

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 7/2002

Berufspolitik	12. Sächsische Ärztetag 13. erweiterte Kammerversammlung 26. Kammerversammlung	320
	»Abschied von Hippokrates«? Konstanz und Wandel im ärztlichen Selbstverständnis	343
Amtliche Bekanntmachungen	Mittelhefter – Satzungsänderungen	335-342
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Vorbereitungsseminar für die Abschlussprüfung zur Arzthelferin	349
	Ausstellungen	349
Personalia	Unsere Jubilare im August	349
	Ergänzung zur Laudatio Prof. (em.) Dr. med. habil. Georg Zeumer	351
	Verstorbene Kammermitglieder	352
Kultur und Kunst	Eberhard von der Erde – Figur und Raum	351
Mitteilung der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	353
	Impressum	353
Feuilleton	Reinhard Ludwig, Susanna Seufert Beethoven und das Gift im Wein – Teil 2	354
Beilage	Fortbildung in Sachsen – September 2002	

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

12. Sächsischer Ärztetag 13. erweiterte Kammerversammlung 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete den Sächsischen Ärztetag sowie die erweiterte Kammerversammlung und begrüßte am 14. Juni 2002 14:00 Uhr herzlich die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die Delegierten der erweiterten Kammerversammlung, den Vorstand und die Ausschussvorsitzenden der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung sowie weitere Gäste. Besonders willkommen hieß Herr Prof. Dr. Schulze den Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, den Präsidenten der Landestierärztekammer des Freistaates Sachsen, Herrn Dr. Hans-Georg Möckel, die tierärztlichen Mandatsträger, Frau Assessorin Hering, Vertreterin der Rechtsaufsichtsbehörde, Herrn Frank und Frau Auxel vom Wirtschaftsprüfungsunternehmen Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner. Herr Prof. Dr. Schulze gratulierte zu Beginn der Tagung Herrn Prof. Dr. Peter Leonhardt, Mandatsträger der Kammerversammlung, herzlich zu seinem Geburtstag und bedankte sich für sein berufspolitisches Engagement seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer und insbesondere für seine erfolgreiche Tätigkeit als Vorsitzender des Hartmannbundes, Landesverband Sachsen. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der erweiterten Kammerversammlung waren 73 der gewählten 99 ärztlichen und 10 tierärztlichen Mandatsträger anwesend. Damit war die Versammlung beschlussfähig.

Arbeitstagung der Sächsischen Ärzteversorgung

Aus der Rede des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses Herrn Dr. med. Helmut Schmidt

Sehr geehrter Herr Präsident,
verehrter Ehrenpräsident,
meine sehr geehrten Mandatsträger,
Ärzte wie Tierärzte,
meine Damen und Herren,



Das Präsidium: Dr. med. Hans-Dieter Simon, PD Dr. med. Ulf Herrmann, Dr. med. Helmut Schmidt, Prof. Dr. med. Jan Schulze, Frau Angela Thalheim, Dr. med. Steffen Liebscher, Prof. Dr. med. vet. Hans-Peter Schwerg

im aktuellen Geschäftsbericht der Sächsischen Ärzteversorgung, der Ihnen allen vorliegt, beginnt der Bericht des Verwaltungsausschusses folgendermaßen: „Das Jahr 2001 gehörte sowohl bezüglich der weltpolitischen Ereignisse als auch der Entwicklungen am Kapitalmarkt und im gesamten ökonomischen Umfeld nicht zu den einfachsten Jahren in der nunmehr 10jährigen Geschichte der Sächsischen Ärzteversorgung, was jedoch die Stetigkeit der Geschäftsentwicklung nicht beeinflusste. ... Der Geschäftsbetrieb verlief weiterhin kontinuierlich und stabil.“ Dass diese Aussage stimmt, möchte ich Ihnen im Folgenden erläutern, wobei dieser Bericht heute nur Auszüge des gesamten Geschäftsberichtes bringen kann und will.

Eine wesentliche Grundlage unseres Finanzierungsverfahrens ist der ewige Neuzugang. Die erste Frage ist also: „Wächst ein Versorgungswerk oder wächst es nicht?“

Sie sehen hier den Mitgliederbestand zum 31. Dezember 2001 mit einem Gesamtbestand von 12.399 Aktiven, das ist ein Zuwachs gegenüber dem Vorjahr um 60 Mitglieder. Ich möchte noch besonders auf die freiwilligen Mitglieder hinweisen, deren Bestand im Vergleich zum Vorjahr von 619 auf 698 Personen angestiegen ist.

Ich möchte die Grafik zur Altersstruktur nutzen, um nochmals darauf einzugehen, dass es immer noch rezidivierend, aber nicht immer vordergründig, Bestrebungen gibt, den ewigen Neuzugang zu den Versorgungswerken insofern zu beschnei-

den, als man die zunächst angestellten Berufsangehörigen nicht zum Versorgungswerk zulässt. Unter diesem Aspekt betrachtet wird schon optisch klar, dass dann das System, auf lange Sicht gesehen, zusammenbrechen würde. Es gibt keinen vernünftigen Grund, diesen ewigen Neuzugang nicht zuzulassen, und ich möchte Ihnen aus der gutachterlichen Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Peter Schneider berichten, die kürzlich veröffentlicht wurde, wo er neben verfassungsrechtlichen Dingen u. a. zu Zahlen Stellung nimmt, die vielleicht nicht jeder kennt. Die Begehrlichkeit den berufsständischen Versorgungswerken gegenüber ist unbegründet: Es gibt 560.000 Versicherte in den berufsständischen Versorgungswerken. Davon sind 220.000 von der Versicherungspflicht befreite Angestellte. Dem gegenüber gibt es 30 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung. Diese bringen jährlich Beiträge von etwa 286 Mrd. DM auf, die Versorgungswerke mit ihren genannten Mitgliedern etwa 6 Mrd. DM. Wenn man die Angestellten also zunächst nicht befreien würde, ginge es um etwa 18.000 angestellte tätige Neumitglieder, und die wiederum würden einen Beitrag von 120 Mio. DM aufbringen. Ich sage nochmal, die gesetzlichen Versicherten erbringen Beiträge in Höhe von 286 Mrd. DM pro Jahr. Also, das Abschneiden der Basis würde zunächst eine Beitragsermäßigung von 0,01 Beitragssatzprozentpunkten bringen. Die Ärzte, die somit in der gesetzlichen Rentenversicherung verbleiben würden, ent-



Die Mandatsträger

wickeln aber später auch Rentenansprüche, und diese würden den zunächst scheinbaren, wenn auch noch so kleinen 0,01 %-Vorteil wieder aufbrauchen. Ich denke, dass die Angriffe auf die berufsständischen Versorgungswerke schon aus diesem Zahlenbeispiel heraus irrelevant sind.

Interessant ist auch die Betrachtung der aktiven Mitglieder im Zusammenhang mit dem Nettozugang. Wir hatten im vergangenen Jahr brutto einen Zugang zur Sächsischen Ärzteversorgung von 435 Mitgliedern, Abgänge von 375, so dass der Nettozugang 60 Neumitglieder umfasst. Die Abgänge resultieren im wesentlichen aus dem Übergang in das Altersruhegeld und die Berufsunfähigkeit, aber auch aus den Beitragsüberleitungen in andere Versorgungswerke. Wir müssen konstatieren, dass die Anzahl der Überleitungen von der Sächsischen Ärzteversorgung zu anderen Versorgungswerken dreimal so groß ist wie die Anzahl der Überleitungen zur Sächsischen Ärzteversorgung. Wenn Sie das dahinter stehende Beitragsvolumen betrachten, ergibt sich ein ähnliches Bild. Gestatten Sie mir dazu einige Kommentare:

Erstens: Es gehen demnach dreimal soviel Ärzte aus Sachsen weg (in bezug auf die Ärzteversorgung) als zu uns kommen, und von diesen 115 gehen 90 in die alten und 24 in die neuen Bundesländer. Die Ärzte nehmen also teil an der Wanderung, die wir sicher alle gewollt haben. Das ist offensichtlich immer noch Ausdruck der bestehenden Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern bezüglich der Wirtschaftskraft und der Lebensqualität.

Zweitens: Unser Versicherungsmathematiker beruhigt uns immer und sagt, die Mitglieder, die weggehen, nehmen nicht nur die Beiträge, sondern auch das Risiko mit, während die Zinsen bei der Sächsischen Ärzteversorgung verbleiben.

Drittens: Es könnte auch unter Ihnen jemand sein, der irgendwann darüber nachdenkt, aus beruflichen Gründen Sachsen zu verlassen und vielleicht auch die Sächsische Ärzteversorgung. Ich bitte Sie, bei dem Vergleich mit dem Versorgungswerk, in das Sie wechseln wollen, genau zu fragen, auf welcher Basis die Hochrechnung der zu erwartenden Versorgungsleistungen beruht und vergleichen Sie auch die Satzungsbestimmungen zu den einzelnen Versorgungsleistungen.

Die Darstellung der Beitragszahlungen unserer Mitglieder über den Zeitraum der vergangenen 10 Jahre veranschaulicht eine kontinuierliche Steigerung. Die nachfolgenden Schaubilder geben Ihnen einen Überblick zur Entwicklung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze, des AVmax und des Durchschnittsbeitrages seit 1992. Die Beitragseingänge bestimmen maßgeblich das jährliche Anlagevolumen der Sächsischen Ärzteversorgung. Bei länger bestehenden Versorgungswerken trifft es zu, dass deren Kapitalerträge die Beitragseingänge übersteigen. Für die Sächsische Ärzteversorgung als noch junges, im Aufbau befindliches Versorgungswerk wird das sicher in den nächsten Jahren noch nicht zu erwarten sein.

Eine jährliche Zusammenstellung des Anlagevermögens und der Kapitalerträge zeigt den kontinuierlichen Anstieg unserer Kapitalanlagen. Die Kapitalerträge des letzten Jahres resultieren aus den Namensschuldverschreibungen, den Scheckscheinforderungen, den Anteilen am Rentenfonds und den Anteilen am Immobilienfonds. Die Aktien haben sich an dieser Entwicklung nicht beteiligt, sondern waren eher gegenläufig. Das Anlagetagebuch dokumentiert die Ergebnisse unserer Anlagetätigkeit im Jahr 2002.

Sie wissen, ganz egal, wer Kapital anlegt, wird sich immer in dem Dreieck

Rendite, Risiko und Sicherheit bewegen. Je nachdem, welchen der drei Punkte man bevorzugt, ergibt sich folgendes: Steht die Rendite als oberstes Ziel, muss man das Risiko wesentlich erhöhen auf Kosten der Sicherheit. Steht die Sicherheit im Vordergrund kann man das Risiko minimieren, schneidet sich aber höchstwahrscheinlich Rendite ab. Steht das Risiko im Vordergrund, dann sinkt die Sicherheit ins Bodenlose, und die Rendite kann ganz hoch oder katastrophal niedrig sein, letzteres ist für die Sächsische Ärzteversorgung indiskutabel. In den letzten beiden Jahren haben wir auf Grund des Ratschlages eines Advisors und dem allgemeinen Trend folgend die Aktienquote in den Fonds der Sächsischen Ärzteversorgung erhöht und damit automatisch den Kursrückgang im Jahr 2001 mitgemacht. Ich erinnere nur an den 11. September, der aber von der Kapitalmarktentwicklung her ja nur ein zusätzliches schweres Ereignis war. Die Ärzteversorgung hat Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen, indem sie erstens einen reinen Rentenfonds aufgelegt hat und zweitens seit dem dritten Quartal die Direktanlage wieder forciert hat. Wir haben in diesem Zeitraum keine weiteren Zuführungen zu den Aktienfonds getätigt, und zur Dämpfung des Risikos Sicherungsmaßnahmen ergriffen. Als Resultat des Gesagten bitte ich Sie um Ihre Zustimmung, dass die Sicherheit bei der Geldanlage in der Sächsischen Ärzteversorgung weiter in den Vordergrund rückt. Und das schaffen wir nur, indem wir das Risiko senken und damit bewusst eine unter Umständen geringere aber sichere Rendite in Kauf nehmen. Um unserem satzungsgemäßen Versorgungsauftrag gegenüber den Mitgliedern gerecht zu werden, muss die Sicherheit im Vordergrund stehen.

Ich komme nun zu den Versorgungsleistungen. Den Hauptteil sowohl von der Personenzahl als auch vom Finanzvolumen her bildet das Altersruhegeld. Die Ärzteversorgung zahlte in 2001 an 226 Mitglieder obligatorisches, an 60 vorge-

12. Sächsischer Ärztetag

13. erweiterte Kammerversammlung

26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

zogenes und an 319 weibliche Mitglieder Altersruhegeld nach § 45, insgesamt einen Betrag von 6,1 Mio. DM. Das ist ein Anstieg von 200 Altersruhegeldempfängern im Vergleich zum Vorjahr. Das Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit erhalten 60 Personen mit einem Jahresbetrag von 1,3 Mio. DM. Die Abfindungen nach § 33 beliefen sich auf 51.000 DM. Sterbegeld zahlte die Sächsische Ärzteversorgung in Höhe von 30.000 DM. Witwen-/Witwergeld erhielten 109 Personen mit der Gesamtsumme von 1,1 Mio. DM. Das Waisengeld wurde an 95 Kinder und Jugendliche ausgezahlt. Einmalige Leistungen nach § 35 und nach § 36a erbrachte die Sächsische Ärzteversorgung satzungsgemäß.

Hier zeige ich Ihnen die gezahlten Leistungen seit Bestehen der Sächsischen Ärzteversorgung. Ich denke, das ist ein stolzes Ergebnis. Wir haben demnach seit Bestehen unserer Einrichtung 30,1 Mio. DM an unsere Mitglieder für Versorgungsleistungen ausgegeben.

Der Auflistung zu den Berufsunfähigkeits-Diagnosen liegen die seit Bestehen der Sächsischen Ärzteversorgung eingewiesenen 102 Berufsunfähigkeits-Fälle zugrunde, darunter 49 weibliche und 53 männliche. Die Tumorerkrankungen stehen der Häufigkeit nach an erster Stelle, danach folgen die psychiatrischen und an dritter Stelle die Herz- und Gefäßerkrankungen.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass die gesamte Verwaltungsarbeit der Sächsischen Ärzteversorgung auch in diesem Jahr wie nun schon seit 1994 mit einem Kostensatz von unter 2 % erbracht wurde, einschließlich der Vorbereitung und Durchführung der Hauswährungsumstellung auf den EURO.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses sowie der Geschäftsführung und den Mitarbeitern der Verwaltung für ihr Engagement bei der kontinuierlichen Gestaltung der Sächsischen Ärzteversorgung zu einer leistungsfähigen berufsständischen Versorgungseinrichtung.



Herr RA Hartmut Kilger, Mitglied des Verwaltungsausschusses

Aus dem Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses Herrn Dr. med. Hans-Dieter Simon

Im Berichtszeitraum seit der letzten erweiterten Kammerversammlung kam der Aufsichtsausschuss in drei Sitzungen seinen Aufgaben gemäß § 4 Absatz 8 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung nach. Zusätzlich nahmen Mitglieder des Ausschusses an den Sitzungen des Verwaltungsausschusses teil, um aktuell und umfassend über den laufenden Geschäftsbetrieb informiert zu sein.

Am 06. November 2001 traf sich der Aufsichtsausschuss zu seiner 21. Beratung. Die Hauptthemen betrafen die Bereiche Melde-, Beitrags- und Leistungswesen, Versicherungsmathematik und die EURO-Umstellung sowie die Kapitalanlage und das Rechnungswesen. Dazu informierten die Leiter der einzelnen Geschäftsbereiche ausführlich und beantworteten die zahlreichen Anfragen. In der 22. Beratung am 06. Februar 2002 nahm der Ausschuss die Berichterstattung der Verwaltung zum Geschäftsverlauf des zweiten Halbjahres 2001 entgegen. Hervorzuheben sind hier die Informationen zum Seminar über die EU-Verordnung 1408/71. Dieses Seminar diente der praktischen Anleitung bei der Einbeziehung der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in das System dieser Verordnung sowie deren Durchführungsverordnung 574/72.

Ein wichtiger Tagesordnungspunkt bezog sich auf die Vorbereitung der 13. er-

weiterten Kammerversammlung und befasste sich in erster Lesung mit der Beschlussvorlage zur Reisekostenordnung der Sächsischen Ärzteversorgung. Die Ordnung wurde in Abstimmung mit der Sächsischen Landesärztekammer erarbeitet und beinhaltet hauptsächlich die Währungsumrechnung von DM in EURO.

In Vorbereitung auf die 13. erweiterte Kammerversammlung trat der Ausschuss am 14. Mai 2002 zur Diskussion über die vom Verwaltungsausschuss vorbereiteten Beschlüsse und die Bestellung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft für die Prüfung des Jahresabschlusses 2002 zusammen.

Im Ergebnis bestätigte der Aufsichtsausschuss die Beschlussvorlagen zum Jahresabschluss und zum Geschäftsbericht für das Jahr 2001, zum Haushaltplan 2003, zum versicherungsmathematischen Gutachten per 31. Dezember 2001 einschließlich der Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2003 und die Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld und bittet die Mandatsträger der 13. erweiterten Kammerversammlung um die Zustimmung.

Beschlüsse der 13. erweiterten Kammerversammlung

Die Mandatsträger der 13. erweiterten Kammerversammlung fassten am 14. Juni 2002 folgende Beschlüsse:

Beschluss Nr. SÄV 1/02

Jahresabschluss 2001
(mit Jahresabschlussbilanz)
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/02

Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/02

Haushaltplan 2003
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 4/02

Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2003
(bestätigt)

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

Beschluss Nr. SÄV 1/02 Jahresabschluss 2001

Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2001 werden bestätigt.

Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2001 wird bestätigt.

Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2001 erteilt.

Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht für das Jahr 2001 anfordern.

Beschluss Nr. SÄV 4/02

Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2003 beträgt 36.397 EURO.

Die am 31. Dezember 2002 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2003 nicht dynamisiert.

Dr. med. Helmut Schmidt
Verwaltungsausschuss
Vorsitzender

Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Arbeitstagung der 26. Kammerversammlung am 14. Juni 2002

Berufspolitischer Schwerpunkt war am Nachmittag des 14. Juni 2002 der Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer über die Tätigkeit des Vorstandes und sein Vortrag „Arztsein ist Berufung – nicht Gewerbe“, zu dem Herr Professor Dr. Schulze Herr Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen; Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesen/Beruferecht; Herrn Professor Dr. Michael Al-



brecht, Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Dr. Wieland Kiess, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig herzlich begrüßte. Im Folgenden lesen Sie Auszüge des Vortrages von Herrn Prof. Dr. Jan Schulze:

Arzt sein ist Berufung – nicht Gewerbe

Der 12. Sächsische Ärztetag fällt mitten in den Bundestagswahlkampf. Die Parteien streiten um die Gunst der Wähler. Die Ärzte streiten um ihre und die Interessen der Patienten. Gesundheitspolitik ist, nach dem Arbeitsmarkt, Wahlkampfthema Nummer zwei. Das Zusammenspiel hat in den letzten Wochen und Monaten zu vielen Auseinandersetzungen und einigen lang erwartenden Neuerungen geführt. Dazu gehört die längst überfällige Novellierung der Approbationsordnung mit der konsequenten Abschaffung des Arzt im Praktikum, wie auch

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

die erfreuliche sächsisch-thüringische Bundesratsinitiative zur Verbesserung der ärztlichen Vergütung im Osten Deutschlands. Für uns, liebe Kollegen, standen die Vermeidung politischer Indoktrination und die Patientenverantwortung immer im Mittelpunkt der Verhandlungen. Ich stimme mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, voll und ganz überein, wenn er sinngemäß sagt: Ärzte sind keine technokratischen Erfüllungsgehilfen einer dogmatisierenden Gesundheitspolitik.

Doch es ist schon lange nicht mehr nur von uns abhängig, wie sich die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit entwickelt. Gestaltet wird diese zunehmend von der Politik, den Krankenkassen und deren „Expertokraten“ an Runden Tischen. Es ist diese zunehmende politische, ökonomische und bürokratische Überfremdung der Medizin, die uns Sorgen bereitet. Ökonomen haben an der Seite der Gesundheitspolitiker dort Platz genommen, wo eigentlich sachkundige Ärzte und Patientenvertreter sitzen sollten.

Die Politik hat es mit einem Arzneimittelbegrenzungsgesetz und der Aut-idem-Regelung, mit der geplanten Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern und den Disease-Management-Programmen binnen kurzer Zeit geschafft, nicht nur bei den sogenannten Leistungserbringern Konfusion statt Orientierung zu erzeugen. Auch die Patienten sind absolut verunsichert.

Wir Ärzte können nicht zuerst behandeln und dann die Diagnose stellen. In der Politik ist das dagegen gängige Praxis: Erst wird Aut-idem als Gesetz verabschiedet, aber die dazu erforderliche Liste für das untere Preisdrittel fehlt noch. Erst wird die Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen für stationäre Behandlungen festgelegt, die notwendige Stärkung des ambulanten Sektors fehlt dagegen vollständig. Disease-Management-Programme sollen ab Frühjahr 2003 zur Anwendung kommen, die Bedingungen dafür sind immer noch nicht geklärt. Im Ergebnis stehen wir vor einer staatlichen

Zuteilungsmedizin mit sinkender Versorgungsqualität für Patienten. Tragen wir die Bedenken vor, so wird uns destruktives Verhalten und Lobbyismus vorgeworfen. Was soll das? Wir haben es im Gesundheitswesen immer noch mit Menschen zu tun. Menschen, die auf die vielfältigste Art und Weise erkrankt sind. Eine erfolgreiche ärztliche Behandlung ist eben nicht vergleichbar mit der Reparatur eines Autos. Für die Dauer und den Erfolg einer Therapie ist die physische und psychische Gesamtsituation des Patienten von Bedeutung. Und diese wird wesentlich vom Verhältnis zum behandelnden Arzt geprägt. Doch wenn der Arzt wegen einer Vielzahl an Bereitschaftsdiensten, unerledigten Aktenbergen und Abrechnungsdruck seitens der Verwaltung und der Krankenkassen keine Zeit und Ruhe für seine Patienten findet, dann wird zuerst dieses wichtige Vertrauensverhältnis nachhaltig gestört. Wachsende Berufsunzufriedenheit, Defätismus und Burnout-Phänomene sind die traurigen Folgen. Und es spricht sich auch bei unserem Nachwuchs herum, dass der Arztberuf zunehmend unattraktiv geworden ist und mit zeitfressender Bürotätigkeit überfrachtet wird. Unmittelbare Auswirkungen davon sind zurückgehende Bewerberzahlen um einen Studienplatz der Medizin sowie steigende Zahlen von Studienabbrechern und Studienwechslern.

Der Dresdner Reformstudiengang Humanmedizin genießt international ein hohes Ansehen, doch viele der Studenten wollen danach nicht in Sachsen oder Deutschland als Ärzte tätig werden.

Böse Zungen meinen, das Gesundheitssystem muss erst zusammenbrechen, bevor sich tatsächlich etwas ändert. Ich vertrete diese Ansicht nicht. Doch bei 46 unbesetzten Arztpraxen und 200 fehlenden Klinikärzten in Sachsen wird diese Ansicht nicht weiterhelfen. Deshalb appelliere ich an die Politiker aller Parteien: Taten und nicht schöne Bundeswahlkampfreden sind gefragt. Das Gesundheitssystem muss neu strukturiert und muss reformiert werden, auch wenn

es weh tut und Wählerstimmen kosten sollte. Und neben politischen und finanziellen Maßnahmen muss deshalb auch nach anderen kreativen Lösungen gesucht werden. Vorstellbar wäre in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Sozialministerium und dem Wirtschaftsministerium eine medizinische Standortkampagne. Weitere Forderungen und Vorschläge unsererseits sind bekannt, ich will sie noch einmal nennen:

- die Evaluation von Ursachen für den großen Verlust an Medizinstudenten,
- die stufenweise Abschaffung der Arzt-im-Praktikum-Zeit bis 2006,
- eine Angleichung der Ost-West-Vergütung für Ärzte,
- die Einrichtung einer „via medici saxoniae“, um Ärzte anderer Länder für Sachsen zu gewinnen,
- eine Bereitstellung zinsgünstiger Kredite für niederlassungswillige Ärzte,
- ein erleichterter Praxisübergang an Nachfolger, zum Beispiel Sicherheitsassistenten und
- der Ausbau von Krankenhäusern im ländlichen Bereich zu integrativen medizinischen Zentren.

Eines sollten wir auch nicht vergessen: Sachsen hat neben sehr gut ausgestatteten Kliniken und modernen Hausarztpraxen noch mehr zu bieten, wofür es sich lohnt hier zu leben und zu arbeiten.

Sehr verehrte Damen und Herren, wir alle müssen uns den gesellschaftlichen Entwicklungen, Überalterung und Geburtenrückgang stellen. Und ich sage bewusst „Wir“. Damit meine ich uns, die Ärztinnen und Ärzte in Sachsen und die politisch Verantwortlichen. Bismarck hat einmal gesagt: „Es ist leichter zu kritisieren als zu regieren.“ Das soll uns niemand vorwerfen können. Die sächsischen Ärzte und die Sächsische Landesärztekammer haben sich immer als konstruktive Partner in die Diskussionen auf landes- und bundespolitischer Ebene eingemischt oder sie wurden als Berater gerufen. Aber im vergangenen Jahr war die Tendenz zu erkennen, dass sich die Politik lieber auf die Empfehlungen konformer Ökono-

men verlässt, als fachliche Beratung zu suchen. Wir haben das Fachwissen und wir sind zugleich eine nicht zu unterschätzende Kraft auf der gesundheitspolitischen Bühne. Ein beredtes Zeugnis dafür ist das, nur noch in Sachsen aktive, Bündnis für Gesundheit 2000 und dessen signalgebende gesundheitspolitische Gespräche mit Landes- und Bundespolitikern.

Vorschläge und zukunftsweisende Ideen haben wir immer wieder unterbreitet. Man sollte sie auf Landes- und Bundesebene im Sinne einer konstruktiven Politikberatung ernst nehmen. Wettbewerb, Qualitätssicherung in der Medizin und die Novellierung des Medizinstudiums sind keine Erfindungen der Politik, auch wenn es gern so dargestellt wird.

Hin und wieder ist zu fragen, ob man die Politik noch ernst nehmen kann. Angeordnete Ersatzvornahmen, wie zum Beispiel bei der Durchsetzung der Disease-Management-Programme, lösen keine Probleme. Sie sind nur ein Eingeständnis für fehlende Argumente und mangelhafte Konzepte. Will eine Gesundheitspolitikerin glaubwürdig bleiben, dann darf sie sich auf solche Methoden nicht einlassen. Und spätestens seit der Zahlung von 400 Mill. D-Mark durch die Pharmaindustrie trifft der Satz von Gerhard Uhlenbruck „Geld regiert nicht die Welt, sondern die Regierungen der Welt“ in einer besonderen Weise auch auf das Bundesgesundheitsministerium zu. Dabei gäbe es durchaus andere Finanzierungsmöglichkeiten. Allein 30 Mrd. Euro sind durch den Verschiebebahnhof der Politik den Krankenkassen in den letzten zehn Jahren entzogen worden. Geld, das im System fehlt.

Der Sächsische Ärztetag muss zudem eine weitere schleichende Bürokratisierung in Praxis und Klinik verhindern. Denn das kostet Zeit: Zeit, die uns für die Patienten fehlt. Und politische Maßnahmen im Gesundheitswesen äußern sich immer in einem Behandlungszimmer und nicht im Ministerbüro. Wir Ärzte sind es auch, die unseren Patienten neue Pro-

gramme der Politik vermitteln und auf drohende Einschränkungen in der Versorgung aufmerksam machen müssen, auch wenn das der Politik nicht gefällt. Besonders deutlich wird das an den Beispielen der Disease-Management-Programme und diagnoseorientierten Fallpauschalen für Krankenhäuser. Beide Neuerungen bergen eine Vielfalt an Problemen, die durch kurze Zeitkorridore noch verstärkt werden. Dies beginnt bei nicht geklärten Auswirkungen auf den ambulanten und rehabilitativen Bereich, geht über Versorgungsfragen für multimorbide chronisch Kranke, bis hin zu Fragen des Datenschutzes und der Datentransparenz.

Die stationäre Nachsorge muss ab 2003 der ambulante und rehabilitative Sektor übernehmen. In welchem Maßstab sich dadurch Leistungen verschieben, ist bis jetzt nicht geklärt und wird erst durch eine Begleitforschung ermittelt werden. Ein Faktum ist aber, dass Einsparungen der Kassen bei Krankenhausleistungen dann verstärkt in den ambulanten Bereich fließen müssen. Doch dazu fehlen bisher die notwendigen politischen Regelungen.

Zudem bedarf es im stationären und im niedergelassenen Bereich neuer Stellen, um die wachsende Flut an Verwaltungsaufgaben bewältigen zu können. Wir alle sind mit Datenerfassung und Datenweitergabe schon jetzt stark beansprucht. Vieles davon ist wichtig und nötig. Aber es gibt auch immer wieder Forderungen nach neuen Daten, die schon lange an anderer Stelle vorliegen und nicht ausgewertet werden. Es ist auch nicht verständlich, warum eine Krankenkasse unverschlüsselte Patienten- und damit auch Arztdaten benötigt. Wir sind für einen starken Patientenbezug, aber wir sind gegen den gläsernen Patienten und gegen den gläsernen Arzt.

Doch vielleicht lösen sich die Probleme durch eine „Politik der ruhigen Hand“, wie es der Bundeskanzler einmal formulierte, von selbst. Das die Disease-Management-Programme nicht vor der Bundes-

tagswahl eingeführt werden, ist sicher. Und Horst Seehofer hat schon angekündigt, nach einem Wahlsieg der Union die Fallpauschalen für Krankenhäuser wieder abzuschaffen.

Mit Blick auf die Bundestagswahl 2002 und den notwendigen Reformen im Gesundheitssystem fordern wir von der Politik und für die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit eine Sicherung des sozialen Gesundheitssystems auf dem derzeit hohen Niveau. Die Rufe nach neuen medizinischen Methoden und Verfahren müssen auch mit finanziellem Aufwand unterlegt werden.

Die zunehmende Macht der Krankenkassen sowie die Kontrolle der Ärzte durch nichtärztliche Mitarbeiter ist außerdem zu begrenzen.

Wir verlangen die Sicherung der beruflichen Unabhängigkeit zu angemessenen wirtschaftlichen Bedingungen, zum Wohle der Patienten und für die Freiheit der Wissenschaft.

Wir sind der Auffassung, dass Prävention und Eigenverantwortung der Patienten zentrale Themen der Zukunft sind. Diese müssen mit entsprechenden Konzepten umgesetzt werden. Unser Beitrag ist in diesem Jahr eine Auftaktveranstaltung zu den ärztlichen Präventionstagen am 31. August.

Sehr geehrte Damen und Herren, die Wissenschaften treiben auch den medizinischen Fortschritt immer weiter voran. Die Lebenserwartung der Menschen steigt, und die Therapie von bis vor kurzem unheilbaren Krankheiten wird möglich. Doch der Fortschritt wirft auch stets neue Fragen auf, nicht nur zu Krankheit und Medizin, sondern auch Fragen der Ethik, Moral und dem menschlichen Leben überhaupt. Medizinische Grenzfragen tangieren heute jeden Arzt in der täglichen Praxis. Die in Belgien per Gesetz erlaubte aktive Sterbehilfe ist in den meisten europäischen Ländern auf entschiedene Ablehnung gestoßen und wurde vom Deutschen Ärztetag vehement negiert. Präimplantationsdiagnostik oder Stammzellenforschung sind weitere Beispiele

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

für medizinethische, juristische und parlamentarische Auseinandersetzungen, die uns Ärzte natürlich unmittelbar berühren. Auch wir lehnen die aktive Sterbehilfe ab. Doch die Rolle des Arztes wird sich durch neue Behandlungsmethoden und gesellschaftliche Erwartungen folgerichtig wandeln und verändern. Der Arzt wird nach dem Dambruch der aktiven Sterbehilfe nicht mehr nur Leiden lindern und Leben retten, sondern er wird auch in anderen Ländern in die Lage versetzt zu töten. Zudem wird seitens der Krankenkassen systematisch versucht, den Arztberuf zu deprofessionalisieren und auf die breite Anwendung von Standardbehandlungen zu reduzieren. Hier liegt eine Aufgabe der Ärzteschaft im engen Schulterschluss mit den Patientenvertretungen und den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit als Helfer, Partner und Anwalt der Patienten deutlich zu akzentuieren.

Internationale und nationale Gremien beschäftigen sich mit grundlegenden Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Gesellschaft. Konkrete Hilfestellungen für die tägliche Arbeit können sie uns allerdings nicht bieten. Auf der Kammerversammlung vom Herbst 2001 haben wir die Frage nach der Ethik in der Medizin schon einmal aufgegriffen und im Ansatz diskutiert. Unklarheiten überwogen damals die Klarheiten. Daran wird sich nichts geändert haben. Was also lag näher, zum einen dieses schwierige Thema innerhalb des Sächsischen Ärztetages aufzugreifen, und zum anderen eine sächsische Gesprächsgruppe „Ethik in der Medizin“ ins Leben zu rufen. Der interdisziplinär besetzte Gesprächskreis wird nicht annähernd alle brennenden Fragen beantworten können. Aber er kann Probleme des medizinischen Alltags diskutieren und diese so einer Lösung zuführen. Zugleich soll das Gremium einen Anlaufpunkt für die Kollegen aus Sachsen bieten, die mit ethischen Grenzfragen im Berufsalltag konfrontiert werden. Wie sie sehen, der Anspruch an

die Gesprächsgruppe ist hoch. Ebenso bedeutend soll deren Besetzung sein. Wir möchten Vertreter aus Medizin, Theologie, Philosophie und Recht für die Arbeit gewinnen. Einige Gespräche wurden schon geführt.

Verehrte Damen und Herren, alle Ausschüsse und Gremien der Landesärztekammer engagieren sich in der Gesundheitspolitik. Dafür ist Zeit, Kraft und Motivation vonnöten. Im Tätigkeitsbericht 2001, der ihnen vorliegt und ihnen zum Studium anempfohlen sei, wird das umfangreiche Spektrum an Aufgaben besonders deutlich. Ich möchte an dieser Stelle schon allen aktiven Ärztinnen und Ärzten des Kammerbereiches für ihren hohen ehrenamtlichen Einsatz danken. Es ist vieles bewegt worden, wir haben vieles erreicht und zahlreiche neue Aufgaben stehen uns bevor.

Gleichzeitig sind jederzeit neue Mitstreiter herzlich willkommen. Mit Blick auf die Kammerwahl 2003/2007 kann ich nur dazu ermuntern, sich aktiv in die berufsständische Vertretung einzubringen. Denn nur wir alle gemeinsam können unsere Interessen wirksam vertreten. Innere Zerrissenheit schwächt unsere Position in der Zusammenarbeit mit der Politik und den Krankenkassen. Und noch einen nachdenklichen Satz zum Schluss: Sehr verehrte Gäste, liebe Kollegen, alle guten Ärzte müssen in erster Linie begeisterungsfähig sein. Wie Schriftsteller, Maler und Priester müssen sie von ihrer Berufung überzeugt sein und den tief eingewurzelten unsentimentalen Wunsch haben, Gutes zu tun. Arzt sein ist Berufung – nicht Gewerbe. Solange diese Maßstäbe gelten, werden wir das Vertrauen unserer Patienten genießen. Und darauf kommt es mehr denn je an!

Schwerpunktthemen der sich anschließenden konstruktivem und ausführlichen Aussprache zu **aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen** und Fragen für die nächste Zukunft waren:

■ Die immer mehr bürokratischen Vorschriften, Gesetze, Verordnungen, Richt-

linien sowie durch den Gesetzgeber sanktionierte standardisierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke und die geplante Einführung der Diagnosis Related Groups werden dazu führen, dass der Arzt seinen zentralen Auftrag – eine gute und individuelle Patientenbetreuung – nicht mehr durchführen kann.

■ Die individuelle Behandlung unserer Patienten, die Anwendung wissenschaftlich begründeter Leitlinien und eine evidenzbasierten Medizin müssen auch in Zukunft miteinander verbunden werden. Evidenzbasierte medizinische Leitlinien, pauschale Abrechnungssysteme und standardisierte Behandlungsprogramme dürfen nicht von der Politik und den Krankenkassen instrumentalisiert werden, um die Patienten zu typisieren und Behandlungsabläufe zu schematisieren.

■ Die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane ist, gesundheitspolitische Fehlentscheidungen zu verhindern und dafür zu sorgen, dass der Arzt sein Erfahrungswissen und seine wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Medizin gleichermaßen verantwortungsvoll in der Behandlung der Kranken nützt.

■ Das bewährte Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung muss weiter erhalten werden.

■ Die geplanten Disease-Management-Programme dürften nicht auf eine Kostensenkung sondern auf eine Qualitätsverbesserung zielen.

■ Wenn DMPs zwischen der Ärzteschaft mit Krankenkassen vereinbart werden, dürften nur pseudonymisierte arzt- und patientenbezogene Daten an die Kassen unter Beachtung des Datenschutzes weiter gegeben werden, da berufsethische und berufsrechtliche Vorgaben die Freigabe sensibler Patientendaten an Dritte verbieten.

■ Die Koppelung der Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich zeigt die unheilvolle Verknüpfung von Medizin und Ökonomisierung. Diese Gefahr ist groß, dass Kranke nur noch als Kostengrößen und Normgrößen

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

im Finanzausgleich der Krankenkassen gehandelt werden. Wir Ärzte setzen uns unbeirrbar und engagiert für eine Menschlichkeit statt Ökonomisierung ein.

■ Um den sich anbahnenden Ärztemangel besonders in den neuen Bundesländer wirkungsvoll entgegen zutreten, müssen die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte grundlegend durch flexible Arbeitszeit, leistungsgerechte Vergütung attraktiver gestaltet, die neue Approbationsordnung an den Fakultäten rasch umgesetzt, die überflüssige Arzt im Praktikum Phase abgeschafft und die Qualität der Mediziner Ausbildung weiter verbessert, die Angleichung der Ost- Gehälter an den BAT- West sofort umgesetzt werden.

■ Auch die sächsischen Ärzte befürworten das von der Bundesärztekammer erarbeitete Modell zur hausärztlichen Versorgung der Zukunft und die Schaffung einer einheitlichen Hausarztarztqualifikation.

Abendveranstaltung

Zu der festlichen Abendveranstaltung begrüßte der Präsident, Herr Professor Dr. Schulze, herzlich die Damen und Herren Abgeordneten des Deutschen Bundestages, Frau Christa Reichard, Herrn Dr. Rainer Jork und Herrn Arnold Vaatz sowie Frau Brigitte Zschoche, Vizepräsidentin des Sächsischen Landtages, Frau Christine Weber, Staatsministerin für Soziales im Freistaat Sachsen und Frau Dr. Marlies Volkmer, Abgeordnete des Sächsischen Landtages. Weiterhin die Gäste der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, den Präsidenten, Herrn Dr. Andrzej Wojnar und Herrn Dr. Wlo-



Der Präsident begrüßt die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Christine Weber



Gäste im Foyer

zimierz Bednorz, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, den Rektor der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Volker Bigl, den Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Dr. Michael Albrecht, den Präsidenten der Tierärztekammer Sachsen, Herrn Dr. med. vet. Hans-Georg Möckel, Herrn Klaus Budewig, Präsident des Sächsischen Oberlandesgerichtes, Frau Rechtsanwältin Meyer-Götz, Vizepräsidentin der Sächsischen Rechtsanwaltskammer, die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Albrecht Einbock, Herrn Dr. Dietmar Kasprik, Herrn Dr. Rainer Wedekind und Herrn Jürgen Hommel, Herrn Hans-Peter Marr, Geschäftsführer VdAK Landesvertretung Sachsen, Herrn Klaus Tröger, Geschäftsführer Deutsche Angestellten Krankenkassen, Herrn Dieter Blaßkiewitz, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., die Vorsitzenden der Kreisärztekammern im Freistaat Sachsen, die Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer, Vorsitzende der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände, Ärztliche Leiter der sächsischen Krankenhäuser und die Prorektorin der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber, Frau Prof. Heidrun Richter.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedenkt in jedem Jahr denjenigen Ärztinnen und Ärz-

ten sowie den Mitgliedern unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem letzten Ärztetag verstorben sind. Die sächsischen Ärzte werden diese Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren. Auf der Seite 352 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 16. Juni 2001 verstorbenen Kammermitgliedern genannt.

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

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Präsident am 14. Juni 2002 dieses hohe Auszeichnung an

Frau Professor Dr. med. habil Helga Schwenke-Speck aus Leipzig

Herrn Professor Dr. med. habil Gottfried Geiler aus Leipzig

Herrn Dr. med. Hanno Grete aus Sehma

Laudationes (Auszug)

Frau Professor Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck wurde in Leipzig geboren. Von 1952 -1957 studierte sie Humanmedizin an der Universität Leipzig und promovierte 1959.

Nach einer Zeit am Institut für Mikrobiologie und Hygiene der Universität Leipzig schloss sie die am Kreiskrankenhaus Wurzen begonnene Weiterbildung zur Fachärztin für Innere Medizin an der Leipziger Medizinischen Universitätsklinik ab. Früh schon galt ihr Interesse hämatologischen und hämato-onkologischen Fragestellungen. Zahlreiche Veröffentlichungen zu diesem Themenkreis führten schließlich 1980 zur Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und 1986 zur Anerkennung der Subspezialisierung Hämatologie/Onkologie. Eine „Lehrbeauftragung“ für dieses Gebiet erhielt sie zwar nach der Habilitation, die ordnungsgemäße Berufung als Hochschuldozentin aber erst nach der Wende 1990, 1994 schließlich die außerplanmäßige Professur, 1996 wurde sie emeritiert. Gemeinsam mit einigen Gleichgesinnten motivierte sie ab November 1989 die akademischen Mitarbeiter der Leipziger

Fakultät zur Gründung eines „Freien Verbandes der Ärzte, Zahnärzte und Naturwissenschaftler in der Medizin“, ein Vorhaben, welches schließlich im März 1990 wegen der anderen Organisationsstruktur ärztlicher Verbände in der Bundesrepublik, in die Gründung des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, mündete, zu dessen erster stellvertretenden Vorsitzenden sie gewählt wurde.

Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer 1990 bis 1999 war Frau Professor Dr. Helga Schwenke-Speck Mandatsträgerin in der Kammerversammlung. 1991 regte sie die Errichtung eines Landesausschusses Senioren bei der Sächsischen Landesärztekammer an, als dessen Vorsitzende sie gewählt wurde und dessen Arbeitsinhalte sie bis heute wesentlich prägt. Vor allem sind ihr die Organisation der alljährlichen landesweiten Seniorentreffen zu danken.

Die Erfahrungen von fast 40 Jahren ambulanter und klinischer Tätigkeit als Ärztin bei der Behandlung und beratenden Begleitung hämatologisch-onkologisch Kranker und Sterbender bewogen sie, 1993 den Hospiz-Verein Leipzig e. V. zu gründen, dessen zunächst ausschließlich ambulanter Wirkungskreis seit 1. Februar 2002 durch eine stationäre Einrichtung ergänzt werden konnte.

Frau Professor Dr. Helga Schwenke-Speck ist Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz in Sachsen.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ehrt Frau Professor Dr. Helga Schwenke-Speck für ihre vielfältige Lebensleistung und dankt ihr für ihr beispielhaftes ehrenamtliches Engagement.

Herr Professor Dr. med. habil. Gottfried Geiler wurde am 13.12.1927 in Leipzig geboren. Nach dem Besuch des Thomasgymnasiums Leipzig bis 1944, unterbrachen Arbeitsdienst und Wehrmacht zunächst den Ausbildungsgang, so dass Herr Geiler erst 1946 sein Abitur am Thomasgymnasium in Leipzig ablegen konnte. Es schloss sich das Medizinstudium an der Universität Leipzig an, welches er



Der Präsident gratuliert Herrn Prof. Dr. med. habil. Gottfried. Geiler zur Auszeichnung

1952 mit Staatsexamen und Promotion zum Dr. med. abschloss.

Zunächst arbeitete er als Assistent am Evangelischen Krankenhaus Woltersdorf bei Berlin und am Kreiskrankenhaus Rüdersdorf bis August 1954.

Am 1. 9. 1954 ging er als Wissenschaftlicher Assistent an das Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie der Universität Leipzig. Hier habilitierte sich Herr Dr. Gottfried Geiler 1961.

Im gleichen Jahr erhielt er den Ruf zu einer Dozentur im gleichen Institut, in welchem er ab 1972 die Leitung der Abteilung Immunpathologie übernahm.

1982 erfolgte die Berufung zum außerordentlichen Professor und 1990 zum ordentlichen Professor. Herr Prof. Dr. Geiler übernahm bis Ende 1995 unter der Leitung des Rektors, Prof. Dr. phil. habil. Cornelius Weiss, das Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Gleichzeitig war er zwischen Juni 1990 und März 1991 Rektoratsmitglied. Die Berufung zum C-4 Professor erfolgte 1992. Er war Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und der Gesellschaft für Rheumatologie, der Internationalen Akademie für Pathologie (Vorstandsmitglied der Deutschen Division), der Gesellschaften für Histochemie, der Deutschen Naturforscher und Ärzte, Mitglied der Europäischen Liga gegen Rheumatis-

mus und Mitglied der World Health Organisation „Rheumatoid – Arthritis und verwandter Erkrankungen“.

Dazu gesellte sich eine große Zahl von Mitgliedschaften in Gremien wie Senat und Hauptausschuss der Deutschen Forschungsgesellschaft (1991 - 1995), des Bundesgesundheitsforschungsrates beim Bundesministerium für Forschung und Technik (1991 - 1999), Präsidium des Fakultätentages (1992 - 1995), Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer (1. Wahlperiode), Ombudsmann der Deutschen Forschungsgesellschaft (seit 1998).

Er ist Mitglied des Leibniz-Ausschusses, des Sächsischen Forschungsbeirates und der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Professor Gottfried Geiler erhielt für seine engagierte wissenschaftliche und medizinische Arbeit zahlreiche Auszeichnungen, von denen wir hier nur die Verleihung des Rudolf-Virchow-Preises (1970), des Gustav-Hertz-Preises (1988), die Verleihung des Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland (1994) und der Caspar-Borner-Medaille für Verdienste um die Erneuerung der Universität Leipzig nennen wollen.

Professor Gottfried Geiler war und ist Arzt von hoher Profession und tiefem inneren Humanismus, der seinen Beruf mit stark persönlichem Engagement und ausgeprägter Menschenliebe ausübte und sein Augenmerk nicht nur der handelnden Medizin, sondern vor allem auch der Forschung und Lehre widmete, wovon zahllose Publikationen – über 200 – sowie Bücher und Buchbeiträge zeugen. Die Ernsthaftigkeit, mit der er Lehre, medizinische Berufung und seinen allerinnigsten, gelebten Humanismus verknüpfte, zeigen die Zahlen seiner wissenschaftlichen Betreuungen heranwachsender Mediziner.

Seine kompromisslose Haltung während der DDR-Zeit, sein gradliniger Weg, seine tiefreligiöse Haltung und das nur ihm eigene Mensch-Sein bescherten diesem Humanisten ein grenzenloses Vertrauen

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

der ihn hörenden Studenten und das seiner Mitarbeiter.

In der Nachwendezeit engagierte sich Prof. Gottfried Geiler aktiv an der dringend notwendigen Erneuerung der Leipziger Universität. Sein Engagement wurde getragen durch die starke Sympathie der Mitarbeiter.

Herr Prof. Gottfried Geiler gehörte zu den beliebtesten Hochschullehrern der Medizinischen Fakultät. Sein Name ist mit den Begriffen Humanität, Fachkompetenz und Medizinische Berufung identisch. Die Sächsische Landesärztekammer ehrt diesen sächsischen Arzt aus Leidenschaft mit großer Freude.

Herr Dr. med. Hanno Grethe wurde am 6. Oktober 1932 in Auerbach/Vogtland geboren. Er besuchte die Oberschule in Annaberg, wo er 1951 das Abitur ablegte. Von 1952 bis 1958 absolvierte er ein Physikstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin und erhielt 1959 den akademischen Grad eines Diplom-Physikers. Parallel studierte er von 1955 bis 1960 an der Humboldt-Universität zu Berlin Medizin und erhielt am 5. Dezember 1960 die Approbation als Arzt. 1962 promovierte er zum Doktor der Medizin. Er erhielt 1965 die Anerkennung als Facharzt „Praktischer Arzt“, 1974 die Anerkennung als Betriebsarzt.

Frühzeitig entdeckte er sein Herz für die Allgemeinmedizin, wozu seine fundierte und umfassende Weiterbildung in diesem Fachgebiet beigetragen hat.

Von 1965 bis 1990 leitete Dr. Hanno Grethe das Landambulatorium Sehma und den Medizinischen Versorgungsbereich Sehma und fand noch die Zeit, nebenamtlich als Kreisbetriebsarzt und Leiter der Arbeitshygieneinspektion des Kreises Annaberg zu fungieren.

1990 war er einer der ersten Ärzte, der gemeinsam mit seiner Frau, Fachärztin für Allgemeinmedizin, den Schritt aus der scheinbaren Sicherheit des staatlichen Gesundheitswesens in das Risiko einer Niederlassung als Kassenarzt wagte. Und wie wir heute wissen, mit Erfolg!

Dr. Hanno Grethe widmete sich der wissenschaftlich-medizinischen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin. Er ist Gründungsmitglied der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR, ein in der damaligen Zeit nicht ganz leichtes Unterfangen. Sein unermüdlicher, schöpferischer Einsatz für die Etablierung der Allgemeinmedizin hatte zur Folge, dass er von 1969 – 1991 Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Leiter der Sektion Aus-, Weiter- und Fortbildung war und somit federführend für die Bildungsprogramme Allgemeinmedizin.

Seine Verdienste um die Allgemeinmedizin führten zur Verleihung der *Facultas docendi* an der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands war Dr. Hanno Grethe einer der Ärzte, die nicht resignierten, sondern ihre Fähigkeiten und Erfahrungen der neugegründeten Ärztekammer sofort zur Verfügung stellten. Er gründete die Kreiskammer Annaberg und war deren Vorsitzender bis 1994 und als solcher Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer. Seit den Anfangsjahren ist er Mitglied im Ausschuss Ausbildung und im Ausschuss Weiterbildung, in dem er heute noch aktiv mitwirkt. Als Vorsitzender des Prüfungsausschusses Allgemeinmedizin hat er sich sehr um den allgemein-medizinischen Nachwuchs verdient gemacht. Die Sächsische Landesärztekammer vertritt er in der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin bei der Bundesärztekammer. Dr. Hanno Grethe ist Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Mitglied des Präsidiums der DEGAM.

1999 wurde Dr. Hanno Grethe die Hippokrates-Medaille verliehen.

Unermüdlich setzt er sich für die Weiterbildung und Fortbildung der Allgemeinmedizin ein und organisiert zahllose Fortbildungsveranstaltungen. Wir ehren im Kollegen Dr. Hanno Grethe einen Arzt, der sich sowohl vor als auch nach der Wende um die Berufspolitik, insbesondere um die

Allgemeinmedizin, besonders verdient gemacht hat.

Dankesrede von Herrn Professor Dr. Geiler

„Für die Auszeichnung mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille möchte ich mich auch für meine Mitausgezeichneten, Frau Prof. Helga Schwenke-Speck aus Leipzig und Herrn Dr. Hanno Grethe aus Sehma im Erzgebirge, herzlich bedanken. Beide haben mich gebeten, ihr Bedauern, dass sie heute nicht anwesend sein können, noch einmal ausdrücklich zu unterstreichen.

Mit der Auszeichnung ehrt die sächsische Landesärztekammer eine Hämatologin, einen praktischen Arzt und einen Pathologen. Darin widerspiegelt sich die Breite der Medizin, die, in viele Fachbereiche aufgegliedert, in den Landesärztekammern als den Selbstverwaltungsorganen der Ärzteschaft eine feste organisatorische Kammer besitzt. Deren Bedeutung kann in der gegenwärtigen kontroversen Diskussion um eine gerechte Gesundheitspolitik und das Bild des Arztes in der Gesellschaft nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Wurzeln der berufsständischen Organisation liegen im 19. Jahrhundert und verbinden sich mit dem Namenspatron der Medaille, dem sächsischen Arzt Hermann Eberhard Friedrich Richter, der beharrlich das Ziel verfolgte, einen Deutschen Ärztevereinsbund zu gründen, was 1873 nach der Reichsgründung schließlich gelang.

In der Satzung für die Verleihung der Medaille werden als Verleihungsgrund „Verdienste um die Sächsische Ärzteschaft“ angegeben. Diese Aussage wiegt schwer und jeder Ausgezeichnete wird sich selbst fragen müssen, ob er diesem Anspruch gerecht wird. Dass neben der sachkundigen, verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit dem berufspolitischen Engagement als Dienst an der Gemeinschaft dabei ein hoher Stellenwert zukommt, steht außer Zweifel. Bei einem Hochschullehrer wird man sein Wirken an den drei Hauptaufgaben Forschung,

Lehre und ärztliche Betreuung messen. So bedeutungsvoll jede dieser Aufgaben ist, halte ich mich unter dem Aspekt der Verdienste um die Sächsische Ärzteschaft an der Lehre fest, da ich durch mehrere Jahrzehnte das Glück hatte, in meinem Fach, der Pathologie, eine große Zahl von Studenten zu unterrichten und ihnen das Rüstzeug zu einem soliden Wissen in allgemeiner und spezieller Pathologie als Basis der Krankheitslehre zu vermitteln. Die Lehre dafür zu nutzen, über das Fachwissen hinaus Normen ärztlichen Handelns und ärztlicher Ethik anzusprechen, schien mir und scheint mir eine wichtige Aufgabe aller in Lehre und Fortbildung Tätigen zu sein, gerade auch in unserer Gegenwart, in der die Medizin durch Fortschritte der modernen Naturwissenschaften zur Selbstbesinnung herausgefordert ist. Dass die Landesärztekammern, auch die Sächsische, dabei ihre Stimme geltend machen müssen, bleibt Forderung und Aufgabe. Die große Zahl verantwortungsbewusster und kenntnisreicher Ärzte aller Fachbereiche in Sachsen bietet eine hervorragende Voraussetzung für diese Aufgabe. Erlauben Sie mir abschließend ein sehr persönliches Wort. Die Orgel im Leipziger Gewandhaus besitzt einen wundervollen Prospekt. Ein Teil der Orgelpfeifen ragt trompetenähnlich in den Konzertraum hinein und erregt schon dadurch Aufmerksamkeit. Der Blick wird aber gefangen von einem in großen Lettern geschriebenen lateinischen Text, der schon über dem Portal des im 2. Welt-

krieg zerstörten Gewandhauses stand: *Res Severa Verum Gaudium*. Eine ernste Sache ist eine wahre Freude. – Ich meine, es gibt kaum ein schöneres und hilfreicherer Motto für unsere Tätigkeit als Ärzte, als das am Gewandhaus der Musik gewidmete, gerade auch gegenwärtig

in schwierigen Zeiten berufspolitischer Auseinandersetzungen.

Ich danke noch einmal sehr für die Auszeichnung und für Ihre Aufmerksamkeit.“

In diesem Jahr hat die Sächsische Landesärztekammer die Auszeichnung mit



*Silberne Ehrennadel zur
Hermann-Eberhard-Friedrich-
Richter-Medaille*

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille um eine silberne Ehrennadel erweitert. Aus Anlass dieser Gegebenheit wurde während der festlichen Abendveranstaltung allen seit 1996 ausgezeichneten Kammermitgliedern diese Nadel übergeben. Im Anschluss daran sprach die Sächsische Ministerin, Frau Christine Weber, zu den Gästen. Sie ging in ihrer Rede auf einige aktuelle Probleme im Gesundheitssystem ein und machte ihre Bereitschaft deutlich, sich zusammen mit den Ärzten auch auf Bundesebene für verbesserte Arbeitsbedingungen einzusetzen. In diesem Zusammenhang verwies sie noch einmal auf die von ihr initiierte Bundesratsinitiative zur Verbesserung der ärztlichen Vergütung in Ostdeutschland. Zusammen mit Thüringen und Bayern möchte sie eine spürbare Anerkennung der ärztlichen Tätigkeit erreichen. Aber damit sind weitere wichtige Probleme noch nicht beseitigt. Allein zur Abwendung eines Ärztemangels und zur Beseitigung bereits vorhandener Lücken bedarf es weiterer Aktivitäten. Diese sollen nach dem Willen von Frau Staatsministerin Weber gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer und anderer Berufsverbände angeschoben werden. „Sie finden in meinem Haus offene Türen vor, wenn sie ihre Probleme vortragen wollen. Ich habe die gleichen Zielsetzungen im Blick wie die Ärzte in Sachsen“, so Frau Weber vor den Gästen des Abends. Gleichzeitig rief sie die sächsischen Ärzte auf, mit und nicht gegen die Politik die Sicherung der ärztlichen Versorgung, die Beseitigung des Ärztemangels und die Vermeidung von steigender Bürokratisierung in der Praxis zu erreichen. Ärzte und Politik sitzen doch in einem Boot, deshalb kann sie nicht verstehen, warum vor allem einzelne Berufsverbände einen harten Konfrontationskurs fahren.

Nach der Rede der Sächsischen Sozialministerin sprachen der Vorsitzende der deutschen Krankenhausgesellschaft, Landesverband Sachsen, Herr Blaßkiewitz und der Präsident der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Herr Andrzej



Der Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer, Herr Dr. Andrzej Wojnar überreicht der Sächsischen Landesärztekammer ein Aquarell

Wojnar ein Grußwort. Von der Ärztekammer in Breslau erhielt die Sächsische Landesärztekammer ein Gastgeschenk.

Die Streichergruppe des Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums, der Sächsischen Spezialschule für Musik Dresden unter Leitung von Kammervirtuos Volker Dietzsch, Sächsische Staatskapelle Dresden, spielte zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung die „Vier Jahreszeiten“ von Antonio Vivaldi, das Violinkonzert in a-Moll BWV1041 von Johann Sebastian Bach und von Johannes Brahms den Ungarischen Tanz Nr. 5. Solist war Ludwig Schulze, Violine.



Streichergruppe des Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums

Arbeitstagung der 26. Kammerversammlung am 15. Juni 2002

Höhepunkt des 12. Sächsischen Ärztetages war das Symposium „**Ethische Fragen in der Medizin**“ mit den Vorträgen von Herrn Professor Dr. theol. Klaus Tan-

ner, Halle-Wittenberg, Frau Professor Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha, Leipzig, Frau Professor Dr. med. Ursula Froster, Leipzig, Herrn Professor Dr. med. Rolf Haupt, Leipzig, und Herrn Professor Dr. med. Jacobs Leitits, Göttingen.

Der Vortrag von Herrn **Professor Dr. theol. Klaus Tanner**, Theologische Fakultät der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, „**Ändern sich ethisch moralische Vorstellungen zum Menschenbild angesichts biomedizinischer Innovationen**“ wird im „*Ärzteblatt Sachsen*“, Heft 8/2002, abgedruckt.

Den Vortrag von Frau **Professor Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha**, Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Universität Leipzig, „**Abschied von Hypokrates? – Konstanz und Wandel im ärztlichen Selbstverständnis**“ ist auf den Seiten 343 dieses Heftes publiziert.

Die Vorträge von
– Frau **Professor Dr. med. Ursula Froster**, Institut für Humangenetik, Universität Leipzig „**Aktuelle ethische Fragen am Anfang menschlichen Lebens**“,
– Herrn **Professor Dr. med. Rolf Haupt**, Pathologisches Institut, Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig, „**Besondere ethische Problemkreise: Patentierung Erbgut, Recht auf Nichtwissen eigener Erbanlagen, ethische Probleme der Kollegialität, Fehlerkritik**“,
– Herrn **Professor Dr. med. Jacobs Leitits**, Vorstand Krankenversorgung, Universität Göttingen, „**Ressourcethik – ein notwendiger Spagat zwischen moderner Medizin und Ökonomie**“ können die Leser im „*Ärzteblatt Sachsen*“, Heft 8 und 9/2002 studieren.

Podiumsgespräch

Nach den Fachreferaten entzündete sich die anschließende Diskussion vor allem an der Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) in Krankenhäuser ab 2003 und befürchtete Defizite bei

der Betreuung kranker Menschen durch die steigende Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit. Ein Gegensatz zwischen Ethik und „Monethik“ besteht für Prof. Dr. Tanner aber nicht. Dagegen sah Prof. Dr. Haupt, Vorsitzender der Ethik-Kommission, in der Grundfrage: Geld für die Verwaltung oder Geld für den Patienten die Prioritäten eindeutig. „Wenn die Patienten abstimmen könnten, dann würden sie sich dafür entscheiden, Geld für ihre Behandlung zu erhalten“. Prof. Dr. Leititis setzte sich in der Diskussion für die DRGs ein. Der Ansatz ist gut, er muss nach seiner Meinung nur ordentlich gestaltet werden. Alle Versuche mit Budgets etwas zu steuern, sind schief gegangen. Mehr Geld für das Gesundheitssystem wird es nicht geben. In Fragen der Steuerung haben nach Auffassung von Prof. Dr. Tanner die Selbstverwaltungen nicht ausreichend Eigeninitiative gezeigt, deshalb musste seiner Meinung nach die Politik eingreifen. „Hätten es die Ärzte selbst geschafft, Kostendefizite durch die Art und Weise ihrer Tätigkeit auszugleichen, dann wäre eine politische Steuerung nicht notwendig gewesen“. Seine These rief einige lautstarke Reaktionen unter den Delegierten hervor. Prof. Dr. Schulze konnte dagegen durch seine zahlreichen Tätigkeiten in den verschiedensten Gremien deutlich machen, dass die Selbstverwaltungen bisher alle Chancen für eine wirksame Interessenvertretung genutzt haben. Doch die Politik verschiebt die Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung in andere Bereiche und wundert sich dann, wenn es zu Defiziten kommt. Darauf hat die Selbstverwaltung keinen Einfluss. Auf Grund der Interessenvielfalt und Gremien im Gesundheitssystem schlug der Präsident die Schaffung einer Konsenskonferenz, bestehend aus allen Leistungserbringern des Gesundheitswesens, vor. Diese könnte Entscheidungen im Konsens und damit im Interesse aller treffen. Ein zweiter Diskussionspunkt war die Präimplantationsdiagnostik (PID). Diese ist in Deutschland verboten. Ein Arzt,



Frau Prof. Dr. med. Ursula Froster, der Präsident und Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha (v.l.n.r.)

der seine Patientin nach Belgien verweist, macht sich der Beihilfe schuldig. Prof. Dr. Tanner als Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages versuchte die ablehnende Entscheidung der Kommission zu PID mit der vorherrschenden öffentlichen Meinung und dem geltenden Recht zu begründen. Darauf wurde entgegnet, dass bei solch wegweisenden Entscheidungen nicht auf geltendes Recht abgestellt werden kann, weil dann in der gesamten zurückliegenden Menschheitsgeschichte keine innovativen Lösungen möglich gewesen wären. Um eine erneute Diskussion über PID auf einer besseren Grundlage zu ermöglichen, ist nach Auffassung von Prof. Tanner ein Fortpflanzungsgesetz notwendig, welches bisherige Gesetze aus verschiedenen Bereichen ablöst und vereint. Auch muss die Diskussion insgesamt sachlicher geführt werden. Für Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Riha ist der Begriff „Selektion“ ein Totschlagargument gegenüber Befürwortern dieses diagnostischen Verfahrens. Zumal es bisher weltweit in nur 886 Fällen angewendet wurde. Und im Vergleich mit der Pränataldiagnostik geht es doch letztlich um Zeugung auf Probe versus Schwangerschaft auf Probe. In der Diskussion wurde auch deutlich, dass keine Bevölkerungsgruppe das Thema PID oder Ethik für sich gepachtet hat und dass vor allem juristische Streitpunkte in einer ethischen Debatte nicht gut aufgehoben sind. Ganz abgesehen davon, dass viele Begriffe in der Debatte nicht definiert sind und vollkommen unterschiedlich verwendet werden.

Jahresabschlussbilanz 2001

Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, erläuterte den Jahresabschluss der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2001 und begründete ausführlich die Entwicklung der einzelnen Einnahmen- und Ausgabenpositionen. Die 26. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss 2001 bestätigt. Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2001 sind im Tätigkeitsbericht 2001 der Sächsischen Landesärztekammer im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2002, Seite 270 veröffentlicht.

Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer ab 2003

Die Kammerversammlung hat beschlossen, ab dem Beitragsjahr 2003 für die Veranlagung zum Kammerbeitrag das Nettoprinzip als Bemessungsgrundlage zu wählen, statt des bisher geltenden Bruttoprinzips.

Nettoprinzip bedeutet, dass Bemessungsgrundlage für die Veranlagung zum Kammerbeitrag die **Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gemäß Einkommensteuergesetz** sind.

Als Einkünfte sind insbesondere bei niedergelassenen Ärzten der Gewinn aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit, also die **Betriebseinnahmen (Umsatz) abzüglich der Betriebsausgaben** und bei beamteten oder angestellten Ärzten deren **Bruttoarbeitslohn** aus unselbständiger ärztlicher Tätigkeit **abzüglich Werbungskosten** zuzüglich Einkünfte aus Mehrarbeit, Bereitschaftsdienste, Poolvergütungen, Abfindungen und aus selbständiger Tätigkeit zu verstehen.

Die Entscheidung für die Bruttoveranlagung wurde 1990 in Anlehnung an die damaligen Partnerlandesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg getroffen. Ein weiterer Grund war die Möglichkeit

12. Sächsischer Ärztetag 26. Kammerversammlung

Dresden
14. und 15. Juni 2002

der niedergelassenen Ärzte, in den ersten Jahren nach der politischen Wende Sonderabschreibungen je nach Fachgruppe **in sehr unterschiedlichem Maße** in Anspruch nehmen zu können. Damit war eine Gleichbehandlung der Ärzte nicht gewährleistet.

Zahlreiche Kammermitglieder, insbesondere aus dem niedergelassenen Bereich, haben in den letzten Jahren die Veranlagung zum Kammerbeitrag nach dem Nettoprinzip aufgrund einer veränderten Einnahmenentwicklung gefordert. Nach Wegfall der Sonderabschreibungsmöglichkeiten steht dieser Änderung keine sachliche Erwägung mehr entgegen.

Folgende Argumente sprechen für das Nettoprinzip:

1. Die Mehrzahl der Ärztekammern in Deutschland legt bei der Beitragsbemessung seiner Mitglieder das Nettoprinzip zugrunde.

Bei der von uns vorgesehenen Beibehaltung des Beitragssatzes in Höhe von 0,6 %, haben von den Ärztekammern, die nach dem Nettoprinzip veranlagten, 2 Kammern einen höheren Beitragssatz, 3 Kammern den gleichen und 4 Kammern einen niedrigeren Beitragssatz. Damit liegt die Sächsische Landesärztekammer im Mittelfeld. In der neuen Beitragsordnung ist vorgesehen, den Mindestbeitrag bei 15 EUR zu belassen und den Höchstbeitrag von derzeit 1.800 EUR auf 2.500 EUR zu erhöhen. Dabei ist anzumerken, dass die meisten Ärztekammern bei der Veranlagung nach den Einkünften keinen oder einen höheren Höchstbeitrag festsetzen.

2. Für alle beitragspflichtigen Kammermitglieder gilt zukünftig nur noch **eine** Beitragstabelle. Demzufolge reduziert sich der Verwaltungsaufwand für die Bearbeitung, insbesondere bei vermuteter geringerer Anzahl von Falscheinstantungen durch die Ärzte in die betreffende Beitragsgruppe und die automatische Beachtung eines eventuellen Tätigkeitswechsels (stationär/niedergelassen) innerhalb des Beitragsjahres.

3. Als Nachweis der Einkünfte ist für alle Kammermitglieder grundsätzlich



Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller

nur noch eine Kopie des Auszuges aus dem Einkommensteuerbescheid des vorletzten Jahres erforderlich. Damit reduziert sich der Prüfungsaufwand im Beitragswesen erheblich, da die Einkünfte eine klare steuerlich definierte und bereits durch das Finanzamt vorgeprüfte Größe darstellen. Die Änderung der Bemessungsgrundlage wurde zum Anlass genommen, die Beitragsordnung insgesamt übersichtlicher zu strukturieren und redaktionell zu überarbeiten. Für die gelegentliche ärztliche Tätigkeit von Senioren mit Einnahmen von mehr als 5.000 EUR jährlich wurde ein pauschaler Kammerbeitrag von 40 EUR festgelegt.

Ansonsten wurden die bisherigen Definitionen, Verfahrensabläufe und Termine im wesentlichen beibehalten.

Personalia

Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller wurde von der Kammerversammlung gemäß Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer § 6 Abs. 1 zur Kaufmännischen Geschäftsführerin bestellt.

Wahl zur Kammerversammlung 2003 bis 2007

Zeitplan für die Wahl der Mandatsträger der Kammerversammlung 2003 bis 2007
Hauptgeschäftsführerin und Landeswahlleiterin, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, hat über die Wahl der Mandatsträger der Kammerversammlung für die Wahlpe-

riode 2003 bis 2007 berichtet. Im „Ärzteblatt Sachsen, Heft 9/2002, wird die Wahlordnung und im Heft 10/2002 der Zeitplan der Wahlen abgedruckt.

Beschlüsse der

26. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 15. Juni 2002 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2001 der Sächsischen Landesärztekammer

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzungsänderung der Beitragsordnung

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzungsänderung der Gebührenordnung

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Jahresabschluss 2001

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Zeitplan für die Wahl der Mandatsträger der Kammerversammlung 2003/2007

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungszertifikates der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer

(bestätigt)



12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin

Beschlussvorlage Nr. 8:

Bekanntgabe der Termine 27. Kammerversammlung und 13. Sächsischer Ärztetag/28. Kammerversammlung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Ärztliche Mitwirkung im Rettungsdienst des Freistaates (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 10:

Hygiene und Infektionsprävention in Alten- und Pflegeheimen (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 11:

Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 12:

Zusammenarbeit der für die Miss-handlung von Kindern zuständigen Stellen (Ärzte und Jugendämter) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 13:

Weiterbildungsstellen in den Fächern „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ und „Hygiene und Umweltmedizin“ (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 14:

Gesundheitsberichterstattung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 15:

Die forcierte Durchsetzung von DMP bringt Chancen für die Ärzteschaft, bringt aber auch unkalkulierbare Risiken. (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 16:

Hausärztliche und Fachärztliche Versorgung (bestätigt)

Die Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer, die Beitragsordnung, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung und die Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungszertifikates der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut in diesem Heft, S. ... im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ amtlich bekannt gemacht.

Zitate vom 12. Sächsischen Ärztetag (zusammengestellt von Herrn Dr. Lutz Liebscher)

Präsident: Arztsein ist Berufung – nicht Gewerbe. Geld regiert nicht die Welt, sondern die Regierungen der Welt.

Dr. Lipp: In der Öffentlichkeit werden Leitlinien als „Erlös vom ärztlichen Schwach-

sinn“ proklamiert.

Prof. Haupt: Wir waren schon weiter, als wir vom Patienten als ganzen Menschen und nicht von „der Galle“ sprachen.

Frau Prof. Riha: Wir tun so, als wenn es unveränderte Natur gäbe – sobald der Mensch ins Spiel kommt eigentlich unmöglich. Hippokratisches Ethos = Reduktion der Erwartungen und des Handelns auf das menschliche Maß.

Prof. Leititis: Gesundheitskosten sind nicht mit dem Lebensalter korreliert. Teuer sind in jedem Alter nur die letzten 2 bis 5 Lebensjahre!

Frau Prof. Froster: Bei aktueller Diskussion um die Ethik kann man sich nicht auf alte Gesetze beziehen!

Präsident: Das Thema darf nicht mehr heißen „Ethik contra Monetik“ sondern „Ethik und (trotz) Monetik“.

Kant: „Das Gewissen ruht nie!“ – Möge es nie ruhen! (Anmerkung des Schriftführers Dr. Liebscher)

Bekanntmachung der Termine

Die 27. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem **9. November 2002** und der **13. Sächsische Ärztetag/28. Kammerversammlung**- am Freitag/Sonnabend, dem **27./28. Juni 2003** statt.

»Abschied von Hippokrates«? Konstanz und Wandel im ärztlichen Selbstverständnis

Prof. Dr. med. Dr. phil.
Ortrun Riha
Universität Leipzig

Der in der Überschrift zitierte Buchtitel des 1981 von Ulrich Wolff vorgelegten Bandes zur ärztlichen Standesethik war seinerzeit nicht nur als Feststellung, sondern durchaus als Forderung zu verstehen: Sich auf Hippokrates als Identifikationsfigur zu berufen, erschien einfach nicht mehr zeitgemäß. Für Julius Hackethal, der eines seiner Bücher mit „Der Meineid des Hippokrates“ überschrieb, stand dieser Vater der wissenschaftlichen Medizin, als der Hippokrates spätestens seit Celsus, also

seit dem 1. Jhd. n. Chr., gilt, sogar am Anfang einer Ärzteverschwörung gegen die Interessen der Patienten. Die Figur dieses griechischen Arztes lässt sich vielfältig funktionalisieren, sowohl für die zitierte Medizinkritik als auch für erhebende Festreden, die der Beschwörung eines traditionsreichen ärztlichen Ethos dienen. Beides werde ich im Folgenden vermeiden. Ich will mich auch nicht mit der Frage beschäftigen, was am heutigen Arztbild bzw. am heutigen ärztlichen Selbstverständnis „hippokra-

tisch“ im historisch korrekten Sinn zu nennen ist. Mein Thema hat vielmehr die verschiedenen Einflussfaktoren auf das ärztliche Selbst- und Fremdbild zum Gegenstand. In einer Zeit des Wandels ist ab und zu eine solche Standortbestimmung hilfreich.

Pluralismus

In einer Umbruchphase ist vor allem zu prüfen, was unter (allen?) Umständen vom Überkommenen erhaltenswert erscheint. Gerade weil

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin



Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha

manche Veränderungen von vielen Kolleginnen und Kollegen als von außen aufgezwungen empfunden werden, bietet sich ein Forum wie der Sächsische Ärztetag an, um eine Diskussion in Gang zu bringen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Berufsstand selbst die Initiative ergreift, Widerstand gegen unliebsame Entwicklungen leistet und als Motor statt als Getriebener aktiv wird. Einfach wird das nicht werden, denn wie in unserer pluralistischen Gesellschaft so herrscht auch innerhalb der Ärzteschaft Meinungsvielfalt, und die einzelnen Gruppen haben darüber hinaus divergierende Interessen (zum Beispiel Allgemeinärzte gegenüber Fachärzten, junge gegenüber älteren Ärzten, niedergelassene gegenüber angestellten Ärzten, leitende gegenüber untergeordneten Ärzten), was im Übrigen von der Politik nach dem Prinzip „divide et impera“ oft ausgenutzt wird. Einen Konsens über ärztliche Standestugenden jenseits der Berufsordnung, über „die“ ultimative Arztrolle oder über ein einzig vertretbares idealtypisches Selbstbild wird man also nicht erzielen. Ich halte ihn nicht einmal für wünschenswert, denn das wäre die Vorstufe zu einer ungunstigen Ideologisierung und würde die Handlungsoptionen aller Akteure unnötig einschränken. Sowohl in der Ärzteschaft als Ganzes als auch in jedem und jeder Einzelnen von uns finden sich Widersprüchlichkeiten und eine Art „Patchwork“ aus Tradition und Gegenwart.

Ärztliches Ethos

Die Aussage, dass der Arztberuf kein Beruf wie jeder andere ist, dürfte trotzdem auf Zustimmung stoßen. Bezug genommen wird damit

auf einen Wertekanon, der einerseits aus den Ansprüchen jeder Ärztin und jedes Arztes an sich selbst und andererseits aus den Anforderungen der Gesellschaft erwächst. Das ärztliche Selbstbild von heute ist – je nach Situation, Fachdisziplin, persönlichen Präferenzen und individueller Begabung – eine Mischung aus Helferfigur, mitmenschlich-solidarischer Begleitung, Expertenwissen, Beratung, Katastrophenmanagement, Respekts- und Vertrauensperson, Garantenstellung sowie Gesprächs- und Vertragspartnerschaft. Mit einer solchen Vielfalt und Flexibilität entspricht es auch den ganz unterschiedlichen Patientenerwartungen und Bedürfnissen. Ein und dieselbe Arztpersönlichkeit wird je nach Gegenüber und aktueller Aufgabe verschiedene Facetten dieses Bildes hervorheben. Angesichts dieses breiten Spektrums, aus dem man einfach nicht „gute“ und „schlechte“ oder „richtige“ und „falsche“ Varianten aussondern kann, wird ersichtlich, wie ausgeprägt sich die eigene Vorstellung vom „guten Arzt“ und die Anforderungen von „außen“ wechselseitig beeinflussen; „außen“ bedeutet sowohl den einzelnen Patienten als auch den gesellschaftlichen Kontext. Der Facettenreichtum des modernen ärztlichen Selbstbildes ist nicht etwa eine Bankrotterklärung hinsichtlich der traditionellen ärztlichen Werte, sondern bietet diesen vielmehr breiteren Raum zur Verwirklichung als dies eine Einengung auf einen einzigen Rollentypus böte. Verantwortungsgefühl, Fürsorglichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Pflichtbewusstsein, Genauigkeit und Verschwiegenheit, um nur einige „konservative“ Werte zu nennen, sind jenseits nötiger Anpassung und ungeachtet aller gesellschaftlichen Veränderungen von ungebrochener Aktualität und unbezweifelnder Notwendigkeit.

Dagegen dürften Uneigennützigkeit und Selbstaufopferung im Zeitalter der Arbeitnehmerrechte, der Freizeitgesellschaft und der partnerschaftlichen Teilung von familiären Aufgaben eher im Rückgang begriffen und kaum noch zustimmungsfähig sein. Der Ausbeutung hochqualifizierter und hochbeanspruchter menschlicher Arbeitskraft sollte nicht mittels moralischer Vorhaltungen das Wort geredet werden. Die vergleichsweise geringe Vergütung ärztlicher Tätigkeit, die weder die langen Ausbildungszeiten noch die hohe Verantwortung spiegelt, ist im Übrigen ein Zeichen dafür, wie viel bzw. wie wenig unserer Gesellschaft ihre Kranken wert sind. Der aktuelle Ärztemangel ist dazu eine nachvollzieh-

bare Art der „Abstimmung mit den Füßen“ seitens des Nachwuchses.

Die „Modernisierung“ des Lebens hat dem ärztlichen Ethos eine Reihe positiver Elemente zugefügt. Solche Komponenten sind zum Beispiel einerseits die Möglichkeit der Objektivierung ärztlichen Handelns und die Einsicht in die Notwendigkeit, Fachkompetenz ständig zu verbessern und neu zu erwerben, andererseits die Ausrichtung auf das kranke Individuum mit seinen persönlichen Bedürfnissen und der Respekt vor dem Patienten als Gegenüber mit eigenen Vorstellungen in jeder Lebensphase. Der Arztberuf gehört zu den wenigen Tätigkeiten, bei denen ein Anspruch auf Professionalität mit einem bestimmten Ethos untrennbar verknüpft ist.

Das anspruchsvolle idealtypische Wertespektrum wird nicht durch Alltagserfahrungen von Unfreundlichkeit, „Sachzwängen“, Konkurrenzkämpfen, Verteilungskämpfen, Unachtsamkeiten oder Abrechnungsmogeleien relativiert, denn Ärzte sind schließlich nur Menschen und keine heroischen Lichtgestalten. Dass Zielgebote nicht immer und überall eingehalten werden, spricht nicht gegen ihre Bedeutung als identitätsstiftender Orientierungsmaßstab für den gesamten Berufsstand. In der negativen Außenwirkung sind solche menschlich verständlichen Defizite allerdings nicht zu unterschätzen.

Patientenautonomie

In der gegenwärtigen Chamäleonhaftigkeit des ärztlichen Selbstbildes spiegelt sich das in Medizinerkreisen ungeliebte Schlagwort von der Patientenautonomie, es ist also keineswegs ein importierter Fremdkörper. Würde man die missglückte Entlehnung des Fremdworts „Autonomie“ aus dem angelsächsischen Kontext („autonomy“) durch das korrekte deutsche Äquivalent „Selbstbestimmungsrecht“ ersetzen, gäbe es viele Konflikte zu diesem Aspekt gar nicht. Die Fähigkeit, das situativ angemessene Verhalten aus dem Repertoire des Möglichen zu entnehmen, ist längst zur ärztlichen Schlüsselqualifikation schlechthin geworden. Darin wird ein wesentliches und grundlegendes Charakteristikum der medizinischen Ethik erkennbar, das selbstverständlich, ja banal erscheint: Da jeder Kranke anders ist, gibt es keine universell einsetzbaren Patentlösungen für alle, sondern jede Entscheidung muss individuell getroffen und auf den bzw. mit dem jeweiligen Patienten abgestimmt werden, um im Einzelfall „richtig“ zu sein.

Dass die Betroffenen ein Mitspracherecht darüber haben müssen, was sie für sich wünschen und was nicht, sollte in einer Demokratie nicht irritieren. Dass sie ferner in einer immer komplizierteren Welt dabei auf umfassende Information und fachkundige, wenn gleich ergebnisoffene Beratung angewiesen sind, auf deren Basis fundierte Entscheidungen getroffen werden können, versteht sich gleichfalls von selbst. In den schwierigsten Lebenssituationen wird dem einzelnen Bürger Entscheidungskompetenz zugetraut, warum sollten körperliche Belange da eine Ausnahme darstellen? In der Frage, wie viel Aufklärung und wie viel Wahrheit jemand erträgt bzw. ertragen muss, scheiden sich die Geister. Bei aller geforderten Berücksichtigung individueller Konstellationen erleben wir momentan innerhalb einer Ärztegeneration eine tendenzielle Verschiebung von paternalistisch-wohlmeinender Schonung hin zu zugemuteter Offenheit, da der Nachwuchs von vornherein überwiegend mit vorinformierten, kritischen und „mündig“ auftretenden Patienten konfrontiert wird, die – weder in der Medizin noch sonst – keineswegs alles glauben und hinnehmen, was ihnen „Experten“ empfehlen. Die vertrauensvollen Kranken, die eine fürsorgliche Elternfigur suchen und gern Autonomie abgeben, sterben langsam aus.

„Verrechtlichung“ der Medizin?

Die moderne Gesellschaft, die zur Regulierung aller Lebensbereiche neigt, billigt keinem Beruf eine Sonderstellung zu, auch der Medizin nicht; der Verweis auf ein wie immer geartetes „Ethos“ reicht ihr nicht. Die Ärzteschaft steht nicht außerhalb des Rechts und muss zudem besonders vorsichtig sein, weil ärztliche Tätigkeit in das hohe Gut der körperlichen Unversehrtheit von Menschen eingreift. Dies sei vorausgeschickt, weil im Kollegenkreis häufig die Klage zu hören ist, „die Juristen“ („die Rechtsprechung“) reden in ärztliche Zuständigkeiten hinein und zwingen Ärzte zu Maßnahmen, die diese für sinnlos und kontraproduktiv hielten. Die Reaktion ist bekannt: eine planlose, sehr teure und letztlich unprofessionelle „Defensivmedizin“ unter der in der Regel falschen Prämisse, man mache sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig, wenn einem Patient nicht alle zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu Teil werden. In Wirklichkeit lassen sich die (letztinstanzlichen) Verurteilungen solcher

Fälle an den Fingern abzählen und beschränken sich auf grobe Fahrlässigkeit und eklatante fachliche Fehleinschätzungen. Auch auf dem Klageweg vor dem Sozialgericht erstrittene Kassenleistungen, die zuvor von ärztlicher Seite wegen zu erwartender Nutzlosigkeit abgelehnt worden waren, sind kein Massenphänomen. Dass Patienten bzw. Angehörige heute schnell mit dem Anwalt drohen und – nicht zuletzt auf Grund ihrer Rechtsschutzversicherungen – klagefreudig sind, verstärkt den schiefen Gesamteindruck ärztlichen Getriebenseins. Solange Aufklärungspflicht und Sorgfalt nicht verletzt wurden, kann jedoch nicht viel passieren. In diesem Punkt beginnt sich ärztlicherseits jedoch ein neues Verhalten zu etablieren, das Qualitätssicherung durch Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Abläufen anstrebt, und zwar nicht nur bei Routinevorgängen, sondern auch bei klinischen Dilemmata. Eine strukturierte Analyse von Problemen wirkt in mehrfacher Hinsicht entlastend. Die Nachfrage an Ethik-Weiterbildung zeigt, dass die traditionellen „Entscheidungen aus dem Bauch des Chefarztes heraus“ out sind.

Medizin als Garantieleistung?

Die meisten Klagen unzufriedener Patienten wegen vermeintlicher Fehler, Unterlassungen oder Versäumnisse sind völlig substanzlos, wenn auch hochgradig lästig. Sie verdeutlichen jedoch eine Irritation, die in der Öffentlichkeit dadurch ausgelöst wird, dass die Medizin trotz aller eingesetzten Technik genau ein Merkmal technisierter Abläufe nicht hat, nämlich die Vorhersehbarkeit und die Er-

folgsgarantie. Nicht nur, dass die Prognostik schwach ausgebildet ist – es ist angesichts der verbreiteten Verinnerlichung eines technischen Körpermodells vielen Menschen unklar, dass das Prinzip des Organischen ein Krankenhaus von einer Autoreparaturwerkstatt unterscheidet. Das iatrotechnische Konzept ist durchaus leistungsfähig und alltags-tauglich (ich nenne als Beispiel nur die Senkung von Vor- oder Nachlast bei Herzpatienten), aber bildhafte Entlehnungen aus den Ingenieurwissenschaften machen den Menschen nicht als Ganzes zu einer Maschine. Allen Bürgern dürfte an einem funktionierenden Verbraucherschutz gelegen sein und der Wunsch, Gesundheit zur Garantieleistung zu machen, ist angesichts unserer auf Absicherung aller Risiken bedachten Zeit verständlich. Die Analogisierung von Patient und Konsument wird aber schlicht an der Körperlichkeit des Menschen scheitern.

Kommerzialisierung?

Bei Überlegungen zu unerwünschten Außen-einflüssen auf die Medizin wird stets an exponierter Stelle über ökonomische Zwänge geklagt. Problemlos bezahlbare Ein-Klassen-Medizin auf höchstem Niveau bei gleichzeitig hohen Arzteinkommen für alle hat es aber in der Geschichte nie gegeben und gibt es auch heute nirgends auf der Welt. Diese paradiesische Vorstellung gründet auf den (durch die zeitliche Distanz eingebneten) Erinnerungen an die vom Überschwang des Wirtschaftswunders geprägten Nachkriegsjahre der alten Bundesrepublik, die bis in die 70er Jahre hinein gewirkt haben. Verglichen mit

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin

den heutigen Möglichkeiten der Medizin nehmen sich die damaligen Leistungen jedoch geradezu rührend aus, und selbst seinerzeit hat keineswegs „jeder“ „alles“ bekommen: Die Krankenhausbetten waren beispielsweise streng nach „Klassen“ unterteilt und das vor allem von den Damen perhorreszierte „Kassengestell“ der nötigen Brille dürfte unvergessen sein. Dass in der DDR „jeder“ „alles“ bekommen hätte, gehört gleichfalls ins Reich der *Laudatio temporis acti*, schon weil aus Ressourcenmangel gar nicht „alles“ zur Verfügung stand. Die absurderweise heute weithin beklagte Ungleichbehandlung war seinerzeit Teil des Systems und resultierte nicht aus unterschiedlichen Einkommen, denn die waren nivelliert, sondern aus Beziehungen. Eine Zeitlang konnten immer höhere Aufwendungen, die sich die BRD bei wirtschaftlicher Prosperität leistete, die explodierenden medizinischen Angebote noch auffangen, doch inzwischen ist die Schere zwischen Möglichem und Bezahlbarem weiter gewachsen und die Defizite vergrößern sich durch die immensen Transferleistungen nach der Wiedervereinigung sowie durch Rückgang der Einnahmen bei hoher Arbeitslosigkeit und demographischem Wandel. Eine Lösung, die alle glücklich macht, gibt es nicht, aber nach den Wahlen im September wird unabhängig vom Namen des Siegers der Einstieg in eine Mehr-Klassen-Medizin sowie eine Diskussion über Rationierungskriterien beginnen. Aus ethischer Sicht ist eine solche Transparenz von Allokationsentscheidungen, auch wenn sie anfangs schmerzlich erscheint, weniger problematisch als das verdeckt-verschämte Agieren heute, das Ärzte als unfreiwillige „gate-keeper“ tagtäglich in missliche Situationen bringt. „Kommerzialisierung“ wird gerade hierzulande gern als Schimpfwort benutzt, um diffuse Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen, dabei wäre es hilfreich, im Gesundheitswesen, das ja ein wichtiger Wirtschaftsfaktor ist, etwas weniger „Sozialismus“ walten zu lassen. Die Ärzteschaft – immerhin ja ein Standesberuf – sollte sich aktiv an den Diskussionen zu Gunsten von mehr Freiheit beteiligen, anstatt der irrigen These anzuhängen, zum ärztlichen Ethos gehöre Desinteresse an Fragen der Ökonomie. Verantwortungsvoller Umgang mit knappen Ressourcen ist kein moralischer Makel, ebenso wenig wie es ehrenrührig ist, für erbrachte Leistungen angemessen bezahlt werden zu wollen.

Bürokratisierung

Wie letzten Sommer im Deutschen Ärzteblatt zu lesen war, ist Deutschland nicht nur in Wirtschaft und Bildung, sondern auch im Bereich Gesundheit trotz seiner erheblichen Ausgaben bestenfalls europäisches Mittelmaß. Die bisher aus dem ärztlichen Grundprinzip der Individualmedizin abgeleitete Variabilität der Therapie auf der Basis einer riesigen Angebotspalette und der weit gehende Verzicht auf eine Kontrolle von Erfolg und Compliance sind nicht nur teuer, sondern haben sich – auch wenn Einzelne profitiert haben mögen – im Ganzen als nachteilig für die Patienten erwiesen. Der augenblicklich leidenschaftlich diskutierte Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin, Qualitätsstandards mittels (leider wenig ausgelegener) Leitlinien wenigstens für vier ausgewählte Krankheiten zu sichern, ist also analog zum Aktionismus nach dem „Pisa-Schock“ zu verstehen und durchaus von Verbesserungsbestrebungen motiviert. Nun trifft es jedoch das ärztliche Selbstverständnis ins Mark, alle Kranken nach bürokratischen Vorgaben über einen Kamm scheren zu sollen, zumal das Konzept verunglückt bzw. zumindest im jetzigen Stadium nicht brauchbar ist: Eine scheinbar plausible (und im Interesse der Patientinnen und Patienten auch dringend nötige) Lösung wird durch Kompromisse ins Sinnlose verwässert und durch großen, aber ins Leere laufenden Verwaltungsaufwand schon im Vorfeld ins Absurde gewendet. Außerdem ist das avisierte Vorgehen durch inadäquate Anreize ein vorhersehbares finanzielles Desaster. Leitlinien dieser Art sind eine Totgeburt, denn passiver Widerstand seitens der Ärzte ist vorprogrammiert. Trotzdem muss die Frage nach der Qualität ärztlichen Tuns gestellt werden. Es wäre aber tatsächlich ein Armutszeugnis für die Ärzteschaft, wenn sich die medizinischen Fachgesellschaften nicht auf Präventions- und Behandlungsempfehlungen einigen könnten und dafür Ministerialbeamte bräuchten. Nur so könnte auch Raum für die in Einzelfällen nötige Therapiefreiheit geschaffen und Bevormundung verhindert werden. Dass allerdings das Ganze nur funktioniert, wenn die Eigenverantwortung des Patienten unter Umständen auch mit Sanktionen eingefordert wird, sollte ehrlicherweise dazu gesagt werden, das aber werden die Wähler überhaupt nicht gern hören, zumal fraglich ist, ob sich das mit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen vereinbaren lässt.

Die Bürokratisierung ärztlicher Arbeit ist jedoch schon längst in vollem Gang. Jede Umfrage zur Verteilung der von Ärzten für verschiedene Aufgaben aufgewandten Zeit bringt ans Licht, dass die Verwaltung vor allem auf Kosten menschlicher Zuwendung zunimmt. Auch das schafft Unzufriedenheit beim Nachwuchs, zumal Positionen in Krankenhausverwaltung und Gesundheitsbürokratie bei günstigerer Arbeitszeit oft besser dotiert sind.

Technikfeindlichkeit

Kritik an der modernen Medizin erwächst jedoch noch zum wenigsten aus der mangelnden Qualitätskontrolle, sondern überwiegend aus handfester Technikfeindlichkeit. Da sich eine solche Attitüde paradoxerweise aufgeklärt und nachdenklich gibt, dominiert sie vielfach die Diskussion um zentrale medizinische Probleme und beeinflusst als Parteiencredo politische Entscheidungen von nicht geringer Tragweite. In trauriger Erinnerung dürfte noch die aufgeregte Diskussion vor fünf Jahren um die angeblich freigegebene Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen sein, die die Unterschrift Deutschlands unter die Bioethik-Konvention des Europarats verhindert hat, obwohl die erhobenen schlimmen Vorwürfe angesichts der Formulierungen im Textentwurf gänzlich unhaltbar waren. Unvergessen ist auch die Debatte um die Anerkennung des Hirntods als Tod des Menschen, die in ihrer Emotionalität beinahe die dringend nötige Verabschiedung eines Transplantationsgesetzes (in Kraft seit Dezember 1997) verhindert hätte. Die Leitmotive der ablehnenden Stimmen waren neben der Infragestellung des Kriteriums als ungeeignet und unsicher sowie einer vermeintlichen Reduktion der menschlichen Ganzheitlichkeit auf ein Organversagen insbesondere der Vorwurf eines Machtmissbrauchs der Medizin und vor allem die Unterstellung ökonomischer Interessen.

Vor allem die Intensivmedizin ist in diesem Kontext bei den Meinungsmachern in Verruf geraten. Die seit einigen Jahren immer wieder aufkommende Forderung nach Möglichkeiten aktiver ärztlicher Sterbehilfe speist sich – nicht nur, aber auch – aus Horrorszenerarien von hirmtoten Schwangeren, beatmeten Leichen und Menschen in einem künstlichen Schwebestadium zwischen Leben und Tod, die „die Ärzte“ nicht sterben lassen. Diese verbreiteten Irrationalitäten müssen in Rechnung gestellt werden, wenn es um die

Einschätzung von restriktiven Patientenverfügungen und den Umgang mit rabiaten Patientenanwälten geht. Solche Tendenzen gehen natürlich an der Ärzteschaft nicht spurlos vorbei und könnten mittelfristig dazu führen, dass beispielsweise das Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid aus der Berufsordnung verschwindet. Als kleiner Trost sei noch gesagt, dass auch die viel geschmähten Juristen nicht immun gegen Technikfeindlichkeit sind; vielmehr ist das der Grund, weshalb ich soeben hinsichtlich vermeintlich aufgezwungener Maximaltherapie wider Willen Entwarnung gegeben habe.

Neoromantik

Momentan ist die Molekulargenetik (meist pauschal und falsch als „Gentechnologie“ bezeichnet) der Buhmann der öffentlichen Meinung, was auch negative Auswirkungen auf die Pränatal- und Reproduktionsmedizin bzw. auf die darin Tätigen hat. Häufig wird das Argument von der „Heiligkeit der Natur“ im Zusammenhang mit der Ablehnung genetischer Forschung benutzt, bisweilen wird sogar der Begriff der „Schöpfung“ ins Spiel gebracht, sogar von völlig säkular orientierten Personen. Nun gibt es aber keine „Natur“ mehr, sobald der Mensch ins Spiel kommt, und selbst wenn es „Natur“ als Kontrast zur „Kultur“ gäbe, wie es sich das 18. Jahrhundert ausgemalt hat, wäre die Natur nicht „heilig“, jedenfalls nicht nach abendländischer Vorstellung. Bedenklich werden solche naturalistischen Argumentationen, wenn in diesem Zusammenhang etwa die „Natürlichkeit“ der Lebensspanne als Kriterium für Behandlungsbegrenzung oder Allokationsentscheidungen ins Feld geführt wird. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Ärzteschaft selbst inzwischen durchaus anfällig für diese im Meinungstrend liegenden Versuche geworden ist. Dabei käme niemand ernsthaft auf die Idee, das ganze Handeln der Medizin, das ja sehr wohl in „natürliche“ Abläufe eingreift, mit solchen Einwänden verdammen zu wollen. Eingriffe ins Genom wecken jedoch Ängste vor unvorhersehbaren und unkontrollierbaren Folgen dieses Tuns. Die Freisetzung genveränderter („genmanipulierter“) Pflanzen wird zum Menetekel, da sie genetische Veränderungen am Menschen gleichsam vorweg nimmt. Es werden die Züchtung von Über- und Untermenschen und Designerbabies nach Maß imaginiert. Peter Sloterdijk sah schon die

Evolution in Menschenhand und Francis Fukuyama, der nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion schon das „Ende der Geschichte“ sah, phantasiert jetzt vom „Ende des Menschen“, der durch Kunstprodukte ersetzt werde. Solche Szenarien erscheinen als Tabubruch, als die Hybris der Griechen, und das zieht – wie das unbedachte Handeln von Goethes Zauberlehrling – als Strafe fatale Folgen nach sich. Nicht umsonst hat Mary Shelley ihrem Roman ‘Frankenstein’ den Untertitel ‘Der neue Prometheus’ gegeben. Schon um 1800 diskutierte man über künstliche Menschen aus der Retorte und das Übel, das daraus möglicherweise erwächst. Es mag uns naiv scheinen, welch große und unrealistische Befürchtungen (und gleichzeitig Hoffnungen) damals mit mechanischen Puppen („Automate“), wie der Puppe Olimpia aus ‘Hoffmanns Erzählungen’, verbunden waren. Die Gegenwart sieht sich jedoch in einer ganz ähnlichen Situation der Verunsicherung und erlebt die molekulare Genetik wiederum als eine gefährliche Grenzüberschreitung. Wenn dann noch einzelne ruhmstüchtige Mediziner, wie der italienische Gynäkologe Antinori, sich mit Klonierungsexperimenten brüsten, dürfen wir uns nicht über die entsprechende Aufregung wundern.

Herausforderung Komplementärmedizin

Das Selbstverständnis der modernen Medizin als „wissenschaftlich“ stößt also auf nicht zu unterschätzende wissenschaftsfeindliche Tendenzen in Medien und Politik. Forschung wird als eigennützig, Ressourcen verschwendend, umweltschädlich, menschenfeindlich und dazu noch sinnlos dargestellt. Kein Wunder, dass uns in Deutschland die Naturwissenschaftler und Ingenieure ausgehen! Insbesondere der sich als Experte für Gesundheitsdinge verstehende Arzt erscheint als in Laborwerte verliebter und auf Geräteinsatz versessener Technokrat. Unter dem Eindruck dieses merkwürdigen Zerrbildes gewinnen esoterische komplementärmedizinische Richtungen Zulauf, die wesentlich weniger leistungsfähig sind als die „Schulmedizin“ der Gegenwart, die aber den Anspruch erheben, sich dem kranken Menschen „ganzheitlich“ zuzuwenden. Die Vertreter der „Alternativmedizin“ gewinnen ihre Kunden auch aus strukturellen Defiziten des Gesundheitssystems, das beispielsweise Gespräche nur gering honoriert, und sie leben auch davon, dass viele Ärzte heute die psychische Kom-

ponente und die Bedeutung des individuellen Verarbeitens von Krankheit („Coping“) seitens des Patienten sowie den Einfluss der Arztpersönlichkeit auf den Heilerfolg unterschätzen, sich also den „technokratischen Schuh“ angezogen haben. Genau dieser passt aber ganz schlecht für die Begleitung von chronisch Kranken und Schmerzpatienten. Die Lösung kann nicht darin liegen, aus ökonomischen Gründen diesem Trend nachzulaufen und nun selbst Mittel von zweifelhaftem Wert zu verordnen, denn das bedeutete die Aufgabe eines wesentlichen Teils des ärztlichen Selbstverständnisses der Gegenwart. Ich plädiere nicht für einen Rückfall in Zeiten, als die Medizin Naturphilosophie war, sondern für eine Besinnung darauf, dass die Medizin außer „Wissenschaft“ und „Technik“ immer auch „Kunst“ war; die angelsächsische Differenzierung von „science of medicine“ und „art of medicine“ greift diese nun tatsächlich „hippokratische“ Konzeption auf. Nicht wer sich dessen bewusst ist, dass der „Arzt als Droge“ dem Patienten gegenüber tritt, und entsprechend agiert, ist ein Scharlatan, sondern wer ohne Berücksichtigung der mit der naturwissenschaftlichen Medizin nicht kompatiblen komplementärmedizinischen Körper- und Krankheitsmodelle nach Markterfordernissen scheinbar „sanfte“ Rezepte ausstellt.

Medizin als Religionsersatz

Nicht nur die Anhänger, sondern auch und gerade die schärfsten Gegner der sog. „Schulmedizin“ wünschen sich fachlich perfekte, charakterlich integre, finanziell unabhängige, kurzum (über)menschlich vollkommene Ärztinnen und Ärzte, und deshalb werden vermeintliche oder tatsächliche „schwarze Schafe“ von der Öffentlichkeit gnadenlos verfolgt. Trotz der meist von Unwissenheit und Resentiments gekennzeichneten medialen Skandalisierung von Kunstfehlern oder vermeintlicher Bestechlichkeit ist das Sozialprestige des Arztberufs in der Bevölkerung seit Jahrzehnten konstant hoch, was ja eine Art Vertrauensbeweis darstellt. Ich habe daher den Eindruck, dass der größte Teil der Kritik, die gegenüber der modernen Hochleistungsmedizin laut wird (sie sei technikversessen, unpersönlich, kommerzialisiert usw.), paradoxerweise aus unendlich hohen Erwartungen an umfassende und uneigennützig Heilsbringer erwächst. Nur durch solche Zuschreibungen aus Hassliebe, nicht etwa auf der Basis von Eigenwerbung, werden Ärzte als „Götter

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin

in Weiß“ imaginiert und jedes Versagen – sei es durch menschliche Fehler oder durch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten – erscheint gleich als existenzielle Kränkung. In der säkularen Gesellschaft sind es nur noch die Ärzte, an sich die Menschen in Grenzsituationen des Lebens wenden können, denn sie lassen sich durch den Fitnesskult und Leistungsprinzip nicht von der Begleitung chronisch Kranker abhalten, sie widmen sich trotz Jugendlichkeitswahn der medizinischen Betreuung multimorbider alter Menschen und sie begleiten Todkranke auf dem Sterbebett. Die Medizin wird als der weltliche Hort menschlicher Solidarität und Auffangbecken gesellschaftlicher Defizite zum Religionsersatz. Auf sie werden utopische Hoffnungen und unendliche Problemlösungskompetenzen projiziert. Die Medizin sollte sich also den Vorwurf der angeblich inhumanen Technisierung nicht verschämt gefallen lassen. Die in die Naturwissenschaft verliebte moderne Welt erwartet für menschliche Sorgen und auch für politische Aufgaben naturwissenschaftliche oder zumindest naturwissenschaftlich begründete Lösungen, und da bietet sich die im Überschneidungsfeld von Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften angesiedelte Medizin an. Die Erfahrungen mit dem Versuch einer biologischen Lösung für soziale Probleme im Nationalsozialismus (Eugenik, Sterilisierungen, Euthanasie) waren allerdings so negativ, dass sich die Medizin jetzt bei politischen Großprojekten zurückhält und nicht mehr so leicht funktionalisieren lässt. Sie versorgt aber dafür im Kleinen die Menschen mit Arznei nicht nur gegen körperliche Beschwerden aller Art, sondern auch gegen alle Kümernisse, Sorgen, Ärger und Stress und wird darin immer leistungsfähiger. Ein beachtlich hoher Bevölkerungsanteil kommt nur noch abgeschirmt durch Stimmungsaufheller, Aufputzmittel und Tranquilizer durchs Leben.

„Medikalisierung“

Diese Entwicklung von der *Conditio humana* zur behandlungsbedürftigen Krankheit wird von Kritikern als „Medikalisierung“ des Le-

bens bezeichnet, womit sie den Finger darauf legen, dass die Ärzteschaft von diesem Zuwachs an Aufgaben gut lebt und sich im Machtgewinn als Experte für alles Menschliche sonnt. Entgegenzuhalten ist dieser These jedoch, dass die Medizin ohne das vorausgehende gesellschaftliche Vakuum und ohne die wachsenden Ansprüche an das persönliche Wohlbefinden nicht in die entstandene Brechschleife hätte springen können. Die oft gehörten, aber deswegen nicht rundum berechtigten Vorwürfe, die moderne Hochleistungsmedizin versage vor ihren Herausforderungen auf menschlichem Gebiet, kommen einzig daher, dass außer der naturwissenschaftlich basierten Fachkompetenz und den erwähnten situationsethischen Qualitäten von den Ärztinnen und Ärzten auch noch die Stillung der spirituellen Bedürfnisse der kranken Menschen verlangt wird. Das aber ist nun einmal keine ärztliche Aufgabe und war es nie. Es ist schon genug, diese Erwartung zur Kenntnis zu nehmen, bei einem Patienten ein solches Verlangen zu erkennen und je nach Umständen psychologische, sozialpädagogische oder seelsorgerische Unterstützung oder auch nur einen geduldigen Zuhörer zu organisieren. Es wäre tragisch, wenn aus Unsicherheit bei Schwerkranken deswegen ärztliche Hilfe und persönliche Kontakte reduziert würden, nur weil sich die behandelnden Ärzte in puncto sinnstiftender Patentlösungen nicht kompetent fühlen. Nicht einmal Seelsorger verfügen über eine „black box“ mit universell einsetzbaren Antworten. Zum ärztlichen Ethos gehört die Zuständigkeit für die Letzten Dinge sicher nicht.

Utopien

Bislang scheiterten zwar alle gentechnischen Anwendungsversuche und die Hoffnungen, die man in die Genchirurgie bei der Bekämpfung von bösartigen Tumoren oder Erbkrankheiten gesetzt hat, haben sich bisher nicht erfüllt. Die aggressive Metapher vom Kampf gegen den Krebs schreit jedoch nach einem Sieg. Dazu kommt die uralte Utopie der Medizin, Krankheiten endgültig ausrotten zu können, sie nicht mehr im Nachgang lindern

zu müssen, sondern sie präventiv gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch wenn allgemein bekannt ist (oder sein sollte), dass keineswegs alle Krankheiten genetisch bedingt sind, dass eine genetische Veranlagung für eine Erkrankung nur etwas über Wahrscheinlichkeiten aussagt und der Lebensstil eine große Bedeutung hat und dass die so genannten Behinderungen nur zu einem kleinen Teil genetisch bedingt sind, weil die weitaus meisten aus Unfällen resultieren, wird die gegenwärtige Diskussion von einer auffallenden Überschätzung der molekularbiologischen Möglichkeiten dominiert. Die erwähnten Befürchtungen, die sehr tief in unserer Kultur verankert sind, speisen sich aus fast unbegrenzten Machbarkeitsphantasien. Das alte Motiv des Jungbrunnens, der dauerhafte Jugend und Schönheit garantiert, feiert heute seine Wiederauferstehung. Da die Perspektive eines Ewigen Lebens in unserer säkularen Gesellschaft verloren gegangen ist, richtet sich das ganze Interesse auf eine möglichst umfangreiche Verlängerung des irdischen Daseins, natürlich in bester Lebensqualität. Das gewünschte Ideal wird scheinbar zum Standard. Für Ärztinnen und Ärzte, die ja in der Regel überwiegend mit Personen zu tun haben, die nicht jung, schön und gesund sind, besteht die ethische Herausforderung darin, in ihrer Bewertung von „qualitätvollem“ bzw. „lebenswertem“ Leben nicht solchen Tendenzen nachzugeben, ja, sich vielleicht sogar als Lobby für Interessengruppen zu verstehen, die nicht den gesellschaftlichen Leitbildern entsprechen. Wahrscheinlich ist dieser Aspekt derjenige, bei dem sich das ärztliche Wertesystem am ausgeprägtesten vom Trend der Zeit abhebt. Medizin kann keine Wunder wirken, insofern ist eine Reduktion der überspannten Erwartungen auf das Menschenmögliche das Gebot der Stunde.

Literatur bei der Verfasserin:

Anschrift der Verfasserin:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
und der Naturwissenschaften
Augustusplatz 10-11, 04109 Leipzig

Vorbereitungsseminar für die Abschlussprüfung zur Arzthelferin

(Zulassung in besonderen Fällen)

Der Beruf der Arzthelferin ist gemäß § 25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985 ein anerkannter Ausbildungsberuf. Gemäß § 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz sind in anerkannten Ausbildungsberufen Abschlussprüfungen durchzuführen. Im § 40 Abs. 2 BBiG ist die Zulassung in besonderen Fällen wie folgt geregelt: „Zur Abschlussprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, dass er mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf tätig gewesen ist, in dem er die Prüfung ablegen will. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargelegt wird, dass der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.“ Auf Grund des großen Zuspruches in den vergangenen fünf Jahren bietet die Sächsische Landesärztekammer deshalb als Unterstützung für langjährig – in der Re-

gel sechs Jahre – in Arztpraxen tätige Praxishilfen am Sonnabend, dem 23. November 2002, ein weiteres Vorbereitungsseminar auf die Abschlussprüfung zur Arzthelferin an. Dieses Seminar bietet einen Überblick über den Ablauf und die Schwerpunkte der Abschlussprüfung. Die Veranstaltung wird als Tagesseminar von 8 Stunden in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden. Pro Teilnehmerin entsteht eine Gebühr in Höhe von 40,- EUR.

Zur Planung der Veranstaltung bitten wir um Voranmeldung durch die Ärzte, die ihrem Praxispersonal diese berufliche Chance geben wollen oder durch interessierte Prüfungsbewerberinnen bis zum 31. August 2002. Die Einladungen mit der Tagesordnung werden dann an die Teilnehmerinnen persönlich verschickt.

Anmeldung/Auskunft:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Arzthelferinnenwesen
Frau Jähne
Tel. (0351) 8 26 73 41
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Winfried Melzer

Fotografie

bis 15. Juli 2002

Eberhard von der Erde

Figur und Raum, Gemälde

16. Juli bis 16. September 2002

Vernissage:

Donnerstag, 18. Juli 2002,
19.30 Uhr

Einführung:

Kunsthistoriker Rolf Günther,
Direktor der
Städtischen Sammlungen Freital

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Horst Hennig

„Konstruktive Bilder“

bis 31. August 2002

Unsere Jubilare im August

Wir gratulieren

60 Jahre	07. 08. Dr. med. Klenner, Nicolaus 09212 Limbach-Oberfrohna	14. 08. Dr. med. Seehars, Eva 09633 Halsbrücke
01. 08. Dr. med. Aehnelt, Rosemarie 02727 Neugersdorf	08. 08. Dr. med. Bussas, Michael 08606 Oelsnitz	16. 08. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Achenbach, Harald 04416 Markkleeberg
01. 08. Dr. med. Weber, Christian 01855 Ottendorf	08. 08. Dr. med. Frasch, Viktor 04720 Döbeln	16. 08. Dr. med. Hersener, Elisabeth 04178 Leipzig
02. 08. Epp, Heinrich 04736 Waldheim	08. 08. Dr. med. Gnauck, Ute 02763 Zittau	17. 08. Flämig, Solveig 01326 Dresden
02. 08. Dr. med. Nitzsche, Elke 02727 Neugersdorf	08. 08. Rumpelt, Ulrich 01917 Kamenz	17. 08. Dr. med. Pätzold, Klaus 01187 Dresden
02. 08. Dr. med. Redetzky, Petra 01279 Dresden	09. 08. Dr. med. Hengst, Christa 08209 Rebsgrün	19. 08. Dr. med. Krüger, Gabriele 01259 Dresden
02. 08. Dr. med. Schadeberg, Andreas 01662 Meißen	10. 08. Prof. Dr. med. habil. Illes, Peter 04109 Leipzig	20. 08. Dr. med. Müller, Hannelore 01723 Herzogswalde
02. 08. Dr. med. Stoll, Almut 09128 Euba	11. 08. Dr. med. Dippold, Maria 04289 Leipzig	21. 08. Dr. med. Goedecke, Anita 04509 Zwochau
03. 08. Prof. Dr. med. habil. Deckert, Frank 04207 Leipzig	11. 08. Dr. med. Neuhäuser, Werner 08289 Schneeberg	21. 08. Dr. med. Seifert, Jürgen 04155 Leipzig
03. 08. Dr. med. Hering, Ursula 01324 Dresden	12. 08. Dr. med. Richter, Rainer 04178 Leipzig	22. 08. Ebert, Carl-Wilhelm 04808 Wurzen
05. 08. Dr. med. Ehrhardt, Uwe 02828 Görlitz	13. 08. Dr. med. Kölbl-Maiwald, Helga 04416 Markkleeberg	22. 08. Dr. med. Goller, Klaus 08412 Werdau

23. 08. Dr. med. Baudach, Gisela
09131 Chemnitz
23. 08. Dr. med. Ritter, Alrun
01465 Langebrück
24. 08. Dr. med. Goewe, Ursel
04279 Leipzig
26. 08. Dr. med. Mergner, Ralf
09599 Freiberg
28. 08. Dr. med. Helke, Harald
08340 Schwarzenberg
30. 08. Dr. med. Bockisch, Hannelore
02625 Bautzen
30. 08. Dr. med. Falke, Michael
01796 Pirna
31. 08. Dr. med. Baier, Ilse
01683 Nossen
31. 08. Dr. med. Berge, Hartwin
02827 Görlitz
31. 08. Dr. med. Minner, Joachim
04289 Leipzig
31. 08. Dr. med. Sommergruber, Ingrid
08058 Zwickau
- 65 Jahre**
01. 08. Dr. med. Liebold, Irmgard
08056 Zwickau
01. 08. Dr. med. Seifert, Katharina
01069 Dresden
04. 08. Dr. med. Brode, Ute
08141 Reinsdorf
07. 08. Dr. med. Thonig, Waltraud
01279 Dresden
09. 08. Dr. med. Gitter, Erhard
01326 Dresden
11. 08. Dr. med. Kleemann, Wolfgang
04288 Leipzig
12. 08. Dr. med. Löbner, Adelheid
04105 Leipzig
14. 08. Dr. med. Friedrich, Günter
04316 Leipzig
16. 08. Dr. medic/IMF
Tirgu-Mures Böhm, Elisabeth
09599 Freiberg
16. 08. Dr. med. Sieg, Henry
01662 Meißen
17. 08. Dr. med. Selbmann, Friedrich
08468 Reichenbach
19. 08. Prof. Dr. med. habil. Frühauf, Annelies
01217 Dresden
20. 08. Dr. med. Voigt, Dieter
09385 Lugau
21. 08. Dr. med. Schröder, Ingrid
08058 Zwickau
22. 08. Dr. med. Graupner, Siegfried
04552 Borna
23. 08. Dr. med. Wandt, Hans-Joachim
04316 Leipzig
23. 08. Dr. med. Wawra, Ursula
09599 Freiberg
26. 08. Dr. med. Weigelt, Ingrid
01844 Neustadt
27. 08. Heller, Sigrid
01326 Dresden
29. 08. Dr. med. Helbig, Renate
04103 Leipzig
- 70 Jahre**
01. 08. Dr. med. Baudrexl, Lucie
01445 Radebeul
03. 08. Dr. med. Knaus, Thomas
04299 Leipzig
08. 08. Dr. med. Fabian, Annemarie
04357 Leipzig
12. 08. Dr. med. Lehnert, Gertraude
01705 Freital
19. 08. Dr. med. Callmeier, Eva-Maria
04808 Wurzen
19. 08. Dr. med. Polednia, Arnim
04758 Oschatz
21. 08. Dr. med. Schmidt, Wolfgang
08538 Schönlinde/bei Reuth
26. 08. Dr. med. Krumpe, Georg
02977 Hoyerswerda
26. 08. Dr. med. Steinhardt, Eva
09599 Freiberg
27. 08. Dr. med. Jäger, Gerda
04827 Machern
27. 08. Dr. med. Klößel, Edith
08412 Werdau
30. 08. Weigelt, Anneliese
01157 Dresden
- 75 Jahre**
20. 08. Dr. med. Böhme, Armin
01109 Dresden
22. 08. Dr. med. Reim, Christa
09120 Chemnitz
29. 08. Dr. med. Erben, Gerhard
08289 Schneeberg
29. 08. Dr. med. Wiener, Horst
01738 Colmnitz
- 80 Jahre**
26. 08. Dr. med. Bormann, Richard
08058 Zwickau
27. 08. Dr. med. Reichelt, Manfred
08058 Zwickau
31. 08. Dr. med. Kayser, Wolfgang
01920 Elstra
- 82 Jahre**
02. 08. Dr. med. Thomas, Erich
01640 Coswig
03. 08. Dr. med. Brückner, Brunhild
09113 Chemnitz
10. 08. Dr. med. Burkhardt, Karl
01169 Dresden
14. 08. Dr. med. Scheibner, Karl
09114 Chemnitz
29. 08. Bley, Eberhard
08468 Reichenbach
30. 08. Dr. med. Perschke, Otfried
08149 Friedrichsgrün
- 83 Jahre**
15. 08. Knauer, Heini
08606 Oelsnitz
25. 08. Dr. med. Fischer, Eberhard
04107 Leipzig
26. 08. Dr. med. Seyferth, Hans-Wolfgang
09573 Leubsdorf
29. 08. Dr. med. Klöppel, Heinzdieter
04275 Leipzig
31. 08. Dr. med. Nicolai-Sickinger, Ingeborg
04155 Leipzig
- 84 Jahre**
04. 08. Dr. med. Hötzel, Werner
08523 Plauen
25. 08. Dr. med. Müller, Horst
01705 Freital
- 85 Jahre**
18. 08. Dr. med. Dewald, Ursula
02828 Görlitz
- 86 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
- 87 Jahre**
03. 08. Dr. med. Schaeffer, Wolf
01705 Freital
- 88 Jahre**
16. 08. Dr. med. Dittmann, Alfred
09337 Callenberg
17. 08. Dr. med. Köhler, Kurt
08468 Reichenbach
- 89 Jahre**
17. 08. Dr. med. Handmann, Albrecht
04720 Döbeln
- 90 Jahre**
24. 08. Dr. med. Ose, Hans
04229 Leipzig
31. 08. Dr. med. Asmussen, Arnold
04107 Leipzig
- 92 Jahre**
30. 08. Dr. med. Rolle, Friedrich
04886 Beilrode

Ergänzung zur Laudatio Prof. (em.) Dr. med. habil. Georg Zeumer

In Ergänzung der Laudatio anlässlich des 80. Geburtstages von Professor (em.) Dr. med. habil. Georg Zeumer im Heft 6/2002 ist es den Autoren ein besonderes Bedürfnis, die Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ wissen zu lassen, dass Herrn Professor Dr. Zeumer 2002 die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie zuerkannt worden ist. Die Gesellschaft ist Mitglied der Federation

European Society for Surgery of the Hand. Zu dieser Auszeichnung gratulieren wir unserem Jubilar sehr herzlich und freuen uns, dass ihm diese hohe wissenschaftliche Ehre zuteil geworden ist.

Prof. Dr. med. habil. Günter Schmoz
PD Dr. med. habil. Klaus Schauer
Dr. med. habil. Jörn Ermisch



Eberhard von der Erde – Figur und Raum

Ausstellung

In den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer sind vom 18. 7. 02 bis 16. 9. 2002 Gemälde des Dresdner Malers Eberhard von der Erde zu sehen.

Gezeigt wird Figürliches und Landschaftliches, sämtlich neueren Datums, so dass der Großteil der zu betrachtenden Arbeiten erstmals hier der Öffentlichkeit vorgestellt ist.

Eberhard von der Erde ist 1945 in Freital geboren und lebt seit 1961 in Dresden. Als 13-jähriger kaufte er sich die von Meier-Gräfe herausgebrachte Werkmonographie Vincent van Goghs. Das war sein Schlüsselerlebnis.

Von nun an wollte er nur eines werden und sein: Maler

Der Briefwechsel van Goghs mit seinem Bruder brannte sich ihm ein. Sich verschenken, unbedingt sein, an der Gabe arbeiten, geben zu können, dass heißt ihm Erfüllung. Folgerichtig, weil echt, verließ er nach drei Semestern Kunstgrundstudium an der Dresdner Kunsthochschule, Anfang der sechziger Jahre, diese Lehranstalt. Er wurde, was vielen Künstler beschieden ist, einer von Denen, welche autodidaktisch, sich in den Dschungel der Kunst begeben. Für ihn zwar selbstver-



ständig, aber im Nachhinein doch überraschend, wurde er 1968 problemlos als Mitglied in den Verband Bildender Künstler aufgenommen. Eine Existenzgrundlage war damit jedoch nicht geschaffen. Das hinderte ihn aber nicht verbissen weiter zu malen. Immer auf der Suche des Herausfindens der eigenen ursächlichen Bildsprache. Nichts ist schwerer als dies. Heute noch arbeitet er daran. Das ist sein Lebensprogramm.

Er sagt, die Welt ist voller Epigonen und das traurige ist, dass diese es nicht einmal wissen. Das Schwierigste, wie das Naheliegende ist, Energieüberschuss Form werden zu lassen. Das Risiko sich zu verrennen gehört dazu. Er ist ein Empiriker. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten scheinen für ihn als Maler ein Segen zu

sein. Jedes Bild ist ein erneutes Abenteuer. Wie wird es bestanden?

Denn er meint, die Malerei beherrscht man nie, aber sie beherrscht den Maler. Von der Erde ist ein Maler, welcher das übergreifend Schöne, die Harmonie sucht, wobei die lebenslange Liebe zum deutschen Expressionismus insbesondere zu E.L. Kirchners Werk, ihm zusätzliche Glut ist. Seine Arbeiten entstehen im Spannungsfeld zwischen Innigkeit und analytischer Schärfe, was ständigen Kampf bedeutet. Reibungsverluste und Unschärfen kommen vor. Da diese strukturell bedingt sind, ist zu fragen, ob dies nicht auch ein Qualitätsmerkmal ist.

Von der Erde strebt eine farbsinfonische Chromatik an, welche in ihren Höhepunkten juwelenartige Akzente setzt. Diese Malerei fühlt sich nicht dem Zeitgeist verpflichtet, sondern will Subjektivstes Form werden lassen. So ist diese Ausstellung ein Angebot, Malerei zu sehen, welche mit Recht als selbständig zu bezeichnen ist.
E.M.S.

**Ausstellung vom 16. Juli bis
16. September 2002
Vernissage am 18. Juli 2002, 19.30 Uhr**

Außer der Zeit gehört mir nichts.

Seneca

Dr. med. Ilse Baier,

Nossen

Martin Betancor,

Dresden

Dr. med. Wolfgang Biesold,

Markneukirchen

Dr. med. Edith Bittner,

Leipzig

Dr. med. Margit Böhme,

Olbernhau

Dr. med. Hans Breitfeld,

Glauchau

Dr. med. Ingvelde Buze,

Oelsnitz

Dr. med. Helmut Carl,

Dresden

Dr. med. Roland Christof,

Mühltroff

Dr. med. Walter Esterluß,

Kamenz

Dr. med. Maria Gimmler,

Dresden

Dr. med. Volker Giseke,

Schkeuditz

Dr. med. Joachim Günther,

Spreetal/Burgneudorf

Dr. med. Philipp Günther,

Dresden

Dr. med. Wilhelm Günther,

Dohna

Dr. med. Gisela Harraß,

Glauchau

Dr. med. Gottfried Hartmann,

Dresden

Dipl.-Med. Helge Hartmann,

Strießen

Dr. med. Eleonore van der Heijde,

Leipzig

Dr. med. Hans-Joachim Heublein,

Bröthen-Michalken

Dr. med. Thomas Johannes,

Leipzig

Dr. med. Barbara Karch,

Dürrhennersdorf

Dr. med. Fritz Kissner,

Weißwasser

Peter Klier,

Reichenbach/V.

Dr. med. Reinhard Knöfel,

Bobritzsch

Dr. med. Peter Koll,

Leipzig

Dr. med. Pravin Kothari,

Schmannewitz

Gitta Krahl,

Leipzig

Hans Krause,

Naunhof

Dr. med. Elke Kunath,

Torgau

Dr. med. Leopold Langer,

Leipzig

Dr. med. Christel Leibiger,

Pulsnitz

Dr. med. Katharina Lesch,

Zwickau

Dr. med. Klaus Ludwig,

Chemnitz

Prof. Dr. med. habil. Werner Ludwig,

Dresden

Dipl.-Med. Stephan Mayerhofer,

Wermisdorf

Priv.-Doz. Dr. sc. med.

Erhard Dieter Meyer,

Riesa

Dr. med. Kurt Morgner,

Chemnitz

Dr. med. Walther Mühlichen,

Colditz

Dr. med. Johannes Müller,

Dresden

Dr. med. Mathias Oesterreich,

Chemnitz

Dr. med. Franz Pacik,

Königsbrück

Karin Pechmann,

Zschorlau

Klaus Peltner,

Zöblitz

Dr. med. Elfriede Queck,

Pirna

Dr. med. Hiltrud Rudeck,

Chemnitz

Dr. med. Rolf Sander,

Sohland

Dr. med. Sabine Schlegel,

Mittweida

Dr. med. Hans-Joachim Schuhknecht,

Taucha

Dr. med. Heinz Sieler,

Leipzig

Dr. med. Werner Steps,

Leipzig

Dr. med. Herta Storm,

Dresden

Prof. Dr. med. habil. Karl-Heinz Straube

Zwickau

Franz Tasler,

Dresden

Dr. med. Dieter Teller,

Döbeln

Käte Thiele,

Falkenstein

Dr. med. Ella Triembacher,

Chemnitz

Prof. Dr. med. habil. Peter Uibe,

Leipzig

Dr. med. Petra Wadehn,

Pirna

Dr. med. Johanna Wesner,

Grünberg

Dr. med. Karl-Heinz Wieder,

Arnsdorf

Dr. med. Volker Wiethölter,

Reichenbach

Dr. med. Klaus Winkler,

Heidenau

Dr. med. Hildegard Witzleb,

Dresden

Roswitha Wolf,

Frankenberg

Dr. med. Monika Wunsch,

Taucha

Dr. med. Ursula Wustmann,

Dresden

Dr. med. Adelheid Zimmer,

Dresden

Ilse Zittwitz,

Luftkurort Friedewald



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 8. 2002 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.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Zwickau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Freiberg

Facharzt für Orthopädie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 7. 2002 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

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Riesa-Großenhain

Facharzt für Diagnostische Radiologie

(Vertragsarztsitz in einer

Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 7. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

2 Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Weißeritzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 8. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Facharzt für Augenheilkunde

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Torgau-Oschatz

Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 8. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

KVS Landesgeschäftsstelle

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>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

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

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: www.leipziger-messeverlag.de
E-Mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Maja Schneider
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementsservice: Heike Schmidt
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002 gültig.
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 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Reinhard Ludewig unter Mitarbeit von Susanna Seufert

Beethoven und das Gift im Wein

Teil 2

Gift im Wein (4, 5)

Zum Vorkommen von Blei:

Schon „die alten Römer“ bedienten sich eines Rezeptes, um schwerverkäufliche saure Weine zu verbessern: Man entsäuerte den Wein mit Blei, indem Most auf ein Drittel in bleiernen Gefäßen eingekocht und dann dem Wein wegen des Gehaltes an süßschmeckenden Salzen zugesetzt wurde („plumbea vina“ nach Cato/Plinius).

Obwohl Ende des 17. Jhs. in Frankreich und Süddeutschland derartige Praktiken Anlass zur Kritik gegeben hatten, bedienten sich viele Weinhändler auch weiterhin der Möglichkeit, durch Zusatz von metallischem Blei, Bleioxid („Silberglanz“, „Wasser des Saturns“), Bleicarbonat (Bleiweiß) und Bleiacetat („Bleizucker“) die Säure abzustumpfen und den Wein süßer, klarer sowie farbintensiver zu machen. In dem zu Beethovens Zeiten führenden Lehrbuch der Toxikologie von Joseph Jakob Plenck (1785) wird hierzu wörtlich formuliert:

„Boshafte, gewinnsüchtige Weinhändler pflegen unreif ausgepresste oder saure Weine mit zerriebenem Blei, mit Bleiglätte, Mennig, Bleiweiß und Bleizucker zu versüßen. Wenn der lange in Gefäßen, die aus Zinn und Blei bereitet worden, wie auch Most, Bier oder Apfelwein, die lange in bleiernen Geschirren aufbewahrt worden, verursachen allgemeine Bleikoliken und oft Lähmung ganzer Familien und vieler Menschen“.

Für die Weinhändler, die Zucker nur bis zu einer gesetzlich und technisch zulässigen Höchstmenge beifügen durften, hatte dieses Verfahren zunächst juristische und steuerliche Vorteile. Sie mögen sich dadurch ermutigt gefühlt haben, dass Nachweismethoden zu wenig allgemein bekannt waren und dass Bleiverbindungen wegen ihrer vielseitigen Wirksamkeit sogar als Arznei empfohlen wurden (z. B. „Aqua vegetomineralis“ oder „Bleitinktur“). Zusätzlich mögen auch bleihaltige Verunreinigungen, die selbst heute teil-

weise noch gefürchtet sind, eine Rolle gespielt haben. So können beispielsweise (saure) Getränke oder Nahrungsmittel, die in bleiglasur- und zinnüberzogenen Steingut- oder Keramikgefäßen aufbewahrt wurden oder Wasser, das sehr lange in Bleirohren gestanden hat, toxische Mengen von Bleiverbindungen enthalten.

Arsen:

Trotz aller Sicherheitsbestimmungen gelangen auch heute noch in den zur Bierherstellung notwendigen Hopfen und in Weintrauben nachweisbare Spritzmittelrückstände. Im 18. und 19. Jh. wurden zur Bekämpfung von Weinschädlingen (z. B. Heu- und Sauerwurm, Reblaus) vor allem Kupfer-Arsen-Verbindungen (z. B. Schweinfurter Grün) verwendet. Zudem präparierte man die Weinfässer zu Konservierungszwecken mit arsenhaltigem Schwefel. Wenn der Wein nicht sorgsam vorbereitet wurde, war das für den arglosen Trinker billiger Weine („Haustrinker“) vorübergehend oder länger anhaltend mit entsprechenden Beschwerden verbunden („Winzerkrankheit“ u. a.).

Zu den Vergiftungssymptomen, die medizinisch verwertbar sind, gehören bei

Blei:

Nicht sofort wirksames Blei wird bei häufig wiederholter Aufnahme vor allem in den Knochen gespeichert und aus verschiedenen Anlässen (z. B. Ärger, Überlastung, Erkältung) über die Blutbahn an die Gefäß-, Darm- und Skelettmuskulatur sowie in das Stoffwechsel- und Nervensystem transportiert. Für den Patienten kann das je nach Vorbelastung und Zweitfaktoren (s. u.) bedeuten: Appetitlosigkeit, schmerzhafte, mitunter länger anhaltende „Bleikoliken“ mit Verstopfung und Durchfällen, mangelnde Durchblutung der Haut („Bleikolorit“), Störungen besonders beanspruchter Muskeln, Nerven (z. B. Streckerschwäche in den Unterarmen und/oder „Bleigicht“, „Rheuma“) und Sinnesorgane (z. B. Innenohr) sowie der Leberfunktion (Blutgerinnungsstörun-

gen, vorübergehende Gelbsucht, „saturnine“ Zirrhose → Bauchwassersucht; Anreicherung körpereigener Schlackenstoffe → Transport ins Gehirn → Schreibstörungen, Reizbarkeit u.v.a.; → Encephalopathia hepatica et saturnina); siehe später folgendes Schema.

Arsen:

Arsenverbindungen (z. B. Arsenik) können durch enzymatische Beeinflussung des Stoffwechsels je nach Dosis und individueller Empfindlichkeit kräftigende, durchblutungsfördernde oder toxische Effekte (klassisches Mordmittel) haben. Ebenso wie bei den Arseniten, die als Insektizide im Weinbau verwendet werden, beruht die klinische Wirkung vor allem auf einer Erweiterung bzw. Lähmung von Blutkapillaren, so dass beispielsweise aus Schleimhäuten der Atem- und Verdauungswege Flüssigkeit austritt → z. B. kleine Blutungen in Lunge und Haut (Petechien), Tränenräufeln mit Bindehautentzündung, „Arsenschupfen“, (cholera- oder typhusähnliche) Durchfälle im Wechsel mit Verstopfung. Unter bestimmten Umständen kann Arsen auch Sinnesstörungen sowie eine Leberzirrhose mit nachfolgender Bauchwassersucht („arsenikaler Aszites“) verursachen.

Welcher Stellenwert dem **Ethanol**-Gehalt der Weine in diesem Zusammenhang zuerkannt werden muss, kann nicht durch unzulässige Hochrechnungen aus einzelnen Berichten über Beethovens Trinkgewohnheiten geschlossen werden. Aus biographischen Originalquellen, den erhaltenen Schriftproben, dem Obduktionsbefund und den Ergebnissen der Haaranalyse (siehe später) kann jedoch geschlossen werden, dass die toxischen Wirkungen von Blei und Alkohol, möglicherweise auch von Arsen gemeinsam und entscheidend zu den Krankheiten Beethovens beigetragen haben.

Zur Krankengeschichte Beethovens

Beethoven war durchaus nicht immer krank, aber er hat mit bewundernswerter

Haltung sehr oft gegen die unterschiedlichsten Störungen seiner Gesundheit und seines gigantischen Schaffens ankämpfen müssen. Er selbst bezeichnete als

„**Mein Hauptübel**“ (1, 2, 3, 5, 8) die seit seinem 26. Lebensjahr zunehmende Schwerhörigkeit, der möglicherweise eine „gefährliche Krankheit“ (Typhus, eine Intoxikation, ein Sturz?) vorausgegangen war. Im sogenannten „Fischhoff'schen Manuskript“ heißt es dazu:

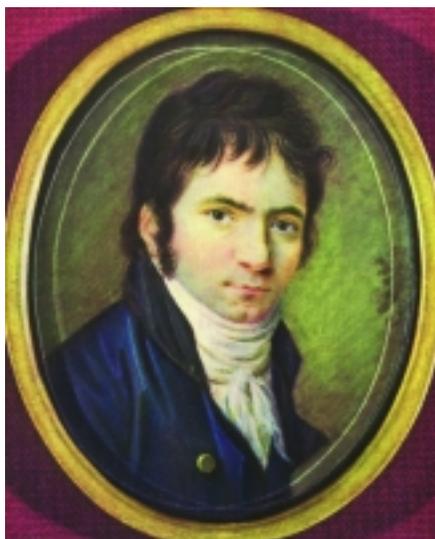
„Im Jahre 1796 kam Beethoven an einem sehr heißen Sommertage ganz erhitzt nach Hause, riß Thüren und Fenster auf, zog sich bis auf die Beinkleider aus und kühlte sich am offenen Fenster in der Zugluft ab. Die Folge war eine gefährliche Krankheit, deren Stoff (?) sich bei seiner Genesung an die Gehörwerkzeuge setzte, von welcher Zeit an seine Taubheit successiv zunahm.“

Zunächst bemerkte der Musiker nur, dass hohe Töne und Flüstersprache (erst links, dann beiderseitig) nicht mehr wahrgenommen wurden. Zeitweise störten ihn „Sausen und Brausen“ in den Ohren und eine auffällige Empfindlichkeit gegen Lärm.

Ein Bericht seines Schülers Ferdinand Ries wird eingeleitet mit den Worten:

„Die beginnende Harthörigkeit war für ihn eine so empfindliche Sache, daß man sehr behutsam sein mußte, ihn durch lautes Sprechen diesen Mangel nicht fühlen zu lassen...“

Zwar glaubte Beethoven anfangs noch vorübergehend an Besserung. Als er aber seine Gesprächspartner kaum noch verstehen konnte, er die drohende Ertaubung ahnte, im Hinblick auf seinen Beruf als besonders peinlich empfand und von der Außenwelt zunehmend isoliert schien, dachte er zeitweise an Selbstmord und setzte schon 1802 – also bereits 25 Jahre vor seinem Tod – während eines Aufenthaltes in der ländlichen Ruhe von Heiligenstadt sein Testament auf. Dort erklärt er seine Verzweiflung und versucht, sein



Beethoven im Krisenjahr des Heiligenstädter Testaments 1802 (Elfenbeinminiatur von Ch. Hornemann), Beethoven-Haus Bonn, Sammlung H. C. Bodmer

oft für feindselig, störrisch und misanthropisch angesehenes Wesen verständlich zu machen. Seinen Arzt, Prof. Schmidt, bittet er deshalb auch, zu seiner Rechtfertigung der Nachwelt die Krankengeschichte zu überliefern.

Das „Heiligenstädter Testament“

(1, 5, 6, 8)

verfasste Beethoven im Herbst 1802 während eines Aufenthaltes im stillen Dorf Heiligenstadt. Wer die aus dem gleichen Jahr stammende Mondscheinsonate (op. 27, Nr. 1 u. 2) hört, spürt kaum, dass der Komponist zu dieser Zeit unter schwersten Depressionen litt und an Selbstmord dachte. Die drohende Ertaubung hatte eine Isolation von den Mitmenschen zur Folge, die sich im Schriftbild unter anderem durch die charakteristisch großen Wortabstände widerspiegelt (Beispiel bei 6).

Textausschnitte:

„Für meine Brüder ... O ihr Menschen die ihr mich für feindselig, störrisch oder Misanthropisch haltet oder erkläret, wie unrecht thut ihr mir, ihr wißt nicht die

geheime urfache von dem; was euch so scheineth, mein Herz und mein Sinn waren von Kindheit an für das Zarte Gefühl des wohlwollens, selbst große Handlungen Zu verrichten dazu war ich immer aufgelegt, aber bedenket nur daß seit 6 Jahren ein heilloser Zustand mich befahlen, durch unvernünftige ärzte verschlimmert, von Jahr zu Jahr in der Hofnung gebessert zu werden, betrogen ... so fristete ich dieses elende Leben – wahrhaft elend; einen so reizbaren Körper, daß eine etwas schnelle Veränderung mich aus dem Besten Zustande in den schlechtesten versetzen kann ... sobald ich tod bin und professor schmid lebt noch, so bittet ihn in meinem Namen, daß er meine Krankheit beschreibe, und dieses hier geschriebene Blatt füget ihr dieser meiner Krankengeschichte bej, damit wenigstens so viel als möglich die welt nach meinem Tode mit mir versöhnt werde ... lebt wohl und vergeßt mich nicht ganz im Tode, ich habe es um euch verdient, indem ich in meinem Leben oft an euch gedacht, euch glücklich zu machen, sejd es – Heiglndt am 6ten ot october 1802 Ludwig van Betthoven“

Die Fortsetzung der Krankengeschichte nach diesem frühen Testament (1, 2, 3, 6, 8) ist zwar überschattet von vielen Beschwerden und Enttäuschungen mit Selbstmordgedanken, aber er ahnt wohl kaum, dass er eigentlich erst am Anfang seines Schaffens steht und legendäre Höhen erreichen wird.

Literatur am Ende der Fortsetzungsreihe

Teil 3 folgt im „Ärztblatt Sachsen“, Heft August 2002

Anschriften der Verfasser:
Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig
(Institut für Klinische Pharmakologie
der Universität Leipzig),
Bochumer Straße 47, 04357 Leipzig
Susanna Seufert,
Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig,
Thomaskirchhof 12, 04109 Leipzig