- 29.04. Dr. med. Bludau, Ingrid
04209 Leipzig
- 29.04. Dr. med. Geyer, Sabine
08064 Rottmannsdorf
- 29.04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Sinkwitz, Klaus-Dieter
01259 Dresden
- 30.04. Dr. med. Pfeiffer, Brunhilde
01219 Dresden

75 Jahre

- 01.04. Dr. med.
Gottschling, Christine
04416 Markkleeberg
- 01.04. Neubert, Christiane
01217 Dresden
- 02.04. Gräbner, Siegfried
02699 Neschwitz
- 03.04. Dr. Georgiev, Jordan
01855 Sebnitz
- 03.04. Dr. med. Herzog, Ursula
02708 Löbau
- 03.04. Schabinski, Erika
09648 Mittweida
- 06.04. Dr. med. Beichler, Heide
01816 Bad Gottleuba
- 07.04. Dr. med. Zöllner, Klaus
01744 Dippoldiswalde
- 09.04. Dederer, Jaroslav
01069 Dresden
- 10.04. Dr. med. Römer, Gert
04155 Leipzig
- 10.04. Dr. med. Rummel, Ursula
01734 Obernaundorf
- 11.04. Franz, Renate
08606 Oelsnitz

- 13.04. Dr. med. Hergenhan, Ursel
04277 Leipzig
- 17.04. Dr. med. Rohrmaier, Rudolf
08468 Reichenbach
- 19.04. Dr. med. Sachse, Ursula
04779 Wermisdorf
- 21.04. Wehner, Klaus-Ulrich
09573 Augustusburg
- 25.04. Dr. med.
Schwäblein-Sprafke, Ulrike
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 26.04. Wrobel, Margott
01069 Dresden
- 27.04. Dr. med. Leidert, Jürgen
01445 Radebeul
- 27.04. Dr. med. Lenk, Christa
08062 Zwickau
- 27.04. Dr. med. Liebschner, Klaus
09123 Chemnitz
- 27.04. Dipl.-Med. Reichelt, Inge
09526 Olbernhau
- 28.04. Dr. med. Küsel, Walter
08228 Rodewisch
- 30.04. Dr. med. Matthäi, Christel
01705 Freital

80 Jahre

- 07.04. Dr. med.
Schmidt, Wolfgang
09130 Chemnitz
- 08.04. Haack, Helga
09355 Gersdorf
- 10.04. Dr. med. Haidar, Ruth
01662 Meißen
- 11.04. Dr. med. Kieß, Egon
01462 Cossebaude
- 12.04. Dr. med. Theile, Inge
04319 Leipzig
- 14.04. Dr. med. Mühler, Isolde
04808 Thallwitz
- 26.04. Brockelt, Waldtraut
01277 Dresden
- 26.04. Dr. med.
Schultze, Hans-Ulrich
04357 Leipzig

81 Jahre

- 04.04. Dr. med. Kitlak, Christina
01796 Pirna
- 09.04. Prof. Dr. med. dent. Dr.
med. habil. Schaps, Peter
01326 Dresden
- 12.04. Dr. med. Große, Wolfram
04838 Eilenburg
- 17.04. Dr. med.
Reichardt, Horst-Peter
01471 Radeburg
- 17.04. Dr. med. Schmidt, Günter
08066 Zwickau

- 28.04. Dr. med. Frank, Irmtrud
01844 Neustadt/ i.Sachsen

82 Jahre

- 02.04. Dr. med.
Waurick, Astrid-Alexandra
04668 Großbothen
- 04.04. Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
- 11.04. Dr. med. Neumann, Günther
01309 Dresden
- 14.04. Dr. med. Mydlak, Joachim
04107 Leipzig
- 21.04. Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden

83 Jahre

- 01.04. Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach
- 08.04. Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau
- 17.04. Decker, Marga
08056 Zwickau
- 17.04. Dr. med. Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen
- 17.04. Dr. med. Lehmann, Dorothea
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 26.04. Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Dieter
01326 Dresden

84 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 19.04. Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

85 Jahre

- 01.04. Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
- 05.04. Dr. med. Kühn, Brigitte
08359 Breitenbrunn
- 16.04. Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz
- 26.04. Dr. med. Dix, Christa
09232 Hartmannsdorf

86 Jahre

- 03.04. Dr. med. Zerres, Maria
04299 Leipzig
- 22.04. Dr. med. habil. Voigt, Günther
09113 Chemnitz

87 Jahre

- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
- 29.04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

- 12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz

89 Jahre

- 02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

91 Jahre

- 18.04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

93 Jahre

- 28.04. Dr. med. Kolbe, Christel
01099 Dresden

94 Jahre

- 05.04. Dr. med.
Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida

96 Jahre

- 18.04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

Fortbildungsseminar Kinder- und Jugendarzt in der Niederlassung

Praxisübernahme, Tätigkeit in der Praxis, Praxisabgabe

Am 12.04.2014 von 8.45 bis 11.30 Uhr findet in Magdeburg im Rahmen der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie (STG-KJM) ein Fortbildungsseminar mit namhaften Referenten statt, das jungen Fachärzten den Übergang in die Niederlassung erleichtern soll. Nähere Angaben finden sich unter www.stgkjm.de/Tagungen/2013.

Dr. med. Norbert Lorenz, Vorstandsmitglied
der STGKJM

Wir „armen Irren“ – Lene Voigt und die Psychiatrie 1946 bis 1962

Der letzte Lebensabschnitt der populären sächsischen Mundartdichterin Lene Voigt (1891 bis 1962) ist eng mit der Psychiatrie verbunden. Von 1946 bis zu ihrem Tod 1962 war sie überwiegend in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Aktuelle Archivfunde des Autors haben zu neuen Erkenntnissen über diese Lebensstationen geführt. Zu den Quellen dieses Beitrags gehören auch Gedichte, die Lene Voigt während der Aufenthalte in der Psychiatrie verfasst hat und die einen Einblick in das Alltagsleben in den sächsischen psychiatrischen Einrichtungen der 50er-Jahre geben können. In einer Fallgeschichte in seinem „Lehrbuch für Psychiatrie und Neurologie“ (1966) berichtet der Psychiater Dietfried Müller-Hegemann (1910 bis 1989), eine Patientin habe ihm zu seinem Abschied als Direktor der Heilanstalt Leipzig-Dösen im Jahr 1954 das von ihr verfasste Gedicht *Wir „armen Irren“* überreicht. Die Patientin sei ihm bekannt gewesen. Oft habe man sie mit einem Paken Akten unter dem Arm im Gelände des Krankenhauses umhereilen gesehen. Das Gedicht jedoch mit seiner differenzierten Emotionalität, dem unzweifelhaften Stilgefühl, echtem Humor und einer allgemein menschlichen Abgeklärtheit habe ihn an der bisherigen Diagnose „Schizophrenie“ zweifeln lassen.

Eine Nachuntersuchung habe ihn, Müller-Hegemann, schließlich zu dem Ergebnis geführt, dass besagte Patientin nicht an einer Schizophrenie, sondern an einer reaktiven Psychose erkrankt gewesen sei, mit der sie sehr schwere Lebensbelastungen wiederholt psychotisch verarbeitete. Bei der beschriebenen Patientin handelte es sich ohne Zweifel um Lene Voigt.

Die Lebensgeschichte

Lene Voigt wurde am 2. Mai 1891 als Helene Wagner in Leipzig geboren. Ihr Vater, Karl Bruno Wagner,

war Schriftsetzer, die Mutter Alma Marie Wagner, geborene Pfließner, vermutlich Hausfrau. Lene Voigt besuchte die Volksschule und zwischen 1905 und 1910 auf Wunsch ihrer Mutter eine Kindergärtnerinenschule. Ihre Interessen gingen jedoch in eine andere Richtung. Schon im Alter von 15 Jahren hatte Lene Voigt begonnen, Gedichte zu schreiben, schließlich machte sie eine Buchhandelslehre und arbeitete unter anderem bei der B.G. Teubner Verlagsgesellschaft. 1914 heiratete sie den Orchestermusiker Friedrich Otto Voigt (1890 bis 1976). Am 10. September 1919 wurde der Sohn Alfred geboren. Doch bereits 1920 wurde die Ehe geschieden und 1924 verlor sie ihren Sohn, der an einer Hirnhautentzündung starb. In dieser Zeit schwerer Schicksalsschläge wurde Lene Voigt freie Schriftstellerin. Sie publizierte unter anderem in der „Neuen Leipziger Zeitung“ und „Die Rote Fahne“ und in dem Satireblatt „Der Drache“. Populär wurde Lene Voigt mit den „Säkschen Balladen“ (1925 und 1926) und den „Säkschen Glassigern“ (1925), in denen sie Werke der deutschen Klassik auf humorvolle und originelle Weise in sächsischem Dialekt nachdichtete. Lene Voigt hatte auch einen neuen Partner, doch Karl Geil, ein stellungsloser Opernsänger, starb überraschend 1929. Darauf verließ sie Sachsen und lebte unter anderem in Bremen, später in München und Berlin. 1933 erschienen der Gedichtband „Die sächsische Odyssee“ und 1934 der Unterhaltungsroman „Vom Pleißstrand nach Helgoland“. Aber unter der Herrschaft der Nationalsozialisten wurde es für Lene Voigt zunehmend schwieriger, als Autorin zu arbeiten. Sie wurde verunglimpft und erhielt Publikationsverbot. In dieser schwierigen Lebenssituation wurde sie 1936 aufgrund von Unruhezuständen und Halluzinationen in der Nervenheilanstalt Schleswig behandelt. Sie selbst urteilte im Nachhinein, dass sie einen Verfolgungswahn an sich beobachtet hätte.

1940 kehrte Lene Voigt nach Leipzig zurück. Im selben Jahr wurde sie kurzzeitig in der Universitäts-Nerven-

linik aufgenommen. In den folgenden Jahren arbeitete sie in einer Druckerei und als Fakturistin im Verlag Lange & Meuche.

In der Psychiatrie

Am 11. Juli 1946 musste Lene Voigt wiederum in die Nervenlinik der Leipziger Universität eingewiesen werden. Durch den Fund ihrer Patientenakte im Universitätsarchiv Leipzig können nun erstmals genauere Aussagen über die Einweisungsumstände und ihren 14-tägigen Aufenthalt in der Klinik gemacht werden. Die Akte umfasst 16 Blatt. Sie enthält unter anderem den Aufnahmebogen, die Anamnese, Pflegerberichte und die „Kurve“. Außerdem ist der Akte ein kleiner Artikel aus der Leipziger Volkszeitung vom 18. Juli 1946 beigeheftet, in dem die Komödiantin und Kabarettistin Fridel Hönisch (1909 bis 1999) über eine Begegnung mit Lene Voigt berichtet. Nach mehr als zehn Jahren, so Hönisch, hätten sie sich wiedertreffen und planten die Aufführung einiger Gedichte Lene Voigts im neuen Programm des in Leipzig ansässigen „Literarischen Cabarets“. Als dieser Zeitungsartikel erschien, befand sich Lene Voigt bereits in der Psychiatrie. Der einweisende Arzt gab auf dem Überweisungsschein an, dass sie „wegen eines schizophrenen Erregungszustandes der sofortigen Aufnahme in der Nervenlinik“ bedarf. In der Anamnese ist die Schilderung ihrer Hauswirtin festgehalten. Danach habe Lene Voigt ein ängstlich erregtes Bild geboten. Sie habe sich beobachtet gefühlt und geglaubt, ihr Körper wäre unter Strom gesetzt worden.

Lene Voigt plagten auch in der Nachkriegszeit Existenz- und Zukunftsängste. Sie selbst gab laut Krankenakte an, sie habe finanziell nicht mehr recht ein und aus gewusst. „Wenn ich Sorgen habe, dann verliere ich das Köpfchen“, wird sie zitiert. An anderer Stelle mutmaßt sie, die „Köpfchenstörungen“ hätten wohl mit ihren Wechseljahren zu tun.

Bei ihrer Einweisung befand sich Lene Voigt in einem körperlich

schlechten Zustand. Sie wog lediglich 38,3 kg. Aus dem vom Personal geführten Beobachtungsbogen geht hervor, dass Lene Voigt häufig unruhig gewesen ist, dass sie halluzinierte und für die Schwestern unverständliche Dinge erzählte oder stundenlang an die Decke starrte. In der Akte finden sich auch Anhaltspunkte zu den Therapiemaßnahmen. Lene Voigt wurde, wie offenbar schon bei ihrer ersten Einweisung in der Nervenklinik, mit der seinerzeit bei Schizophrenie üblichen Elektrokrampftherapie behandelt. Gegen die Erregungszustände wurden ihr die Barbiturate Luminal bzw. Veronal verabreicht. Außerdem kann man aus den Eintragungen schließen, dass sie auch eine Netzbehandlung erhielt, die der Fixierung unruhiger Patienten diente.

Nach zwei Wochen wurde Lene Voigt am 26.7.1946 aus Platzgründen in die Landesheilanstalt Altscherbitz verlegt. Eine Anfrage im heutigen Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz ergab, dass sie dort bis zum 24.02.1947 verblieb.

Die Psychiatrie in Sachsen nach 1945 Lene Voigt erlebte die Psychiatrie in einer äußerst schwierigen Periode. In den ersten Nachkriegsjahren herrschten in der sächsischen Psychiatrie katastrophale Zustände. Viele Anstalten waren nach der Ermordung zehntausender Patienten im Rahmen der „Euthanasie“ während des Zweiten Weltkrieges zweckentfremdet worden. Sie beherbergten zum Beispiel Reservelazarette und Umsiedlerlager. Nach dem Krieg wurden unter anderem in Arnsdorf Anstaltsgebäude von der sowjetischen Armee genutzt.

Die Psychiatrische- und Nervenklinik der Universität Leipzig war nach ihrer Zerstörung bei einem Bombenangriff 1943 auf das Gelände der Heilanstalt Dösen ausgelagert worden. 1945 standen dort 200 Betten für die Psychiatrie und die Neurologie zur Verfügung. Diese Bettenkapazität konnte den Bedarf aber nicht decken. Mitte 1946, also zu der Zeit, als Lene Voigt hier untergebracht

war, mussten täglich bis zu 25 Aufnahmegebeten abgewiesen werden. Auch die personelle Besetzung in den Anstalten war völlig unzureichend. Ärzte und Pflegekräfte waren zum Teil noch nicht aus dem Krieg zurückgekehrt oder im Rahmen der Entnazifizierungsmaßnahmen entlassen worden.

Durch ihre aktive Mitwirkung an der „Euthanasie“ hatte sich die Psychiatrie erheblich diskreditiert. Eine Auseinandersetzung mit den eigenen Verstrickungen fand innerhalb der Psychiatrie nicht statt. Immerhin förderte der Dresdner Euthanasie-Prozess im Jahr 1947 erste Erkenntnisse über das Ausmaß der Verbrechen zu Tage und belastete eine Anzahl Ärzte und Pflegekräfte schwer. Unter anderem wurde der ehemalige Direktor der Heilanstalten Dösen und Pirna-Sonnenstein und spätere Ärztliche Leiter der T 4-Mordaktion Hermann Paul Nitsche (1876 bis 1948) hingerichtet.

Auch nach 1945 ging das Sterben in den Anstalten fast unvermindert weiter. Teilweise waren die Sterberaten sogar höher als während des Krieges. In Altscherbitz starben nach einer Untersuchung von Heinz Faulstich zwischen 1945 und 1948 jährlich mehr als 800 Menschen. Im Jahr 1947 wurde hier mit 887 Todesfällen eine Höchstzahl (38 Prozent der Patienten) registriert. Hauptsächlich Ursache dafür war die schlechte Versorgungslage mit Nahrungsmitteln und Heizmaterial. Im Winter 1946/47 erfroren in der Heilanstalt Arnsdorf Patienten, weil Krankenzimmer nur Temperaturen von 3 bis 5 Grad aufwiesen. Krankheiten wie Typhus, Ruhr, Tuberkulose grassierten. Erst um 1949 kam es zu einer spürbaren Verbesserung der Situation.

Wie Lene Voigt diese Zeit erlebt hat, lässt sich aufgrund fehlender Akten nicht rekonstruieren. Dass sie mit dem tagtäglichen Sterben konfrontiert war, könnte das nach Aussage von Müller-Hegemann in Altscherbitz entstandene Gedicht „*Erkenntnis im Schlafsaal*“ dokumentieren. Auf anrührende Weise schildert Lene Voigt



Lene Voigt

© Lene-Voigt-Gesellschaft e.V. Leipzig

darin das Schicksal einer Mitpatientin. Das junge Mädchen kommt als Neuzugang in den Schlafsaal. Ihr Gesang stört den Schlaf der Zimmergenossinnen. Als die sich am nächsten Morgen bei der Schwester darüber beklagen wollen, erfahren sie, dass das Mädchen in jener Nacht gestorben ist. Lene Voigt gibt dem Gedicht ein tröstliches Ende, dem eine bemerkenswerte Gelassenheit angesichts dieses tragischen Todes innewohnt:

„Mit ihrem Liedchen kinderbrav / sang sie sich in den letzten Schlaf... / Beschämt verstummte unsre Runde, / nachsinnend tröstlich – milder Kunde: / Die Angst vorm Ende ist genommen. / Süß kann selbst das Versterben kommen.“

Lene Voigt in der Heilanstalt Dösen

Nach ihrer Entlassung im Februar 1947 arbeitete Lene Voigt in der Lebensmittelkartenstelle beim Rat des Kreises Leipziger-Land. Über ihre weiteren Lebensumstände in jenen mehr als zwei Jahren ist wenig bekannt.



Die Heilanstalt Leipzig-Dösen um 1901.

In der Landesheilanstalt Leipzig-Dösen wurde sie entgegen bisheriger Annahmen nämlich erst am 6. Juli 1949 aufgenommen. Die Dösener Krankenakte ist nicht mehr auffindbar. Müller-Hegemann zufolge hatte ihr Verhalten bei der Aufnahme manische Züge: Sie „tanzte Walzer vor dem aufnehmenden Arzt, soll auch halluziniert und paranoide Ideen geäußert haben“. Schon nach kurzer Zeit, Anfang August 1949, sei das akute Stadium abgeklungen und die Patientin seit dem gleichen Jahr in der Verwaltung tätig gewesen. Entlassungswünsche habe sie nicht geäußert, vielmehr Bedenken gehabt, dem Leben mit seinen immer wechselnden Anforderungen gewachsen zu sein. Lene Voigt habe sich, so Müller-Hegemann, im Krankenhaus geborgen gefühlt, regelmäßig Ausgang in die Stadt gehabt und sich mit literarischen Arbeiten beschäftigt.

Auch Barbara Koellner, zu jener Zeit Fürsorgerin in Dösen, berichtet in ihren Erinnerungen, dass für Lene Voigt das Krankenhaus ihr zu Hause geworden war. Ein heimlicher Wunsch sei es jedoch gewesen, den Lebensabend im Fritz-Austel-Heim in Leipzig-Connewitz zu verbringen. Frau Koellner stellte im August 1960 einen Feierabendheimantrag. Das Gedicht *Mei letzter Wunsch* sollte dem Antrag Nachdruck verleihen, brachte aber keinen Erfolg. Lene Voigt starb am 16. Juli 1962 in der Heilanstalt Leipzig-Dösen. Ihr Grab befindet sich heute in der sogenannten Künstlerabteilung des Leipziger Südfriedhofes.

Psychiatrie im Spiegel der Dichtungen von Lene Voigt

Auch während ihres Aufenthaltes in Dösen dichtete Lene Voigt. Da ihre Arbeiten in der DDR nicht veröffentlicht wurden, schrieb sie die alten und ihre neuen Gedichte in Oktavhefte und verschenkte diese an Freunde und Mitarbeiter.

Erst in den 80er-Jahren wurde Lene Voigt durch Wolfgang U. Schütte wiederentdeckt. Nach 1989 gründete Schütte in Leipzig die Lene-Voigt-Gesellschaft. Schütte ist auch Mitherausgeber einer Gesamtausgabe ihrer Werke. Im sechsten Band „Fernes Erinnern“ (2010) sind die nachgelassenen Schriften versammelt. In einigen, hauptsächlich in den 50er-Jahren entstandenen Arbeiten schildert Lene Voigt auf ihre Art, mit viel Humor und gleichfalls mit dem Feingefühl für die dunklen Facetten des Lebens, den Alltag in der Psychiatrie.

Für sie, wie für viele andere Patienten, war es normal, während des nicht selten langjährigen Psychiatrieaufenthaltes einer regelmäßigen Tätigkeit in der Anstalt nachzugehen. Schon bald nach ihrer Aufnahme arbeitete Lene Voigt in der Verwaltung und als Botin. In dem Text *Weihnachten 1960 im D-Haus* lässt Lene Voigt den Weihnachtsmann-Orden verteilen. Neben der kleinen Spitzfindigkeit gegenüber der herrschenden Mangelwirtschaft – die Orden würden wegen „technischer Schwierigkeiten in der himmlischen Metallverarbeitungswolke“ erst zehn Jahre später geliefert – werden die Patientinnen des D-Hauses, das den Status eines Pflegeheims hatte, hauptsächlich für ihre Arbeitsleistungen ausgezeichnet. Wenn sie beispielsweise den „Männerknöpfeanhörden“, die „Einholemedaille“, das „goldene Landwirtschaftskreuz“, den „Beheizungsorden“ oder den „Tischlein-deck-dich-Orden“ verliehen bekommen, dann zeigen diese hübschen Wortschöpfungen die vielen Arbeitsaufgaben für Patientinnen im Anstaltsbetrieb. Eine solche Einbindung der Patienten in die alltäglichen Verrichtungen auf den Statio-

nen oder die Beschäftigung in den Werkstätten der Einrichtungen hat in der Psychiatrie eine lange Tradition und hatte neben therapeutischen Gründen auch ökonomische Aspekte. Die Reformbemühungen der späten 50er-Jahre in der Psychiatrie der DDR, die auf eine Verbesserung des Binnenklimas im Krankenhaus abzielten, illustriert das 1960 verfasste Gedicht *Lob der Sanatoriumsstation*. Beim Betreten der Station B 8 / II könne man, so Lene Voigt, kaum den eigenen Augen trauen und würde glauben, im Hotel zu sein: hochfeudale Beleuchtungskörper, bequeme Polstersessel, der Elite-Radioapparat und schicke kleine Tische für die Mahlzeiten zu viert. Lene Voigt charakterisiert damit, wie die Maßnahmen des „Heilschutzregimes“ und der „Milieuthherapie“ auf einer Vorzeigestation umgesetzt wurden.

Milieuthherapie

„Die Station soll“, so heißt es über die „Grundsätze und Aufgaben der Milieuthherapie“ im Plan der Einrichtung 1959, „für den Patienten einen angenehmen Aufenthaltsort darstellen und entsprechend nett ausgestaltet sein... Auf Ausschmückung mit Blumen, Bildern, Gardinen und anderes ist immer mehr Wert zu legen, wobei der Eigeninitiative keine Grenzen gesetzt werden sollen, außer durch den guten Geschmack. Soweit Tagesräume bestehen, sind diese durch bequeme Möbel, Stuhlkissen, Tischdecken und anderes zu verschönern. Auch auf den übrigen Stationen ist durch gemütliche Sitzcken usw. mehr Behaglichkeit zu schaffen.“ Neben der Inneneinrichtung und Ausstattung der Stationen sollte auch der Zustand der Gebäude, die Qualität und Darreichung des Essens, die kulturelle Betreuung und das Verhalten des Personals zur Gestaltung der Behandlungsumwelt beitragen und damit alle ungünstigen Einwirkungen auf den Kranken ausgeschaltet und positive Einflüsse wirksam werden. „Das Krankenhaus und die Station sollen gerade länger festgehaltenen Kranken zu einem freundlichen Heim werden und die Schrecken des Kahlen, Eintönigen oder gar Düsternen ganz verlieren.“

Auch auf die kulturelle Betreuung der Patienten wurde Wert gelegt. Trotz der schwierigen Verhältnisse wurden in Dösen schon Ende 1945 wieder Kulturveranstaltungen organisiert. Seit den 30er-Jahren war dafür der Anstaltslehrer und Organist der Anstaltskirche Fritz Teichmann zuständig. 1955 wurde unter dem Direktor Riepenhausen eine monatlich tagende Kulturkommission eingerichtet.

Über kulturelle Aktivitäten und Feste dichtet Lene Voigt beispielsweise in *Erinnerung an den 17. Juni 1957* und *Zur Erinnerung an den 29. Oktober 1958*. In diesen Gedichten berichtet Lene Voigt von Tagesfahrten mit umfangreichem Besichtigungsprogramm, die hauptsächlich arbeitenden Patientinnen vorenthalten waren.

In *Kinofreuden* schildert sie die regelmäßig durchgeführten Kinovorstellungen. Neben den zentralen Veranstaltungen im Festsaal fanden Kultur und Feste wie Weihnachten oder Fasching auch auf einzelnen Stationen statt, wie der *Fasching auf der B 2 / II*. Ein besonderes Ereignis war für Lene Voigt und einige ihrer Mitpatientinnen jeweils auch die Ausgabe neuer Bücher durch die Patientenbibliothek (*Wenn's neue Bücher gibt*).

Wir „armen Irren“

Schon 1935 hat Lene Voigt in *Unverwüstlich*, einem ihrer populärsten Gedichte, sich selbst und den Sachsen bescheinigt, dass sie trotz Kummers nicht tot zu kriegern sind und ihr froher Mut siegen wird. Diese optimistische Grundhaltung hat die Dichterin in ihren Werken mit Humor und Mutterwitz verbreitet. Doch wie bei allen großen Komödianten erwächst ihr Lebensmut auch aus den ernsten und tragischen Seiten des Lebens. Lene Voigt hat diese Schattenseiten selbst erfahren. Auch wenn sie sich in ihrer letzten Lebensphase mit dem Schicksal arrangiert zu haben scheint, so offenbaren ihre Psychiatrie-Gedichte die Sehnsüchte der Patienten und lassen ihre seelischen Verletzungen erahnen.

Zu den Zumutungen des Patientenalltags gehörte beispielsweise die strikte Geschlechtertrennung inner-

halb der Anstalt. Selbst zu Festivitäten wurde von diesem Prinzip nur in Ausnahmefällen abgewichen. In *Fasching auf der B 2 / II* herrscht auf der Station eine ausgelassene Stimmung. Die Patientinnen haben sich kostümiert, eine Tanzkapelle spielt und es wird ausgelassen getanzt. Doch das Gedicht endet mit wehmütigen Zeilen. Auf einer reinen Frauenstation konnte eine solche Feier eben doch nur „ganz nett“ sein. Denn „tausendfach so schön / Läßt's mit einem Mann sich drehn. / Drum: Hoch die Entlassung!“ . Auch bei den Filmvorführungen im Festsaal saßen Männer und Frauen getrennt und es konnten sich nur „zarte Fädchen ... von den Buben zu den Mädchen“ spinnen (*Kinofreuden*).

Lene Voigt weiß auch um das Bild, das in der Öffentlichkeit von der Psychiatrie existiert. „Sie wähten uns fest hinter Gittern, dieweil wir durch die Landschaft schlittern.“, dichtet sie mit einiger Selbstironie in *Erinnerung an den 17. Juni 1957* über einen Patientenausflug.

Am eindrücklichsten aber setzt sich Lene Voigt mit dem Stigma „Schizophrenie“ in dem Gedicht *Wir „armen Irren“* auseinander. Während die Krankheit im allgemeinen Verständnis zu einer fortschreitenden „Verblödung“ führt, erlebt der Schizophrene jeden Schub auch als eine besondere Erfahrung, als ein „Fernenwandern“, das ihn bis ins Schattenreich dringen lässt. Die Erkenntnis oder der „Genuss“, den Wissenschaftler späterer Zeiten daraus ziehen werden, bleibt den heute Betroffenen vorenthalten. Denn, so Lene Voigts illusionsloses Resümee: „Für heute sind wir offenbar / Nur Teil der „Idi“-Schar.“

Wir „armen Irren“. Eine kleine Buschiade von L.V.

Der Schizophrene von Format prüft nach dem Schub das Resultat. Es ist nicht schlecht, weil unbedingt solch kleine Staupe stark verjüngt. Nicht äußerlich gemeint, o nein, denn Altersfalten müssen sein. Doch innerer Auftrieb, neuer Schwung,

erhält des Geistes Kräfte jung. So manches ahnen wir voraus. Skeptiker ziehn die Stirn wohl kraus und nennen dieses gar verblöden (man könnte für die Herrn erröten). Denn mit der Schulweisheit allein kann nicht erschöpft die Sphäre sein.

Es scheidet sich ein Ich vom andern, und so beginnt das Fernenwandern. Ob Orkus, ob Olymp, ganz gleich, wir dringen bis ins Schattenreich. Noch gibt es keinen Apparat, der solches registrieren tat. Erzählt man's wem, er tippt zur Stirn, belächelt unser krankes Hirn. Auch wir von der Schizophrenie besitzen viel Selbstironie, doch spüren wir, ob Weib, ob Mann:

Etwas ist an der Sache dran! Dem Wissenschaftler späterer Zeiten mag dies Gebiet Genuß bereiten. Für heute sind wir offenbar nur Teile von der „Idi“-Schar.

Für die Unterstützung dankt der Autor Wolfgang U. Schütte und der Lene-Voigt-Gesellschaft e.V., Herrn Dr. Blecher und Frau Hesse (Universitätsarchiv Leipzig), Frau Horn-Kolditz (Stadtarchiv Leipzig) und dem Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz.

Literatur beim Verfasser.

Thomas R. Müller
Leiter des Sächsischen Psychiatriemuseums
Leipzig (www.psychiatriemuseum.de)
museum@durchblick-ev.de

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Im Internet unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.

Gedenkbuch für die Opfer der NS-„Euthanasie“ in Sachsen

Alle Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen in Sachsen anzuerkennen, ihnen ihre Namen und damit einen Teil ihrer Identität, Persönlichkeit und Würde zurückzugeben sowie individuelle Lebensgeschichten einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, sind Ziele eines Projektes der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein. In Zusammenarbeit mit engagierten sächsischen Historikern und unterstützt von polnischen und tschechischen Kollegen soll dieses Vorhaben verwirklicht werden.

Während des auf vier Jahre angelegten Projektes soll ein Gedenkbuch erarbeitet und veröffentlicht werden, in welchem alle Opfer der NS-Krankenmorde der Jahre 1939 bis 1945, die in Sachsen getötet worden sind oder aus Sachsen stammten, Aufnahme finden. Die Erinnerung an diesen Teil der unbegreiflichen Verbrechen der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft ist eine moralische und menschliche Verantwortung, nicht nur einiger weniger Historiker, sondern einer breiten Öffentlichkeit. Die Stigmatisierung als „lebensun-



Ursula Heidrich (1929 – 1945), ein spastisch gelähmtes Mädchen, das kurz vor Kriegsende in Großschweidnitz ermordet wurde.

© Archiv Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein



Das Gebäude A26 der Landesanstalt Großschweidnitz, das von Ende 1943 bis Mai 1945 als sächsische Kinderfachabteilung diente.

© Archiv Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein

wertes Leben“, mit der psychisch kranke und behinderte Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus gebrandmarkt wurden, sollte immer wieder in den Blick der Öffentlichkeit gestellt werden, um daran zu erinnern, dass die Würde jedes Menschen jederzeit zu achten ist.

Über die bisher 11.600 namentlich bekannten Opfer der nationalsozialistischen „Aktion T4“ hinaus, die in den Jahren 1940 und 1941 in der Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein umgebracht wurden, soll in diesem Buch auch der zahlreichen Opfer aus anderen Einrichtungen gedacht werden. Darunter die sächsischen Patienten, die in der ersten Jahreshälfte 1940 in die Tötungsanstalt Brandenburg deportiert wurden sowie die Opfer des für Sachsen spezifischen „frühen Hungersterbens“ in den Landesanstalten 1939/1940 und der ersten Luminal- und Veronaltötungen 1940 in der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen. Es sollen die Opfer der „Kinder-Euthanasie“ und der „Medikamenteneuthanasie“, ein bisher wenig bekannter Aspekt der NS-„Euthanasie“-Geschichte, in diesem Gedenkbuch aufgenommen werden. Besonders stark betroffen waren davon die Patienten in den Landesanstalten Großschweidnitz und Waldheim sowie der sogenannten „Kinderfachabteilungen“ in Leipzig und Großschweidnitz. Allein in der

Landesanstalt Großschweidnitz verstarben in den Kriegsjahren über 5.700 Patienten.

Viele dieser Opfer sind bisher in wissenschaftlichen Arbeiten nicht erforscht worden. Ihre Geschichten liegen noch in Archiven, Kliniken oder Ämtern verborgen und müssen in den kommenden Jahren gefunden und ausgewertet werden. Eine Vielzahl von Orten, in denen sich Informationen zu den Ermordeten finden könnten, sollen hierzu aufgesucht werden. Neben dem Bundesarchiv in Berlin und den Sächsischen Staatsarchiven in Dresden, Leipzig und Chemnitz werden auch Unterlagen in Stadt- und Kirchenarchiven durchgesehen sowie medizinische Archive und Archive von Ämtern, Friedhöfen und Museen herangezogen. Darüber hinaus finden auch Archive in Polen und Tschechien Beachtung. Außerdem müssen bereits vorliegende Forschungsarbeiten, insbesondere Medizinische Dissertationen ausgewertet werden.

Ebenso umfangreich wie die Anzahl der Einrichtungen ist die Vielfalt der Quellen, in denen sie gesucht werden. Es ist vorgesehen, dass neben Krankenakten und Krankenkarteikarten unter anderem Sterbebücher und Sterbenachweise, genealogische Sammlungen, Friedhofsbücher, Gräberverzeichnisse und Kirchendoku-

Aufstellung
der nach dem 1.6.1928 geborenen Kinder, die sich am 3.5.1944
in der Landesanstalt Großschweidnitz befanden:

1.)	A...	Karl-Ernst	geb. 21.12.1928	Bericht an RA abgegeben
2.)	B...	Alfons	" 6. 7.1933	
3.)	B...	Heinz	" 9.11.1931	
4.)	B...	Heinz	" 28. 6.1928	
5.)	B...	Rolf	" 19. 6.1932	Bericht an RA abgegeben
6.)	B...	Manfred	" 30. 6.1933	
7.)	B...	Peter	" 28. 3.1932	Bericht an RA abgegeben
8.)	B...	Wolfgang	" 23. 4.1940	
9.)	B...	Roland	" 25. 1.1934	Bericht an RA abgegeben
10.)	B...	Harry	" 9.11.1928	Bericht an RA abgegeben
11.)	B...	Walter	" 3.12.1935	
12.)	B...	Gerhard	" 15. 2.1935	
13.)	B...	Reinhold	" 26. 4.1932	Bericht an RA abgegeben
14.)	B...	Karl-Heinz	" 27. 4.1932	Bericht an RA abgegeben
15.)	B...	Heinz	" 3. 1.1932	
16.)	B...	Gerhard	" 5. 4.1933	
17.)	C...	Rudi	" 4. 2.1934	Bericht an RA abgegeben
18.)	D...	Ernst	" 25.10.1930	Bericht an RA abgegeben
19.)	D...	Wolfgang	" 17. 5.1940	Bericht an RA abgegeben
20.)	D...	Horst	" 6. 7.1932	Bericht an RA abgegeben
21.)	E...	Olar	" 7. 6.1940	
22.)	E...	Wolfram	" 7. 6.1940	
23.)	E...	Alfred	" 23. 4.1933	Aus dem RA entlassen
24.)	E...	Gottfried	" 9. 7.1932	
25.)	E...	Günter	" 12.10.1934	Bericht an RA abgegeben
26.)	E...	Heinz	" 31.12.1931	Bericht an RA abgegeben
27.)	F...	Heinz	" 15. 3.1929	
28.)	F...	Heinrich	" 1. 9.1928	
29.)	F...	Manfred	" 1. 3.1936	
30.)	G...	Helmut	" 29. 9.1934	
31.)	G...	Günther	" 22. 2.1930	
32.)	G...	Kurt	" 22. 7.1933	
33.)	H...	Rudolf	" 18. 6.1937	
34.)	H...	Werner	" 16. 6.1928	
35.)	H...	Harry	" 25. 3.1935	
36.)	H...	Joachim	" 23. 6.1935	Bericht an RA abgegeben
37.)	H...	Ottomar	" 16. 3.1933	
38.)	H...	Alexander	" 26.11.1930	
39.)	H...	Joachim	" 11. 5.1929	
40.)	H...	Roland	" 6.12.1931	
41.)	H...	Hans	" 26. 6.1931	
42.)	H...	Siegfried	" 13. 8.1933	
43.)	I...	Günter	" 21. 5.1933	
44.)	X...	Hans-Georg	" 31. 3.1929	Bericht an RA abgegeben
45.)	K...	Werner	" 13. 1.1929	Aus dem RA entlassen
46.)	K...	Hans-Jörg	" 23. 8.1937	
47.)	K...	Horst	" 6. 7.1931	Bericht an RA abgegeben
48.)	K...	Gerhard	" 23. 5.1931	
49.)	K...	Helmut	" 21. 9.1928	
50.)	K...	Roland	" 7.1.1934	Bericht an RA abgegeben

Erste Seite einer Liste der Kinder, die sich im Mai 1944 in der Kinderfachabteilung in Großschweidnitz befanden. Fast alle Kinder wurden bis zum Kriegsende ermordet.

© Archiv Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein

mente sowie die Akten zu dem Dresdner „Euthanasie“-Prozess von 1947 Beachtung finden und als Quellen nutzbar gemacht werden.

In Bezug auf seine Größenordnung und der Spezialisierung auf die Opfergruppe der psychisch kranken und behinderten Menschen, ist dieses Forschungsprojekt besonders aufwendig und anspruchsvoll. Hier-

für ist neben den wissenschaftlichen Nachforschungen auch die Hilfe von Angehörigen der Opfer und von Zeitzeugen notwendig, die mit ihren Erinnerungen und später durch ihre Korrekturen oder Ergänzungen dazu beitragen sollen, die Daten der sächsischen „Euthanasie“-Opfer so lückenlos wie möglich zu erfassen. Die Würdigung jedes einzelnen Schicksals und jedes einzelnen

Lebens stehen bei diesem Projekt im Vordergrund. Dazu ist es notwendig, die Öffentlichkeit zu informieren und zur Mitarbeit zu motivieren. Der Aufbau eines möglichst großen Netzwerkes soll die Bekanntmachung des Projektes in Sachsen und darüber hinaus gewährleisten. Auch das Engagement von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten ist erwünscht und sie sind sehr gerne dazu eingeladen, ihr Wissen und ihre Unterstützung einzubringen. Hierzu gehört jede Information über Patienten, die in den Jahren von 1939 bis 1945 in psychiatrischen Anstalten oder Krankenhäusern lebten und umgebracht wurden.

Das Ziel dieses Gedenkbuches ist nicht allein die Würdigung der Opfer. Es soll auch mit der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein die zentrale Anlaufstelle schaffen, an die sich besonders Hinterbliebene, aber auch andere Interessierte wenden können. So wird die Geschichte der „Euthanasie“-Opfer in die Gegenwart getragen und für die Zukunft erschlossen. Das ist möglich mit dem Aufbau einer zentralen Datenbank, die bei neuen Erkenntnissen immer wieder erweitert wird und durch ihre einheitliche Form helfen kann, leichter wissenschaftliche Erkenntnisse zu liefern. Das Gedenkbuch kann daneben bei der Einrichtung dezentraler Gedenkorte für die verschiedenen Opfergruppen der NS-„Euthanasie“ Unterstützung leisten.

Kontakt:

Dr. Boris Böhm
Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein
Schlosspark 11, 01796 Pirna
Tel.: 03501 710960
E-Mail: gedenkstaette.pirna@stsg.smwk.sachsen.de

Spenden:

Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Ostsächsische Sparkasse Dresden
BLZ: 850 503 00
Konto-Nr.: 3 155 825 005
Verwendungszweck: Gedenkbuchprojekt Pirna

Dresdner Stimmforum

Widmet sich zum 200. Geburtstag von Richard Wagner dramatischen Stimmen im Musiktheater.

„Das älteste, echtste und schönste Organ der Musik, das Organ, dem unsere Musik allein ihr Dasein verdankt, ist die menschliche Stimme.“
Richard Wagner

Dramatische Stimmen üben im Musiktheater eine besondere Faszination aus. Aber was verbirgt sich hinter „großen“ Stimmen? Welche Voraussetzungen sind erforderlich und wer hilft auf dem Weg zum dramatischen Fach? In Ehrung des 200. Geburtstages von Richard Wagner widmet sich das diesjährige Dresdner Stimmforum in Zusammenarbeit des Studios für Stimmforschung der Dresdner Musikhochschule mit der Semperoper Dresden und der Abteilung Phoniatrie und Audiologie der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden diesen Besonderheiten aus stimmwissenschaftlicher und künstlerischer Sicht. In Vorträgen und Diskussionsrunden werden typische akustische Merkmale dramatischer Stimmen und Aspekte der Musikgeschichte mit künstlerischen Erfahrungen verbunden, die unter anderem auf stimmliche Entwicklungswege, Fachwechsel und den Einsatz lyrischer Stimmen im dramatischen Fach Bezug nehmen. Daran schließt sich der 100. Liederabend aus der seit 1998 bestehenden Liederabendreihe „Das Lied in Dresden“ mit Werken von Sibelius, Wagner und Strauss an.

Die interdisziplinäre Verbindung von gesangspädagogischen, stimmakustischen und phoniatischen Aspekten ist der Leitgedanke des 1959 an der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden gegründeten Studios für Stimmforschung. Ein grundlegendes Ziel der Arbeit des Studios stellt die Integration medizinischer und



Prof. Dr. med. Dirk Mürbe, Leiter der Abteilung Phoniatrie und Audiologie/SCIC, Universitätsklinikum Dresden

© UKD

stimmwissenschaftlicher Erkenntnisse in die sängerische Praxis und die moderne Gesangspädagogik dar. Es versteht sich als „Wissenschaft im Dienst der Sängerstimme“. Es gibt drei Aufgabengebiete, die von einem Team von Ärzten, Gesangspädagogen und Akustikern betreut werden. Schwerpunkte der Forschung sind qualitative und quantitative Analysen der Singstimme (Stimmfeldmessung, computergestützte Klanganalysen) und Probleme der Lautbildung, der Musikalität, Untersuchungen zur Phonationsatmung und zur beruflichen Entwicklung von Gesangsstudenten.

Für das Dresdner Stimmforum 2013 konnten herausragende Referenten gewonnen werden. Zu ihnen gehören unter anderem Jürgen Kesting, Autor und Musikkritiker, Hamburg, Prof. Dr. med. habil. Dirk Mürbe, Leiter der Abteilung Phoniatrie und Audiologie/UKD und des Studios für Stimmforschung/HfM Dresden, Kammersängerin Camilla Nylund, Dresden, die Chefdramaturgin der Semperoper Dresden, Nora Schmid, René Schmidt, Leiter der Richard-Wagner-Stätten Pirna-Graupa, Kammersänger und Dirigent Prof. Peter Schreier,

Dresden, Prof. Dr. Johan Sundberg, Stimmwissenschaftler KTH Stockholm, Prof. Gerd Uecker, Musikpädagoge, Musik- und Operndirektor, ehem. Intendant der Semperoper Dresden sowie Kammersängerin Prof. Elisabeth Wilke, Sängerin an der Semperoper Dresden und Gesangsprofessorin am Mozarteum Salzburg und Prof. Hartmut Zabel, Gesangspädagoge, Studio für Stimmforschung/HfM Dresden.

Dresdner Stimmforum & Das Lied in Dresden

Termine

19.04.2013, Freitag,
16.00 – 19.30 Uhr, Werkstatt I-IV
20.04.2013, Samstag,
10.00 – 16.30 Uhr, Symposium
21.04.2013, Sonntag,
19.00 Uhr; 100. Liederabend

Anmeldung

www.dresdner-stimmforum.de

Ort

Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden,
Wettiner Platz 13, 01067 Dresden,
Studio für Stimmforschung & Konzertsaal

Kontakt

Prof. Dr. med. habil. Dirk Mürbe
Leiter der Abteilung Phoniatrie und Audiologie/SCIC
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587045
Fax: 0351 4585732
E-Mail: info@dresdner-stimmforum.de

Die Programmhefte finden Sie im Internet: www.dresdner-stimmforum.de und www.dasliedindresden.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Johann Heinrich Tischbein der Ältere

Johann Heinrich Tischbein der Ältere (1722 bis 1789) – ein genialer Maler an Glaukom erkrankt?

Glaukom, eine Augenerkrankung, die weltweit allerhöchste Beachtung erfährt, steht seit Jahrzehnten in allen augenärztlichen Behandlungseinrichtungen mit an erster Stelle.

Bis zur Erfindung des Augenspiegels 1851 durch Helmholtz (1821 bis 1894) wurde im 18. und noch im 19. Jahrhundert über das Glaukom in der Fachliteratur berichtet:

„Eine graue grünliche Trübung des Glaskörpers, wodurch das Gesicht bedeutend vermindert oder völlig aufgehoben wird.“ Erkannt wurde bereits bei Glaukom die Abflachung der Augenvorderkammer, Erweiterung der Pupille, allmähliche Einschränkung des Gesichtsfeldes, ein erhöhter Augendruck und schließlich die Blindheit.

Nach 1851 konnte mithilfe des Augenspiegels der Augenhintergrund und Sehnerveneintritt beurteilt werden. Mit entwickelten „Spannungsmessern“ wurde der Augendruck geprüft und man entdeckte, dass Medikamente zur Verkleinerung der Pupille eine augendrucksenkende Wirkung hatten.

Johann Heinrich Tischbein d. Ä., geboren am 3. Oktober 1722 in Haina bei Kassel, entstammt ärmlichen Verhältnissen einer kinderreichen Familie eines Bäckers im Kloster. Für das Zeichnen besaß Johann Heinrich eine Naturbegabung, da aber keine Mittel vorhanden waren, Papier zu beschaffen, zeichnete er mit Kreide auf den Tisch des Hauses, dieser wurde aber immer wieder abgewischt. Aufgrund seiner Interessen kam er zu einem Tapetenmaler in die Lehre. Sein herausragendes Talent als Maler erkannte der Großhofmeister des Kurfürsten von Mainz, Reichsgraf von Stadion (1671 bis 1768). Er ermöglichte ihm Unterricht bei bekannten Künstlern und förderte als Mäzen seine Ausbildung.

Für fünf Jahre, 1743 bis 1748, ging Tischbein nach Paris und war Schüler der französischen Historienmaler Carle Vanloo und Jean Restout. Auch lernte Tischbein bei dem Porträtmaler Nicolas de Langilliere. Er weilte zu Kunststudien 1751 bis 1753 in Italien, Bologna, Florenz, Rom, besuchte in Venedig die Zeichenschule von Giovanni Battista Piazzetta und lernte den Freskenmaler Giovanni B. Tiepolo kennen.

Der kunstsinnige Landgraf von Hessen, Wilhelm VIII. von Kassel (1682 bis 1760), ernannte Tischbein zu seinem Hofmaler. Hier schaffte er als Porträt- und Historienmaler bedeutende künstlerisch anerkannte Gemälde. Auf dem Gipfel seines Ruhmes wurde unter Friedrich II. von Hessen-Kassel (1720 bis 1785) das „Collegium Carolinum“ 1762 in Kassel gegründet, eine Maler- und Kunstakademie, die heute noch existiert.

Als Direktor dieser Einrichtung war sein Einfluss so groß, dass er aus seiner Familie alle für die Malerei begabten Personen ausbilden ließ. Die Tischbein-Familie war über mehrere Generationen als Maler in Deutschland, aber auch in Italien tätig. Von den etwa 30 in der Malerei tätigen Familienmitgliedern sind außer ihm zwei Neffen durch ihre Arbeiten besonders bekannt:

1. der Frankfurter Tischbein Johann Heinrich Wilhelm (1751 bis 1829) mit seinem Goethebild und
2. der Leipziger Tischbein Johann Friedrich August (1750 bis 1812), welcher das reiche Bürgertum von Leipzig und Sachsen porträtierte (Gemälde von ihm sind im Museum der Bildenden Künste in Leipzig zu finden).

Kunstkenner behaupten: Was in der Musik die große Familie um Johann Sebastian Bach (1685 bis 1750) war, ist in der Malerei in Deutschland Johann Heinrich Tischbein d. Ä. mit seiner Familie.

Ein Freund von Johann Heinrich Tischbein d. Ä., Joseph Friedrich Engelschall, Professor der Philoso-



Johann Heinrich Tischbein der Ältere, Selbstbildnis im Alter, 1782
© Staatliche Museen Kassel, Neue Galerie

phie in Marburg, gibt 1797 eine Biografie über den bedeutenden Maler heraus. Darin beschreibt er den seit Mitte der achtziger Jahre im fortge-



Johann Heinrich Tischbein der Ältere, Christus am Ölberg (Gethsemane), 1788 in der Winterkirche von Kloster Haina
© Kirchner

schrrittenen Lebensalter des Künstlers allmählichen Gesichtsfeldverlust bei sonst guter Sehleistung, Augenschmerzen werden nicht erwähnt. Engelschall schreibt: „Wenn man Tischbein in einer Entfernung von 30 Fuß (ca. 9 Meter) entgegenkam, sah er nur ein Auge der Person und er suchte das zweite Auge durch Blickwendung.“ Diese Tatsache entspricht einem binocularen Gesichtsfeld-durchmesser von ca. 5 Grad, was bedeutet, dass er nach den heutigen gültigen Maßstäben als blind eingestuft hätte werden müssen, gleichgültig was er für eine Sehleistung hat. So tastete Tischbein die Gegenstände mit den Augen ab und setzte

das Ganze mit seiner Einbildungskraft zusammen. Die künstlerische Leistung seiner letzten Gemälde ist durch die Kraft seines Genies erreicht worden.

Nach den Ausführungen des Biografen Engelschall müsste es sich von den Symptomen her bei Tischbein um eine Glaukomekrankung mit Gesichtsfeldverfall handeln.

Umso höher ist seine künstlerische Leistung in seinem letzten großen Gemälde „Christus am Ölberg“ (Gethsemane) anzuerkennen, was er praktisch als blinder Künstler mit einem sehr kleinen Gesichtsfeldrest geschaffen hat. Das Gemälde

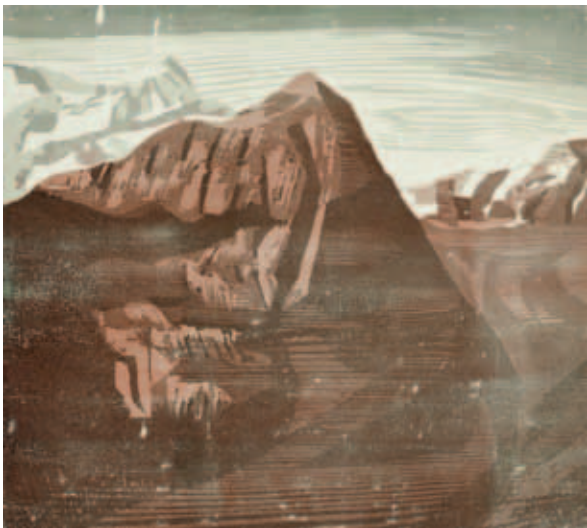
schenkte er der Kirche in Haina, in welcher er getauft worden war, wo es heute noch vorhanden ist. Einige Monate später verstarb Tischbein am 22.08.1789.

Vielleicht ahnte Tischbein sein baldiges Ableben, als er das Thema „Christus am Ölberg“ für sein letztes Gemälde gewählt hat.

In der Bibel wird von Markus im Kapitel 14 berichtet, dass Christus sein bevorstehendes Ende ahnt und er am Ölberg Gott um Kraft und Beistand bittet.

Dr. med. Gottfried Vesper, Leipzig

Stephanie Marx – Grafik



Sparrhorn (Oberwallis), Farbholzschnitt 2011, 68 x 78 cm

Der schlichte Titel für ihre Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer – „Grafik“ – sagt viel über die künstlerische Leidenschaft von Stephanie Marx (geb. 1975 in Dresden). Besonders seit etwa 2007 gewinnt die Grafikerin mit großformatigen Farbholzschnitten und technisch anmutenden Linolschnitten zunehmend Aufmerksamkeit. Eines der jüngsten Beispiele ist ihr in Linol

geschnittener mannsgroßer „Robonaut“ (mittlerweile gibt es auch eine „Partnerin“), für den sie 2012 mit einem Preis des von der Neuen Sächsischen Galerie Chemnitz getragenen Wettbewerbs „100 Sächsische Grafiken“ geehrt wurde.

Mit farbig zurückhaltenden, in der Form reduzierten, im Verfahren der verlorenen Form geschaffenen Farbholzschnitten widmet sich die Künstlerin der Landschaft. Ihr Fokus liegt dabei nicht auf möglichen Idyllen, sondern der vom Menschen veränderten Natur und architektonischen Fragmenten. Gleichwohl sind diese Arbeiten keine Anklagen, sondern transportieren eine ganz eigene, mitunter leicht melancholische Stimmung.

Die in Linol gestochenen und geschnittenen Motive sind dagegen zuvorderst von der Technikfaszination der Grafikerin geprägt. Sie verbinden oft Anverwandlungen technischer Gerätschaften und Maschinen mit tierischen oder pflanzlichen Naturformen zu eigenartigen Mischwesen, die durchaus auch eine humorige Note haben können. Dies gilt auf seine Weise etwa für den

wörtlich zu nehmenden „Herzkasper“ (abgebildet auf der Einladung zur Ausstellung in der Landesärztekammer), der den im Herzen eingesteten Arteriosklerose-„Teufel“ verhaut.

Stephanie Marx gelingt es, traditionellen Drucktechniken wie dem Holz- und Linolschnitt eine äußerst phantasievolle, handwerklich überzeugende und zugleich moderne Form zu verleihen. Grundlagen dafür erwarb sie sich während eines Kommunikationsdesign-Studiums in Berlin (1995 bis 1999) und dem anschließenden Studium Freier Grafik an der Leipziger Hochschule für Grafik und Buchkunst (1999 bis 2003) bei Karl-Georg Hirsch, Rolf Münzner und Ulrich Hachulla, wobei sie bei Letzterem zudem bis 2008 Meisterschülerin war.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Erdgeschoss und dem Foyer der vierten Etage vom 27. März bis 20. Mai 2013, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 28. März 2013, 19.30 Uhr