

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 7/2001

| | | |
|---|---|-----|
| Berufspolitik | 11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung | 300 |
| | 12. erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Ärzteversorgung | 324 |
| | Aus der Vorstandssitzung | 328 |
| Mitteilungen der Geschäftsstelle | 2. Kurs „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ | 328 |
| | Pressekonferenz zur Einführung des Sächsischen Gesundheitslotsen | 330 |
| | Konzerte und Ausstellungen | 329 |
| | Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gesucht | 329 |
| Sächsische Ärzteversorgung | Achtung: Wichtige Frist 30. September 2001 | 330 |
| Gesundheitspolitik | Stand und Probleme der Poliomyelitiseradikation in Deutschland | 331 |
| Mitteilungen der KVS | Ausschreibung von Vertragsarztsitzen | 334 |
| | Impressum | 334 |
| Personalia | Dr. med. Dieter Jungmichel zum 70. Geburtstag | 335 |
| | Prof. Dr. med. habil. Erich Müller zum 65. Geburtstag | 335 |
| | Dozent Dr. med. habil. Armin Lange zum 65. Geburtstag | 336 |
| | Unsere Jubilare im August | 338 |
| | Nachruf Prof. Dr. med. habil. Hans-Dietrich Schumann | 340 |
| | Verstorbene Kammermitglieder | 341 |
| Leserbrief | Insekt des Jahres 2001 | 339 |
| Beilagen | Fortbildung in Sachsen – September 2001 | |

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

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

Arbeitstagung am 15. Juni 2001

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 14:00 Uhr den 11. Sächsischen Ärztetag und begrüßte herzlich die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft, die Ausschussvorsitzenden der Sächsischen Landesärztekammer und die Gäste.

Professor Dr. Schulze hieß vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Beruferecht und Herrn Professor Dr. med. habil. Wieland Kiess von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig besonders willkommen.

Berufspolitische Höhepunkt des ersten Tages waren die Vorträge von Herrn Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, Bundesärztekammer Köln, Leiter der Rechtsabteilung, und von Herrn Dr. med. Otmar Kloiber, Bundesärztekammer Köln, Leiter des Auslandsdienstes.

Herr Dr. Horst Dieter Schirmer referierte über:

Europäisches Recht und Europäische Gesundheitspolitik und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsausübung

Wegen der besonderen Bedeutung dieser Gesamtheit und den Auswirkungen des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf das deutsche Gesundheitswesen werden die Hauptthemen dieses komplexen Vortrages

- das gesundheitspolitische Mandat der Europäischen Union,
- Binnenmarktrecht und ärztliche Berufsausübung im Gesundheitswesen, insbesondere Freizügigkeits-Richtlinien für Ärzte,
- Gemeinschaftsrechtliche Bezüge der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung,
- „Schnittstellen“ der Regelkreise der Berufsausübung zum Europäischen Gemeinschaftsrecht

in einer Artikelserie in den nächsten Hefen im „Ärzteblatt Sachsen“ publiziert.

Das Vortragsthema von Herrn Dr. med. Otmar Kloiber lautete:

Das Gesundheitswesen der USA Versorgungsstrukturen und ärztliche Arbeit

Das amerikanische Gesundheitswesen ist an Technisierung, Risiko- und Innovationsbereitschaft nicht zu schlagen. Doch während die USA als eines der reichsten Länder der Erde ungefähr 14% ihres Bruttoinlandsproduktes (10,9% Deutschland) für die gesundheitliche Versorgung ausgibt, blieben 1998 knapp 44 Millionen der 281 Millionen Einwohner ohne Versicherungsschutz und damit auch ohne ausreichende gesundheitliche Versorgung. Dies ist hingegen nicht der einzige markante Widerspruch: Das seiner Philosophie nach völlig private Gesundheitswesen der USA wurde 1998 zu 45,5%, also fast zur Hälfte (18,4% Deutschland), aus öffentlichen Haushalten finanziert. Rein faktisch ist damit das amerikanische Gesundheitswesen viel näher an einem staatlichen Gesundheitswesen als das Sozialversicherungssystem Deutschlands.

Ungefähr zur gleichen Zeit, in der in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde, hat sich beim Eisenbahnbau in den USA die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die Arbeitgeber als Lohnzusatzleistungen langsam entwickelt. Bezogen auf die Beschäftigten werden in den USA ca. 170 Millionen Personen durch ihre Arbeitgeber mit gesundheitlichen Leistungen versorgt. In der Regel kaufen die Arbeitgeber bei Versicherungen oder sogenannten „Health-Maintenance-Organisations“ (HMO) Gesundheitsdienstleistungen als Pakete mit abgeschlossenen (begrenzten) Leistungsumfängen für die Versicherten ein.

Die gesundheitliche Absicherung der Arbeitnehmer und ihrer Familien ist von der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers abhängig, der die Gesundheitsversorgung seiner Angestellten oft als Anreiz für neue Angestellte braucht. Kleine Firmen oder Selbständige haben oft Schwierig-

keiten, eine gesundheitliche Versorgung ihrer Mitarbeiter zu garantieren oder müssen ganz darauf verzichten.

Die Absicherung des Krankheitsrisikos als freiwillige Leistung der Arbeitgeber hat dazu geführt, dass alte Menschen und in einem beschränkten Umfang Behinderte und Arme durch öffentliche Versicherungen abgesichert werden müssen. Darüber hinaus werden Kriegsveteranen und Staatsangestellte durch eigene staatliche Versorgungssysteme abgesichert. (Diese staatlichen Absicherungssysteme werden manchmal fälschlich als amerikanische Sozialversicherungen dargestellt. Ihnen fehlen aber zwei Hauptmerkmale von Sozialversicherungen, nämlich Beitragsfinanzierung und Selbstverwaltung.)

Medicare

Für die Personen im Alter von 65 Jahren und mehr sowie permanent berufsunfähige Personen und Personen mit terminalem Nierenversagen, ist die nationale Krankenversicherung Medicare zuständig.

Eine Abgabe von je 7,5%, die jeweils Arbeitnehmer und Arbeitgeber als sogenannte „ear-marked-tax“ für Medicare aufzubringen haben, sorgt für diese Altersabsicherung des Krankheitsrisikos (1,4%) sowie für eine vergleichsweise schmale Rente (Pension Trust Fund) und eine Arbeitsunfähigkeitsabsicherung (Disability Trust Fund). Im Bereich gesundheitlicher Versorgung älterer Menschen bezahlt der sogenannte Teil A von Medicare die Ausgaben von Krankenhausleistungen, die von dem genannten Personenkreis in Anspruch genommen werden müssen. Den durch Medicare versicherten Personen wird angeraten, freiwillig einen sogenannten Teil B (Supplementary Medical Insurance) beizutragen. Für ca. \$ 50 pro Monat können damit auch ambulante Leistungen und Medikamente in den Versicherungsschutz von Medicare einbezogen werden.

Mit der Entwicklung von „Managed Care“ hat sich Medicare auch gegenüber



Dr. med. Otmar Kloiber

diesen neuen Versorgungsformen geöffnet, so dass auch alte Menschen und chronisch Kranke prinzipiell in der Lage sind, durch sogenannte Managed Care Unternehmen abgesichert zu werden. Insgesamt wurden 1998 unter Medicare 39 Millionen Personen versichert, darunter 34 Millionen im Alter von 65 und mehr Jahren. Für den Teil A wurden von Seiten des Staates 129 Milliarden US Dollar aufgewandt, für den Teil B weitere 81 Milliarden, wobei ca. 25% dieses Betrages durch die freiwilligen Beiträge der Versicherten im Teil B aufgebracht wurden.

Medicaid

Die Absicherung der armen Personen erfolgt in einem beschränkten Umfang durch eine föderal/bundestaatlich getragene Versicherung, Medicaid. In Abhängigkeit der jeweils durch den einzelnen Bundesstaat festgesetzten Armutsgrenze können bedürftige Personen dann gegen das Krankheitsrisiko versichert werden, wenn zusätzliche Faktoren, wie zum Beispiel ein Alter von 65 Jahren oder älter, Blindheit, Erwerbsunfähigkeit, eine besondere Schutzbedürftigkeit oder weitere optionale Kriterien auf Staatenbasis vorhanden sind. Darüber hinaus wurden Familien mit abhängigen Kindern sowie Kinder unter sechs oder alleinstehende Schwangere bisher durch Medicaid abgesichert. Ar-

mut alleine ist kein Kriterium für die Aufnahme in Medicaid.

Da die Definition des Armutsniveaus den einzelnen Bundesstaaten unterliegt und die Ausdehnung von Medicaid durch eigene Programme durch die Bundesstaaten gestaltet werden kann, ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil der nicht abgesicherten und versicherten Personen von Bundesstaat zu Bundesstaat sehr stark schwankt. Während 1999 in Texas 25% der Personen unter 65 Jahren ohne Krankenversicherung blieben, waren es im Bundesstaat Minnesota, in dem relativ europäische Sozialvorstellungen dominieren, nur 6,7%. Unversichert sind also die, die nicht „arm genug“ für Medicaid sind, andererseits aber keine Versicherung durch den Arbeitgeber geboten bekommen. Die Versicherungslücke ist zunehmend ein Mittelstandsproblem. Durch Medicaid waren Ende der 90er Jahre ca. 41 Millionen Personen abgesichert. Die Ausgabesumme von 190 Milliarden lag zwar deutlich unter den Ausgaben im Medicare, liegt aber in der gleichen Größenordnung. Von den Kosten für Medicare übernimmt Washington ca. 56%.

State Children Health Insurance Program (SCHIP)

Ohne Schutz gegen das Krankheitsrisiko und damit ohne ausreichende gesundheitliche Versorgung waren vor allem Kinder. Selbst im Medicaid Programm waren 51% der abgesicherten Personen Kinder. Mit dem Haushaltsgesetz von 1997 wurde deshalb eine weitere staatliche Versicherung, das sogenannte „State Children Health Insurance Program“ (SCHIP) eingeführt. Ebenfalls unter Ko-Finanzierung durch Washington und die Bundesstaaten werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren aus Familien, deren Gesamteinkommen das doppelte des föderal festgelegten Armutsniveaus (34.100 Dollar pro Jahr in einem 4-Personen-Haushalt) nicht übersteigt, abgesichert. Für sie kann aus der neuen Versicherung sowohl die ambulante, als auch die stationäre Behandlung bezahlt werden.

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Managed Care

Die starke Eingriffsverwaltung, die in den USA vorherrscht, ist durch das gewinnorientierte Marktgeschehen im Gesundheitswesen entstanden. In den letzten 10 Jahren hat sich mit „Managed Care“ ein im wesentlichen profitorientiertes Gesundheitssystem entwickelt, in dem der Schutz vor Krankheit, die Behandlung von Patienten zum „Commodity Business“ abgeglitten ist. Fairerweise muss man anmerken, dass Begriffe wie „Solidarität“ oder „Subsidiarität“ in den USA nie eine Rolle gespielt haben. Managed Care zeichnet sich durch ein „selektives Kontrahieren“ der Versicherer mit einzelnen Leistungserbringern, zum Beispiel Ärzten, aus. In zunehmendem Maße werden Ärzte auch direkt bei den sogenannten Health Maintenance Organisations angestellt.

Unter Managed Care wird üblicherweise pauschaliert bezahlt: Im ambulanten Bereich vorwiegend durch eine sogenannte Pre-Paid Capitation, also eine im voraus gezahlte Kopfpauschale oder im Krankenhausbereich mit den (demnächst auch in Deutschland eingesetzten) Diagnosis Related Groups. Das Krankheitsrisiko wird damit massiv auf die Leistungserbringer, insbesondere die (auch im Krankenhaus tätigen) freiberuflichen Ärzte abgewälzt. Zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es ein strenges „Gate-Keeping“, das heißt unter Managed Care geht kein Patient zum Facharzt, ohne nicht vorher durch den Hausarzt dorthin überwiesen zu werden.

Managed Care bedient sich im starken Maße sogenannter Utilisation Reviews. Diese zerfallen in 3 Typen:

■ **Pre-Reviews** steuern den Umfang der Leistungen, die gegenüber den Patienten erbracht werden können. Zum Beispiel wird in Positivlisten, sogenannten „Formularies“ festgelegt, welche Arzneimittel eingesetzt werden dürfen. Den Ärzten werden klare Behandlungsausschlüsse, einschließlich dem Ausschluss von teuren Behandlungsverfahren in die Hand gegeben. In Richtlinien, die im wesentlichen

nach betriebswirtschaftlichen Kriterien festgelegt worden sind, werden den Ärzten oft die billigsten Behandlungsverfahren verbindlich vorgeschrieben. Nicht selten wurde den Ärzten in der Vergangenheit sogar verboten, dem Patienten andere, oft bessere, aber nicht durch die Versicherung abgedeckte Leistungen, überhaupt nennen zu dürfen. Taten sie es dennoch, konnten sie aus dem Vertrag entlassen werden (gag-clauses).

■ **Concurrent Reviews** steuern Behandlungsentscheidungen durch die Versicherungen während der Behandlung, bis hin zu intra-operativen Entscheidungen, die Chirurgen per Telefon von den Versicherungen abrufen müssen. Dort sitzt dann eine Person (im günstigsten Falle eine weitergebildete Krankenschwester), die dem Arzt Anweisungen darüber gibt, wie er bei der Wahl, zum Beispiel des Operationsverfahrens weiter vorzugehen hat.

■ **Post-utilisation Reviews** erlauben eine nachträgliche Bilanzierung der Tätigkeit, sowohl hinsichtlich quantitativer Daten, zum Beispiel durch Frequenztabellen (Physician Profiling) oder auch durch die Analyse der Ergebnisse (Outcome Research), dem Verlauf von Qualitätsindikatoren (Report Cards), aber in zunehmendem Maße auch der Patientenzufriedenheit (Patient Satisfaction).

Für die meisten Amerikaner brachte Managed Care vordergründig eine Verbesserung ihrer Versorgung. Viele sahen sich, besonders Ende der 80er Jahre, nicht mehr im Stande, zum Beispiel ihre Arzt- und Krankenhausrechnungen aus eigenen Taschen vorzufinanzieren. Allein die Einführung des Sachleistungsprinzips unter Managed Care wurde von den Patienten sehr geschätzt und als ein großer Erfolg gewertet. Ebenfalls wurden von der Öffentlichkeit die Publikation von Qualitätsindikatoren für Ärzte und Krankenhäuser, die von einzelnen Versicherern oder von den Krankenhäusern selbst vorgenommen wurden, begrüßt. Sie wurden aber fälschlicherweise als Qualitätsbeweise interpretiert und führten dazu, dass die Qualitätssicherungsverfahren,

die sich immer auf einzelne Indikatoren bezogen, zu einem sogenannten „Window Dressing“ führten. „Window Dressing“ bedeutet, dass die Dienstleistungserbringer sich auch auf die Punkte konzentrierten, an denen sie gemessen und öffentlich verglichen wurden. Damit wurde gleichsam die Fassade immer schöner, das was dahinter lag, wurde aber oft vernachlässigt.

Für die Ärzte wurde Managed Care sehr rasch zum Alptraum. Unter den Klagen, die bei den sogenannten State Medical Associations eingehen, dominieren die Beschwerden über schleppende Bezahlung, einen extrem hohen Verwaltungsaufwand, die häufige Abwertung der Leistung durch die Managed Care Organisationen und ganz besonders auch die Verhandlungssohnmacht der Ärzte gegenüber den Managed Care Organisationen. 1999, mehr als 150 Jahre nach ihrer Gründung, sah sich dann die alt-ehrwürdige American Medical Association auch gezwungen, eine Gewerkschaft zu gründen: Die PRN (Physicians for Responsible Negotiation) vertritt die Interessen der angestellten Ärzte gegenüber den Versicherungen und HMOs, wobei dies nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein kann, denn die meisten der amerikanischen Ärzte sind sowohl im niedergelassenen wie auch im ambulanten Bereich selbstständige Freiberufler und dürfen sich nach amerikanischem Recht nicht zum Verhandeln zusammenschließen. Die Ärzte sind damit relativ ohnmächtig der Verhandlungsmacht der Krankenversicherer ausgeliefert. Eine Situation, die wir aus unserem Land in den Jahren zwischen 1900 und 1928 mit all ihren negativen Konsequenzen kennen.

Der „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA)

Ein einfacher Stellenwechsel führte, wie oben ausgeführt, in den USA oft zu dem Verlust des Versicherungsschutzes und selbst, wenn der neue Arbeitgeber auch eine Versicherung anbot, war sie meist dann unerreichbar und unverfügbar, wenn der Arbeitnehmer oder seine Familien-

angehörigen an einer Vorerkrankung, „pre-existing conditions“, litten. Bezeichnenderweise wurden als „pre-existing conditions“ in vielen Fällen auch Schwangerschaften gewertet. Mit dem sogenannten HIPAA – Gesetz von 1996, das von vielen Amerikanern als großer Durchbruch in der Krankenversicherung angesehen wird, werden dem Versicherten beim Stellenwechsel moderate Rechte zur Neuversicherung bei den Krankenversicherungen eingeräumt.

Hatte ein Arbeitnehmer mindestens 18 Monate Versicherungsschutz und war er nicht länger als 63 Tage unversichert, muss der neue Versicherer, sofern der Arbeitgeber einen solchen Versicherungsschutz durch Gruppen- oder Einzelverträge anbietet, den Arbeitnehmer und seine Angehörigen aufnehmen und versichern. Nach wie vor bleiben aber noch viele Ausschlussgründe bestehen und es können natürlich Risikozuschläge erhoben werden. Als ein ebenfalls großer Durchbruch werden von amerikanischen Politikern die Einführung von obligaten Datenstandards mit einer garantierten Vertraulichkeit gefeiert. Während dies für die Vereinigten Staaten zweifelsfrei große Fortschritte darstellt, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden, ob diese Regelungen, im Vergleich zum Schutzniveau durch die gesetzliche Krankenversicherung, dem bereits in Deutschland bestehenden vereinheitlichten Datenverkehr zwischen Leistungserbringern und Versicherungen und vor allen Dingen durch den bei uns hohen Datenschutz, in irgendeiner Weise für Deutschland vorbildlich sein können.

Patientenrechte

Die restriktiven Verträge der Krankenversicherer und HMOs gegenüber ihren Patienten und den Ärzten haben dazu geführt, dass sich Patienten und Ärzte Ende der 90er Jahre verstärkt für eine gesetzliche Formulierung der Patientenrechte eingesetzt haben. Ein bereits 1999 eingebrachter Gesetzentwurf geriet im Gangel zwischen Senat, Repräsentanten-

haus und Präsident in eine Hängepartie und konnte erst durch eine Vorlage im Senat in diesem Jahr neu belebt werden. Darin sollen den Patienten einige Leistungsverbesserungen gesetzlich garantiert werden. So zum Beispiel

- ein besserer Zugang zu Spezialisten, besonders Gynäkologen und Pädiatern,
- das Einholen von Zweitmeinungen in bestimmten onkologischen Fällen,
- die Deckung von Krankenhausaufenthalten bei bestimmten Brustkrebsbehandlungen (z.B. Mastektomien) und
- eine Begutachtung von Entscheidungen des Health-Plans durch externe ärztliche Gutachten.

Uneinigkeit besteht zwischen den Autoren dieser Vorschläge, den konservativen Republikanern und dem Präsidenten in

der Frage der Beklagbarkeit und Haftung der Versicherungen bzw. HMOs gegenüber den Versicherern. Während diese sich momentan durch ihre Verträge den Rechtsweg und ihre Haftungspflicht weitgehend ausschließen lassen, sollen sie nach dem Vorschlag der Senatoren Edwards, Kennedy und McCain in Zukunft unbegrenzt in Bezug auf medizinische Behandlung und bis zu 5 Millionen US Dollar für sonstige Schäden und Schmerzen haften. Präsident Bush ist mit seinen Anhängern dagegen der Meinung, dass eine Begrenzung auf 500.000 Dollar für die sonstigen Schäden und Schmerzkompensation ausreichend ist.

Für die Situation in den Vereinigten Staaten noch ausschlaggebender ist allerdings die Tatsache, dass der erste Vorschlag den

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Klageweg sowohl vor lokalen als auch vor Bundesgerichten erlauben möchte, wohingegen der Präsident die Klagen ausschließlich bei den Bundesgerichten angesiedelt sehen möchte. Dies ist leicht zu verstehen, wenn man weiß, dass lokale Gerichte in der Vergangenheit wesentlich patientenfreundlicher entschieden haben als Bundesgerichte. Ein weiteres Argument gegen den weitreichenderen Vorschlag von Edwards, Kennedy und McCain sind die zu erwartenden Kostensteigerungen von 4,2%, die noch mehr Arbeitgeber dazu verleiten könnten, die Krankenversicherungen als Zusatzleistung zukünftig auszugeben und damit noch mehr Menschen in einen versicherungslosen Zustand abdriften ließen.

Fazit

Die hohe Experimentierfreudigkeit der Amerikaner läßt das amerikanische Gesundheitswesen geradezu zu einem Labor der Möglichkeiten werden, in dem nicht nur neue medizinische Verfahren entwickelt und erprobt werden, sondern auch medizin-ökonomische Zusammenhänge und Fragen der Qualitätssicherung entwickelt werden und für uns studierbar sind. Und während einzelne Aspekte zu Verfahren des Qualitätsmanagements, der Verantwortlichkeit (Accountability) und der Kostendämpfung sicherlich auch für uns interessant sind, ist die Gesamtentwicklung, besonders das sogenannte Managed Care, insgesamt als patienten- und arztfeindlich einzustufen. Besonders auffällig ist, dass die Marktorientierung des amerikanischen Gesundheitswesens keineswegs zu mehr Freiheitsgraden für Patienten und Ärzte führt, sondern im Gegenteil eine starke staatliche Eingriffsverwaltung, mit all ihren Nachteilen, zum Schutz rudimentärer Patientenrechte notwendig macht. In der Betrachtung der amerikanischen Verhältnisse darf festgestellt werden, dass eine stärkere Vermarktlichung des Gesundheitswesens auch in Deutschland keine Verbesserung für Patienten und sozial-verantwortliche Leistungserbringer erwarten lässt.

Abendveranstaltung

Zu der festlichen Abendveranstaltung begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer herzlich Frau Brigitte Zschoche, Vizepräsidentin des Sächsischen Landtages; Herrn Staatssekretär Dr. Albin Nees, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie; Herrn Professor Dr. med. habil. Volker Bigl, Rektor der Universität Leipzig; Herrn Budewig, Präsident des Sächsischen Oberlandesgerichtes; vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Werner Nicolay, Herrn Ministerialdirigent Albrecht Einbock, Herrn Dr. Dietmar Kasprk; von den gesetzlichen Krankenkassen, Herrn Rolf Steinbronn, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Sachsen; Herrn Hans-Günther Verhees, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen; Herrn Hans-Peter Marr, Geschäftsführer VdAK Landesvertretung Sachsen; Herrn Klaus Tröger, Geschäftsführer Deutsche Angestellten Krankenkasse, Landesgeschäftsstelle Sachsen/Thüringen; die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer; die Vorsitzenden der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände in Sachsen.

Totenehrung

Die Anwesenden des Sächsischen Ärztetages gedachten wie in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzte unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem 10. Ärztetag 2000 verstorben sind. Auf der Seite 341 dieses Heftes sind die Namen der Verstorbenen genannt. Alle Teilnehmer des Sächsischen Ärztetages erhoben sich zu Ehren der 54 Verstorbenen von ihren Plätzen. Wir werden diese verstorbenen Kolleginnen und Kollegen und all diejenigen, die hier nicht namentlich erwähnt werden konnten, in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.



PD Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann,
Prof. Dr. Siegwart Bigl (v. l.)

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich- Richter-Medaille 2001“

Wir befinden uns in der guten Tradition der vor etwa 100 Jahren von den Gründungsvätern deutscher ärztlicher Berufs- und Standespolitik, Professor Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter aus Dresden und Dr. Hermann Hartmann aus Leipzig, erhobenen Forderungen, dass mit der ärztlichen Selbstverwaltung die eigenen berufsständigen Angelegenheiten zu regeln sind und gleichzeitig ein aktiver Beitrag zur Mitgestaltung des Gesundheitswesens zu leisten ist.

Es ist eine ehrenvolle, mittlerweile sechsjährige Tradition, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen.

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident diese hohe Auszeichnung für besondere Verdienste bei der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer und um die sächsische Ärzteschaft an

**Herrn Prof. Dr. med. habil.
Siegwart Bigl, Chemnitz**

**Herrn Dr. med.
Mathias Cebulla, Leipzig**

**Herrn Dr. sc. med.
Wolfgang Saueremann, Dresden**

Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl wurde am 23. November 1938 in Bernsdorf, Kreis Glauchau, geboren. Nach dem Besuch der dortigen Grundschule absolvierte er 1956 die Oberschule in Lichtenstein mit dem Abitur. Anschließend studierte er Humanmedizin in Leipzig und Dresden, wo er an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus 1962 das Staatsexamen ablegte und im gleichen Jahr zum Dr. med. promoviert wurde. Nach Pflichtassistenten- und allgemeinärztlicher Tätigkeit trat er 1964 in das Hygiene-Institut Karl-Marx-Stadt ein, erwarb den Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und wirkte von 1967 bis 1970 als Leiter der Abteilung Mikrobiologie. 1970 wechselte er an die Kinderklinik am Ernst-Scheffler-Krankenhaus Aue. Hier schloss er 1973 die Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde erfolgreich ab und war von 1974 bis 1977 als Oberarzt tätig. 1977 kehrte er an das Bezirks-Hygiene-Institut Karl-Marx-Stadt (seit 1990 Chemnitz) zurück und prägte als Bereichsleiter für Infektionsschutz bis 1990 maßgeblich das anerkannt hohe fachliche Niveau dieses Bereiches. Da sein besonderes Interesse stets infektionsepidemiologischen und immunprophylaktischen Problemen galt, habilitierte er 1985 an der Akademie für die ärztliche Fortbildung mit dem Thema „Studien zur Erprobung und Anwendung der Mumpsimmunprophylaxe in der DDR sowie zur Serodiagnostik und Epidemiologie des Mumps“ zum Dr. sc. med. und erhielt 1987 die *Facultas docendi* an dieser Einrichtung für die Fächer Infektiologie und Mikrobiologie. Nach der Wende wurde Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl die Funktion des

Direktors des oben genannten Institutes übertragen. Mit Gründung der Nachfolgeeinrichtung, der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, wurde er am 1. Oktober 1992 zum Vizepräsidenten und Abteilungsdirektor Humanmedizin berufen und mit der Wahrnehmung der Präsidentschaft für 2 Jahre beauftragt, eine Funktion, die er im Zuge der in zweijährigen Abständen zwischen den 3 Vizepräsidenten erfolgenden Rotation vom 1. Juni 1997 bis 31. Mai 1999 erneut ausübte. Zwischenzeitlich erwarb er den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. 1998 erhielt er eine außerplanmäßige Professur nach Sächsischem Hochschulgesetz (SHG) an der Universität Leipzig. Zahlreiche einschlägige Publikationen, die seit 1993 wahrgenommenen Vorlesungen (Impfkurse für Studenten der Humanmedizin an der Univ. Leipzig), die Tätigkeit als Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision (seit 1991) und als Mitglied der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (seit 1999) unterstreichen sein engagiertes Wirken auf immunprophylaktischem Gebiet. Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl einen Arzt und Wissenschaftler, der außer seiner hauptberuflichen Tätigkeit, dem nebenamtlichen Wirken als Pädiater sowie der Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien inner- und außerhalb Sachsens, den Belangen der Sächsischen Landesärztekammer stets aufgeschlossen gegenübersteht und beispielgebend an Problemlösungen mitarbeitet. Seit 1995 arbeitete er aktiv im Ausschuss „Prävention und Rehabilitation/Gesundheit und Umwelt“ mit und übernahm 1999 den Vorsitz des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“. Dabei war und ist er unter anderem maßgeblich an der alljährlichen Durchführung des Dresdner Kolloquiums „Umwelt und Gesundheit“ beteiligt. Auch hier ist es sein Bestreben, den Gedanken der Prävention als gemeinsames Anliegen von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten sowie dem Öffentlichen Gesund-

heitsdienst zu fördern. Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl ist seit 1995 Mandatsträger für die Kammerversammlung und seit 1999 Mitglied des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“.

Herr Dr. med. Mathias Cebulla wurde am 23. August 1944 in Warnsdorf geboren. Nach Abschluss der Schulbildung mit dem Abitur 1963 an der Humboldt-Oberschule Leipzig und Absolvierung eines praktischen Jahres als Hilfspfleger studierte er an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig Medizin. 1970 legte er das Staatsexamen ab und arbeitete anschließend als Assistenzarzt in Weiterbildung am Evangelisch-Lutherischen Diakonissenhaus Leipzig bis 1974.

Am 1. Oktober 1974 wechselte er zur Robert-Koch-Klinik Leipzig, der er bis heute angehört. 1976 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin und 1979 die für das Teilgebiet Pneumologie.

Seit 1983 arbeitet Herr Dr. med. Mathias Cebulla als Oberarzt der Robert-Koch-Klinik besonders im Bereich der endoskopisch-biopsischen Diagnostik.

Neben seiner hauptamtlichen Tätigkeit engagierte sich Herr Dr. med. Mathias Cebulla berufspolitisch im Hartmannbund, Landesverband Sachsen, und besonders in der Sächsischen Landesärztekammer. Er war Mitglied der Initiativgruppe zur Gründung der Landesärztekammer und leistete besonders in dieser Zeit wichtige Informations- und Aufklärungsarbeit in zahlreichen Veranstaltungen an vorderster Front. Die Gründungsversammlung der Sächsischen Landesärztekammer stand unter seiner Leitung. Er wurde Mitglied des Versorgungsausschusses und war am Aufbau der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Durch seinen unermüdlichen Einsatz in ungezählten Veranstaltungen und Gesprächen im gesamten Regierungsbezirk Leipzig war er nicht nur Aufklärer und Helfer der Kollegen, sondern dadurch auch am Erfolg der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Herr Dr. med. Mathias Cebulla war Mitglied des Verwaltungsaus-

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

schusses und ist seit zwei Legislaturperioden noch ein gewählter Stellvertreter in diesem Gremium. Er ist außerdem von Beginn an im Ausschuss Sächsische Ärztehilfe aktiv und war auch im Krankenhausausschuss tätig. Im Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig Stadt hatte er die Funktion des Schriftführers über eine Wahlperiode und ist jetzt verantwortlich für Vermittlungsangelegenheiten. Als langjähriges Mitglied der Kammerversammlung ist er als logisch denkender, sachlich diskutierender, stets kollegialer, dabei nie das Wohl des Patienten vergessender Arzt bekannt.

Herr Privatdozent Dr. sc. med. Wolfgang Sauermann wurde am 28. September 1943 in Dresden geboren. Nach Abschluss seiner Schulbildung studierte er Humanmedizin in Berlin und Dresden, wo er an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ sein Staatsexamen ablegte und 1970 zum Dr. med. promovierte. Nach Pflichtassistenten an der Kreispoliklinik Dippoldiswalde absolvierte er die Facharztweiterbildung zum Neurologen an der Neuropsychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Im Verlauf seiner langjährigen Tätigkeit avancierte er zum Oberarzt und stellvertretenden Klinikleiter dieser Einrichtung. Besonders hervorgehoben ist seine integre Arztpersönlichkeit, sein umfangreiches Wissen und seine breiten praktischen Erfahrungen, die mit akademischen Graduierungen ausgezeichnet wurden und durch die er letztlich zum Chefarzt der Neurologischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt berufen wurde. Herr Sauermann ist einer der frühen Mitgestalter in den Vorläuferorganisationen unserer Kammer. So hat er sich von Anfang an für die Neugestaltung ärztlicher Berufs- und Standespolitik eingesetzt. Herr Dr. Wolfgang Sauermann war ein aktives Gründungsmitglied des Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens, eine der Vorläuferorganisationen der Sächsischen Landesärztekammer in der Wendezeit. Herausragende Verdienste hat er sich als langjähriger Vorsitzender

des Satzungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer erworben. Seine kritisch-konstruktiven Beiträge im Ausschuss, in der Kammerversammlung und in sonstigen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer sind stets zielführend und gewinnbringend.

Im Namen von Herrn Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl und Herrn Dr. med. Mathias Cebulla, der aus dienstlichen Gründen nicht anwesend sein konnte, dankte Herr Priv.-Doz. Dr. sc. med. Wolfgang Sauermann für die Auszeichnung.

Danksagung

Sehr verehrter Herr Staatssekretär Nees, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille wird in Sachsen anlässlich eines Ärztetages in der Regel an drei Ärzte verliehen, die wir als berufspolitisch engagiert kennen und entsprechend schätzen. Als nun bekannt wurde, dass in diesem Jahr wir drei – Herr Kollege Cebulla, Herr Kollege Bigl und ich – die hohe Ehrung erfahren sollten und mir zudem die ehrenvolle Aufgabe zufiel, für uns drei die Dankesworte zu sprechen, kommentierte das meine Frau neben dem Ausdruck ihrer Freude mit folgenden Worten: „Du wirst es nun akzeptieren müssen, wir werden alt. Man ehrt Dich, und das geschieht immer im Alter.“

Über diese Worte bin ich sehr erschrocken, eigentlich war ich auch beleidigt. Doch dann haben sie meine Gedanken beschäftigt, und dem habe ich nachgegeben. Erfahrung hat mich gelehrt, es lohnt immer, die Bemerkungen unserer Partner zu überdenken – also auch die meiner Frau im Bezug auf das Ehrenamt.

Unsere Partner sind nicht in unseren Versammlungen. Sie sind nicht anwesend zu den abendlichen bis nächtlichen Sitzungen, den Wochenendtagungen, den Besprechungen und den berufspolitischen Auseinandersetzungen. Aber sie gewähren und unterstützen unser ehrenamtliches Tun, müssen uns manchmal sogar erdul-

den nach solchem Tun, den Überhang, unser Weitergrübeln, Zweifeln und Werten ertragen – so sind sie beteiligt, vielleicht auch mit uns geehrt.

Herr Cebulla, Herr Bigl und ich – und alle Richter-Medaillen-Geehrten der Sächsischen Ärzteschaft vor uns – und vielleicht auch noch nach uns – müssen wir zur Auszeichnung alt sein? Verlangt der Anlass tatsächlich, dass wir uns zum Alter bekennen? Hat unser Berufsstand seine Riten des Ehrens erfolgreicher Tätigkeiten ganz allgemein etwa an das Alter gebunden? Wie wird die Jugend im Beruf anerkannt? Wie, was sind deren ehrenvolle – und damit auszeichnungswürdige – Taten für den ärztlichen Berufsstand? Was sind deren Riten der Anerkennung? Haben wir Jungen und Alten noch gemeinsame Riten der Ehrung und Anerkennung? Sind unsere Riten für die Jugend überhaupt attraktiv? Nehmen wir in verschiedenen Lebensaltern unser Tun unterschiedlich wahr, bewerten wir es anders? Oder gibt es eine „kritische Menge“ an verdienstvollem Tun, die erst im höheren Berufsalter erreicht werden kann? Oder nimmt die ärztliche Körperschaft des Ehrens werte Tätigkeit erst nach anhaltendem oder auffälligem oder unübersehbarem Tun wahr? Oder gar: Sind die Strukturen unserer berufspolitischen Tätigkeit und unser Tun in ihnen vielleicht überaltert? Schauen wir auf Hermann Eberhard Friedrich Richter:

Er wurde in Anerkennung seiner Leistungen für die deutsche Ärzteschaft mit einem Denkmal erst geehrt, nachdem er bereits 21 Jahre nicht mehr lebte, obwohl er mit 68 Lebensjahren ein durchaus zeitgemäßes Alter erreichte.

Als er mit unter 40 noch jung war, hatte er beruflich bereits außerordentliche Erfolge zu verzeichnen und wurde in Dresden zum Professor für allgemeine und spezielle Therapie berufen. In dieser Position setzte er sich in Sachsen aktiv für revolutionäres – aus heutiger Sicht modernes – Gedankengut ein, stand sogar auf der



Staatssekretär Dr. Albin Nees

Barrikade der Revolution. Geehrt wurde der jugendliche Professor dafür nicht, vielmehr mit 40 aus seiner Stellung entfernt. Seine großen berufspolitischen Verdienste als Mitinitiator der Gründung des Deutschen Ärzteverbundes erwarb er jenseits des 60. Lebensjahres. Damit war er, als er seine zeitüberdauernden berufspolitischen Aktivitäten entfaltete, tatsächlich „schon älter“. Es ist nicht zu leugnen, die Weisheit des Alters hat den Grundstein für eine einheitliche deutsche Ärztebewegung gelegt. Das heißt aber nicht, – das darf nicht heißen! – dass nur das Alter zur Errichtung des Bauwerks berechtigt. Im Gegenteil: Nur die Jungen können die Gestaltung moderner effektiver Strukturen der Ärzteschaft garantieren! Wir drei freuen uns sehr, dass unser berufspolitisches Engagement auf unterschiedlichen Gebieten mit dieser Ehrung anerkannt und ins öffentliche Licht gestellt wird. Wir wünschten uns, dass das Anliegen dieser Medaille auch jüngeren, was sage ich, jungen! Kollegen attraktiv und erstrebenswert wird und bald ein Kollege zu gleichem Anlass hier spricht, dessen Partner sich ganz anders äußert als meine es tat.

Ein besonderer Höhepunkt der festlichen Abendveranstaltung war die Ansprache von Herrn Staatssekretär Dr. Albin Nees zum Thema:

Die demographische Entwicklung als gesundheitspolitische Herausforderung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts sehen sich alle modernen Gesellschaften durch vielfältige Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in praktisch allen Lebensbereichen herausgefordert. Jede Gesellschaft, die ihre Zukunftschancen sichern will, muss auf die neuen Fragen neue Antworten finden. Mit den Begriffen Globalisierung, Computerisierung und Technisierung, mit den Stichworten

■ Überschuldung der öffentlichen Haushalte,

■ Unübersichtlichkeit und Komplizierung der Lebenswirklichkeit und des Rechts, ■ Orientierungsdefizite und Wertewandel sind einige wichtige Herausforderungen benannt.

Noch bedeutender als die genannten sind zwei andere Herausforderungen, denen wir uns zu stellen haben:

■ die nachhaltige und tiefgreifende Veränderung der Familienstruktur und ■ die demographische Entwicklung.

Beide hängen eng zusammen. Und wo sie – wie in ganz Europa – zusammen wirksam werden, wo sie sich parallel entwickeln, da verstärken sie ihre Auswirkungen – allerdings nicht nur im Sinne einer Addition, sondern im Sinne einer

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Multiplikation. Mein Thema ist die demographische Entwicklung. Aber wegen des engen Zusammenhangs muss ich doch ein paar Hinweise geben zum Ausmaß und zur Relevanz der Änderungen in der Familienstruktur. Im Jahr 1900 hatten wir 7 % Einpersonenhaushalte, heute sind es 37 %. Aber: unser soziales Sicherungssystem, das vor 100 Jahren entstanden ist, baut (unausgesprochen) darauf auf, dass Ehe und Familie als Einrichtungen „funktionieren“, in denen man füreinander einsteht und miteinander teilt. Sie sind Fundament auch für das System unserer sozialen Sicherung – sowohl in wirtschaftlicher als auch in personaler Hinsicht. Und dieses Fundament bröckelt. Vor diesem Hintergrund kann ich mich jetzt meinem eigentlichen Thema zuwenden: Die demographische Entwicklung als gesundheitspolitische Herausforderung. Das demographische Problem ist nicht neu. Der entscheidende Knick ging einher mit der Erfindung der Pille und der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Mit dem Ziel einer finanzierbaren langfristigen Sicherung der Renten bemühen sich Experten bereits seit zwei Jahrzehnten um das Entstehen eines Problembewusstseins. Politisch gestaltet wird dieses gesamtgesellschaftlich drängende Thema erst in jüngster Zeit. Ich nenne das Stichwort „demographische Komponente“.

In der Gesundheitspolitik findet die demographische Entwicklung erst jetzt die notwendige Beachtung. Ähnlich wie bei der Rentendiskussion waren bis vor kurzem noch die Experten unter sich, ohne dass dieses Thema zu einer breiteren Öffentlichkeit gelangen konnte.

Spätestens mit der Anhörung im deutschen Bundestag vor einigen Monaten hat sich dies jedoch geändert.

Einige Zahlen sollen die dramatischen demographischen Veränderungen verdeutlichen: Im Jahre 1900 waren 6,3 % der Frauen und Männer in Sachsen über 60 Jahre alt, gegenwärtig sind es 25 % und im Jahr 2040 werden es 34 % sein. 1960 hatten wir in Deutschland knapp

50.000 Menschen mit 90 und mehr Jahren. Heute haben wir 350.000 Menschen, die 90 Jahre und älter sind. Laut Prognose werden es im Jahr 2050 weit über eine Million sein. Diese Entwicklung wirkt sich selbstverständlich auch auf die Pflegefälle aus. Insgesamt wurden im Jahr 1996 gut 1,5 Mio. Pflegefälle gezählt. Im Jahr 2050 werden es 2,5 Mio. sein. Auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt sich die Situation so dar: In Ostdeutschland betragen die Ausgaben für einen Versicherten im Jahre 1999 bei den unter 50jährigen rund 1.900 DM, während für die über 80jährigen 7.200 DM ausgegeben wurden.

Angesichts solcher Zahlen besteht die Gefahr, die Erfolge der Medizin, der die höhere Lebenserwartung zu verdanken ist, nicht als Segen, sondern als Fluch zu bewerten. In eine gedankenlose Politologen- und Soziologensprache hat längst das Unwort von der Alters-„Last“ oder von der Soziallastquote Eingang gefunden, wobei mit Soziallast die unter 20jährigen und die über 60jährigen gemeint sind. Hier ist Vorsicht geboten, wenn wir die Humanität unserer Staats- und Gesellschaftsordnung bewahren wollen. Auch das ist der Hintergrund, vor dem wir uns mit dem Thema beschäftigen. Ich halte fest:

Bislang ging es in der öffentlichen Diskussion immer um die Rente, wenn das demographische Problem diskutiert wurde. Selten ging es um die Gesundheitsdienste und kaum um die Pflege.

Eine zweite Schiefelage ist:

In der öffentlichen Diskussion geht es fast ausschließlich um Finanzierungsfragen, um Geld. Viel schwieriger als die Bereitstellung von Geld ist es, für eine ausreichende Zahl helfender Hände zu sorgen. Und außer den bezahlbaren Bedarfen des Menschen gibt es auch noch unbezahlbare: Zuwendung, Verstehen, Angenommen-Sein, Entgegenkommen, Kontakt – zusammengefasst: Mitmenschlichkeit. Jeder von Ihnen weiß, wie sehr es besonders bei kranken, einsamen und pflegebedürftigen Menschen auf persön-

liche Ansprache und auf Zuhören und Zuspruch ankommt. Sie kennen die Zeitbudgets, die den Ärzten und Pflegekräften zur Verfügung stehen. Die Engpässe sind uns bekannt. Ärzte, Krankenschwestern und Pflegekräfte sollen sich selbstverständlich fachlich und mitmenschlich dem Kranken oder Pflegebedürftigen zuwenden. Aber sie können nicht die für jeden Menschen notwendigen dauerhaften mitmenschlichen Bindungen und Kontakte ersetzen. Sie können die Defizite nicht wettmachen, die durch den Verlust an Familie und an nachbarschaftlicher Hilfsbereitschaft entstanden sind. Mir scheint: Auch im Bereich der Gesundheitspolitik brauchen wir dringend ein gesellschaftliches Umdenken. Immer noch meinen viele Bürgerinnen und Bürger, der Staat oder die Krankenversicherung könne alles leisten. Jedenfalls sind es nach dieser Auffassung andere, die für uns etwas leisten müssen: entweder der Staat – wir bezahlen schließlich Steuern – oder die Krankenkassen – wir bezahlen schließlich Beiträge. Weder der Staat noch die Kassen können das leisten, was Aufgabe der kleinen Lebenskreise ist. In der Rentenversicherung reden wir neuerdings viel von der Bedeutung der privaten Vorsorge. Wir sollen Kapital ansammeln, das wir im Alter aufbrauchen können. Ich sage: Wir benötigen eine erweiterte Sicht von individueller Vorsorge. Die Vorsorge durch das Ansparen materieller Güter muss ergänzt werden durch das Ansparen immateriellen Kapitals. Das ist die erweiterte Vorsorge, die das Knüpfen am sozialen Netz der Mitmenschlichkeit nicht ausspart. Diese Vorsorge liegt nach meiner Einschätzung in einer neuen Kultur des Miteinanders. Jeder von uns ist für seine kleinen Lebenskreise verantwortlich. Das beginnt nicht mit 65. Diese Vorsorge durch Aufbau von verlässlichen Kontakten kann nicht früh genug beginnen. Soziale Integration ist eine Lebensaufgabe. Durch das Sitzen vorm Fernseher knüpfen wir keine Kontakte – im Gegenteil, wir machen uns eher kontaktfähig. Die körperliche, geistige und

mentale Passivität des Fernsehkonsums mindert gerade die Fähigkeiten, die der Mensch braucht, um möglichst lange rüstig zu bleiben. Die Inaktivitätsatrophie, die ein nicht bewegter Muskel erleidet, trifft im übertragenen Sinne auf geistigem Gebiet auch den, der nicht weiter mitdenkt, und auf seelischem Gebiet den, der nicht mehr mitfühlt. Vor einiger Zeit habe ich gelesen: Die Zukunft unseres Landes hängt ab von Qualität, Gesundheit und Motivation. Genau das ist es: Qualität – dahinter stecken all die Anstrengungen und Erfolge, die unsere Wissensgesellschaft ausmachen werden. Gesundheit – das ist das Maß unserer Leistungsfähigkeit, nicht nur zwischen 25 und 65. Und Motivation – das meint unseren unbedingten Willen, jederzeit das Bestmögliche zu tun. Es geht um die Einheit von Wissen, Können und Wollen. Und die Ärzteschaft hat einen entscheidenden Anteil daran, dass dieses Wissen, Können und Wollen auch Früchte trägt. Der Staatsrechtler und ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht, Prof. Ernst Wolfgang Böckenförde, hat vor etwa 10 Jahren eine interessante These entwickelt. Sie lautet: Der Staat lebt von Voraussetzungen, deren Vorhandensein er selbst nicht garantieren kann. Wer kann dieser These widersprechen? Die Voraussetzungen, von denen der Staat lebt, sind vom einzelnen Menschen abhängig, von seinen Fähigkeiten, seinem guten Willen, seiner Einsatzfreude. All das ist nicht verordnungsfähig. Der Staat lebt von Voraussetzungen, die der Einzelne in der Familie anerzogen bekommt. Und er lebt auch vom Wirken der Kirchen und Religionsgemeinschaften, der Sport-, Kultur-, Umwelt- und Sozialverbände. Was Böckenförde sagen will, ist dies: Ohne die Befolgung des Sittengesetzes, ohne die Erziehung der Kinder, ohne das Motiviertsein des Einzelnen ist der Staat, ist ein Gemeinwesen nicht lebensfähig. Böckenförde hat Recht.

Aber genau so richtig ist, was ein Kollege von Böckenförde, ein anderer ehemaliger Richter am Bundesverfassungs-

gericht, Prof. Paul Kirchhof, entgegnet hat, nämlich: Der Staat lebt von Voraussetzungen, für deren Vorhandensein er mitverantwortlich ist. Das kann doch nur als Auftrag an die Politiker und die Staatsorgane aufgefasst werden, durch wirklich aktive Politikgestaltung auf bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen nicht nur zu reagieren, sondern sie positiv zu beeinflussen. Obwohl der Staat das Vorhandensein der Voraussetzungen, von denen er lebt, nicht garantieren kann, ist er doch nicht hilflos. Er ist mitverantwortlich. Der Staat muss – zum Beispiel im Steuerrecht – alles tun, um die Motivation des Einzelnen zu erhalten. Der Staat muss die Familie fördern – ideell und materiell, damit sie ihre Aufgabe der Kindererziehung erfüllen kann und will. Der Staat hat dafür zu sorgen, dass alle, auf deren Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft es ankommt, dieser Erwartung entsprechen. Dazu gehört in besonderer Weise die Ärzteschaft. Der Staat – so Kirchhof – lebt von Voraussetzungen, für deren Vorhandensein er mitverantwortlich ist. Die Art der Gestaltung des Gesundheitswesens ist wichtig. In Bezug auf die Familie sagt Kirchhof eindeutig, dass sie auch materiell gefördert werden muss. Dabei geht es nicht um eine Art „Bestrafung“ Kinderloser. Es geht um die Würdigung der besonders wichtigen Familienleistung, die ja allen zu Gute kommt – auch den Kinderlosen. Und es geht darum, der Gefahr der Demotivation der Familien zu entgegen. Gilt dies nicht auch für die Arbeit der Ärzte? Mein Minister, Dr. Geisler, hat in den letzten 10 Jahren mehrfach die Bundesgesundheitsminister angesprochen und angeschrieben: Gerda Hasselfeld, Horst Seehofer, Andrea Fischer und Ulla Schmidt. Ist die Langsamkeit der Einkommensanpassung nicht unzumutbar? Heute im Osten Deutschlands noch immer für deutlich weniger Geld deutlich mehr arbeiten zu müssen, wirkt demotivierend. Paul Kirchhof hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft der Familie zur gemeinnützigen Aufgaben-

erfüllung nicht überfordert werden darf. Dies gilt auch für die Ärzteschaft im Osten Deutschlands. Angesichts der Änderungen in der Familienstruktur, angesichts der demographischen Entwicklung in unserem Land darf auch und gerade die Ärzteschaft nicht überfordert werden. Ohne den Arzt, ohne den hochmotivierten Arzt geht der erwähnte Standortfaktor Gesundheit verloren. Und das würde alle treffen. Politik darf nicht zulassen, dass Ärzte ihre Motivation verlieren. Es geht nicht darum, sie einseitig zu bevorzugen. Es geht darum, ihren Dienst am Gemeinwohl auch für die Zukunft zu mobilisieren. Der Staat – ich greife nochmals Kirchhofs These auf – ist mitverantwortlich dafür, dass Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit all derer erhalten bleiben, von denen er selbst, von denen unser Gemeinwesen lebt. Transportieren wir diesen Gedanken gemeinsam, beharrlich, ausdauernd auch in Richtung Berlin.

Herzliche Grußworte an die sächsische Ärzteschaft richtete Frau Rechtsanwältin Karin Meyer-Götz, Vizepräsidentin der Rechtsanwaltskammer Sachsen.

Das Kammerorchester an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden – **medicanti** – unter der Leitung von Herrn Askan Geisler spielte zum Ausklang der Abendveranstaltung von Josef Haydn die Sinfonie Nr. 104 (Londoner Sinfonie).

Arbeitstagung am 16. Juni 2001

Am Beginn der Arbeitstagung am Sonnabend waren 65 der insgesamt 100 Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft anwesend. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer begrüßte besonders herzlich Herrn Ministerialdirigenten Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Herrn Jürgen Hommel, Herrn Frank und Frau Auxel vom Wirtschaftsprüfungunternehmen Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Kammerorchester „*medicanti*“

Ein besonderer berufspolitischer Höhepunkt des 11. Sächsischen Ärztetages war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze:

Gesundheitspolitik im Wandel – Problemkreise und aktuelle Zielstellungen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, das deutsche Gesundheitswesen braucht eine stetige Entwicklung mit Reformen, die eine angemessene Patientenversorgung und eine moderne humane Medizin garantieren. Nur dadurch kann eine hochwertige und sozial gerechte Gesundheitsversorgung gegenwärtig und zukünftig geleistet werden. Die rasanten Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft machen es notwendig, dass nicht nur über die Ausgaben und die Einnahmen unserer gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam nachgedacht wird und Veränderungen mit neuen Konzepten und nach „menschlichem Maß“ herbeigeführt werden, sondern auch heutige medizinische Möglichkeiten am Anfang und Ende menschlichen Lebens kritisch hinterfragt werden, wie das zum Beispiel vom

Bundespräsidenten in seiner Berliner Rede zu Recht getan wurde.

Hauptfaktoren der Veränderungen in unserer Gesellschaft sind:

1. Folgeschwere demographische Entwicklungen, die zu Langlebigkeit respektive Überalterung mit zunehmender Multimorbidität führen. Dieser epidemiologische Trend fordert einen Umbau der Sozialsysteme von der Kranken- bis zur Rentenversicherung gebieterisch heraus. Der demografische Wandel ist erkennbar an der Zunahme der 60- bis 79jährigen um 27 %, der über 80jährigen um 72 % im Zeitraum 1996 bis 2000, verbunden mit einer voraussichtlichen Verdoppelung des Anteils der über 65jährigen von 15 % 1998 auf 27 % im Jahr 2030.

2. Eine deutlich gestiegene Leistungsfähigkeit der Medizin ermöglicht eine weitere Steigerung der Lebenserwartung. Diese hat allerdings ihren Preis.

3. Die Verschiebung der Einkommensstruktur sowie die hohe Arbeitslosigkeit führen zum Absinken der Lohnquote am Gesamteinkommen unserer Gesellschaft, und damit entsprechen die Beiträge zur Sozialversicherung nicht mehr der Leistungsfähigkeit der Versicherten.

4. Ein gesteigertes Anspruchsdenken: jeder Bürger sollte künftig nicht nur „Patientenrechte“ – unter dem Motto „Was steht mir zu?“ – reklamieren, sondern sich auch der Patientenpflichten erinnern. Motto: „Was kann ich zu meiner Gesundheit beitragen?“

Die genannten Faktoren und der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Zunahme versicherungsfremder Leistungen (ca. ein Drittel der Versicherungsbeiträge sind fehlgeleitet) würden in den nächsten 20 Jahren zu einem Anstieg des GKV-Beitragssatzes von heute durchschnittlich 13,6 % auf voraussichtlich 25 – 30 % führen. Dies würde zu einer zunehmenden Rationierung von Gesundheitsleistungen mit all den verbundenen Risiken für unsere Patienten führen und letztendlich das Ende der solidarisch finanzierten Krankenversicherung bedeuten. Dieser absehbaren fatalen Entwicklung kann nur durch Einführung eines gegliederten, neu geordneten Krankenversicherungssystems unter Förderung der Eigenverantwortung und Liberalisierung des Versicherungsumfanges entgegengewirkt werden. Hier bedarf es weiterer ernsthafter und intensiver Konsensbemühungen im Bündnis Gesundheit und am Runden Tisch der Ministerien, um künftige Gesundheitsziele zu definieren und deren Finanzierung sicherzustellen. Gesamt- und beschäftigungspolitisch sollte auch bedacht werden, dass der Gesundheitssektor einer der innovativsten und zukunftssträchtesten Bereiche unserer Wirtschaft ist. Der Gesundheitsmarkt der Zukunft wird in den kommenden Jahren in der Europäischen Union das größte Wachstumspotential haben.

Allerdings müssen versicherungsfremde Leistungen zukünftig über Steuern finanziert werden, wenn sie allgemeinen gesellschaftlichen Zielen dienen oder eigenverantwortlich getragen werden, wenn sie lediglich persönlichen Präferenzen entsprechen. Die ausschließliche Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an die Lohneinkommen ist nicht mehr

gerecht. Schon heute sollte über die Einbeziehung anderer Einkommensarten dringend nachgedacht werden. Die starre Ausrichtung der Ausgaben an den Einnahmen berücksichtigt weder den medizinischen Fortschritt noch den Bedarf der Versicherten. Wie weit der Versicherungsschutz gehen soll, muss vom Gesetzgeber neu definiert werden. Der Versicherte sollte mitbestimmen, wie weit die Versicherungsleistungen das medizinisch Notwendige übersteigen können. Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung müssen neu austariert werden. Maßstab für die Vergütung ärztlicher Leistungen in Praxis und Klinik muss weiterhin die Qualität und Wirtschaftlichkeit sein:

Wir Ärzte brauchen Zeit und Freiheit, um uns adäquat um unsere Patienten kümmern zu können. Nichts ist schädlicher für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis, als Budget- und Zeitdruck sowie eine Eskalation der überbordenden Bürokratie! Im ambulanten Bereich wird es darauf ankommen, gute Leistungen einem entsprechend stabilen Punktwert oder Preis zuzuordnen. Dieses Ziel ist nur durch eine Anhebung der Pro-Kopf-Pauschalen für die Ost-Versicherten in kurzer Schrittfolge von 77 % auf 100 % durch gezielten Einsatz des Risikostrukturausgleiches zugunsten der Ost-KVen zu erreichen! Im Krankenhausbereich müssen ärztliche Leistungen angemessen bezahlt und zugleich die Arbeitszeit der Ärzte entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen auf ein gegenüber den Patienten verantwortbares Maß reduziert werden.

Meine Damen und Herren, dass diese getroffenen Feststellungen, Defizitbeschreibungen und Forderungen der Ärzteschaft und sogenannte Leistungserbringer keine platonischen Bekundungen sind, zeigen erste Erfolge im zähen Ringen mit Kassen und Politik. Ich erinnere an unser streitbares und konstruktives Bündnis Gesundheit, das nicht nur ein Zweckbündnis war, sondern gegenwärtig eine ideale Plattform ist, zum Beispiel gesundheitspolitische Programme



Präsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

der Parteien und deren Vertreter zur bevorstehenden Bundestagswahl „auf Herz und Nieren“ zu prüfen.

Neben der Entwicklung eigener gesundheitspolitischer Vorstellungen insbesondere zur Neuordnung der Krankenversicherung, zum Gesetz zur Rechtsangleichung und zum geplanten Datentransparenzgesetz haben Bündnisvertreter die berechtigten Forderungen der ostdeutschen Kassenärzte anlässlich der Aktionstage und des ostdeutschen Kassenärztetages tatkräftig unterstützt. Besonders erfreulich finde ich die rasche und klare Positionierung des neuen KBV-Vorstandes, der die unerträgliche Situation der ostdeutschen Kassenärzte rügt und gangbare Wege zu deren Behebung dringend anmahnt. Als großer Erfolg harter Überzeugungsarbeit kann auch die Ankündigung über die Abschaffung rigider Arzneimittelbudgets und des Kollektivregresses gewertet werden. Wir Ärzte sagen Ja zu einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Verordnung, die am realen Versorgungsbedarf – nicht aber an der Beitragssatzstabilität orientiert werden muss! –

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dass die Welt in unseren stationären Versorgungseinrichtungen im Vergleich zur ambulanten Medizin etwa eine Oase der Glückseligen darstellt, kann schon gegenwärtig nicht behauptet werden und trifft

für die Zukunft der DRG-Spitäler noch viel weniger zu! Dies wurde zum diesjährigen 104. Deutschen Ärztetag ganz besonders deutlich, an dem besonders kritisch zur Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft Stellung genommen wurde: Pointiert wurde von Dr. Montgomery formuliert: „Lassen Sie uns gemeinsam die Gegenwehr organisieren und nicht länger den Druck von oben nach unten weiterreichen.“

Das Arbeitszeitgesetz wird in den Krankenhäusern in großem Stil missachtet. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000 – Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit – muss endlich in den Krankenhäusern umgesetzt werden. Die Ausbeutung der Arbeitskraft und die Überlastung junger Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Krankenhäusern ist bedrückend und nicht mehr länger hinnehmbar. Leistungsverdichtung bei verkürzten Liegezeiten und Reduzierung der Planstellen im ärztlichen Dienst wegen Steigerung des Kostendrucks in Folge der rigiden Budgetierung führen besonders bei den jungen Ärztinnen und Ärzten zu einer unerträglichen Arbeitsbelastung. In Verbindung mit willkürlich befristeten Arbeitsverträgen und wegen zahlloser unbezahlter Überstunden kommt dies einer Ausbeutung der Arbeitskraft und Ideale einer jungen Ärztesgeneration gleich.

Der 104. Deutsche Ärztetag und mit ihm die deutsche Ärzteschaft forderten mit allem Nachdruck die Verantwortlichen auf Bundesebene und auf Landesebene, insbesondere aber auch die Krankenkassen und Krankenhausträger auf, für verantwortbare Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern Sorge zu tragen und eine den geltenden Gesetzen entsprechende Arbeitsbelastung der Krankenhausärztinnen und -ärzte sicherzustellen. Andernfalls ist es Zeit, auch den Aufstand der Klinikärzte zu organisieren – hieß es auf dem Ärztetag. Mit großer Sorge und Skepsis betrachtet auch die sächsische Ärzteschaft insbesondere die gesetzliche Zielvorgabe, dass sowohl die Definition

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

der DRG-Fallpauschalen und ihre Bewertung mit relativen Kostengewichten als auch die Höhe der Zu- und Abschläge für die Finanzierung nicht fallbezogener Tatbestände, wie die Notfallversorgung und Aus- und Weiterbildungsstätten bereits bis zum 31. Dezember 2001 vereinbart werden sollen.

Übereilte Einführung der DRG-Fallpauschalen auf unzureichender Datengrundlage ist politisch unverantwortlich und gefährdet die Patientenversorgung. Die rasche Einführung der DRG's unter vordergründig ökonomischen Gesichtspunkten führt nach Aussage des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, zu schädlichen Fehlsteuerungen in den Krankenhäusern mit der Gefahr von Risikoselektion, Minimalstandards, Hemmung medizinischer Innovation und technokratischer Strangulierung ärztlichen Handelns.

Die Novellierung der Approbationsordnung und eine Reform des Medizinstudiums ist überfällig! Der 104. Deutsche Ärztetag hat erneut Bund, Ländern und die Verantwortlichen an den Universitäten aufgefordert, umgehend die neue Approbationsordnung für Ärzte zu verabschieden. Die 1999 verabschiedete Modellklausel für eine Reform des Medizinstudiums rechtfertigt nicht, den seit 1997 als Kabinettsbeschluss im Bundesrat liegenden Entwurf einer Novellierung der Approbationsordnung weiter zu verzögern. Die rasche Verabschiedung einer Reform des Medizinstudiums ist eine unbedingte Voraussetzung für die Qualitätsverbesserung in der Medizin. Eine Reform des Medizinstudiums ist unbedingt erforderlich, weil die derzeitige Ausbildung zu theorie-lastig sowie praxisfern ist und hausärztliche Kenntnisse eine stärkere Gewichtung erhalten müssen. Eine Neugestaltung der Lehre mit fächerübergreifendem Unterricht und Kleingruppen-Arbeit ist vorzunehmen und die bisherige „Arzt-im-Praktikum-Phase“ durch ein integrierendes Studium mit Verzahnung von Vor-

linik und Klinik abzulösen. Um die Novellierung endlich voran zu bringen und die Blockadehaltung der Kultusminister der Länder zu überwinden, wird die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Bundesgesundheitsministerin und Herrn Bundeskanzler Schröder eine hoffentlich initiativ Dialogveranstaltung am 2. Juli 2001 in Berlin durchführen.

Auf dem Fundament der Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der 17 Landesärztekammern hat der Vorstand der Bundesärztekammer einen Entwurf für den Paragraphenteil „Abschnitt A“ einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung als Beschlussantrag dem 104. Deutschen Ärztetag vorgelegt. Der Deutsche Ärztetag nahm den Abschnitt A einer zu novellierenden (Muster-)Weiterbildungsordnung als Grundlage für die weiteren Arbeiten zustimmend zur Kenntnis. Kernelement des neuen Paragraphenteils ist das Verständnis über „Gebietsdefinition“ und die „Facharztkompetenz“.

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt zu Facharztbezeichnungen in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung in einem Gebiet, zur Bereichsbezeichnung oder zu einem neu eingeführten Befähigungsnachweis. Letztgenannter bestätigt Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Gebiet, die nicht zu den vorgeschriebenen Mindestinhalten der Facharztweiterbildung gehören, insbesondere spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Hat ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen, sofern im Heilberufekammergesetz keine Einschränkung gemacht wird. Neu eingeführt wird im § 8 „Dokumentation der Weiterbildung“. Das heißt, dass der in Weiterbildung befindliche Arzt die Ableistung der vorbeschriebenen Weiterbildungsinhalte dokumentieren und der zur Weiterbildung befugte Arzt mindestens jährlich diese Dokumentation überprüfen und abzeichnen muss. Die Dokumentation der Weiterbildung soll der Transparenz der Weiterbildung sowohl für den

Arzt in Weiterbildung als auch für den Weiterbildungsbefugten dienen. Sie ersetzt aber das Weiterbildungszeugnis mit seinen wertenden Elementen nicht. In Ludwigshafen wurde am 23. 5. 2001 ein Beschlussantrag angenommen, der den Deutschen Ärztetag auffordert, möglichst 2002, spätestens 2003, endgültig die Weiterbildungsordnung zu beschließen.

Meine Damen und Herren, es bietet sich an, just in diesem Zusammenhang auch auf die „Fortbildungs-Schelte“ des Sachverständigenratens der konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen einzugehen: Die Kritik des Sachverständigenrates am Stand der ärztlichen Fortbildung in Deutschland vernachlässigt völlig die immensen und vielfältigen Bemühungen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften um ein hohes Niveau an ärztlicher Fortbildung. Unerträglich ist hier die Pauschalkritik, nicht einmal eine Mehrheit der Ärzte würde sich fortbilden. Dass die ständige berufsbegleitende Fortbildung eine ausdrückliche Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte gemäß ihrer Berufsordnung schon seit Jahrzehnten ist, wird hierbei verschwiegen. Dieser Berufspflicht kommt auch der weitaus größte Teil der Ärztinnen und Ärzte regelmäßig nach. Der Sachverständigenrat würdigt nur unzureichend, dass die Ärztekammern mit ihren Akademien für ärztliche Fortbildung schon seit jeher fundierte Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte in allen Fachgebieten der Medizin anbieten. So mangelte es bisher nicht – anders als der Rat behauptet – am Fortbildungsengagement der Ärztinnen und Ärzte, sondern bislang am sichtbaren Nachweis der Fortbildung. Geändert hat sich dies mit einem vom 102. Deutschen Ärztetag 1999 beschlossenen Verfahren für den Nachweis der Fortbildung – der Einführung des sogenannten Fortbildungszertifikates. Bundesweit wird in diesem Verfahren aufgrund definierter Bewertungskriterien festgelegt, welche Punktzahl ein Arzt für welche Fortbildungsveranstaltung erhält.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Der Arzt bekommt ab 01. 01. 2001 nur dann ein Fortbildungszertifikat, wenn er in drei Jahren 150 Fortbildungseinheiten erworben hat und dies auch nachweisen kann. Mit einem solchen Zertifikat sind Ärztinnen und Ärzte in der Lage, ihre kontinuierliche Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch gegenüber ihren Patienten zu dokumentieren. Aus diesen Darlegungen geht klar hervor, dass ein sogenannter „Ärzte-TÜV“ gegenwärtig absolut verzichtbar ist!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie Sie alle wissen, hat sich der Ärztetag besonders intensiv mit aktuellen ethischen Fragen der Biomedizin beschäftigt, die sich um die Komplexe Präimplantationsdiagnostik (PID), embryonale Forschung und Sterbehilfe ranken. Schon weit im Vorfeld dieser notwendigen breiten Diskussionsthemen in Medizin und Gesellschaft haben Gremien der BÄK Diskussionspapiere zur PID und Sterbebegleitung erarbeitet. In den dadurch angeregten breiten Diskurs dieser sensiblen Themen haben sich Ethik- und Enquete-Kommissionen, die Deutsche Forschungsgesellschaft, der Deutsche Bundestag, der Bundespräsident sowie zahllose Verbände, Kirchen, Journalisten und Einzelpersonen eingemischt. Der Disput ist noch in vollem Lauf, wobei sich Entscheidungskonturen abzuzeichnen beginnen. Die Delegierten des Ärztetages legten sich (vorerst) fest; sie stimmten mehrheitlich: Nein zur embryonalen Stammzellforschung. Nein zur aktiven Euthanasie. Ja bei der PID. – Da hier der Gesetzgeber zunächst die Rechtslage klären muss!

In Deutschland haben wir momentan eine völlig inkonsistente Rechtslage, die auch der Verfassung nicht entsprechen kann. Die Ärzteschaft hat deshalb an den Gesetzgeber appelliert, eine Klärung der Rechtslage über die Zulässigkeit der PID herbeizuführen. Es muss durch den Gesetzgeber geklärt werden, inwieweit genetische Untersuchungen von Embryonen vor einer möglichen Übertragung in die Gebärmutter mit der geltenden Rechtslage

zu vereinbaren sind. Für den Fall einer Zulassung der PID muss der Gesetzgeber weitere Kriterien für eine maximale Eingrenzbarkeit dieser Methode mitgestalten. Weitergehende Selektion oder verbrauchende Embryonenforschung lehnen die deutschen Ärzte strikt ab. Dagegen wird die Forschung mit adulten Stammzellen als ethisch vertretbare Alternative zu Heilzwecken ausdrücklich befürwortet. Eindeutig war die Stellungnahme des Ärztetages zum Komplex der Euthanasie:

Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung! Sie läuft dem ärztlichen Handlungsauftrag, Kranke zu heilen, Leiden zu lindern, Krankheiten zu verhüten und Sterbende zu begleiten, entgegen. Jeder Patient muss sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten und weder wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen. Die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe des totkranken Patienten liegt in der Sterbehilfe. Leiden zu lindern, Angst und Schmerzen zu nehmen, um damit ein selbstbestimmtes würdevolles Lebensende zu ermöglichen, ist Inhalt des ärztlichen Auftrages. Die deutsche Ärzteschaft befindet sich damit im Einklang mit den meisten Ärzten dieser Welt. Für die deutsche Ärzteschaft ist eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, nach wie vor mit den Prinzipien des Arztberufes unvereinbar. Wir Ärzte müssen uns mit aller Macht dagegen wenden, dass ein gesellschaftliches Klima entsteht, das Sterbehilfe zum Mittel der Wahl bei Schwerstkranken und bei lebensmüden Menschen erklärt. Der Deutsche Ärztetag hat alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aufgerufen, sich entschieden gegen jegliche Euthanasiebestrebungen einzusetzen.

Wir Ärzte plädieren mit Nachdruck für einen Ausbau der Hospize und der palliativmedizinischen Versorgung. In der

Ausbildung der Ärzte und der Pflegeberufe muss die Palliativmedizin integriert werden. Ebenso muss die Schmerztherapie weiter verbessert werden. Mehr als die Hälfte aller in Deutschland Sterbenden stirbt in Krankenhäusern. Sterbende haben das Recht auf menschenwürdige Bedingungen. Der Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ist ein Gradmesser dafür, wie human eine Gesellschaft ist.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

aus der Fülle weiterer wichtiger Anträge und Diskussionen zum Ärztetag seien noch einige mir besonders bedeutsam erscheinende herausgegriffen:

Menschliche Gene sind nicht patentierbar. Der Deutsche Ärztetag bekräftigt, dass weder das menschliche Genom, Teile davon, noch Organe oder Zellen des menschlichen Körpers patentierbar sein dürfen. Der Ärztetag hat den deutschen Bundestag aufgefordert, die in der EU-Biopatent-Richtlinie vorgesehene Patentierbarkeit von Bestandteilen des menschlichen Körpers einschließlich der Gene nicht in deutsches Recht zu überführen. Das genetische Erbe der Menschheit ist Allgemeingut und keine Handelsware. Lediglich Herstellungsverfahren und Verfahrensschritte für gentechnische Medikamente können patentfähig sein.

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen spricht von einem Einsparungspotential von 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention. Konkrete Beispiele für wissenschaftlich gut belegte Präventionsmaßnahmen sind die ärztliche Beratung der Eltern zur Verhütung von Kinderunfällen, die Frühintervention und Hilfe für Menschen mit Alkoholproblemen, die Behandlung der Tabakabhängigkeit, die ärztliche Ernährungsberatung und das Impfwesen.

Der Ärztetag forderte die Krankenkassen auf, die Nutzung bestehender Leitlinien zur Diabetesversorgung auf Bundes- und auf Landesebene finanziell nicht weiter zu blockieren. Die Umsetzung von Leitlinien in der Diabetesversorgung durch Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen in den neuen Bundesländern hat eindrucksvoll belegt, dass dies zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgung von Diabetespatienten führt.

Der Deutsche Ärztetag begrüßte die neuerliche Initiative der EU-Kommission für ein Tabakwerbeverbot und bat die Bundesregierung nachdrücklich, das generelle Tabakwerbeverbot entsprechend der europäischen Richtlinien in Deutschland konsequent umzusetzen. Als Folge des Rauchens sind in Deutschland jährlich ca. 110.000 Todesfälle durch tabakbedingte Erkrankungen zu beklagen. Die von der Solidargemeinschaft der Versicherten zu tragenden Behandlungskosten belaufen sich auf ca. 35 Milliarden DM pro Jahr.

Der Ärztetag hat sich für die Beteiligung am Zwangsarbeiter-Entschädigungsfonds ausgesprochen. Die Ärzteschaft will Krankenhausträger und Ärzterverbände dazu veranlassen, sich am Entschädigungsfonds für ehemalige Zwangsarbeiter zu beteiligen. Das Ärzteparlament macht deutlich, dass ein erheblicher Bedarf an Aufarbeitung der Verantwortung für die Beschäftigung von Zwangsarbeitern im medizinischen Bereich bestehe. In einigen Kliniken wurden Zwangsarbeiter beschäftigt. Der Deutsche Ärztetag forderte alle Träger ärztlich geleiteter Einrichtungen auf, die Aufklärung der Tätigkeit von Zwangsarbeitern während des Nationalsozialismus in ihren Einrichtungen zu unterstützen. Bisher sind 11 Kliniken den „Stiftungsfonds der Deutschen Wirtschaft“ beigetreten. Es kann die Tätigkeit von Zwangsarbeitern in Krankenhäusern der Städte Hannover, Köln, Berlin und Göttingen nachgewiesen werden.

Der 104. Deutsche Ärztetag befürwortet die kostenfreie Abgabe unverbraucherter Medikamente durch Ärzte an andere Patienten. Bei dieser Abgabe muss das Anliegen der Arzneimittelsicherheit oberstes Gebot bleiben. Deshalb sind folgende Kriterien zu beachten:

1. Die Blisterpackungen, Ampullen und Teststreifen zur Selbstkontrolle müssen sachgerecht gelagert und unbeschädigt sein.
2. Tropfen, Zäpfchen, Salben und Säfte dürfen nicht weitergegeben werden.
3. Das Verfallsdatum darf nicht überschritten sein.
4. Der Arzt muss Hinweise zur Verordnung, zur Dosierung und zu Arzneimittelrisiken geben.
5. Der Beipackzettel muss mitgegeben werden.

Der Gesetzgeber wird gebeten, die notwendigen Bestimmungen zu erlassen, die diese wirtschaftliche und an den Patientenbedürfnissen orientierte Arzneimittelverabreichung ermöglichen. Jedes Jahr werden Medikamente im Wert von mehreren Millionen D-Mark aus den verschiedensten Gründen nicht benötigt und vernichtet. Dies ist angesichts der Finanzierungssituation unseres Gesundheitswesens nicht länger hinnehmbar.

Last but not least wurde die zügige Novellierung der GOÄ vom Ärztetag gefordert. Nach dem nunmehr vier Jahren zurückliegenden ersten Novellierungsschritt zur Gebührenordnung für Ärzte sollten jetzt die übrigen Abschnitte des Leistungsverzeichnisses an den Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst werden. Die über 20 Jahre alten, in Inhalt und Bewertung unzulänglichen Teile der Gebührenordnung Ärzte mit obsoleten und überholten Leistungen führen zunehmend zu Fehlinterpretationen und Falschabrechnungen bis hin zu staatsanwaltlichen Ermittlungen, die die gesamte Ärzteschaft in Misskredit bringen. Die Bundesregierung trägt auch für diese Entwicklung eine politische Mitverantwortung.

Der 104. Deutsche Ärztetag forderte:

- die politische Zusage, dass die vereinbarten Vorschläge der Verhandlungspartner – Bundesärztekammer, Privatkassenverband, Vertretung der Länder zur Aktualisierung des Leistungsverzeichnisses der GOÄ inhaltlich auch vom Bundesrat akzeptiert werden,
- die Verhandlungen über die Weiterentwicklung der GOÄ unverzüglich aufzunehmen und
- eine feste zeitliche Vorgabe hinsichtlich des Inkrafttretens der Novelle.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Klima des diesjährigen Deutschen Ärztetages wurde von den Teilnehmern als gut, sachlich und konstruktiv eingeschätzt.

Die Vielfalt an Problemen, Defiziten, Verwerfungen und Reibeflächen im deutschen Gesundheitswesen wurden kritisch analysiert und diskutiert und entsprechende Vorschläge vorgelegt. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt steht im Wort mit allen Beteiligten in den bereits terminisierten Konsensgesprächen am „Runden Tisch“, die nötigen Reformen im Gesundheitswesen anzugehen. Hoffentlich trägt der bekundete gute Wille recht weit!

Meine Damen und Herren, lassen Sie uns von der bundespolitischen Ebene noch einmal zu unseren Tätigkeiten und Perspektiven im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer zurückkommen. Ich möchte dieses zunächst mit der Vorlage und Diskussion unseres – wie ich meine – reputierlichen Tätigkeitsberichtes unserer Kammer im zurückliegenden Jahr tun. Mit dem Bericht und dem Jahresabschluss 2000 legen wir Ehrenamtler von der Basis der Kreisärztekammer über die Ausschuss- und Arbeitsgruppenleiter bis zum Vorstand und die Geschäftsführung den sächsischen Ärzten Rechenschaft ab über ein Jahr äußerst aktiver und erfolgreicher Berufs-, Standes- und Gesundheitspolitik. Wer sich der Mühe unterzogen hat – ich

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

hoffe, dass die meisten von Ihnen dieses taten – unser „Logbuch“ der Kammerarbeit zu studieren, konnte feststellen, dass einerseits die satzungsgemäßen Aufgaben mit großem Engagement und umfangreichen Ergebnissen bearbeitet wurden und andererseits die gesundheitspolitischen Initiativen und Projekte auf Landes- und Bundesebene zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Ganz bewusst möchte ich keinen der vielen ergebnisreichen Berichte herausgreifen, da ich sonst eine nicht beabsichtigte Wertung vornehmen würde.

Bemerkenswert und entwicklungsfähig finde ich den Trend zur Transparenz und Kommunikation über die unmittelbaren Aufgabengebiete der Ausschüsse hinaus. So können sogenannte Schnittstellen zu Nahtstellen werden, wenn zum Beispiel die Ausschüsse ambulante und stationäre Versorgung über integrierte Versorgung gemeinsam nachdenken oder übergreifende Aspekte ärztlicher Qualifizierung in den Ausschüssen für Aus-, Weiter- und Fortbildung diskutieren werden. Auch wird es keine(n) unserer Arbeitsgruppen und Ausschüsse geben, bei der oder dem nicht Qualitätssicherungsgesichtspunkte von Bedeutung sind und deshalb auch Abstimmungen mit unserem wichtigen Qualitätssicherungsausschuss sinnvoll und notwendig sein dürften.

Ein gutes Stück vorangekommen sind wir mit der Entwicklung eines integrierten Informationssystems von Kammer, Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen, Krankenhausgesellschaft Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie – dem „Sächsischen Gesundheitslotsen“. Hier ist es gelungen, die multimediale Plattform zu schaffen, mittels derer alle relevanten Informationen rasch unseren sächsischen Ärzten und Patienten zur Verfügung gestellt werden können! Dies halte ich für einen entscheidenden Schritt zu einer basisnahen Kammerarbeit.



Dr. med. Clemens Weiss diskutiert über die ärztliche Ausbildung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bedanke mich ausdrücklich bei allen Ehren- und Hauptamtlern für ihre umfangreiche Kammerarbeit im zurückliegenden Jahr und besonders den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die an der Erstellung dieses umfassenden Tätigkeitsberichtes wesentlichen Anteil hatten.

Meine Damen und Herren, welche Schwerpunkte künftiger Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer sollten wir setzen?

1. Die Fortsetzung und den Ausbau der erfolgreichen weitgehend reibungsfreien Zusammenarbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer zur Lösung der satzungsgemäßen Aufgaben unserer Körperschaft.

2. Die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde, Heilberufekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Krankenhausgesellschaft Sachsen, um bi- und multilaterale Abstimmungen zu gesundheitspolitischen Zielsetzungen in der Vorbereitung der nächsten Gesundheitsreform zu erreichen.

3. Weiteres Engagement im Bündnis „Gesundheit“ Sachsen zur kritischen Begleitung der Gesundheitsreform und der kommenden Bundestagswahl.

4. Intensivierung der Sächsischen Akademie für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Der Fortgang und Ausbau dieser überaus erfolgreichen zentralen Einrichtung unserer Kammer wird heute im Ärzteparlament diskutiert und verabschiedet werden.

5. Straffung und weitere Integration der Kammerausschüsse und Arbeitsgruppen sowie deren Internetauftritt.

6. Stärkung der Prävention, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung durch interdisziplinäre Tätigkeit und Projekte der Ausschüsse, Prävention und Rehabilitation, Hygiene und Umweltmedizin sowie Ärzte im öffentlichen Dienst.

7. Förderung der Qualitätssicherung als unverzichtbares Werkzeug in Diagnostik und Therapie; Engagement für evidenzbasierte Konsensleitlinien als Grundlage einer rationalen Medizin (Zusammenarbeit Ausschuss Qualitätssicherung mit Ausschuss Schwerpunktbehandlung chronisch Kranker in Klinik und Praxis).

8. Ständige Beachtung und Forcierung

von wichtigen und dringenden Einzelproblemen wie zum Beispiel:

- die kritischen Arztlageentwicklungen in Sachsen bis 2010, die zu Versorgungsengpässen in der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Pathologie, Öffentlichen Gesundheitsdiensten u.a. führen werden, wenn nicht substanziell gegengesteuert wird, oder

- intensive Bemühungen um Benachteiligungen Ost auszugleichen – jüngstes Beispiel bei der Organallokation in der Transplantationsmedizin, oder

- Maßnahmen zur Überwindung eingeschränkter Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für unsere Jungärzte.

9. Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit durch

- die attraktivere Gestaltung des „Ärzteblatt Sachsen“,

- den Auf- und Ausbau des „Sächsischen Gesundheitslotsen“,

- regelmäßige Pressearbeit, Pressekonferenzen,

- Mitarbeit eines Medizinjournalisten.

10. Strikte Beachtung unserer finanziellen Möglichkeiten und Untersetzung aller genannten Projekte unter Satzungs- und Haushaltsgesichtspunkten.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir werden diese Schwerpunkte unserer künftigen Arbeit seitens des Vorstandes sehr ernst nehmen, noch weiter präzisieren und mit konkreten Verantwortlichkeiten untersetzen, so dass auch zukünftig über den Grad der Zielerreichung Klarheit besteht.

Zum Schluss erlaube ich mir, die Abschlussentenz der sehr lesens- und bedenkenswerten Rede unseres Bundespräsidenten vom 18. Mai diesen Jahres mit dem Titel „Wird alles gut? – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß“ anzufügen, der sagte:

Die Zukunft ist offen.

Sie ist kein unentrinnbares Schicksal und kein Verhängnis. Sie kommt nicht einfach



Dr. med. Klaus Heckemann stellt Fragen zur Arzthaftung

über uns. Wir können sie gestalten – mit dem, was wir tun und mit dem, was wir nicht tun. Wir haben viele, wir haben große Möglichkeiten. Nutzen wir sie für einen Fortschritt und für ein Leben nach menschlichem Maß.

Schwerpunkthemen der sich anschließenden sehr lebhaften und ausführlichen berufspolitischen Aussprache waren:

- Der umfassende Tätigkeitsbericht 2000 der Sächsischen Landesärztekammer belegt die intensive und erfolgreiche Arbeit der Kammer.

- Die Gleichbehandlung der Heilberufe und der Leistungserbringer muss durch das „Gesetz zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ sichergestellt werden.

- Eine konzertierte Aktion aller sächsischen Ärzte für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und gegen die Einführung der DRG's wurde angeregt.

- Eine Ausbeutung der Ärzte erfolgt sowohl im stationären und im ambulanten Bereich.

- Es müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die wieder Freude am Arbeiten in den Krankenhäusern bereiten.

- Die Jungen Ärzte müssen besser bezahlt werden.

- Die Arztlageentwicklung in Sachsen ist prognostisch alarmierend.

- Zur Sicherung der medizinischen Versorgung brauchen wir gut ausgebildete und motivierte Ärzte.

- Eine Einstellung von Weiterbildungsassistenten statt Arbeitsassistenten im Krankenhaus ist notwendig.

- Das Arbeitszeitgesetz muss in den Krankenhäusern und auch in den niedergelassenen Arztpraxen konsequent eingehalten werden.

- Der 11. Sächsische Ärztetag forderte die Aufnahme der Nachweispflicht über die finanzielle Vergütung von Arbeitszeiten, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollen, in das Sächsische Heilberufekammergesetz.

- Es müssen in den Krankenhäusern verstärkt Rotationsstellen für die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin geschaffen werden.

- Ethische Fragen der Medizin sollten in allen Arztkreisen intensiver beraten und diskutiert werden.

- Die Rechtslage bei der Präimplantationsdiagnostik muss eindeutig durch den Gesetzgeber geklärt werden.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

- Eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist in Deutschland notwendig.
- Der Ausschuss „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer will eine Jobbörse im Internet unter www.aerzteohnkittel.de für Stellenanbieter und Stellensuche einstellen.

Der Vorsitzende der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung, Professor Dr. Otto Bach, erstattete den

Bericht über die Tätigkeit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 1997 bis 2001

Die Akademie für ärztliche Fortbildung ist ein Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer, der die Fort- und Weiterbildung der Kammerangehörigen befördern soll. Sie verfolgt unmittelbar hoheitliche und wissenschaftliche Ziele. Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ihrer Arbeit war und ist es, auch den Tendenzen der staatlichen Überregulierung der Fort- und Weiterbildung durch eigene Aktivitäten und nachweisliche Erfolge entgegenzuwirken. Gegenwärtig diskutieren wir gerade ein Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, welches Defizite in der ärztlichen

Tabelle 1
Fortbildungsdiplom

| | 1999 | 2000 | 2001 (bis 15.6.2001) |
|---|------|------|-------------------------|
| erteilte Diplome | 4 | 171 | 93 |
| durchschnittliche Punktzahl | 115 | 158 | 163 |
| registrierte zertifizierte FB-Veranstaltungen | 1611 | 1834 | 1005 |

Fort- und Weiterbildung registriert zu haben glaubt und die Forderung nach einer Rezertifizierung der Facharztprüfungen empfiehlt. Gerade solche Tendenzen, die auch früher schon geäußert wurden, haben die Bundesärztekammer und auch unsere Kammer veranlasst, ein Fortbildungsdiplom einzuführen. Dem war eine Umfrage zum Fortbildungsverhalten sächsischer Ärzte vorausgegangen. Es wurde darüber schon mehrfach berichtet und ein Diplom durch die Kammerversammlung mit Beschluss vom am 13. Juni 1998 eingeführt. Seit 1. Januar 1999 läuft das Diplom als Modellversuch.

Die Übersicht der Tabelle 1 zeigt, wieviele Kolleginnen und Kollegen bisher schon am Diplom teilgenommen haben

Tabelle 2
Fachübergreifendes Fortbildungssemester

| Art der Veranstaltung | Veranstaltung Anzahl | Teilnehmer |
|--|----------------------|-------------|
| Herbst 1998 „Infektiologie“ | 10 | 934 |
| Frühjahr 1999 „Kardiologie“ | 11 | 904 |
| Herbst 1999 „Gastroenterologie“ | 11 | 663 |
| Frühjahr 2000 „Neurologie /Psychiatrie“ | 11 | 884 |
| Herbst 2000 „Naturheilkunde und alternative Heilweisen“ | 8 | 290 |
| Frühjahr 2001 „Stoffwechsel“ | 11 | 533 |
| Gesamt: 6 | 62 | 4208 |

oder sich um das Diplom bemühen. Die Anzahl der besuchten Fortbildungsveranstaltungen der Teilnehmer ist in der Tabelle mit aufgeführt. In der Kammerversammlung am 16. Juni 2001 wurden Modifizierungen der Regularien beschlossen, die der Vereinheitlichung im Sinne bundesweiter Vorgehensweisen dienen. Darüber wird in Kürze im „Ärzteblatt Sachsen“ extra berichtet.

Das allgemeine Interesse an der Zertifizierung von Veranstaltungen – damit diese in die Bewertung des einzelnen Teilnehmers mit einfließen – ist sehr groß. Neben dem Fortbildungsdiplom, welches die Arbeit der Akademie wesentlich mitbestimmt hatte, sind weitere Aktivitäten in den letzten Jahren zu benennen. Hervorheben möchten wir das fachübergreifende Fortbildungssemester nennen, welches eine besondere auch intellektuell sehr ansprechende und beliebte Fortbildungsveranstaltung war.

Tabelle 2 zeigt die Themen der einzelnen Curricula und die Teilnehmerzahlen. Viele dieser Veranstaltungen wurden thematisch von prominenten Fachvertretern sächsischer Provenienz bestimmt. Themen für Herbst 2001 „Medizinische Rehabilitation“ und Frühjahr 2002 „Leitsymptome“ sind schon vorgeplant.

Viele Fortbildungsveranstaltungen in Sachsen laufen natürlich auch unabhängig von der Kammer. Die großen Krankenhäuser der sächsischen Ballungsgebiete, die vielen Veranstaltungen von Ärztestammtischen, von wissenschaftlichen Gesellschaften, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Berufsverbände, aber auch der Pharmaindustrie zeigen – wie auch aus den sogenannten Grünen Seiten unserer Ärzteblätter entnommen werden kann –, dass wir in Sachsen eine sehr bunte vielfältige und sehr viele Kolleginnen und Kollegen erreichende Fort- und Weiterbildung anbieten. Exemplarisch seien einige der arbeitsintensiveren, umfangreicheren Fortbildungscurricula, die besonders von der Akademie geför-

dert und teilweise auch inhaltlich gestaltet worden waren aufgeführt: Verkehrsmedizin, Suchtmedizin, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Arbeits- und Betriebsmedizin und andere. Die Akademie hat in 14 Sitzungen die Fortbildung organisiert, sich aber auch mit Fragen ärztlicher Ethik, dem Sponsoring von Veranstaltungen und Abgrenzungen von irrationalen Behandlungsmethoden befasst.

Allen Kolleginnen und Kollegen ist für ihre wirklich aufopferungsvolle Arbeit zu danken. Dank gilt aber auch der Geschäftsstelle der Kammer, die insbesondere auch durch ihr ergebnisbemtutes Handeln und ihr kundenfreundliches Entgegenkommen unseren Ärzten gegenüber zum Erfolg des Wirkens der Akademie beigetragen haben.

Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

(Wahlperiode 2001 bis 2005)

Nach Ablauf der Wahlperiode 1997 bis 2001 der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wählten die Mandatsträger für die kommende Wahlperiode 2001 bis 2005 die 13 Mitglieder der Akademie. Diese setzt sich gemäß § 2 der Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung aus der Gruppe der niedergelassenen Ärzte (vier Mitglieder), der Gruppe der angestellten Ärzte (vier Mitglieder), der Gruppe der Ärzte, die in universitären Einrichtungen beschäftigt sind (zwei Mitglieder) sowie aus einem Mitglied, welches im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist, zusammen. Die übrigen zwei Mitglieder werden aus dem Vergleich der Stimmenmehrheit der nicht Gewählten aller Gruppen bestimmt. Gewählt wurden:

Gruppe der niedergelassenen Ärzte

1. Dr. med. Wolfgang Rothe
2. Dr. med. Bernhard Ackermann
3. Erik Bodendieck
4. Dr. med. Hella Wunderlich

Gruppe der angestellten Ärzte

1. Prof. Dr. med. Peter Bräunig
2. Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig
3. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Eberhard Meister
4. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

Gruppe der Ärzte an universitären Einrichtungen

1. Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
2. Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch

Gruppe der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

1. Dr. med. Regine Krause-Döring

Gruppe der übrigen Mitglieder

1. Dr. med. Norbert Kunze
(niedergelassen)
2. Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Stölzel
(angestellt)

Die Begründung der Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungsdiploms der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer wird Herr Prof. Dr. Otto Bach in einem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ den sächsischen Ärzten darstellen.

Der Wortlaut und der Inhalt der Satzung zur Änderung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik wird der sächsischen Ärzteschaft im Heft 8/2001 im „Ärzteblatt Sachsen“ vorgelegt.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung Aufgrund des Beschlusses der Kammerversammlung wird, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt, die Weiterbildungsordnung erweitert beziehungsweise modifiziert. So wird die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ auch in Sachsen eingeführt. Die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ kann dann auch von den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin erworben werden.

Im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie wird für das obligatorische Weiterbildungsjahr in der Neurologie die Absolvierung grundsätzlich im Stationsdienst gefordert, und ohne inhaltliche Änderungen des Fachgebietes wird die Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ durch „Kinder- und Jugendmedizin“ ersetzt werden.

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte allen Mandatsträgern die Jahresabschlussbilanz detailliert und umfassend dar.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Dr. med. Claus Vogel

Jahresabschlussbilanz des Jahres 2000

Der von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner GmbH vorgelegte Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2000 wurde durch die 24. Kammerversammlung bestätigt.

Das Jahr 2000 war ein für die Sächsische Landesärztekammer in finanzieller Hinsicht erfolgreiches Jahr. Die Prüfungsgesellschaft konnte der Sächsischen Landesärztekammer den uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilen und bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt. Die Zahlungsfähigkeit der Sächsischen Landesärztekammer war durch die bestehenden Finanzanlagen, Festgelder und sonstigen Guthaben bei Kreditinstituten jederzeit gesichert.

Die Sonderhaushalte Qualitätssicherung als Prüfungsschwerpunkt für die Wirtschaftsprüfer schlossen mit einem Überschuss in Höhe von 3.869,73 DM ab, welcher auf das neue Jahr vorgetragen wurde. Der Lenkungsausschuss/das Lenkungsgremium für die externe Qualitätssicherung haben den Jahresabschluss ein-

stimmig bestätigt.

Die Bilanzsumme ist im Jahr 2000 gegenüber dem Vorjahr um 2 %, das heißt um 756.500,00 DM gestiegen. Die detaillierten Zahlen zu den Einnahmen und Ausgaben der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Verwendung nach den Hauptpositionen können Sie dem Tätigkeitsbericht entnehmen, der im Sächsischen Ärzteblatt Nr. 06/2001 veröffentlicht wurde. Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben stellt sich wie folgt dar:

Die Ausgaben im Jahr 2000 betragen 11.877.126,65 DM. Gegenüber dem Jahr 1999 sind die Ausgaben um lediglich 0,9%, das entspricht einer Erhöhung von ca. 110.400,00 DM gestiegen. Geplant war eine Erhöhung von 2,8%.

1. Die Personalkosten sind gegenüber dem Vorjahr trotz planmäßiger tariflicher Erhöhungen um ca. 66.900,00 DM gesunken und liegen damit 3,1% unter dem Haushaltsplan. Diese Entwicklung resultiert aus der Inanspruchnahme von Mutterschafts- und Erziehungsurlaub, längerfristiger Krankheit sowie Kündigung von Mitarbeitern und demzufolge vorübergehender Nichtbesetzung von Planstellen.



2. Die Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtliche Tätigkeit sind gegenüber dem Vorjahr um 4,1% wegen der Tätigkeitsaufnahme weiterer notwendiger Kommissionen und Arbeitsgruppen gestiegen.

3. Der Sachaufwand insgesamt ist um ca. 110.300,00 DM, das sind 2,4% gegenüber 1999 gesunken, insbesondere die Positionen Telefon und Porto, Reise – und Tagungskosten sowie gebäudeabhängige Kosten. Versicherungen und Beiträge sind um ca. 87.200,00 DM gegenüber dem Vorjahr gestiegen, davon allein an Beiträgen an die Bundesärztekammer in Höhe von ca. 50.200,00 DM.

4. Die Abschreibungen sind gegenüber 1999 nahezu konstant.

5. Die Erhöhung bei den Rücklagen ergibt sich aus der Einstellung der Sonderrücklage für den Wasserschaden im Kammergebäude in Höhe von 250.000,00 DM. Im Jahr 2000 betragen die monatlichen finanziellen Belastungen durch Zinsen für das Annuitätendarlehen der Sächsischen Ärzteversorgung zur Finanzierung des Kammergebäudes, durch Abschreibungen und durch Instandhaltungsrücklage 20,30 DM/m². Diese Belastung wird in den nächsten Jahren aufgrund des verringerten Zinsanteils der Annuität weiter sinken.

Die Einnahmen im Jahr 2000 betragen 13.109.236,49 DM. Gegenüber dem Jahr 1999 sind die Einnahmen um ca. 6,0 %, das entspricht ca. 740.600,00 DM gestiegen und liegen 12,6% über dem Haushaltsplan. Die Einnahmenstruktur stellt sich wie folgt dar:

Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen hat in den letzten Jahren stetig abgenommen. Das bedeutet, dass die Kammermitglieder für in Anspruch genommene Leistungen und Verwaltungsakte der Sächsischen Landesärztekammer (wie Prüfungen, Erteilung von Zeugnissen, Ausstellung von Zeitschriften, Teilnahme an Kursen und Seminaren) zunehmend auch kostenadäquat belastet werden müssen.

1. Die Kammerbeiträge liegen um ca. 718.000,00 DM über dem Plan und sind

um ca. 292.000,00 DM gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

Diese Entwicklung ist wie folgt begründet:

a) Im Jahr 2000 mussten zahlreiche Zwangsvollstreckungsmaßnahmen von Kammerbeiträgen vor allem aus Vorjahren durchgeführt werden.

b) Durch die Aufarbeitung von Rückständen in der Beitragserhebung aus den Vorjahren waren Kammerbeiträge in Höhe von ca. 244.000,00 DM zu buchen. Damit sind die Vorjahre weitestgehend aufgearbeitet. Es ist davon auszugehen, dass sich die Entwicklung der Kammerbeiträge in den Folgejahren so nicht wiederholen wird.

c) Für das Beitragsjahr 2000 wurden ca. 200 Kammermitglieder mehr als im Vorjahr veranlagt.

2. Die Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wurden durch die Kammermitglieder sehr gut besucht. Daraus resultieren gegenüber 1999 Mehreinnahmen an Teilnahmegebühren in Höhe von ca. 95.000,00 DM.

3. Die Kapitalerträge der Sächsischen Landesärztekammer liegen ca. 114.000,00 DM über dem Vorjahr, begründet in der Entwicklung des Kapitalmarktes und einem gestiegenen Niveau der Finanzanlagen. Es konnte eine Durchschnittsverzinsung in Höhe von 5,2 % erreicht werden.

4. Durch die Rückzahlung von in den Vorjahren nicht verbrauchten Rückflussgeldern durch die drei großen Kreisärztekammern Dresden, Leipzig und Chemnitz in Höhe von insgesamt 325.000,00 DM sind die sonstigen Einnahmen gegenüber dem Vorjahr überproportional gestiegen. Gemäß Beschluss der 24. Kammerversammlung wird der Überschuss für die Zuführung zur Rücklage zum Bau des Kammergebäudes der Bundesärztekammer in Berlin, zur Sicherheitsrücklage, zur Betriebsmittelrücklage verwendet.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2000 sind im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2001, Seite 235 bis 236, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekam-

mer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses Finanzen

(Wahlperiode 1999 bis 2003)

Die Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen war notwendig, da das langjährige Mitglied, Herr Dr. med. Volker Tempel, Dresden, auf eigenen Wunsch aus dem Ausschuss Finanzen ausgeschieden war. Da nur ein Kandidat zur Wahl stand, nämlich Herr Dr. med. Mathias Cebulla, Leipzig, stimmten die Mandatsträger en bloc für dieses Mitglied.

Beschlüsse der

24. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 24. Kammerversammlung am 16. Juni 2001 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2000 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Umbenennung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung in Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 2001 - 2005 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Änderung des Beschlusses über das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Änderung des Beschlusses über die Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung der Fachkunde Ultraschall (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Jahresabschlussbilanz 2000

Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2000

Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2001

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses Finanzen

Beschlussvorlage Nr. 10:

Beschluss über den Termin der 25. Kammerversammlung und des 12. Sächsischen Ärztetages (26. Kammerversammlung) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 11:

Aufnahme der Nachweispflicht über die finanzielle Vergütung von Arbeitszeiten, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollen, in das Sächsische Heilberufekammergesetz (bestätigt)

Die Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungsdiploms der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer (freiwillig zertifizierte Fortbildung vom 20. Nov. 1998), die Satzung zur Änderung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschall-diagnostik vom 8. März 1994, die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 8. November 1993 und die Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung werden im vollen Wortlaut im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2001, im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ amtlich bekannt gemacht.

Bekanntgabe der Termine

Die **25. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **11. November 2001** und der **12. Sächsische Ärztetag**, (**26. Kammerversammlung**) am Freitag/Sonnabend, dem **14./15. Juni 2002**, statt.

11. Sächsischer Ärztetag 12. erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Ärzteversorgung

16. Juni 2001



Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

Arbeitstagung der Sächsischen Ärzteversorgung am 16. Juni 2001

Rede des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses (gekürzt)

Herr Präsident, sehr geehrte Gäste, liebe ärztliche und tierärztliche Mitglieder, ich werde Ihnen im folgenden anhand einiger Grafiken und Tabellen einen Bericht über das Geschäftsjahr 2000 geben. Die erste Folie (Tabelle 6 des Geschäftsberichtes 2000) zeigt die aktiven Mitglieder nach Mitgliedschaftsart zum 31.12.2000. Der sogenannte Übernahmestand, das waren diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die bei Gründung der Sächsischen Ärzteversorgung schon Kammermitglieder waren, umfasst doppelt so viele Mitglieder wie der Neubestand. Sie können weiterhin die Unterteilung nach Pflichtmitgliedern und freiwilligen Mitgliedern erkennen. Pflichtmitglieder sind kraft Gesetzes Mitglieder unserer Sächsischen Ärzteversorgung und freiwillige Mitglieder sind diejenigen, die nach Verlassen des Kammerbereiches die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen. Die Tierärzte mit einer Gesamtanzahl von 923 machen 8,1 % aller Mitglieder aus. Nimmt man

beide Berufsgruppen zusammen, überwiegt die Anzahl der Frauen. Bei den tierärztlichen Mitgliedern überwiegen die Männer. Zum 31.12.2000 hatte die Sächsischen Ärzteversorgung 6358 Frauen und 5981 Männer als aktive Mitglieder. Die Gesamtzahl von 12.339 liegt um 137 Personen höher als im Jahr 1999.

Die Grafik zur Altersstruktur verdeutlicht den leichten Überhang der weiblichen Mitglieder. Man erkennt im Altersbereich zwischen 49 und 57 Jahren den Einschnitt des zweiten Weltkrieges, aber im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung ist der „Lebensbaum“ der Sächsischen Ärzteversorgung relativ gesund, nämlich in der Basis breit.

Folie 4 zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der aktiven Mitglieder und den sogenannten Nettozugang pro Jahr seit 1992. Der Nettozugang ergibt sich, wenn man von allen Neuaufnahmen eines Jahres die Anzahl derjenigen Mitglieder abzieht, welche durch Überleitung, Ruhegeld oder Tod aus der Sächsischen Ärzteversorgung ausgeschieden sind. Eine weitere Darstellung veranschaulicht über den Zeitverlauf von 1992 bis

2000 die Beitragszahlungen. Bis auf 1999 hat es immer einen Anstieg gegeben. Der Rückgang bei den Beitragszahlungen im Jahr 1999 ist eine Summation aus verschiedenen Ursachen: der Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch der Sächsischen Ärzteversorgung wurde abgesenkt, der Mindestbeitrag von 3/10 auf 1/10 des Höchstbeitrages reduziert, und die Einkommen waren relativ rückläufig.

Die nächste Folie zeigt die Entwicklung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze, des AVmax und des Durchschnittsbeitrages. 1999 war es zu einem Absinken des Beitragssatzes von 20,3 % auf durchschnittlich 19,7 % gekommen. Die Beitragsbemessungsgrenzen sind nicht stetig, aber doch im Verlaufe angestiegen. Der Durchschnittsbeitrag spielt für die Errechnung des Punktwertes die entscheidende Rolle. Bekannt ist, dass sich das jährliche Altersruhegeld auf den Vomhundertsatz der im Jahr des Ruhegeldbeginns geltenden Rentenbemessungsgrundlage, welcher der Summe der durch Beitragszahlung erworbenen Punktwerte entspricht, beläuft. Der Punktwert wird durch das Verhältnis des individuellen Beitrages zum Durchschnittsbeitrag bestimmt. Dieses Verhältnis wird verdoppelt. Wenn also der individuelle Beitrag höher ist als der Durchschnittsbeitrag, wird die Punktzahl größer als zwei sein. Wenn beide gleich sind, wird man zwei Punkte pro Jahr erwerben, wenn der individuelle Beitrag niedriger ist, wächst das Punktekonto um weniger als zwei Punkte pro Jahr.

Die nächste Darstellung zeigt die Mitgliederzahl und die Beitragsstruktur. Man erkennt, dass sowohl die Zahl der aktiven Mitglieder als auch die der AVmax-Zahler seit 1995 angestiegen ist. Die Gruppe der 9%-Zahler nahm im gleichen Zeitraum ebenfalls zu.

Der zweite Teil meines Vortrages befasst sich mit der Kapitalanlage.

Die Zusammenstellung zum Anlagevermögen zeigt einen stetigen Anstieg des Vermögens der Sächsischen Ärzteversorgung. Die Kapitalerträge stiegen bis 1999 ebenfalls stetig. Im Jahr 2000 wurden auf Grund der hohen Beitragszahlung der ganzjährigen Mitglieder keine Ausschüttungen in der Größenordnung des Jahres 1999 notwendig, so dass der Absolutbetrag im Vergleich zum Vorjahr geringer ausfiel.

Die Verteilung des Vermögens nach den verschiedenen Anlagearten ist aus der nächsten Darstellung ersichtlich. Die erste Zeile zeigt den Haus- und Grundbesitz, den vermögensrechtlichen Anteil der Sächsischen Ärzteversorgung am Kammergebäude in Höhe von 1,4 % des Gesamtvermögens. Der Anteil der Spezialfonds beträgt jetzt 30,4 %. Im übrigen werden durch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) § 54a die Anlagekriterien und Anlagegrenzen vorgegeben.

Die nächste Folie gibt einen Überblick über die vier Wertpapier-Spezialfonds, die die Sächsische Ärzteversorgung bisher aufgelegt hat. Die Fonds 1 bis 3 sind Aktienfonds. Es ist festzustellen, dass es in den drei Fonds in summa zum 30.04.2001 keine stillen Reserven gab. Die Monate Februar und März haben den Fonds erheblich zugesetzt, jedoch gibt es über die Jahre immer noch einen Wertzuwachs. Der im Februar 2001 aufgelegte 4. Fonds ist ein reiner Rentenfonds mit sogenannten Corporate Bonds, mit denen wir uns ein neues Anlagefeld erschlossen haben. Bei der derzeit schlechten Entwicklung der Aktienfonds gehen wir trotzdem davon aus, dass auf lange Sicht die Strategie, in Aktienfonds zu investieren, richtig ist. Die Ärzteversorgung denkt nicht in Monaten, sie denkt nicht in Jahren, sondern sie denkt in Jahrzehnten, und es ist eine jahrzehntelange Erfahrung, dass man mit Aktienfonds eine gute Performance erzielen kann. Um das ganze kontrollieren zu können wurde ein Advisor gebeten,



Die Mandatsträger der 12. erweiterten Kammerversammlung und Gäste

unsere Fonds zu analysieren. Seit 2001 bedienen wir uns zusätzlich der Analyse der Deutschen Performance-Messungsgesellschaft, die alle Fonds nach einheitlichen Kriterien bewertet, und uns die Schlussfolgerungen erleichtert.

Eine Gesamtübersicht über das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung zum 31.12.2000 und aktuell zum 30.04.2001 bietet das Anlagetagebuch. Die nächste Folie zeigt, wie sich der Verwaltungsausschuss und der Aufsichtsausschuss die Zukunft vorstellen. Wir wollen die Vermögensstruktur der Sächsischen Ärzteversorgung so ändern, dass wir im Rahmen des VAG bei vertretbarem Risiko eine möglichst hohe Rendite erzielen. Es wird angestrebt, festverzinsliche Papiere mit einem Anteil von 40 %, den Rentenfonds mit 20 %, die Aktienfonds mit 30 % (mehr erlaubt das VAG nicht) und die Immobilien mit 10 % am Gesamtvermögen zu haben.

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit den Versorgungsleistungen der Sächsischen Ärzteversorgung im Jahr 2000. Die Summe des im Berichtsjahr gezahlten Altersruhegeldes nach den §§ 28,

29 und 45 betrug rd. 3,7 Mio. DM, das Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit einschließlich des Kindergeldes betrug mehr als 1 Mio. DM. Waisengeld zahlte die Sächsische Ärzteversorgung in Höhe etwa einer halben Million DM, einmalige Leistungen nach § 35 in Höhe von ca. 106 TDM. Für Rehabilitationsleistungen wurden 5,1 TDM bewilligt.

Die nächste Folie verdeutlicht die Entwicklung der Ausgaben in dem sogenannten Kernbereich, der die Hinterbliebenenversorgung, die Berufsunfähigkeits-Ruhegeldzahlung und das Altersruhegeld umfasst. Man sieht, dass der Anteil der Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung seit 1997 abgenommen hat. Insgesamt wurden seit 1992 bis zum I. Quartal 2001 7,3 Mio. DM an die Hinterbliebenen gezahlt, beim Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit sind es 4,3 Mio. DM. Die Altersruhegeldzahlung begann satzungsgemäß erst 1997 und nimmt gravierend zu. Bis zum 31.03.2001 hat die Sächsische Ärzteversorgung in der Gesamtsumme Leistungen in Höhe von fast 20 Mio. DM an ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene gezahlt.

11. Sächsischer Ärztetag 12. erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Ärzteversorgung

16. Juni 2001

Eine Übersicht über die Diagnosen, die zur Berufsunfähigkeit führen, zeigt, dass bei den Männern die Tumorerkrankungen sowie Herz- und Gefäßerkrankungen überwiegen. Bei den Frauen sind neben den Tumorerkrankungen die psychiatrischen Erkrankungen am häufigsten.

Anhand der nun folgenden Rententabelle soll am Beispiel eines 35jährigen Mitgliedes die Rentenerwartung erläutert werden. Bei Zahlung des Angestelltenhöchstbeitrages gewährt die Sächsische Ärzteversorgung im Falle der Berufsunfähigkeit ein Ruhegeld in Höhe von 4.691 DM und mit Vollendung des 65. Lebensjahres ein obligatorisches Altersruhegeld in Höhe von 5.773 DM. Das Beispiel zeigt, welche Leistungen die Sächsische Ärzteversorgung hier erbringt, zumal die Vorausberechnungen ohne hypothetische Dynamisierungen erfolgten.

Zum Schluss sei betont, dass sämtliche Leistungen, die hier beschrieben wurden, von der Sächsischen Ärzteversorgung mit einem Verwaltungskostensatz von fast immer unter 2 % erbracht werden.

Damit beende ich meinen Überblick mit dem Hinweis, dass die Sächsische Ärzteversorgung in der nächsten Zeit eine umfangreiche Internet-Präsentation realisiert.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Geschäftsführung dafür, dass sie mich in dem ersten Jahr, seit ich diese Position inne habe, so genommen haben, wie ich bin, dass sie mich bei der Einarbeitung in eine ganz neue Materie unterstützt haben. Ich bedanke mich besonders für die Offenheit, die mir entgegengebracht wurde, und das ist eine Bedingung, unter der ich sehr gut arbeiten kann.

Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Zur 11. erweiterten Kammerversammlung am 30. Juni 2000 wurde der Aufsichtsausschuss

ausschuss neu gewählt, die konstituierende Sitzung fand am 20.09.2000 statt. Auf dieser erfolgte die Wahl des Vorsitzenden sowie dessen Stellvertreter. Herr Dr. Simon wurde wiederum zum Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses gewählt, Herr Tierarzt Elßner wiederum zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Anschließend legte der Aufsichtsausschuss Aufgaben und Ziele für die neue Legislatur fest und beschloss mindestens zwei Sitzungen des Aufsichtsausschusses im Berichtszeitraum sowie Einsichtnahme in die internen Aufgabenbereiche und Arbeitsabläufe der Sächsischen Ärzteversorgung. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des neuen Verwaltungsausschusses wurde die Teilnahme eines Mitgliedes an Tagungen des Verwaltungsausschusses beschlossen und eine umfassende Information und Einbeziehung in Schwerpunkte wie Kapitalanlagen, Satzung, Versicherungsmathematik und Entwicklungen im Geschäftsbereich vereinbart. Herr Dr. Simon nahm seit der konstituierenden Sitzung des Aufsichtsausschusses an vier Beratungen des Verwaltungsausschusses teil.

In der konstituierenden Beratung des Aufsichtsausschusses beschloss dieser einstimmig die zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung abgestimmte Teilungserklärung auf der Grundlage des amtlichen Teilungsplanes und der Abgeschlossenheitsbescheinigung. Die zweite Beratung des Aufsichtsausschusses erfolgte am 10. Januar 2001. In dieser Beratung erhielten die Mitglieder des Aufsichtsausschusses umfangreiche Informationen vom Verwaltungsausschuss und der Verwaltung. Herr Dr. Schmidt berichtete über die erfolgte endgültige Grundbucheintragung unseres Kammergebäudes, was ein wichtiges und viel diskutiertes Problem war. Herr Gläser informierte aus den Bereichen Rechnungswesen/Kapitalanlagen, erläuterte die Zahlen des

Finanzberichtes per 30.11.2000 und schilderte den Liquiditätsplan 2001. Frau Thalheim erläuterte die Struktur der Sächsischen Ärzteversorgung und die Aufgabenverteilung auf die einzelnen Bereiche und Mitarbeiter. Besonders ging sie auf das Melde-, Beitrags- und Leistungswesen (MBL) ein. Zusätzlich informierte sie über die Versorgungsleistungen im III. Quartal 2000, was dem Aufsichtsausschuss einen genauen Einblick verschaffte. Herr Appelt berichtete über die mehrfach geführten Diskussionen im Verwaltungsausschuss zu den vorgesehenen Satzungsänderungen. Frau Braun gab Erläuterungen zum Stand der EURO-Umstellung und über das erstellte vorläufige versicherungsmathematische Gutachten.

Die dritte Sitzung des Aufsichtsausschusses im Berichtszeitraum wurde am 09. Mai 2001 durchgeführt. Sie war die wichtigste für die Vorbereitung der heutigen 12. erweiterten Kammerversammlung. Der Aufsichtsausschuss diskutierte die zur Vorlage der erweiterten Kammerversammlung vorbereiteten Beschlussvorlagen und stimmte anschließend ab. Nach dem Vortrag des versicherungsmathematischen Gutachtens durch Herrn Knecht und anschließender Beantwortung der Fragen der Aufsichtsausschussmitglieder, wurde die Beschlussvorlage zur Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung für 2002 einstimmig bestätigt.

Weiterhin hat der Aufsichtsausschuss einstimmig beschlossen, mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2001 die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztel & Partner GmbH zu beauftragen. Die Vorlage des Geschäftsberichtes 2000 der Sächsischen Ärzteversorgung zur erweiterten Kammerversammlung wurde ebenfalls einstimmig beschlossen. Der Haushaltplan 2002 wurde nach Diskussion und Informationen durch Frau Thalheim und Herrn Gläser ebenfalls einstimmig bestätigt.

Die Beschlussvorlage zu Änderungen der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung erhielt nach intensiver Diskussion und Stellungnahme von Herrn Appelt die einstimmige Bestätigung des Aufsichtsausschusses. Anschließend an die Behandlung der Beschlussvorlagen für die erweiterte Kammerversammlung gab es weitere Informationen, und es wurden viele Anfragen beantwortet. Infolge der Teilnahme von Aufsichtsausschussmitgliedern an den Beratungen des Verwaltungsausschusses hat sich das Wissen der Aufsichtsausschussmitglieder sowie die Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsausschuss weiter vertieft. Der Aufsichtsausschuss hat alle der erweiterten Kammerversammlung einzureichenden Beschlussvorlagen einstimmig bestätigt und schlägt den Mandatsträgern vor, diesen Beschlüssen ebenfalls die Zustimmung zu erteilen.

Beschlüsse der 12. erweiterten Kammerversammlung

Die Mandatsträger der 12. erweiterten Kammerversammlung fassten am 16. Juni 2001 folgende Beschlüsse:

Beschluss Nr. SÄV 1/01
Jahresabschluss 2000
(mit Jahresabschlussbilanz)
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/01
Haushaltsplan 2002 (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/01
Satzungsänderungen (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 4/01
Rentenbemessungsgrundlage/
Rentendynamisierung 2002
(bestätigt)

Nachfolgend werden die zur Veröffentlichung vorgesehenen Beschlüsse im vollen Wortlaut wiedergegeben:

Beschluss Nr. SÄV 1/01 – Jahresabschluss 2000

Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses

der Sächsischen Ärzteversorgung 2000 werden bestätigt.

Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2000 wird bestätigt.

Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2000 erteilt.

Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2000 anfordern.

Beschluss Nr. SÄV 3/01 – Satzungsänderungen

Die Veröffentlichung der beschlossenen Satzungsänderungen erfolgt im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2001, nach der Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.

Beschluss Nr. SÄV 4/01 – Rentenbemessungsgrundlage/ Rentendynamisierung 2002

Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2002 beträgt 36.397 EURO. Die am 31. Dezember 2001 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2002 mit 1,0 % dynamisiert.

Dr. med. Helmut Schmidt Angela Thalheim
Verwaltungsausschuss Geschäftsführerin
Vorsitzender

Sächsische Ärzteversorgung im Internet www.saev.de

Die Sächsische Ärzteversorgung ist ab Juli 2001 im Internet präsent und bietet Informationen zur Mitgliedschaft, zum Leistungsumfang und zu aktuellen Themen der berufsständischen Versorgung. Wir freuen uns auf Ihren Besuch und nehmen Anregungen und Hinweise gern entgegen.

Aus der Vorstandssitzung

6. 6. 2001

Die Vorstandssitzung im Monat Juni leitete der Vizepräsident. Im 1. Tagesordnungspunkt wurden Personalangelegenheiten behandelt.

In der Diskussion zu gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Problemen verständigten wir uns über den von Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ins Leben gerufenen „Runden Tisch des Gesundheitswesens“.

In sechs Arbeitsgruppen werden auch jeweils vier Vertreter der Bundesärztekammer präsent sein. Im Einzelnen wird man sich mit der Modernisierung der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung und der Zukunft der Versorgung im Krankenhaus ebenso befassen, wie mit Strategien zum Ausbau sektorenübergreifender (integrativer) Versorgungsformen und der Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung unter Nutzung evidenzbasierter Medizin und Pflege (Leitlinien). Außerdem sollen Konzepte zur Stärkung der Prävention und Strategien zur Zukunft der ambulanten Versorgung entwickelt werden.

In diesem Tagesordnungspunkt diskutierte der Vorstand außerdem folgende Themen:

■ Ernennung der Mitglieder des Nationalen Ethikrates,

■ Rezertifizierung der Facharztanerkennung: diese wird abgelehnt, weil damit keine Qualitätsverbesserung verbunden ist,

■ kollektive Haftung für Arzneimittelbudgets und

■ Bemühungen der Verbraucherschutzbünde das Arzthaftungsrecht einer Kodifizierung zuzuführen.

Dr. Günter Bartsch informierte, dass am 31. Mai 2001 im Kammergebäude eine Pressekonferenz zur Einführung des Patienteninformationssystems in Anwesenheit des Sächsischen Staatsministers für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie stattfand.

In der Nachbereitung des 104. Deutschen Ärztetages vom 22. bis 25. Mai 2001 in Ludwigshafen wurde noch einmal das konsensuelle Statement der Bundesgesundheitsministerin und ihre Aussage, keine Reformen ohne Beteiligung der betroffenen gesellschaftlichen Organisationen/ Institutionen zu verabschieden, erörtert.

Eine ausführliche Diskussion erfolgte zur Thematik: „Ausbeutung junger Ärzte“. In diesem Zusammenhang wurde eine

Reihe von Lösungsansätzen vorgetragen. Im Rahmen des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen berichtete Frau Dr. Gisela Trübsbach über den Ost-Kassenärztetag in Berlin. Die nächste Protestveranstaltung ist für den 03.10. 2001 geplant.

Zum Stand der Vorbereitung des Deutsch-polnischen Symposiums vom 14. bis 16. 09. 2001 in Kreisau informierte Dr. Schmidt. Aus den Geschäftsbereichen war abermals eine Vielzahl von Vorlagen zu diskutieren und zu entscheiden. Sie reichten von der aktuellen Haushaltsinanspruchnahme, über berufsrechtliche Angelegenheiten und die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte bis zur Stellungnahme zur Novellierung des Sächsischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes.

Zu vorgerückter Stunde hatte sich der Vorstand mit dem Dauerbrenner DRG (Berichterstatte Dr. Wolf-Dietrich Kirsch) zu befassen. Der Einführungsstermin zum 01.01.2003 wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verschoben.

Dr. med. Rudolf Marx
Vorstandsmitglied

2. Kurs

»Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement« am 9. Mai 2001 abgeschlossen

Nach sorgfältigen Vorbereitungen sind unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Dr. med. Siegfried Herzig und Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath zum zweiten Mal 25 Interessenten nach dem Curriculum der Bundesärztekammer in Qualitätsmanagement ausgebildet worden. Der Kurs, welcher aus einem hohen Anteil an praktischen Übungen (Kommunikationstraining, Zertifizierungsübungen, Projektarbeiten) und theoretischen Kenntnissen in die 40



Teilnehmer des Kurses

teils hochrenommierte Kapazitäten einbezogen waren, lief in vier Blöcken über 200 Stunden ab. Das Interesse der Beteiligten – zumeist Ärzte aber auch Pflegedienstleiterinnen und Wirtschaftleiter von Gesundheitsunternehmungen – war außerordentlich hoch. Es wurde ausgesprochen engagiert gearbeitet. Die organisatorischen Abläufe in der Kammer waren wie immer untadelig. Die Veranstaltung hatte insofern eine Besonderheit als – auf Beschluss des Vorstandes der

Sächsischen Landesärztekammer in einem Modellversuch erprobt wurde, wie eine solche Veranstaltung unter Einbeziehung externer Organisatoren (Firma TUDIAS, ein gemeinnütziges Fortbildungsunternehmen der Dresdener Universität) im Hinblick auf wirtschaftliche Flexibilisierungen ablaufen könne und den Organisationsaufwand des Geschäftsbereiches Fortbildung vermindern könne. Im Vorstand wird darüber in nächster Zeit zu berichten sein.

Das Foto des Berichts zeigt die Teilnehmer und die Veranstalter nach der Übergabe der Zertifikate. Auf Beschluss der Kammerversammlung am 16. Juni 2001 können Ärzte, die das Curriculum besucht haben und erfolgreich mit einer Projektarbeit abgeschlossen haben, den Antrag stellen, um die Bezeichnung „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ als Weiterbildungsschwerpunkt zu führen.

Prof. Dr. med. Otto Bach

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzertvorschau für Herbst 2001

Sonntag, 7. Oktober 2001
11.00 Uhr

Junge Matinee
Sächsische Spezialschule für Musik

Programmänderungen
bleiben vorbehalten.

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

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110 (Frau Arnold) entgegengenommen.

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
Werner Wittig
Zeichnungen und Holzschnitte
bis 13. Juli 2001

Eckhard Kempin
Aus früher (siebziger Jahre) und
heutiger Malerei
17. Juli bis 16. September 2001

Vernissage:
Donnerstag, 19. Juli 2001, 19.30 Uhr
Einführung: Prof. Dietrich Nitzsche,
Dresden

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung
Diplom-Designerin Elke Heber
„Zwischen den Welten Himmel und
Meer – Fisch oder Vogel sein“
bis Ende August 2001

In eigener Sache

Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zur Aktivierung der Öffentlichkeitsarbeit soll baldigst folgende Stelle besetzt werden:

Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Bewerber/-innen sollten ein Hochschulstudium abgeschlossen haben (Medizin erwünscht, nicht Bedingung), Erfahrungen in der Öffentlichkeitsarbeit/Journalismus mitbringen und über gute Kenntnisse im Umgang mit elektronischen Medien verfügen. Kenntnisse in der Gesundheitspolitik sind erwünscht. Erforderlich sind weiterhin analytische Fähigkeiten, Einsatzbereitschaft, Flexibilität und Teamfähigkeit.

Wir erwarten gern Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen.
Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Sächsischer Gesundheitslotse Pressekonferenz zur Einführung

Im Beisein des Sächsischen Staatsministers für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Dr. Hans Geisler, stellte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. Günter Bartsch, am 31.5.2001 das Internetprojekt „Sächsischer Gesundheitslotse“ als Informationsplattform für die Bürger offiziell der Presse vor.

Dr. Bartsch betonte, dass dieses moderne Informationsangebot in ständiger Weiterentwicklung ist und das die beteiligten Anbieter von Inhalten für den jeweils aktuellsten Stand garantieren. Dr. Stephan Helm für die Krankenhausgesellschaft, Dr. Klaus Wolf für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Jürgen Hommel für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Dr. Thomas Breyer für die Zahnärzte und Dr. Günter Bartsch für die Sächsische Landesärztekammer stellten umfangreiche



Dr. Stephan Helm, Dr. Klaus Wolf, Staatsminister Dr. Hans Geisler, Dr. Günter Bartsch, Dr. Thomas Breyer, Jürgen Hommel (v.l.n.r.)

Informationen ihrer Körperschaften vor – ein guter Grundstock für Berater von Patienten und ein organisatorisches Kompendium für Ärzte!

Die Internetadresse wird in Zukunft regelmäßig im „Ärztblatt Sachsen“ zu finden sein.

www.gesundheitslotse-sachsen.de
www.patienteninfo-sachsen.de
www.arztinfo-sachsen.de

Dr. Günter Bartsch
Vizepräsident

Sächsische Ärzteversorgung Achtung: Wichtige Frist 30. September 2001

Informationen zur Befreiungsmöglichkeit für nach § 229a SGB VI versicherungspflichtige Selbständige.

Wer seine selbstständige Tätigkeit als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigter, Tierarzt, Wirtschaftsprüfer und vereidigter Buchprüfer sowie Zahnarzt vor dem 01. August 1991 aufgenommen hat, sollte prüfen, ob er in der Vergangenheit einen Antrag auf Beendigung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (bis Ende 1994 möglich) oder auf Befreiung von der Versicherungspflicht zum Beispiel bei Eintritt in das berufsständische Versorgungswerk oder noch nach dem Sozialversicherungsgesetz der DDR wegen Abschluss einer Lebensversicherung ge-

stellt hat. Ist dies nicht der Fall, so besteht für Selbständige, die ihre selbstständige Tätigkeit vor dem 01. August 1991 aufgenommen haben, gemäß § 229a Abs. 1 Satz 1 SGB VI weiter Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Betroffenen können bei Betriebsprüfungen durch die Rentenversicherungsträger gegebenenfalls mit erheblichen Beitragsnachforderungen – bis zu vier Jahren rückwärts – konfrontiert werden. Dies gilt auch bei Bestehen von Pflichtmitgliedschaft im berufsständischen Versorgungswerk. Mit dem Ersten SGB VI Änderungsgesetz ist für den betroffenen Personenkreis eine Befreiungsmöglichkeit geschaffen worden, die allerdings nur gilt, wenn ein entsprechender Antrag bis zum 30. September 2001 bei der BfA gestellt wird.

Die jetzt gegebene Befreiungsmöglichkeit kann genutzt werden, wenn glaubhaft gemacht werden kann, dass einschlägig betroffene Selbständige mindestens bis zum 31. Dezember 1998 keine Kenntnis von ihrer weiterbestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung hatten und sie vor dem 02. Januar 1949 geboren sind oder bereits vor dem 10. Dezember 1998 eine anderweitige Versorgung für den Fall der Invalidität oder das Alter aufgebaut haben. Wegen der Einzelheiten der Befreiung wenden sich einschlägig Betroffene direkt an die Auskunfts- und Beratungsstellen der BfA.

Angela Thalheim
Geschäftsführerin der
Sächsischen Ärzteversorgung

S. Bigl, M. Roch

Stand und Probleme der Poliomyelitisradikation in Deutschland

 Infektionsschutzgesetz –
Mitteilung 4

Problemdarstellung

Durch das In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes bezüglich der Meldepflicht auch des Verdachtes einer Poliomyelitis (IfSG § 6 (1) 1. k)) sind Differenzen und Unklarheiten im Vergleich zum sogenannten AFP-Projekt (acute flaccid paralysis) der Nationalen Kommission für die Polio-Eradikation der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV) aufgetreten, die Auswirkungen auf die Bestrebungen der Bundesregierung für die Zertifizierung der Polioeradikation in Deutschland durch die WHO haben könnten.

Die Differenzen bestehen in:

1. den Falldefinitionen (Meldung von akuter schlaffer Lähmung ohne Altersbegrenzung versus ≤ 15 . Lebensjahr) und
2. dem Meldemodus und -weg (Meldung an das Gesundheitsamt (GA) oder Beauftragten der DVV in Hannover; welche Angaben auf welchem Formular).

Die Bundesregierung hat in einem Schreiben vom 16.03.2001 die Bundesländer gebeten, die Sachverhalte für ihren Zuständigkeitsbereich zu klären, damit die Bundesrepublik Deutschland ihren internationalen Verpflichtungen hinsichtlich AFP-Surveillance verzögerungsfrei nachkommen kann (1). In Abstimmung mit dem Referat 51 des SMS wird für Sachsen nachstehende Regelung getroffen.

Verbindliche Regelung der Meldung von akuten schlaffen Lähmungen (AFP) bzw. eines Poliomyelitisverdachtes im Freistaat Sachsen

Aus epidemiologischen und juristischen Gründen muss dem IfSG die Priorität eingeräumt werden. Im Freistaat Sachsen ist daher nach dem IfSG § 6 (1) 1. k) jede akute schlaffe Lähmung nach den Falldefinitionen des Robert Koch-Institutes (RKI) binnen 24 Stunden durch die zur Meldung verpflichtete Person (§ 8 IfSG) sowohl bei ambulanter als auch

stationärer Behandlung an das zuständige Gesundheitsamt zu melden.

Diese Meldung erfolgt an das Gesundheitsamt mit dem üblichen Arztmeldebogen (vom Gesundheitsamt zu beziehen oder Herunterladen aus dem Internet: www.ghuss.de → Infektionsschutz im Freistaat Sachsen → Arztmeldebogen Vorder- oder Rückseite), weil es nicht realistisch ist, für seltene Fälle überall Sondermeldebögen parat zu halten.

Bei einer AFP unter 15 Jahre veranlasst das Gesundheitsamt quasi als Ermittlung die Erstellung des vorgegebenen speziellen Meldebogens mit Durchschlag, den das GA an die Nationale Kommission für die Polio-Eradikation der DVV nach Hannover weiterleitet. Darüber hinaus ist durch das Gesundheitsamt nach Eingang der Meldung die Durchführung einer suffizienten Diagnostik zu kontrollieren und gegebenenfalls einzuleiten und die Organisation des Probenverkehrs im Zusammenwirken mit der Landesuntersuchungsanstalt vorzunehmen.

Die Untersuchung aller Fälle erfolgt in der Abt. Virologie der Landesuntersuchungsanstalt nur am Standort Chemnitz mit Zellkultur und PCR (auch auf andere Enteroviren). Es wird Material für das RKI asserviert, wenn dies erforderlich wird (siehe Übersicht).

Prinzipien der WHO im Rahmen der Poliomyelitis-Eradikation

Dem Beispiel der Pocken folgend, bestimmte die WHO eine unabhängige globale Kommission für die Bestätigung der Polio-Eradikation. Das Verfahren der Zertifizierung baut darauf, dass nationale unabhängige Komitees in jedem Land die Daten zusammentragen, beurteilen und an die regionale Kommission weiterleiten. Diese hat die Verantwortung, die gesamte WHO-Region als „poliofrei“ zu zertifizieren. Erst wenn alle sechs WHO-Regionen nachweislich „poliofrei“ sind, kann die globale Kommission die weltweite Zertifizierung der Eradikation der Poliomyelitis vorneh-

men (2). Für Europa war die Zertifizierung im Jahr 2002 und für die weltweite Bestätigung der Polio-Eradikation ist das Jahr 2005 vorgesehen (3). Durch das Auftreten von 2 autochthonen Polio-Wildvirus-erkrankungen sowie die Isolierung eines weiteren Polio-Wildvirus bei einer Kontaktperson im März und April 2001 in Bulgarien (4) wird dieser Termin abermals verschoben werden müssen.

Die wichtigsten Elemente im Rahmen der Beurteilung der Poliomyelitisradikation in einem Lande sind:

1. der Aufbau eines Überwachungssystems zur frühzeitigen Erkennung auftretender Polioerkrankungen (AFP-Surveillance),
 2. die Überwachung der Immunisierungsraten der Bevölkerung und
 3. Überwachung der Immunität der Bevölkerung (Seroepidemiologische Surveillance) und die Verbesserung der Durchimpfungsrate bei erkannten Impflücken.
- Das wichtigste Kriterium, ein Land bzw. die gesamte Welt als „poliofrei“ zu zertifizieren, ist der fehlende Nachweis von Poliovirus-Isolaten für mindestens drei Jahre unter den Bedingungen einer adäquaten Surveillance (2, 5, 6). Aufgrund des geringen Manifestationsindex der Poliomyelitis (1-10 Erkrankungen/1000 Infizierte) ist jedoch das Zirkulieren von Viren viel schwieriger festzustellen als bei den Pockenviren. Um die Sensitivität der Überwachung zu erhöhen, sollen zusätzlich zu den Polioverdachtsfällen alle auftretenden akuten schlaffen Lähmungen (AFP = acute flaccid paralysis) bei Kindern unter 15 Jahren gemeldet und auf das Vorhandensein von Polioviren in einem von der WHO akkreditierten Labor untersucht werden. Mit dieser AFP-Surveillance werden einerseits klassische wie auch atypische Fälle von Poliomyelitis erkannt und andererseits die Qualität der gesamten Surveillance eines Landes überwacht. Die jährliche Inzidenz von AFP pro 100.000 Kindern unter 15 Jahren beträgt etwa 1 (7). Die AFP-Surveillance gilt derzeit als Goldstandard aller Überwachungsmethoden (8).

Projekt Polio-Eradikation (Stand 31.3.2001)

| AFP-Surveillance in Deutschland | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|-----------------------------|
| Bundesland | 1.1.2001 – 31.3.2001 | | | | 1.1.2000 – 31.12.2000 | | | |
| | Bisher erwartete AFP-Fälle | Gemeldete AFP-Fälle 2000 | AFP-Rate 2000 | AFP-Fälle mit 2 Stuhlproben | Erwartete AFP-Fälle | Gemeldete AFP-Fälle 2000 | AFP-Rate 2000 | AFP-Fälle mit 2 Stuhlproben |
| Schleswig-Holstein | 1,1 | 1 | 0,94 | 1 | 4,3 | 2 | 0,47 | 1 |
| Hamburg | 0,6 | 1 | 1,76 | 0 | 2,3 | 0 | 0 | 1 |
| Niedersachsen | 3,2 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 4 | 0,31 | 2 |
| Bremen | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0,9 | 0 | 0 | 0 |
| Nordrhein-Westfalen | 7,2 | 0 | 0 | 0 | 29,3 | 15 | 0,51 | 5 |
| Hessen | 2,3 | 1 | 0,43 | 0 | 9,4 | 9 | 0,96 | 1 |
| Rheinland-Pfalz | 1,6 | 1 | 0,61 | 0 | 6,6 | 2 | 0,3 | 0 |
| Baden-Württemberg | 4,3 | 0 | 0 | 0 | 17,6 | 6 | 0,34 | 2 |
| Bayern | 4,9 | 2 | 0,41 | 1 | 19,9 | 21 | 1,06 | 6 |
| Saarland | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 1,7 | 0 | 0 | 0 |
| Berlin | 1,3 | 1 | 0,8 | 0 | 5,1 | 1 | 0,2 | 1 |
| Brandenburg | 1 | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 2 | 0,49 | 2 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 3,1 | 1 | 0,32 | 1 |
| Sachsen | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 6,7 | 0 | 0 | 1 |
| Sachsen-Anhalt | 1 | 0 | 0 | 0 | 4,2 | 2 | 0,48 | 2 |
| Thüringen | 1 | 0 | 0 | 0 | 3,9 | 4 | 1,03 | 2 |
| Deutschland | 32,6 | 7 | 0,22 | 2 | 132,0 | 69 | 0,52 | 22 |

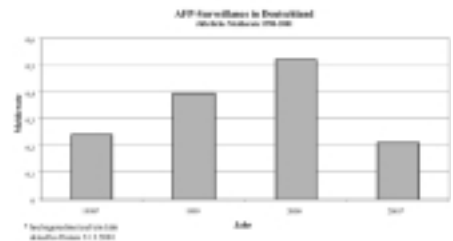


Abb. 1

Stand der Poliomyelitis-Eradikation in Deutschland

Deutschland gehört zu den poliofreien Regionen der Welt. Der letzte Erkrankungsfall in Deutschland durch Wildviren wurde 1990 registriert (9). Um die Zertifizierung „poliofrei“ zu erreichen, ist eine qualitativ gute epidemiologische Überwachung nach den im vorstehenden Kapitel geschilderten 3 Elementen notwendig.

AFP-Surveillance

Nach dem jüngsten Zwischenbericht der Nationalen Kommission für die Zertifizierung der Poliomyelitis-Eradikation in Deutschland der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV) am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (Vors. Prof. Dr. A. Windorfer) vom 31.03.2001 lässt die Meldung in Deutschland stark zu wünschen

übrig (10) (Tab. 1 und Abb. 1). Im Freistaat Sachsen leben z.Z. 578.271 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. Danach wären statistisch 5,8 AFP-Fälle jährlich zu erwarten und müssten gemeldet werden (= Melderate 1). Tatsächlich wurde im Jahre 2000 ein einziger Fall gemeldet. Dieser Zustand muss in Verantwortung der Gesundheitsämter auf der gesetzlichen Grundlage des IfSG und der bestehenden neu festgelegten Organisation unverzüglich und grundlegend verbessert werden, falls wir in Sachsen und Deutschland nicht international als Entwicklungsland eingestuft werden wollen.

Immunisierungsraten der Bevölkerung

Es ist leider im Freistaat Sachsen noch nicht gelungen, generell die Meldung einer durchgeführten Impfung an das jeweilige Gesundheitsamt gesetzlich zu verankern. Dies war bis 1990 der Fall,

seit 1990 besteht aber diesbezüglich nur eine Empfehlung (E 9 der Sächsischen Impfkommision zur Organisation der Dokumentation von Schutzimpfungen). Dieser Regelung sind im Freistaat Sachsen dankenswerter Weise eine Großzahl der Kinderärzte weiter nachgekommen, so dass in Sachsen relativ gute Daten zur Verfügung stehen.

Mit Inkrafttreten des IfSG am 01.01.2001 ist „bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule“ durch das Gesundheitsamt der Impfstatus zu erheben. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass Angaben zu Immunisierungsraten aller Jahrgänge im Freistaat Sachsen und Deutschland seit 1990 mit mehr oder weniger großen Fehlern belastet sind. Da 1960 in der ehemaligen DDR die orale Poliomyelitisimpfung für Kinder und Jugendliche zur Pflicht erklärt wurde und das seinerzeitige Meldesystem eine 96-98 % Impfrate auswies, kann von einer guten bis sehr guten Durchimmunisierung aller jetzt 10- bis 40-Jährigen ausgegangen werden.

Die Erhebungen des Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter bei den Schuluntersuchungen im Freistaat Sachsen wiesen folgende Daten für eine vollständige Immunisierung (lt. Impfkalender) gegen Kinderlähmung aus (Tab. 2). Für Personen im Alter von über 40 Jahren (Geburtsjahrgang älter als 1960) gibt es keine zuverlässigen Daten über Schutzimpfungen gegen Kinderlähmung.

Seroepidemiologische Surveillance

In Sachsen wurde die Immunitätslage der Bevölkerung und bei Migranten zum Zeitpunkt der Umstellung der Impfstra-

Durchimmunisierungsraten gegen Kinderlähmung im Freistaat Sachsen in %

Tabelle 2

| | im Schuljahr | | |
|------------|--------------|-------|---------|
| | 97/98 | 98/99 | 99/2000 |
| Einschüler | 97,0 | 96,8 | 96,9 |
| 2. Klasse | 97,4 | 97,8 | 97,3 |
| 9. Klasse | 96,5 | 96,1 | 95,9 |

tegie auf IPV untersucht (11). Die Seroprävalenz neutralisierender Antikörper in der untersuchten Stichprobe der Bevölkerung Sachsens beträgt 94 % gegen Poliovirustyp 1, 93 % gegen Poliovirustyp 2 und 88 % gegen Poliovirustyp 3. Die Ergebnisse dieser Studie gehen konform mit denen des Bundesgesundheits-survey 1997/98 (12). In Sachsen sind, wie in der gesamten Bundesrepublik, be-

sonders Kleinkinder und ältere Personen weniger gut gegen alle drei Poliovirustypen geschützt. Die 0- bis 3-Jährigen dieser Stichprobe besitzen nur zu 79 % einen vollständigen Schutz (trivalent positiv) gegen die Kinderlähmung, die 60- bis 70-Jährigen zu 70 % und die Probanden über 70 Jahre zu 64 %. Außerdem sind die männlichen Probanden zwischen 30 und 40 Jahren in der sächsischen Antikörperstudie nur zu 71% trivalent positiv (11).

Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die bestehenden Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision weiterhin ihre Gültigkeit behalten sollten und volle Berechtigung besitzen (13). Die Grundimmunisierung gegen die Kinderlähmung muss, besonders jetzt nach der Umstellung der Impfung auf IPV, zum frühestmöglichen Zeitpunkt begonnen und abgeschlossen werden. Die Auffrischungsimpfung im Zyklus von 10 Jahren sollte

verstärkt, z. B. auch im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgemaßnahmen und vor Auslandsreisen, durchgeführt werden. Die untersuchten Migranten weisen einen der einheimischen Bevölkerung vergleichbar guten Immunstatus auf. Eine routinemäßige Überprüfung einreisender Personen ist daher nicht erforderlich. Jedoch sollte bei Asylbewerbern aus polioendemischen Ländern oder bei Migranten, die bestimmten ethnischen Gruppen zugehörig sind, wie z. B. Nomadenvölkern, weiterhin Vorsicht geboten sein (4).

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident und Abteilungsdirektor
Humanmedizin
Landesuntersuchungsanstalt für
das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz
Tel.: 0371 6009 100, Fax: 0371 6009 109
eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

Literaturverzeichnis kann unter der
Korrespondenzadresse angefordert werden.

Meldepflicht einer akuten schlaffen Lähmung (AFP) bzw. eines Poliomyelitisverdacht nach § 6 Infektionsschutzgesetz, Falldefinition des RKI und Diagnostik

Gesetzestext:

„Namentlich ist zu melden ... der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an ... Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt) ... „

Eine möglichst vollständige Erfassung aller Poliomyelitis-Erkrankungen, **einschließlich aller Verdachtsfälle**, hat im Rahmen der Eradikationsphase hohe Priorität. **Falldefinition des RKI:** „Klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis, charakterisiert durch akut eintretende schlaffe Lähmung (acute flaccid paralysis, AFP) einer oder mehrerer Extremitäten mit verminderten oder fehlenden Sehnenreflexen in den betroffenen Extremitäten, ohne sensorische oder kognitive Defizite, wenn andere Ursachen der Parese(n) (traumatische, infektiöse oder nichtinfektiöse) nicht erkennbar sind.“

Meldepflichtig sind damit auch Fälle von Guillain-Barré-Syndrom, Myelitis transversa u.a.

Vorgehen:

Unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden sächsischen Arzt-Meldebogen für Infektionskrankheiten an das zuständige Gesundheitsamt per Fax.

Diagnostik:

Probeentnahme: Möglichst früh, jedoch spätestens innerhalb der ersten 14 Tage nach Erkrankungsbeginn virologische Untersuchung von zwei Stuhlproben und zwei Rachenabstrichen im Abstand von 24 - 48 Stunden auf Polio-/Enteroviren mit modernsten Methoden: PCR und Anzucht auf geeigneten Zellsystemen. Wenn verfügbar, werden Liquoruntersuchungen ebenfalls vorgenommen. Zusätzlich sollte ein Serumpaar (1. und 2. Blutprobe ohne Zusatz im Abstand von 14 Tagen bis 3 Wochen) eingesandt werden. **Lagerung** bis zum Versand bei + 4 °C. Der **Transport** kann mit dem LUA-Kurier erfolgen, der mehrfach jede Woche alle Gesundheitsämter anfährt. In eiligen, dringenden Fällen kann nach Rücksprache mit der LUA Direktabholung in der Klinik vereinbart werden. Alle diesbezüglichen Untersuchungen sind kostenlos.

Ansprechpartner im Virologischen Labor:

Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz
Herr Drechsler
Tel.-Nr.: 0371 6009 120 oder 137, Fax: 0371 6009 119
eMail: rainer.drechsler@lua.sms.sachsen.de

Herr Dr. Müller
Tel.-Nr.: 0371 6009 113 oder 143, Fax: 0371 6009 109
eMail: lutz.mueller@lua.sms.sachsen.de

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen



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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Wir weisen darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Aue-Schwarzenberg
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 07. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Facharzt für Psychiatrie

Planungsbereich Aue-Schwarzenberg
Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 06. 08. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt
Facharzt für Orthopädie
Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Hoyerswerda-Satdt/Landkreis Kamenz
Facharzt für Kinderheilkunde

Planungsbereich Landkreis Bautzen
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Planungsbereich Landkreis Löbau-Zittau
Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Facharzt für Kinderheilkunde

Planungsbereich Landkreis Meißen
Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz
Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 08. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 02. 08. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0, Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
DGN: <http://slaek.dgn.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 € (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

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



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lesermanalysen Medizinischer Zeitschriften e. V.

Dr. med. Dieter Jungmichel zum 70. Geburtstag



Am 11. 07. 2001 feiert Herr Chefarzt a.D. Dr. Dieter Jungmichel seinen 70. Geburtstag. Alle seine ehemaligen Mitarbeiter und Schüler wünschen alles Gute, vor allem Glück, Gesundheit und Wohlergehen. Dieter Jungmichel wurde am 11. 7. 1931 geboren. Nach dem Abitur und Buchdrucker-Lehre studierte er von 1951 bis 1956 an der Universität Leipzig. Es war insbesondere Prof. Dr. Peter Friedrich Matzen, der Dieter Jungmichel ganz wesentlich geprägt hat. Im Januar 1963 wurde er Facharzt für Orthopädie und im Mai des gleichen Jahres 1. Oberarzt an

der Städtischen Klinik für Orthopädie und Rehabilitation in Leipzig unter der Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Peter Uibe. Am 1.9.1972 wurde Dieter Jungmichel Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Waldkrankenhauses Bad Dübener. Aus dieser ehemaligen Lungenheilstätte ist 1975 das Fachkrankenhaus für Orthopädie hervorgegangen, welches in den nachfolgenden Jahren unter seiner Leitung nationalen und internationalen Ruhm erlangt hat. 2 800 Leistungssportler, darunter über 100 Weltmeister und Olympia-Sieger haben sich von seinen sprichwörtlich „Goldenen Händen“ behandeln lassen. Es ist ebenfalls sein Verdienst, dass das gesamte Spektrum der operativen und konservativen Therapie einschließlich der Extremitätentraumatologie, der Hand- und Mikrochirurgie, der Rheumatologie und der Arthroskopie zum Aus- und Weiterbildungsstandard des Waldkrankenhauses Bad Dübener gehört. Er hat 72 Arbeiten in Zeitschriften und Büchern veröffentlicht, 10 Promo-

venten stand er als erfolgreicher Doktorvater und 27 Fachärzten für Orthopädie zur Seite. Getreu des Spruches „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein“, gab es für unseren Chef keinen Stillstand, sondern nur konstruktives Miteinander zum Zwecke einer verbesserten Patientenbetreuung.

Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben im 67. Lebensjahr hat unseren ehemaligen Chefarzt Dr. Jungmichel das Reisefieber gepackt. So genießt er mit seiner Frau Ursula, die ihm die ganze Zeit fest zur Seite gestanden hat, die angenehmen Seiten eines unternehmungslustigen und reiselustigen Pensionärs.

Im Namen der jetzigen und ehemaligen Ärzte und Mitarbeiter des Waldkrankenhauses Bad Dübener zeichnet mit den besten Wünschen für Gesundheit und Wohlergehen.

Dr. med. Albrecht Förster
Leitender Oberarzt des
Waldkrankenhauses Bad Dübener

Professor Dr. med. habil. Erich Müller zum 65. Geburtstag



In der heutigen Zeit sind bescheidene, liebenswerte und witzige Persönlichkeiten, die mit Fleiß und Klugheit sowie Rastlosigkeit und wissenschaftlicher Neugier die Visionen der Gerichtlichen Medizin verfolgen und dabei stets menschlich reagieren, nicht häufig anzu-

treffen. Professor Erich Müller ist einer von Ihnen, bei dem wir uns im Namen aller Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, dafür ganz herzlich bedanken möchten.

Sein Elternhaus stand in Wulka, wo sein Vater als Landwirt und Geigenbauer tätig war. Die Kriegswirren zwangen zum Umzug nach Westpreußen, dort wurde Erich Müller 1942 eingeschult. Als neunjähriger bekam er die Schattenseiten der Nachkriegszeit zu spüren, er musste in einem polnischen Internierungslager leben. Erst 1949 gelang die Aussiedlung in die damalige Ostzone, wo er die Grund- und Oberschulbildung fortsetzte.

1955 legte er das Abitur ab und nahm ein Humanmedizin-Studium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald auf. Doch bereits 1956 wurde er exmatrikuliert, da er nicht gewillt war in die Nationale Volksarmee einzutreten. Mit 3monatiger Verspätung gelang es ihm jedoch sein Studium an der Universität Rostock fortzusetzen, an der er 1960 das Staatsexamen ablegte. Die Facharztausbildung für Gerichtsmedizin erfolgte in Rostock und Leipzig, wo er 1964 zur Suizid-Problematik promovierte. Danach ging er als wissenschaftlicher Assistent an die Martin-Luther-Universität Halle, Professor Axel Simon ernannte ihn 1971 zum Oberarzt. 1978 verteidigte er mit Erfolg seine Promotion B zur Diagnostik

des Wundalters und dem Vitalitätsnachweis mit der Thematik: Histochemische und physikochemische Methoden zur Beurteilung vitaler Reaktionen – experimentelle Studien an der Rattenhaut. Ein Jahr später erhielt er die *Facultas docendi*. Unter seinen akademischen Lehrern sind vor allen die Herrn Professoren Wolfgang Dürwald, Werner Göhler, Axel Simon und Otto Prokop hervorzuheben. 1985 wurde er zum ordentlichen Professor für Gerichtliche Medizin an die Medizinische Akademie Dresden als Nachfolger für Herrn Professor Wolfgang Reimann berufen.

Herrn Professor Erich Müller gelang es nach der Wende eine nahezu komplette Sanierung und Rekonstruktion der architektonisch wertvollen Sandsteinkapelle des ehemaligen Stadtkrankenhauses Johannstadt, in dem sich das Institut für Rechtsmedizin befindet, zu realisieren. Unter seiner Leitung führen die Mitar-

beiter heute Obduktionen für die Justiz und Kliniken sowohl im Regierungsbezirk Dresden als auch im Raum Cottbus durch. Im Institut werden täglich komplizierte toxikologisch-chemische Untersuchungen, serologische und molekularbiologische Verfahren sowie histologische Färbungen ausgeführt.

In seiner wissenschaftlichen Arbeit hat sich Professor Erich Müller vor allem den Schwerpunkten forensische Traumatologie, Alkoholbegutachtung und Verkehrsmedizin, Vitalitätsnachweis und Bestimmung des Wundalters sowie der Bedeutung des Thyreoglobulingehaltes im Blut bei Asphyxie gewidmet. Bis heute entstanden über 100 Publikationen auch in englischsprachigen Zeitschriften mit 2stelligem Impact-Factor. Hervorzuheben ist, dass Professor Erich Müller die für die Rechtsmedizin so wichtige interdisziplinäre Forschung, in jüngster Zeit zur Pathogenese der Atherosklerose, gepflegt

und unterstützt hat. Die bis heute vielfältigen Kooperationen mit dem Universitätsklinikum unterstreichen das diagnostische Potential der Rechtsmedizin und tragen zur Anerkennung in der Fakultät bei, so auch durch sein jahreslanges Engagement in der Promotions-, Bibliotheks- oder Ethikkommission. Von den dabei entstandenen freundschaftlichen Banden können seine Schüler auch heute noch profitieren.

Wir wünschen Herrn Professor Erich Müller für seinen neuen Lebensabschnitt vor allem weiterhin stabile Gesundheit und Gelegenheit, sich nicht nur seinen wissenschaftlichen Neigungen zu widmen, sondern mit seiner Familie und seinen Freunden nun auch den privaten Interessen nachgehen zu können.

Jan Dreßler
Christine Erfurt

Dozent Dr. med. habil. Armin Lange zum 65. Geburtstag



Am 29. Juni 2001 feierte Herr Dozent Dr. Armin Lange seinen 65. Geburtstag, ein Anlass für seine Mitarbeiter und Schüler, an seine berufliche und persönliche Entwicklung zu erinnern.

A. Lange wurde 1936 in Chemnitz geboren. Seine Schulzeit verbrachte er in Dresden. Nach dem Abitur begann er 1954 das Medizinstudium in Berlin, das

er nach dem Physikum in Dresden fortsetzte. Die sich dem Staatsexamen 1959 anschließende Tätigkeit am Pathologischen Institut des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt (Chefarzt Dr. P. Scheid), wo er auch promovierte, bildete eine wertvolle Basis seiner späteren Laufbahn. 1961 wechselte er bis zu seiner Facharztanerkennung als Internist 1967 an die I. Medizinische Klinik desselben Hauses zu Prof. Dr. A. Beickert. Danach ging er an die Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden, wo er zunächst 1 1/2 Jahre in deren Röntgenabteilung arbeitete. 1969 ergriff er die Möglichkeit, in der neu strukturierten Abteilung für Physiotherapie, die damals dem Lehrstuhl IV unter Prof. Herbert Edel angehörte, tätig zu sein. 1972 legte er die Facharztprüfung für Physiotherapie ab,

1973 wurde er Oberarzt der Medizinischen Klinik, und im gleichen Jahr schloss er das Verfahren zur Erlangung der *Facultas docendi* ab. Seit Mitte der 70er Jahre war er in der Gesellschaft für Physiotherapie als Leiter der Arbeitsgruppe „Massage“ und als stellvertretender Leiter der Sektion „Elektrotherapie“ sowie im Vorstand der Gesellschaft tätig. Seine besondere Aufmerksamkeit galt der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Untersuchungen zur Mittelfrequenzdiagnostik und -therapie mündeten 1979 in der Promotion B und in einem nach ihm benannten Mittelfrequenztest. Die Darstellung der bemerkenswerten Ergebnisse wurde mit dem Julius-Grober-Preis der Gesellschaft für Physiotherapie gewürdigt. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Elektrotherapie,

der Krankengymnastik beim Herzinfarkt, der Rehabilitation beim Schlaganfall und bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen entstanden in dieser Zeit. Viele Diplomanden und Promovenden waren durch die verschiedensten Themen der Physiotherapie angesprochen und durch ihn betreut worden. Seit der Emeritierung von Professor Edel 1979 ist er Leiter der Abteilung Physiotherapie und seit seiner Ernennung zum Hochschuldozenten für Physiotherapie 1980 mit der Vorlesung beauftragt. Viele Jahrgänge von Medizinstudenten, nicht nur in Dresden, machten die ersten Schritte ihrer klinischen Untersuchung an Hand seines 1977 erstmals erschienenen und

in mehreren Neuauflagen herausgekommenen Lehrbuchs der klinischen Untersuchungstechniken.

1991 formierten sich unter seiner Leitung Fachkollegen zur Gründung des sächsischen Berufsverbandes für Physikalische und Rehabilitative Medizin. 1996 wurde unter seiner Mitwirkung die Gesellschaft für Elektrotherapie (GESET) gegründet, deren stellvertretender Vorsitzender er ist. In regelmäßigen Abständen führt er elektrotherapeutische Weiterbildungsveranstaltungen für an der Physikalischen Medizin interessierte Ärzte durch. Darüber hinaus war Armin Lange immer literatur- und kunsthistorisch interessiert. Als Mitglied der Goethe-Gesell-

schaft hat er im Rahmen einer von ihm betreuten Promotion den Briefwechsel zwischen Goethe und Carus veröffentlicht. Seine Mitarbeiter wünschen ihm eine weiterhin gute Zeit im Kreise seiner Familie mit viel Freude bei der Wahrnehmung seiner zahlreichen Interessen auf geschichtlichem und kunsthistorischem Gebiet und mit auch in Zukunft aktiver Teilnahme an der Entwicklung unseres Fachgebietes bei hoffentlich bester Gesundheit.

Rudolf Hentschel
Gabriele Krumpolt
Eva-Maria Wagner

Unsere Jubilare im August

Wir gratulieren

| | | | | | |
|--------|---|-----------------|--|-----------------|--|
| 01.08. | 60 Jahre Prof. Dr.med.habil. Schneider, Dieter 04442 Zwenkau | 17.08. | Werner, Rosemarie 01689 Weinböhla | 31.08. | Heublein, Leonore 02979 Bröthen-Michalken |
| 02.08. | Dr.med. Ehlert, Hans-Günter 08468 Reichenbach | 18.08. | Barth, Klaus 01705 Freital-Somsdorf | 31.08. | Dr.sc.med. Pöhler, Hermann 04347 Leipzig |
| 02.08. | Dr.med. Goyk, Martin 04435 Schkeuditz | 18.08. | Dr.med. Mothes, Jürgen 08280 Aue | 31.08. | Dr.med. Schöne, Wolfgang 01877 Bischofswerda |
| 02.08. | Dr.med. Juriens, Marianne 01640 Coswig | 18.08. | Dr.med. Reinhardt, Günter 09127 Chemnitz | 70 Jahre | |
| 02.08. | Dr. Ose, Gabriele 04347 Leipzig | 18.08. | Dr.med. Schmuck, Ludwig 08301 Schlema | 03.08. | Prof. Dr. med. habil. Löbner, Joachim 04105 Leipzig |
| 02.08. | Prof.Dr.med.habil. Schwarze, Roland 01796 Pirna | 19.08. | Dr.med. Goldammer, Ulrich 01705 Freital | 05.08. | Dr.med. Müller, Peter 09526 Olbernhau |
| 03.08. | Dr.med. Neidhardt, Christine 08223 Falkenstein | 19.08. | Dr.med. Knoth, Annedore 09599 Freiberg | 07.08. | Dr.med. Schweiger, Ingrid 04317 Leipzig |
| 03.08. | Dr.med. Zittwitz, Winfried 01324 Dresden | 19.08. | Dr. med. habil. Tiller, Reinhold 09127 Chemnitz | 14.08. | Dr.med. Koenitz, Hartmut 01187 Dresden |
| 05.08. | Priv.-Doz. Dr.med.habil. Bertram, Edzard 02826 Görlitz | 21.08. | Dr.med. Altmann, Hannelore 02894 Vierkirchen | 20.08. | Dr.med. Walther, Hans 04425 Tauchau |
| 05.08. | Dr.med. Küstermann, Gerda 04209 Leipzig | 24.08. | Dr.med. Klapper, Walter 08058 Zwickau | 20.08. | Dr.med. Woinke, Gerda 09306 Rochlitz |
| 06.08. | Dr.med. Scharfenberg, Johanna 01237 Dresden | 26.08. | Dr.med. Löffler, Antje 04509 Delitzsch | 27.08. | Prof.Dr.med.habil.Dr.med.dent. Mühler, Gottfried 04808 Thallwitz |
| 07.08. | Dr.med. Quapil, Helga 04279 Leipzig | 27.08. | Dr.med. Herold, Brigitte 04107 Leipzig | 31.08. | Dr.med. Löffler, Ilse 04552 Borna |
| 08.08. | Dr.med. Tschiersch, Brigitte 01219 Dresden | 28.08. | Dr.med. Geißler, Ursula 01814 Bad Schandau | 75 Jahre | |
| 08.08. | Dr.med. Wirth, Ernst 01877 Bischofswerda | 29.08. | Prof.Dr.med.habil. Fleischer, Georg-Michael 08527 Kloschwitz | 26.08. | Dr.med. Klinge, Gerhard 08280 Aue |
| 09.08. | Dr.med. Elsner, Günter 01689 Weinböhla | 31.08. | Dr.med. Hilpmann, Christof 08373 Niederlungwitz | 81 Jahre | |
| 09.08. | Dr.med. Kratzsch, Jürgen 04229 Leipzig | 31.08. | Dr.med. Kobe, Eberhard 01187 Dresden | 02.08. | Dr.med. Thomas, Erich 01640 Coswig |
| 09.08. | Prof. Dr.med.habil. Ludwig, Klaus 01445 Radebeul | 65 Jahre | | 03.08. | Dr.med. Brückner, Brunhilt 09113 Chemnitz |
| 09.08. | Dr.med. Wolf, Hans-Jürgen 04416 Markkleeberg | 01.08. | Dr.med. Zehmisch, Heinz 08523 Plauen | 03.08. | Dr.med. Wieder, Karl-Heinz 01477 Arnsdorf |
| 10.08. | Dr.med. Portsch, Bernd 01917 Kamenz | 02.08. | Dr.med. Schüttauf, Johanna 08064 Zwickau | 09.08. | Dr.med. Schuhknecht, Hans-Joachim 04425 Taucha |
| 12.08. | Dr.med. Dräbenstedt, Bärbel 09114 Chemnitz | 05.08. | Dr.med. Reichardt, Rita 01465 Liegau-Augustusbad | 10.08. | Dr.med. Burkhardt, Karl 01169 Dresden |
| 12.08. | Dr.med. Roßberg, Eberhard 01809 Heidenau | 05.08. | Dr.med. Schäfer, Klaus 01587 Riesa | 14.08. | Dr.med. Scheibner, Karl 09114 Chemnitz |
| 13.08. | Dr.med. Ay, Karin 09127 Chemnitz | 06.08. | Dr.med. Schober, Joachim 02708 Löbau | 29.08. | Bley, Eberhard 08468 Reichenbach |
| 13.08. | Benkißer, Werner 02730 Ebersbach | 11.08. | Dr.med. Kaufmann, Karl-Wieland 09306 Rochlitz | 30.08. | Dr.med. Perschke, Otfried 08149 Friedrichsgrün |
| 13.08. | Dipl.-Med. Dieterich, Rolf-Peter 01219 Dresden | 15.08. | Hurtig, Klaus 02906 Niesky | 82 Jahre | |
| 13.08. | Petschick, Helga 02977 Hoyerswerda | 15.08. | Dr.med. Richter, Barbara 01445 Radebeul | 15.08. | Knauer, Heini 08606 Oelsnitz |
| 14.08. | Prof.Dr.med. Angermeyer, Matthias 04103 Leipzig | 18.08. | Dr.med. Thiel, Klaus 08352 Raschau | 25.08. | Dr.med. Fischer, Eberhard 04107 Leipzig |
| 15.08. | Dr.med. Elefant, Gisela 01445 Radebeul | 19.08. | Dr.med. Gründler, Winfried 09246 Pleiße | 26.08. | Dr.med. Seyferth, Hans-Wolfgang 09573 Leubsdorf |
| 15.08. | Dr.med. Jacobi, Frieder 01099 Dresden | 22.08. | Dr.med. Bauer, Inge 04299 Leipzig | 29.08. | Dr.med. Klöppel, Heinzdieter 04275 Leipzig |
| 15.08. | Dr.med. Masius, Harald 01219 Dresden | 22.08. | Dr.med. Roth, Werner 09661 Hainichen | 31.08. | Dr.med. Nicolai-Sickinger, Ingeborg 04155 Leipzig |
| 16.08. | Dr.med. Koch, Wolfgang 09439 Weißbach | 22.08. | Wienhold, Gisela 08058 Zwickau | 83 Jahre | |
| 16.08. | Dr.med. Löffler, Irmgard 01445 Radebeul | 24.08. | Dr.med. Brunke, Johanna 04205 Leipzig | 04.08. | Dr.med. Hötzel, Werner 08523 Plauen |
| 16.08. | Priv.-Doz. Dr.med.habil. Schenker, Eva 04229 Leipzig | 24.08. | Dr.med. Fahland, Ursula 01809 Heidenau | 25.08. | Dr.med. Müller, Horst 01705 Freital |
| 17.08. | Dr.med. Hering, Ingrid 01445 Radebeul | 28.08. | Dr.med. Jünger, Otto 04668 Grimma | 84 Jahre | |
| 17.08. | Dr.med. Kretzschmar, Ulrike 01277 Dresden | 28.08. | Kyncl, Christine 01796 Pirna | 18.08. | Dr.med. Dewald, Ursula 02828 Görlitz |
| 17.08. | Dr.med. Platzbecker, Ingrid-Ute 01474 Weißig | 28.08. | Dr.med. Schröcke, Gerhard 08058 Zwickau | 85 Jahre | |
| | | | | 06.08. | Dr.med. Dörfler, Robert 04317 Leipzig |
| | | | | 13.08. | Dr.med. Pingel, Christian 01277 Dresden |

| | | | | | |
|--------|---|--------|---|--------|--|
| 16.08. | Dr.med. Gruner, Gerhard 02797 Kurort Oybin | 28.08. | Dr.med. Breitfeld, Hans 08371 Glauchau | 31.08. | Dr. med. Asmussen, Arnold 04107 Leipzig |
| 03.08. | 86 Jahre Dr.med. Schaeffer, Wolf 01705 Freital | 08.08. | 88 Jahre Lang, Rudolf 09116 Chemnitz | 30.08. | 91 Jahre Dr.med. Rolle, Friedrich 04886 Beilrode |
| 16.08. | 87 Jahre Dr.med. Dittmann, Alfred 09337 Callenberg | 17.08. | Dr.med. Handmann, Albrecht 04720 Döbeln | 20.08. | 93 Jahre Dr.med. Mühlichen, Walther 04680 Colditz |
| 17.08. | Dr.med. Köhler, Kurt 08468 Reichenbach | 24.08. | 89 Jahre Dr.med. Ose, Hans 04229 Leipzig | | |

Insekt des Jahres 2001

Dr. med. Hannes Rietzsch
 Saarplatz 3
 01189 Dresden

Dresden, den 18. 06. 2001

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

Sehr geehrter Herr Präsident,

gestatten Sie, dass ich Ihnen in Ihrer Funktion als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer Reproduktionen aus der Umgebung des Kammergebäudes übergebe.

Rechts vor dem Kammergebäude befindet sich eine sehr bunte Wiese, die sich auf einer sogenannten Ruderalstelle entwickelt hat. Hier hat sich eine ausgesprochen artenreiche Pflanzengesellschaft angesiedelt. Besonders fiel mir das Mönchskraut auf, was mir bisher im Dresdner Raum noch nie aufgefallen war. Der Blick aus „dieser Natur pur“ war für mich Anlass, ihn im Foto festzuhalten. Zu meiner Überraschung begegnete mir dort eine Libelle, der sogenannte „Plattbauch“. Der Zufall will es, dass dieses Tier zum „**Insekt des Jahres 2001**“ benannt worden ist.

Es ist mir ein Bedürfnis, Sie mit dieser Naturschönheit bekannt zu machen. Zugleich verbindet sich natürlich der Wunsch, dass sich viele Unterstützer finden, derartige artenreiche Lebensräume in unsrer



Umwelt zu erhalten. Der Schutz der Biodiversität, der Artenvielfalt in Lebensräumen stellt ein Grundanliegen des modernen Naturschutzes dar. Vielleicht sehen Sie eine Möglichkeit, in geeigneter Wei-

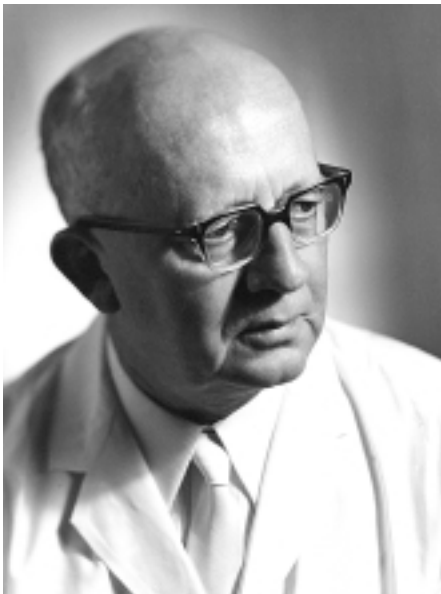
se auf diesen sicher außergewöhnlichen Naturraum hinzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hannes Rietzsch

Nachruf Professor Dr. med. habil. Hans-Dietrich Schumann

1911 bis 2001



Am 26. April 2001, wenige Wochen vor seinem 90. Geburtstag, verstarb Prof. Dr. med. habil. Hans-Dietrich Schumann in Dresden. Zahlreiche Schüler und ehemalige Mitarbeiter/innen gaben ihm das letzte Geleit. Sein Tod soll Anlass sein, an diesen hervorragenden Chirurgen zu erinnern.

In Plauen geboren, wurde seine Erziehung wesentlich bestimmt durch den Besuch der Fürstenschule St. Afra in Meißen. Nach dem Medizinstudium in Würzburg, Straßburg und Innsbruck folgte die Ausbildung zum Chirurgen in Plauen und Rostock, wo sein Lehrer Karitzky ihn entscheidend prägte. In Rostock habilitierte

er, wurde zum Professor ernannt und leitete kommissarisch die Universitätsklinik. 1957 übernahm er als Chefarzt die Chirurgische Klinik in Dresden-Friedrichstadt, die er bis zu seinem Ausscheiden aus dem Chirurgenleben 1978 leitete. Dabei war es für ihn sicher keine leichte Aufgabe, das Erbe des außerordentlichen Albert Fromme anzutreten, zumal bei dessen Ausscheiden nahezu alle gestandenen Mitarbeiter Dresden verließen. Aber es gelang ihm rasch, ein neues Team in Friedrichstadt zu formen und die Ausstrahlung der ehrwürdigen Klinik zu erhalten und zu mehren.

Prof. Schumann war ein glänzender, technisch versierter Operateur; es bereitete ästhetischen Genuss, ihm dabei zu beobachten. Immer ging ihm Solidität über alles, das Experimentieren war seine Sache nicht. Obwohl er vornehmlich der Abdominalchirurgie verpflichtet war, behielt er stets das gesamte Fach im Auge. Dabei erkannte er früh, dass das große Fachgebiet einer zunehmenden Spezialisierung bedurfte und förderte folgerichtig und behutsam die fachliche Verselbständigung von Anästhesie, Urologie, Traumatologie und Gefäßchirurgie, wobei sich einer Reihe seiner Mitarbeiter interessante und dankbare berufliche Perspektiven eröffneten.

Seine Mitarbeiter und Schüler haben es vor allem deshalb als großes Glück empfunden, unter seiner Leitung arbeiten zu

dürfen, weil Prof. Schumann eine Persönlichkeit war, die völlig unspektakulär die große Klinik leitete. Sein Führungsstil beruhte neben einem umfassenden Wissen auf Charaktereigenschaften wie Aufrichtigkeit, Gerechtigkeit, Gewissenhaftigkeit, Ausgeglichenheit, Berechenbarkeit, Solidität, Pünktlichkeit, Selbstdisziplin, Wohlwollen und vor allem Fairness. Es gab weder undurchdachte Entscheidungen noch Hektik. Er ließ nie die Möglichkeit eines „Überholens auf der falschen Spur“ zu. Er verstand es meisterhaft, die Klinik vor ideologischen Zwängen abzuschotten. Aus diesen Gründen entwickelte sich in der Klinik ein ausgezeichnetes kollegiales Klima. Das Ärzteteam galt als eine verschworene Gemeinschaft, die durch außerdienstliche, vom Chef inspirierte Veranstaltungen noch zusätzlich gefestigt wurde. Ich glaube, im Namen vieler ehemaliger Mitarbeiter sagen zu dürfen, dass wir unseren Chef aufrichtig verehrt haben und dass wir unser Bestes gaben, um ihn nicht zu enttäuschen. Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Amt pflegten wir private Kontakte zu ihm. Nach dem Tode seiner lieben Frau, an deren Pflege er lange Zeit aufopfernd teilnahm, wurde es einsamer um ihn. Bedauerlicherweise führte ein Unfall dazu, dass ihm, dem früher so aktiven Wanderer und Bergsteiger nunmehr zunehmende Immobilität auferlegt wurde. Wir werden seiner stets ehrend gedenken.

Dieter Paul

Verstorbene Kammermitglieder
seit dem 09. Juni 2000

Außer der Zeit gehört mir nichts.

Seneca

Dr. med. Annemarie Beer,
Rothenthal

Dr. med. Ernst Burkhardt,
Freiberg

Dr. med. Johannes Büttner,
Waldheim

Dr. med. Alice Dittrich,
Oschatz

Dr. med. Christa Dönitz,
Bad Elster

Dipl.-Med. Marion Fink,
Eilenburg

Dr. med. Gerhard Frank,
Meißen

Dr. med. Christian Frey,
Dresden

Dr. med. Herta Golla,
Leipzig

Dr. med. Horst Grieger,
Zittau

Dr. med. Gerhard Grobe,
Limbach-Oberfrohna

Dr. med. Lothar Haas,
Zwönitz

Dr. med. Roland Hanisch,
Bergwitz

Dr. med. Horst Heller,
Dresden

Dr. med. Bärbel Hermanns,
Zeißig

Dr. med. Gerhard Herold,
Leubnitz

Dr. med. Johannes Hiller,
Plauen

Helga Hinderer,
Leipzig

Dipl.-Med. Birgitt Hochmuth,
Niederlichtenau

Dr. med. Liselotte Hocke,
Dresden

Dr. med. Angelika Jaeger,
Dresden

Dr. med. Manfred John,
Auritz

Prof. Dr. med. habil. Manfred Karl,
Jößnitz

Dr. med. Lutz Kästler,
Riesa

Dr. med. Ingetraut Kirmis,
Görlitz

Dr. med. Rudolf Kluge,
Pirna

Dipl.-Med. Sigrid Kobus,
Schkeuditz

Dr. med. Wolfgang Köhler,
Chemnitz

Gerhard Krause,
Schöpstal

Dr. med. Ingrid Löffler,
Aue

Gerald Möckel,
Zwickau

Dipl.-Med. Thomas Müller,
Lichtentanne

Dr. med. Gerhard Nebel,
Erlabrunn

Kurt Paisdzior,
Dresden

Dietmar Paulick,
Weißwasser

Dr. med. Volker Petzold,
Leipzig

Christoph Rie,
Leipzig

Dr. med. Ingeborg Röber,
Pleißä

Andreas Rogucki,
Görlitz

Dr. med. Peter Rönisch,
Dresden

Heiner Schmidt,
Leipzig

Lutz Schönfelder,
Hartenstein

Dr. med. Christa Schulze,
Markkleeberg

**Prof. Dr. med. habil.
Hans-Dietrich Schumann,**
Weißig

Dr. med. Josef Schwarz,
Großschöna

Dr. med. Ernst Sieg,
Bunitz

Dr. med. Harry Singer,
Chemnitz

Dipl.-Med. Günther Sohr,
Grüna

Dr. med. Herbert Steglich,
Bautzen

Dr. med. Otto Sterzl,
Leipzig

Dr. med. Elisabeth Ullrich,
Maxen

Prof. Dr. med. habil. Reinhard Vock,
Leipzig

Dr. med. Herwig Zichel,
Leipzig

Dr. med. habil. Hans Zürn,
Dresden