

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 7/2003

Berufspolitik	Der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003/2007 Wiederwahl des Kammerpräsidenten Professor Dr. med. habil. Jan Schulze Neuer Vizepräsident Dr. Stefan Windau Weitere neu gewählte Vorstandsmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer 13. Sächsischer Ärztetag/ 28. Kammerversammlung 14. erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung Beschlüsse des 13. Sächsischen Ärztetages Geschlechtersensible Medizin und Gesundheitspolitik	312 313 314 315 327 329 330
	Impressum	331
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Korrektur Tätigkeitsbericht 2002 Ausstellungen Samariter – Arzt und Patient Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz	332 332 332 332
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	333
Originalien	U. Kalinka, J. Kleditzsch Ambulante wohnortnahe Rehabilitation bewirkt gute Ergebnisse und zufriedene Patienten A. Tönjes, Ch. A. Koch, R. Paschke Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie des Nebennieren-Inzidentaloms	334 337
Verschiedenes	Forschungsprojekt zur Sterbebegleitung in Sachsen	339
Leserbriefe	Dr. Eberhard Kreßner Antwort: Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl PD Dr. med. Joachim Richter	340 340 341
Medizingeschichte	Bedeutende Mediziner der Universität Breslau	342
Personalia	Totentafel Unsere Jubilare im August	343 344
Beilage	Fortbildung in Sachsen – September 2003	

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.

Der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003/2007

Wiederwahl des Kammerpräsidenten Professor Dr. med. habil. Jan Schulze



Präsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Facharzt für Innere Medizin
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden, Medizinische Klinik III

Auf dem 13. Sächsischen Ärztetag wählten die 88 anwesenden Mitglieder der konstituierenden Kammerversammlung mit eindringlicher Mehrheit Herrn Professor Dr. med. habil. Jan Schulze für die Wahlperiode 2003/2007 erneut zum Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer.

Berufliches und wissenschaftliches Curriculum

Herr Professor Dr. Schulze, geboren 1942, studierte von 1962 bis 1968 an der Humboldt-Universität Berlin und an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Nach dem Staatsexamen im Jahr 1968 promovierte er 1969, erhielt 1973 die Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin und 1976 die eines Subspezialisten für Diabetologie. Seine 1985 abgeschlossene Habilitation hatte das Thema „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Fettstoffwechselstörungen“.

1992 erfolgte die Berufung zum a.o. Professor, 1994 zum Universitäts-Professor mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie. Von 1991 bis 1994 war Herr Professor Dr. Schulze Mitglied der Fakultät und stellvertretender Ärztlicher Direktor, seit 1996 ist er stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden.

Schwerpunkthemen der Arbeitsgebiete und Projekte seiner bisherigen wissenschaftlichen Tätigkeit sind:

- Klinische Studien zur Regulation des Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels
- Versorgungsforschung zur dualen Betreuung des Diabetikers im „Modell Sachsen“
- Maßgebliche Erarbeitung Sächsischer Leitlinien Diabetes, die in das Nationale Leitlinienprogramm der Bundesärztekammer aufgenommen sind
- Forschungsarbeiten zur Genetik des Typ-2-Diabetes mellitus

Herr Professor Dr. Schulze war bis zum heutigen Tag an der Erarbeitung von mehr als 140 Publikationen und an über 300 Vorträgen im In- und Ausland beteiligt.

Berufspolitisches und standespolitisches Curriculum

Herr Professor Dr. Schulze ist seit 1989 berufspolitisch aktiv. Nach der politischen Wende war er Mitinitiator vom „Unabhängigen Dozentenrat“ und Vorsitzender vom „Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“. Herr Professor Dr. Schulze ist Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und wurde seit 1990 kontinuierlich in den Vorstand gewählt. Im Zeitraum 1991 bis 2000 bestimmten ihn die Ärzte der Stadt Dresden zu ihrem ehrenamtlichen Vorsitzenden der Kreisärztekammer. Seit 1991 ist er Mitglied der Ausschüsse „Satzungen“, „Ambulante Schwerpunktbehandlung und Schwerpunktbetreuung chronisch Erkrankter“ der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“.

Professor Dr. Schulze ist Sprecher des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen.

Sein engagiertes Bemühen richtet sich auf die Herstellung einer Einigkeit der Sächsischen Landesärztekammer mit den angrenzenden Körperschaften und Verbänden in Sachsen. Das Bündnis ist für die gesamte Bundesrepublik vorbildhaft.

Seit dem 12. Juni 1999 ist Herr Professor Dr. Schulze Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und geachtetes Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer sowie Leiter des Ausschusses Arzt und Hochschule.

Berufspolitische Ziele

Die berufspolitischen Ziele und standespolitischen Anliegen des Kammerpräsidenten waren und sind:

- ein hohes Maß an Geschlossenheit der Ärzteschaft zu erreichen, die durch zahlreiche politisch gewillte Individualinteressen ständig gefährdet ist,
- tradierte und aktuelle berufsethische, berufsrechtliche und berufsständische Probleme in der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit deutlich zu machen, Wege zu deren Überwindung zu finden und konstruktiv darzustellen,
- sich für eine unabhängige initiativreiche ärztliche Berufspolitik einzusetzen,
- eine vertrauensvolle kooperative Zusammenarbeit mit allen medizinischen und angrenzenden Körperschaften, Berufsverbänden und Fachgesellschaften zum Wohle der sächsischen und gesamtdeutschen Ärzte zu führen,
- ein intensives Zusammenwirken und eine Interaktion mit der Kammerversammlung, dem Vorstand, den Vorsitzenden der Kreisärztekammern, den Ausschüssen, der Kammerverwaltung der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung zu erreichen.

Dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer wünschen wir für die ehrenamtliche, zeit- und kraftintensive Tätigkeit weiterhin eine glückliche Hand und integrative Kraft zum Wohle unseres Berufsstandes, vor allem berufspolitische Erfolge und beste Gesundheit für die nächste Amtsperiode 2003 bis 2007. klug

Neuer Vizepräsident Dr. med. Stefan Windau



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

Die Kammerversammlung wählte mich am 27. Juni 2003 zum Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer. Im Folgenden möchte ich Ihnen einen kurzen Abriss meiner beruflichen und berufspolitischen Entwicklung geben:

- Jahrgang 1960
- Praktisches Jahr im St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig 1979/80
- Studium an der Karl-Marx-Universität in Leipzig bis 1986
- Promotion bei Prüfer Prof. Dr. Rolf Haupt in Leipzig 1987
- Facharztausbildung Innere Medizin am Bezirkskrankenhaus St. Georg Leipzig/Städt. Klinikum St. Georg Leipzig
- 1992 bis 1997 internistische Wachstation Städt. Klinikum St. Georg Leipzig
- seit 1. Juli 1997 niedergelassen als hausärztlich tätiger Internist in Leipzig

- seit 1986 bis dato permanente Teilnahme am Notarzdienst, seit 1994 Mitglied der Leitenden Notarztgruppe der Stadt Leipzig
- 1999 Wahl in die Kammerversammlung und in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie in den Ausschuss Satzungen
- 1999 Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig
- 1999 Gründungsmitglied der Vereinigung Hausärztlicher Internisten Sachsens und deren 1. Vorsitzender sowie 2. Vorsitzender und ab 2003 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Hausärztlicher Internisten
- 2000 Wahl in die Vertreterversammlung der KVS und Vorsitz des Beratenden Fachausschusses für die Hausärztliche Versorgung und stellvertretendes Mitglied dieses Ausschusses auf Bundesebene
- Delegierter Sachsens zum Deutschen Ärztetag seit 1999.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, noch aus DDR-Zeiten herrührend, damals wie auch heute keiner politischen Partei angehörend, hatte ich ein tiefes Misstrauen gegenüber jeglichen politischen Organisationen. Die Überzeugungsarbeit eines benachbarten Kollegen führte 1999 bei mir zu einem Umdenken und zum berufspolitischen Engagement. Seither habe ich mich der Berufspolitik mit Leib und Seele verschrieben, dies allerdings bei vollem Betrieb in der Praxis eines Einzelkämpfers und Familie mit zwei Kindern.

In den vergangenen vier Jahren der Mitarbeit im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer konnte ich in menschlich angenehmer Atmosphäre Erfahrungen auf verschiedensten Gebieten der Berufspolitik sammeln und zunehmend auch aktiv gestaltend tätig werden. Jeder auf diesem Gebiet tätige wird sich wohl nicht nur einmal gefragt haben, ob dieses Engagement denn überhaupt einen Sinn macht, betrachtet man im physikalischen den Wirkungsgrad. Konsequenterweise müsste hier die Bewertung negativ ausfallen. Aber man sollte sich des Problems auch einmal von der anderen Seite her nähern. Wo stände der Arztberuf denn, wenn es das berufspolitische Engagement nicht gäbe? Wo stünde denn der Freiberufler Arzt (bzw. dass, was

davon noch übrig ist)? Wären wir nicht schon längst und in noch viel stärkerem Maße als bisher im Dirigismus und in der Staatsmedizin gelandet? Körperschaften des öffentlichen Rechts – wie die Sächsische Landesärztekammer – haben aufgrund ihres Status Grenzen, müssen doch staatliche gesetzlich vorgeschriebene Aufträge umgesetzt werden. Die Chance aber dieser alle Ärzte umfassenden Körperschaft besteht eben in der Vertretung unseres Berufsstandes in toto. Wir sind sehr wohl nicht nur zur Erfüllung uns übertragener Aufgaben verpflichtet, sondern geradezu aus unserem Selbstverständnis heraus aufgefordert und auch dazu autorisiert, uns zur Wehr zu setzen, wenn an den Grundpfeilern des Systems gerüttelt wird, dies mit harter Kritik einerseits und konstruktiven Alternativen andererseits.

Bei aller Notwendigkeit von Interessenvertretung verschiedener Gruppierungen muss die Sächsische Landesärztekammer Interessen nach innen bündeln und nach außen geschlossen vertreten. Natürlich bin ich mir des sich daraus ergebenden Spannungsfeldes und mancher Fehler bewusst. Ich bin immer dafür eingetreten, und dies nicht nur mit Worten, berufsverbandliche und gesamtberufständische Vertretung zu trennen. Dies werde ich auch in Zukunft tun. Die Ärzteschaft wird als freie Berufsgruppe nur dann überleben können, siehe Gefahren des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, wenn sie berechnigte Partialinteressen dem großen Ganzen unterordnet. Es gibt viele Facetten in der Kammerarbeit. Ich habe in den letzten Jahren versucht, die konsentierten Positionen der Ärzteschaft sachfundiert zu begründen und zu vertreten, in den Parteien, in den Fachausschüssen und in den Ministerien etc. Dies wird auch weiterhin einer der Schwerpunkte meiner Arbeit bleiben und ich hoffe, dadurch den Präsidenten und den Vorstand unterstützen zu können. Die Aufgabe des Vizepräsidenten ist es auch, alle Arztgruppen gleichermaßen zu vertreten, Haus- und Gebietsärzte, niedergelassene und Krankenhausärzte, dazu werde ich stehen. Es ist mir klar, dass sich niemand überall gleichermaßen einbringen kann. Die Kammerarbeit stand und steht für mich im Vordergrund des berufspolitischen Wirkens.

Weitere neu gewählte Vorstandsmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003/2007



*Dr. med. Lutz Liebscher
Facharzt für Kinderheilkunde,
Angestellter Arzt
Helios Krankenhaus Leisnig*



*Dr. med. Rudolf Marx
Facharzt für Kinderheilkunde
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen,
Angestellter Arzt
Landratsamt Mittweida*



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



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



*Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Niedergelassener Arzt, Wurzen*



*Dr. med. Gisela Trübsbach
Fachärztin für Radiologie,
Niedergelassener Ärztin, Dresden*



*Dr. med. Günter Bartsch
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Niedergelassener Arzt, Neukirchen*



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



*Dr. med. Dietrich Steiniger
Facharzt für Chirurgie,
Angestellter Arzt, Rodewisch/Obergöltzsch*

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003



Präsident Prof. Dr. Jan Schulze hält die Eröffnungsrede

des der Sächsischen Landesärztekammer über die Tätigkeit in der Wahlperiode 1999 bis 2003 unter Einbeziehung der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Schwerpunkte.

Die Zukunft der Medizin im Spannungsfeld von Selbstverwaltung und Fremdbestimmung
(Auszug aus der Rede des Kammerpräsidenten)

Mandatsträger – Anspruch und Anforderung

Wieder sind vier Jahre vergangen in denen sich über 1.000 ehrenamtliche Ärzte für die Belange der sächsischen Ärzteschaft eingesetzt haben. Und jetzt sind auch Sie als neu gewählte Mandatsträger angetreten, um sich in deren Dienst zu stellen und aktiv an der

Gestaltung eines freien Arztberufes mitzuwirken. Das ist Anspruch und Anforderung zugleich. Nun gilt es, die eigenen Präferenzen hinter ein ärztliches Gesamtinteresse zu stellen. Ich baue auf ihre Unterstützung, wenn es darum geht, die Sächsische Landesärztekammer als eine wichtige Berufsvertretung in den politischen Diskussionen und unter den sächsischen Ärzten zu positionieren.

Aufgabenvielfalt

Ein Blick in den Tätigkeitsbericht 2002 macht die Vielfalt unserer Aufgaben deutlich. Die 40 Ausschüsse, Arbeitsgruppen und Kommissionen haben auch im vergangenen Jahr eine enorme Vielzahl an schwierigen Themen bearbeitet. Ohne diese Gremien wäre eine funktionierende Standesvertretung nicht denk-

Pünktlich 14 Uhr eröffnete der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, den 13. Sächsischen Ärztetag.

Er begrüßte herzlich die durch die Wahl zur Kammerversammlung 2003 anwesenden und insbesondere die erstmalig gewählten Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, den Stellvertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Prof. Dr. Christoph Josten, die Vertreter der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Prof. Dr. Michael Laniado und den Studiendekan, Herrn Professor Dr. Peter Dieter, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Diplomkaufmann Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brözstl und Partner.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der konstituierenden Kammerversammlung waren 83 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Ein Höhepunkt der Kammerversammlung war der Bericht des Präsidenten und des Vorstan-

bar. In vielen Beratungen und Gesprächen wurden wegweisende Entscheidungen wie die (Muster-)Weiterbildungsordnung, die Änderung der Approbationsordnung in Verbindung mit der Abschaffung der Arzt-im-Praktikum-Phase und berufsrechtliche Angelegenheiten vorbereitet. In Sachen Qualitätssicherung wurde ebenfalls eine ganze Palette erarbeitet und für die Nutzung zugänglich gemacht. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer staatlich geplanten Qualitätssicherung besonders wichtig, um die eigenen Aktivitäten deutlich zu machen.

Die Sächsische Akademie für Fort- und Weiterbildung hat mit ihren Veranstaltungen und der Vergabe eines Fortbildungszertifikates ebenfalls einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass der 106. Deutsche Ärztetag eine flächendeckende Einführung der Fortbildungszertifikate an allen Landesärztekammern empfohlen hat. Doch auch die jungen Ärzte und Ärztinnen fanden immer eine offene Tür in unserem Haus.

Rückblick 1999 – 2003

Auch die vergangenen vier Jahre waren von einer gleichbleibenden Intensität an Aufgaben und Arbeitsschwerpunkten gekennzeichnet. Die Tätigkeitsberichte aus dieser Zeit sind immer von den jeweiligen aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen geprägt. Bereits 1999 waren die ersten Anzeichen einer Gesundheitsstrukturreform sichtbar. Auch damals war die Kammerarbeit von den aktuellen Entwicklungen dominiert, ähnlich wie heute. Es ging unter anderem um die Weiterbildungsordnung, um Qualitätssicherung und Berufsfreiheit. Der Ärztemangel folgte und die Planung von Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern begann. Um Kräfte und Stimmen zu bündeln, wurde auch auf unsere Initiative hin das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen gebildet. Im Bündnis Gesundheit sind 32 Vertreter der sächsischen Heilberufe und Verbände der Leistungserbringer im Gesundheitswesen zusammengeschlossen. Dieses Bündnis existiert als eines der wenigen in Deutschland auch heute noch.

Kritische Begleitung der Reformvorhaben

Mittlerweile ist Deutschland in eine Krise geraten, die auf Versäumnisse der letzten Jahrzehnte zurückgeht und nicht erst seit heute existiert. Die Entwürfe für eine notwendige Reform des Gesundheitswesens liegen vor.



Rege Diskussion im Saal: Dr. Thomas Lipp zur Gesundheitsreform

Die sozialen Systeme stehen vor der wohl gravierendsten Veränderung. Neben dem Rentensystem muss auch das Gesundheitssystem an die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst werden. Demografische Entwicklung und Massenarbeitslosigkeit, gekoppelt an wirtschaftliche Stagnation, sind die Hauptursachen für das Versagen der Systeme. Trotz Nullrunde und Beitragsanhebungen hatten die Krankenkassen bereits im 1. Quartal 2003 ein Defizit von 630 Millionen Euro. 80 % der Strukturmaßnahmen von Rot-Grün

konzentrieren sich auf die Ausgabenseite, obwohl die Einnahmen das eigentliche Problem sind. 93 % der Bevölkerung würden Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung akzeptieren und 60 % wollen am medizinischen Fortschritt teilhaben, doch eine Resonanz in den Plänen der Politik finden diese Einstellungen der Bevölkerung nicht. Reform kommt von „Erneuerung“ oder „Verbesserung des Bestehenden“. Erneuerung bedeutet eben nicht die Schaffung einer Staatsmedizin.

Qualität der medizinischen Versorgung erhalten

Diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) an Krankenhäusern und die geplanten Disease-Management Programme (DMP) werden verstärkt dazu führen, dass Maßstäbe verändert und von ökonomischen Interessen geprägt werden. Schon heute stehen Ärzte immer öfter unter finanziellem Entscheidungsdruck. Die rein ökonomische Betrachtungsweise führt zu verwerflichen Denkansätzen, nach denen zum Beispiel teure medizinische Behandlungen nach dem 75. Lebensjahr nicht mehr erfolgen sollten. Die sächsischen Ärzte lehnen

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003



Prof. Dr. Peter Leonhardt setzt sich für die Erhaltung des freien Arztberufes ein

diese Betrachtungsweisen ab. Wir wollen helfen, heilen und Schmerzen lindern.

Reformwillen der Ärzteschaft

Der 106. Deutsche Ärztetag in Köln war geprägt vom Reformwillen der deutschen Ärzteschaft. Kranke Menschen haben noch immer keine wirkliche Vertretung, wenn es um die medizinische Versorgung geht, außer einzelne „Kämpfer“ und den Fachleuten – eben uns Ärzte.

Die Einführung neuer Abrechnungsmodelle und Versorgungskonzepte führen leider nicht dazu, dass die medizinische Versorgung verbessert wird. Die Menschen sind bereit, für ihre Gesunderhaltung das Notwendige zu bezahlen. Kostensparmaßnahmen und ein paar Strukturveränderungen lösen die Probleme nicht. Eine Diffamierung der Ärzteschaft unter dem Deckmantel einer „Qualitätsoffensive“ ist keine Lösung. Was also müssen für uns



Prof. Dr. Rolf Haupt fordert gemeinsame Aktionen aller Ärzte für die Palliativmedizin

die Maßstäbe in der gesundheitspolitischen Debatte sein? Im Wesentlichen vier:

- fachliche Kompetenz der gesundheitspolitischen Maßnahmen,
- Sicherung der medizinischen Qualität auf hohem Niveau und
- Schutz der Berufsfreiheit vor staatlichen Eingriffen
- qualifizierte ärztliche ethische Zuwendungsmedizin

Disease-Management-Programme

Ein schlechtes Beispiel sind die Disease-Management Programme. Fachlich vollkommen unterentwickelt, in den Erfolgen nicht validiert und mit der Kopplung an den Risikostrukturausgleich (RSA) bilden diese Programme einen Höhepunkt an fachlicher Inkompetenz in der Politik. Grundsätzlich sind wir für die integrierte Versorgung mittels DMP. Doch

während wir Leitlinien entwickeln, um Patienten langfristig besser Betreuen zu können, versucht die Politik mit Katalogvorgaben Geld zu sparen. Trotzdem wurden die DMP per Rechtsverordnung und gegen fachliche Bedenken auf den Weg gebracht. Zugelassen wurde in Sachsen noch kein Programm, obwohl die Rechtsverordnung bereits seit einem Jahr gültig ist. Dass die Versorgung von zum Beispiel Diabetes-Patienten mit der Einführung von DMP schlechter wird, war allen Vertragspartnern bewusst, deshalb hat man in den Verhandlungen versucht zu retten, was noch zu retten war. Inzwischen mussten auf „Wunsch“ des Bundesversicherungsaufsichtsamtes wichtige medizinische Zielwerte aus den Verträgen gestrichen werden, damit Aussicht auf Zulassung besteht und das Geld aus dem RSA fließt. Auch das ein Sieg der Bürokratie über unseren medizinischen Sachverstand.

Diagnoseorientierte Fallpauschalen

Die diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern bedürfen ebenfalls einer dringenden fachlichen Nachbesserung. Die jetzt auftretenden Probleme hinsichtlich Zeitplan und Krankheitsbildern hatten wir frühzeitig und noch vor der Einführung dieser Fallpauschalen dargelegt, doch war die Politik nicht bereit, sich darauf einzulassen. Damit Krankheitsbilder besser abgebildet werden können und damit am Krankenhaus zum Beispiel auch die Palliativmedizin adäquat bezahlt und Schwerstverletzte umfassend behandelt werden können, müssen Nachbesserungen erfolgen. Weiterhin ist die Einführungsphase auf fünf Jahre zu verlängern, um den beteiligten Krankenhäusern und vor allem den Ärzten

die Umstellung ohne negative Auswirkungen auf die Patienten möglich zu machen. Politische Schnellschüsse, wie wir sie in letzter Zeit täglich finden, gehen immer zu Lasten der Patienten und unseres Berufes. Ärztliche Leistungen lassen sich nicht nach Checklisten definieren. Wir sind keine Gesundheitsmanager oder Checklistenmediziner und Patienten sind keine Autos.

Verminderung der Bürokratie

Eine ganzheitliche Medizin und mehr Behandlungszeit werden verstärkt auch von den Patienten eingefordert. Doch die Bürokratie braucht mehr Zeit, als die Behandlung selbst. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat kürzlich in einer Untersuchung ermittelt, dass zum Beispiel ein Chirurg an einem Krankenhaus pro Tag 162 Minuten und ein Facharzt für Innere Medizin 195 Minuten (drei Stunden) nur mit Dokumentationsaufgaben verbringt. Was leidet unter der Bürokratie zuerst: Das Patienten-Arzt-Verhältnis.

Berufsfreiheit sichern

Nicht nachgeben werden wir in den Reformbestrebungen dann, wenn die ärztliche Berufsfreiheit auf dem Spiel steht. Die geplanten Maßnahmen im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) zielen genau darauf ab. Zugleich sollen die Selbstverwaltungskörperschaften in ihren Kompetenzen beschnitten werden. Zu weiteren strittigen Punkten der angestrebten Gesundheitsreform gehören:

- der Ausstieg aus der flächendeckenden fachärztlichen Versorgung mit einer im Umkehrschluss wegfallenden freien Arztwahl,
- die Stärkung der Krankenkassen,
- der Aufbau poliklinischer Strukturen sowie
- enge Vorschriften für die medizinische Behandlung.

Qualität in der Medizin ist unsere Aufgabe

Ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ ist weiterhin ein fester Bestandteil des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. Dieses Zentrum soll Maßstäbe für die medizinische Behandlung entwickeln und überprüfen. Gleichzeitig sollen verbindliche Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung gegeben werden, welche dann einzuhalten und auch nachzuweisen sind, sonst droht der Entzug der Zulassung. Damit werden zahlreiche staatliche Vorgaben verbunden sein, die zu einem weiteren anwachsen der Bürokratie in den

Sprechstundenzimmern führen werden. Ein Nutzen durch das Qualitätszentrum ist nicht zu erwarten. In Großbritannien entstehen dem Staat Kosten von jährlich 930 Millionen Euro nur für die Bewertung von Arzneimitteln durch das dortige Institut. Der Zugang zu innovativen Medikamenten wird für Patienten erheblich erschwert.

Eine unannehmbare Einmischung in die ärztliche Berufsfreiheit ist auch die geplante Vorgabe von Fortbildungsinhalten sowie die damit verbundene Rezertifizierung. Alles, was das erwähnte Zentrum leisten soll, wird bereits durch Fachgremien der Bundes- und Landesärztekammern sowie angeschlossener Einrichtungen, aber auch durch die medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände geleistet. Berufsbegleitende Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil unserer Berufsordnung, Qualitätssicherung auch. Und während in der Medizin von Qualitätssicherung durch staatliche Stellen gesprochen wird, werden auf der anderen Seite in 60 von 80 Handwerksberufen die Meisterbriefe als Qualitätssiegel durch die gleiche Regierung abgeschafft. Ein Beauftragter gegen Korruption im Gesundheitswesen soll ebenfalls installiert werden. Der Beauftragte soll sozialgesellschaftliches Missverhalten rügen dürfen. Eine derart weitgehende Befugnis lässt nicht nur den Datenschützern die Haare zu Berge stehen. Gegen sozialgesellschaftliches Fehlverhalten kann sich auch kein angegriffener Arzt wirklich zur Wehr setzen, weil ein solches Verhalten immer von parteipolitischen Vorstellungen des Beauftragten und der Regierung geprägt wird.

Ärztemangel in Sachsen

Die Situation vor allem in ländlichen Gebieten ist in Sachsen jetzt schon schwierig ist. Ärzte gehen in den Ruhestand und finden keinen Nachfolger. Die Praxis schließt, die Patienten müssen sich in immer größerer Entfernung einen neuen Arzt suchen. Aus fast allen Kreisärztekammern erhalten wir ähnliche Meldungen oder persönliche Briefe. Auch unsere eigenen Statistiken sprechen eine deutliche Sprache. Die sogenannten Reformen werden die Situation verschärfen. Seit Jahren bemühen wir uns auf allen politischen Ebenen um die Lösung dieser Generationenaufgabe. Hier im Freistaat haben sich 2001 Politik, Krankenkassen und Körperschaften in Arbeitsgruppen zusammengefunden, um Strategien zu erarbeiten. Lösungsmöglichkeiten reichen

von Landarztzulagen bis hin zu zinslosen Praxiskrediten. Nur auf Bundesebene sieht man das Problem nicht. Unsere älteren Kollegen sind ausgebrannt. Rund 47 leerstehende Arztpraxen haben wir bereits in Sachsen.

Rahmenbedingungen einfordern

Wir brauchen endlich eine gleichwertige Vergütung und angemessene Arbeitszeiten damit die jungen Ärzte in Sachsen bleiben. Es ist an der Zeit, das Arbeitszeitgesetz an das europäische Recht anzupassen. Es ist an der Zeit, 14 Jahre nach der politischen Wende, für mehr Leistung eine angemessene finanzielle Vergütung zu erhalten. Die Abschaffung der Arzt im Praktikum Phase ab 2004/2005 und die praxisorientierte Modernisierung des Studiums sind nur kleine Schritte, die wir bei der Politik durchgesetzt haben. Es bedarf sehr viel mehr Anstrengungen, damit wir in weniger als zehn Jahren keinen Versorgungsnotstand in Sachsen verzeichnen müssen. Kontraproduktive Studien, die von falschen Annahmen ausgehen, täuschen die Bürger über die wahre Situation hinweg.

Weiterbildungsordnung der Zukunft

Eine wegweisende Entscheidung wurde auf dem 105. Deutschen Ärztetag in Rostock getroffen und jetzt in Köln noch einmal bestätigt. In Zukunft wird es einen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin geben. Damit wird den Entwicklungen der Europäischen Union und den Vorgaben der Politik Rechnung getragen und gleichzeitig die hohe Qualität der Weiterbildung gegenüber dem Europäer gesichert. Die Entscheidung ist den Ärztevertretern auf dem letzten Deutschen Ärztetag schwer gefallen, auch uns sächsischen Ärzten. Mit der Änderung der Weiterbildungsordnung war zu befürchten, dass die internistische Fachkompetenz und die hausärztliche Weiterbildung qualitativ leiden könnten. Letztendlich stellt der Änderungsbeschluss ein Kompromiss für alle Seiten dar.

Arbeit in Kreisärztekammern besonders wichtig

Die Vermittlung von Entscheidungen und die Zusammenarbeit auf Kreisärztekammerebene ist für eine funktionierende Landespolitik unverzichtbar. Die Kreisärztekammervorsitzenden leisten auf ganz unterschiedliche Art und Weise ihren Beitrag dazu. Und die Wahl zur Kammerversammlung wäre ohne die Hilfe der Kreisärztekammern undenkbar. Deshalb

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003

möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich bei den Vorsitzenden für ihr berufsständisches Engagement zu bedanken.

Kammerarbeit ist nicht Lobbyarbeit

Abgrenzen möchte ich den Einsatz für die Interessen der sächsischen Ärzte von der häufig unterstellten Lobbyarbeit. Die Sächsische Landesärztekammer ist die Vertretung eines ganzen Berufsstandes und vertritt dessen Gesamtinteresse. Wer uns also Lobbyarbeit unterstellt, kennt die Aufgaben der Kammern nicht. Und wer uns Ärzte von den gesundheitspolitischen Beratungen ausschließt, diskreditiert seine spätere Entscheidung von vornherein. Das aktuelle Misstrauen der Politik gegenüber den Heilberufen wird weder diesen Anforderungen noch der im Grundgesetz verankerten Aufgabe gerecht, welche im wesentlichen die Ärzteschaft zu erfüllen hat. Ein Richter am Bundesverfassungsgericht formulierte es so: „Der Arzt ist, ..., der wichtigste Garant für die Volksgesundheit. (...) Damit steht er an erster Stelle bei der Erfüllung einer Aufgabe, die das Grundgesetz mit Verfassungsrang ausgestaltet hat“.

Ich fordere die Politik deshalb nachdrücklich auf, das Fachwissen der Ärzte stärker in den politischen Entscheidungen zu berücksichtigen, damit wir in Zukunft noch eine hochwertige medizinische Versorgung in Sachsen und Deutschland haben, sächsische Patienten keine Defizite durch DRG und DMP hinnehmen müssen und der freie Arztberuf eine Zukunft hat.

Jahresabschlussbilanz 2002

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

Herr Dr. Vogel erläuterte den Jahresabschluss der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2002 und begründete ausführlich die Entwicklung der einzelnen Einnahmen- und Ausgabenpositionen. Die 28. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss 2002 bestätigt. Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2002 sind im Tätigkeitsbericht 2002 der Sächsischen Landesärztekammer im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2003, Seite 259 veröffentlicht.

Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen. Herr Dipl. Kaufmann Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer, erläuterte den Bericht der Wirtschafts-

prüfung 2002 mit dem Ergebnis und der Bestätigung:

- das Rechnungswesen wurde ordnungsgemäß geführt,
- die Aktenführung war und ist korrekt,
- die Ertrags- und Vermögenslage der Kammer ist im Jahresabschluss 2002 korrekt und ordnungsgemäß dargestellt,
- das interne Kontrollsystem ist gut organisiert
- der Vorstand der Kammer wird regelmäßig durch die Verwaltung über die aktuelle Entwicklung informiert.

Der Kammerpräsident bedankte sich bei der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. Verena Diefenbach, und allen Mitarbeitern der Kammer für die geleistete Arbeit in der Wahlperiode 1999 bis 2003.

Konstituierende Kammerversammlung

Unter Leitung des neuen Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, Geburtsjahr 1934, Zwickau, Facharzt für Allgemeinmedizin, erfolgte in Einzelwahlgängen auf den geltenden rechtlichen und organisatorischen Grundlagen für die durchzuführenden Wahlhandlungen – § 13 Abs. 2 Sächsisches Heilberufe-Kammergesetz und § 7 Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer – die Wahl des Präsidenten, des Vizepräsidenten, des Schriftführers und der weiteren acht Mitglieder des Vorstandes.

Für das **Amt des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer** stellte sich auf Vorschlag von Herrn Prof. Dr. Otto Bach, Dresden, als einziger Kandidat der bisherige Kammerpräsident, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Dresden.



Die Wahlleitung für den Neuen Vorstand hat Dr. Bernhard Ackermann inne (l.). Er wird von der Landeswahlleiterin und Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. Verena Diefenbach unterstützt



Die Mandatsträger an den Wahlurnen

Von den 88 anwesenden Mandatsträgern votierten 84 für Herrn Prof. Dr. Jan Schulze bei einer Gegenstimme und drei Stimmenthaltungen. Herr Prof. Dr. Schulze nahm die Wahl mit den Worten „ich werde weiterhin für eine geeinte Ärzteschaft in Sachsen meine ganze Kraft einsetzen und bündeln“ sichtlich gerührt unter langanhaltendem Beifall an. Dieses Wahlergebnis bedeutet Vertrauensbeweis und Anerkennung für die vier Jahre Kammerarbeit.

Zur Wahl für das **Amt des Vizepräsidenten** wurden durch Herrn Prof. Dr. Jan Schulze Herr Dr. Stefan Windau, Facharzt für Innere Medizin, Leipzig, niedergelassener Arzt vorgeschlagen. Von den anwesenden 89 stimmberechtigten Mandatsträgern stimmten 74 für Herrn Dr. Windau bei sechs Gegenstimmen und neun Stimmenthaltungen.

Herr Dr. Stefan Windau, Leipzig, niedergelassener hausärztlich tätiger Internist, dankte allen, die für seine Person gestimmt hatten und nahm mit der Aussage „ich kann Verbandsinteressen hinter Kammerinteressen zurückstellen“ unter Applaus „sehr erfreut, erleichtert und gern“ die Wahl an.

Für das **Amt des Schriftführers** wurde durch Herrn Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig, Herr Dr. Lutz Liebscher, Hochweitzschen, als einziger Kandidat vorgeschlagen. Alle 89 Stimmberechtigten entschieden sich für den Facharzt für Kinderheilkunde. „Ich werde auch weiterhin alle Protokolle schnell, lesbar und wahrheitsgetreu erstellen.“

Als **4. Vorstandsmitglied** wurde von Herrn Dr. Günter Bartsch, Neukirchen, Herr Dr. Rudolf Marx, Mittweida, und von Herrn Dr. Ulrich Lehmann, Reichenbach, Herr Dr.

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003

Dietrich Steiniger, Rodewisch, und von Frau Dr. Claudia Kühnert, Chemnitz, Frau Dr. Hella Wunderlich, Großhartmannsdorf, vorgeschlagen. Ergebnis: Von den 89 anwesenden Mandatsträgern gaben 57 Herrn **Dr. Rudolf Marx**, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, 16 Mandatsträger Frau Dr. Hella Wunderlich und 15 Herrn Dr. Dietrich Steiniger ihre Stimme. Ein Delegierter enthielt sich der Stimme.

Resultate der Wahl der sieben weiteren Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer

5. Vorstandsmitglied:

Von Herrn Prof. Dr. Jan Schulze wurde Herr Prof. Dr. Otto Bach, Dresden, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt im Ruhestand, vorgeschlagen. Herr **Prof. Dr. Otto Bach** wurde von 87 der anwesenden 89 Mandatsträgern gewählt, zwei enthielten sich der Stimme. Herr Prof. Bach bedankte sich mit den Worten: „Als Ruheständler habe ich mehr Zeit und Muse für die Kammerarbeit. Es macht ausgesprochenen Spaß in der Kammer zu arbeiten.“

6. Vorstandsmitglied:

Für den von Herrn Prof. Dr. Rolf Haupt vorgeschlagenen einzigen Kandidaten, Herr **Dr. Claus Vogel**, Leipzig, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, niedergelassener Arzt, stimmten von 87 Mandatsträgern 80, Gegenstimmen drei, Stimmenthaltungen vier. Herr Dr. Vogel stellt sich die Aufgabe, die Verbindung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer zu festigen.

7. Vorstandsmitglied:

Der von Herrn Prof. Dr. Peter Leonhardt, Leipzig, vorgeschlagene Kandidat, Herr **Erik Bodendieck**, Wurzen, Facharzt für Allgemeinmedizin, erhielt von den abgegebenen 87 Stimmen 80, Gegenstimmen drei, Stimmenthaltungen vier. Herr Bodendieck will sich besonders für die Belange und die Probleme der jungen Ärzte in Sachsen einsetzen.

8. Vorstandsmitglied:

Als Kandidatin wurde von Herrn Dr. Claus Vogel Frau **Dr. Gisela Trübsbach**, Dresden, niedergelassene Fachärztin für Diagnostische Radiologie vorgeschlagen. Sie erhielt von 85 abgegebenen Stimmen 69, Gegenstimmen neun, Stimmenthaltungen sieben. Frau Dr. Gisela Trübsbach wird sich weiterhin für die

aktive und konstruktive Arbeit des „Bündnis Gesundheit 2000“ in Sachsen einsetzen.

9. Vorstandsmitglied:

Den von Herrn Dr. Roland Endesfelder, Chemnitz, vorgeschlagene Kandidat, Herr **Dr. Günter Bartsch**, Neukirchen, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, niedergelassener Arzt erhielt von den abgegebenen 84 Stimmen 71, sechs Gegenstimmen, sieben Stimmenthaltungen. Herr Dr. Bartsch will weiterhin „zielgerichtet und sachgerecht seine Vorstandsarbeit fortsetzen“.

10. Vorstandsmitglied:

Von Herrn Dr. Rudolf Marx, Mittweida wurde Herr **Dr. Steffen Liebscher**, Aue, Facharzt für Innere Medizin, niedergelassener Arzt, vorgeschlagen. Von den 84 abgegebenen Stimmen erhielt Herr Dr. Steffen Liebscher 84. Herr Dr. Liebscher will sich für eine gute und konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und dem Verwaltungsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung als „Brückenmitglied“ einsetzen.



Dr. Rudolf Marx schlägt Dr. Steffen Liebscher für den neuen Vorstand vor

11. Vorstandsmitglied:

Frau Dr. Irmgard Murad, Chemnitz, schlug Frau Dr. Hella Wunderlich, Großhartmannsdorf; Herr Dr. Rainer Weidhase, Dresden, schlug Herrn Dr. Norbert Grosche, Dresden, und Herr Dr. Günter Bartsch, Neukirchen, Herrn Dr. Dietrich Steiniger, Rodewisch, als Vorstandsmitglied vor. Von den abgegebenen 84 gültigen Stimmen entfielen 35 auf Herrn **Dr. Dietrich Steiniger**, Arzt für Chirurgie, ange-

stellter Arzt, 24 Mandatsträger stimmten für Herrn Dr. Norbert Grosche und 21 für Frau Dr. Hella Wunderlich. Vier Mandatsträger enthielten sich der Stimme.

Nach der Wahl fand die Verpflichtung des neuen Vorstandes durch den Alterspräsidenten statt. Alle gewählten Vorstandsmitglieder nahmen mit einem deutlich hörbaren „Ja“ ihre Wahl in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer an. Sie erhielten von den anwesenden Mandatsträgern und Gästen zustimmenden und aufmunternden Beifall.

Bildung von Ausschüssen und Wahl der Ausschussmitglieder gemäß Paragraph 12 der Hauptsatzung

Folgende Ausschüsse hatten weniger als zehn Bewerber und konnten deshalb per Akklamation gewählt werden:

Ausschuss Satzungen

Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann, Radebeul
FA für Neurologie und Psychiatrie, A
Frau Kornelia Kuhn, Dresden
FÄ für Innere Medizin, N
Dr. med. Lutz Liebscher, Leisnig
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Winfried Rieger, Ebersbach
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
FA für Innere Medizin, N

Ausschuss Berufsrecht

Dr. med. Andreas Prokop, Döbeln
FA für Rechtsmedizin,
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Christa Artym, Dresden
FÄ für Innere Medizin, R
Dr. med. Roland Endesfelder, Chemnitz
FA für Chirurgie, R
Dr. med. Rainer Kluge, Kamenz
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. med. Michael Neubauer, Freiberg
FA für Chirurgie, FA für Kinderchirurgie, A
Dr. med. Bettina Prager, Dresden
FÄ für Humangenetik, N
Dr. med. Michael Teubner, Burgstädt
FA für Innere Medizin, N
Dr. med. Kirsten Nowack, Torgau
FÄ für Allgemeinmedizin, N

Ausschuss Ärzte im Öffentlichen Dienst

Dr. med. Rudolf Marx, Mittweida
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Wilfried Oettler, Dresden
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Regina Petzold, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, R



Die Ärztevertreter stimmen über die Ausschussmitglieder ab

Dr. med. Reinhard Schettler, Niederdorf
FA für Arbeitsmedizin,
FA für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Regine Krause-Döring, Grimma
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen,
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dipl.-Med. Ilona Grabe, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Ulrike Thieme, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Sylvia Hebestreit, Niederdorf
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Uwe Krause, Grimma
FA für Anästhesie, A

Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz
FA für Kinder- und Jugendmedizin,
FA für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie, A
Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen,
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dr. med. Barbara Kirsch, Leipzig
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Anita Tilch, Auerbach
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dr. med. Dietmar Beier, Chemnitz
FA für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dr. med. Marlen Suckau, Leipzig
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dipl.-Med. Anke Protze, Chemnitz
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. med. Ulrich Taubner, Zwickau
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A

Ausschuss Arbeitsmedizin

Dr. med. Norman Beeke, Chemnitz
FA für Arbeitsmedizin, FA für Innere Medizin, A
PD Dr. med. habil. Manfred Grube, Chemnitz
FA für Arbeitsmedizin, N
Dr. med. Gert Herrmann, Königstein
FA für Arbeitsmedizin, A
Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch, Dresden
FA für Arbeitsmedizin, A

Dr. med. Marina Selbig, Chemnitz
FÄ für Arbeitsmedizin, A
Dr. med. Egon Gentsch, Chemnitz
FA für Arbeitsmedizin, A

Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin

Dr. med. Michael Burgkhardt, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, FA für Urologie, N
Dr. med. Matthias Czech, Radeberg
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Fritjoff König, Leipzig
FA für Anästhesiologie, A
Dr. med. Hasso Neubert, Glauchau
FA für Anästhesiologie, A
Dr. med. Rainer Weidhase, Dresden
FA für Chirurgie, A
Dr. med. Gottfried Hanzl, Niederoderwitz
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Peter Schnabel, Dresden
FA für Anästhesiologie, A
Dr. med. Thomas Zeidler, Grimma
FA für Anästhesiologie, A
Ute Taube, Berthelsdorf
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Steffen Seiler, Bautzen
Arzt in Weiterbildung, A

Ausschuss Ärztliche Ausbildung

Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich, Dresden
FA für Kinder- und Jugendmedizin, R
Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Friedemann Reber, Dresden
Arzt in Weiterbildung, A
Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Jan Gummert, Leipzig
FA für Herzchirurgie, A
Dr. med. Axel-Rüdiger Jendral, Dresden
FA für Allgemeinmedizin, N

Ausschuss Junge Ärzte

Kornelia Kuhn, Dresden
FÄ für Innere Medizin, N
Dr. med. Friedemann Reber, Dresden
Arzt in Weiterbildung, A
Mascha Lentz, Dresden
Ärztin in Praktikum, A

Dr. med. Antje Bergmann, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, A
Thomas Heidler, Dippoldiswalde
Arzt im Praktikum, A
Uta Katharina Schmidt-Göhrich, Dresden
Ärztin in Weiterbildung, A
Lars Schirmer, Aue
Arzt im Praktikum, A
Dr. med. Wolfram Lieschke, Leipzig
FA für Augenheilkunde, N

Ausschuss Ärztinnen

Dr. med. Brigitte Güttler, Aue
FÄ für Radiologie, N
Dr. med. Irmgard Kaschl, Stollberg
FÄ für Augenheilkunde, R
Dr. med. Jutta Kellermann, Plauen
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Katharina Pollack, Dresden
FÄ für Augenheilkunde, A
Dr. med. Berit Diettrich, Dresden
Ärztin in Weiterbildung, A
Franca Noack-Wiemers, Leipzig
Ärztin in Weiterbildung, A
Dr. med. Antje Bergmann, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, A
Dr. med. Heidemarie Clausnitzer, Heidenau
FÄ für Allgemeinmedizin, N

Ausschuss Senioren

Dr. med. Irmgard Kaschl, Stollberg
FÄ für Augenheilkunde, R
Dr. med. Helmut Knoblauch, Geringswalde
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Gisela Unger, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, R
Dr. med. Ute Göbel, Leipzig
FÄ für Sozialhygiene, R
Dr. med. Eberhard Hempel, Burkhardtsdorf
FA für Allgemeinmedizin, R
Dr. med. Lothar Hilpert, Torgau
FA für Innere Medizin, R
Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel,
Saupsdorf
FA für Innere Medizin, R
Dr. med. Karl-Friedrich Breiter, Bautzen
FA für Innere Medizin, R
Dr. med. Helga Mertens, Großpönsna
FÄ für Innere Medizin, R

Ausschuss Sächsische Ärztehilfe

Dipl.-Med. Siegfried Heße, Dresden
FA für Orthopädie, N
Dr. med. Uta Anderson, Radebeul
FÄ für Innere Medizin, R
Dr. med. Mathias Cebulla, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Ulrich Kraft, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, A

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003

Dipl.-Med. Andreas Koch, Delitzsch
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Karl-Friedrich Breiter, Bautzen
FA für Innere Medizin, R

Ausschuss Finanzen

Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Mathias Cebulla, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Thomas Fritz, Dresden
FA für Innere Medizin, A
Herbert Hilbert, Knappensee Groß Särchen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dipl.-Med. Ingolf Schmidt, Oßling
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Hans-Jürgen Schuster, Plauen
FA für Urologie, N
Dr. med. Stefan Thiel, Pirna
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Torsten Wolf, Leipzig
FA für Anästhesiologie, N
Christian Liebisch, Bischofswerda
Arzt in Weiterbildung, A

Nachfolgende Ausschüsse hatten mehr als zehn Bewerber und mussten durch Abstimmung gewählt werden:

Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Dresden
FÄ für Pathologie, A
PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen, Dresden
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Görlitz
FA für Pathologie, A
Prof. Dr. med. Lothar Beier, Chemnitz
FA für Laboratoriumsmedizin, A
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Metzner, Leipzig
FA für Immunologie, FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz, Dresden
FA für Orthopädie, R
Dipl.-Med. Gabi Marschke, Rodewisch
Ärztin in Weiterbildung, A
Dr. med. Irmgard Murad, Aue
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Norbert Grosche, Dresden
FA für Radiologie, N
Dr. med. Brigitta Krosse, Dresden
FÄ für Innere Medizin, N

Ausschuss Weiterbildung

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig
FA für Pathologie, R
Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. med. Brigitte Güttler, Aue
FÄ für Radiologie, N
Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Leipzig
FA für Chirurgie, A
Dr. med. Frauke Höhn, Chemnitz
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold, Dresden
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky, Dresden
FA für Psychotherapeutische Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Regine Kluge, Leipzig
FÄ für Nuklearmedizin, A
Prof. Dr. med. Derk Olthoff, Leipzig
FA für Anästhesiologie, A

Ausschuss Prävention und Rehabilitation

PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel, Bad Schandau
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Dirk Ermisch, Crimmitschau
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Cornelia Lohs, Leipzig
FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin, A
Dr. med. habil. Gudrun Fröhner, Leipzig
FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin, A
Dr. med. Christoph Altmann, Bad Gottleuba
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Klaus Müller, Leipzig
FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin, N
Dr. med. Rolf Käßner, Kreischa
FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin, A
Dr. med. Roland Müller, Bad Schandau
FA für Sportmedizin, A
Dr. med. Dietmar Laue, Dresden
FA für Hygiene und Umweltmedizin, R
Dipl.-Med. Helmut Schubarth, Dresden
FA für Allgemeinmedizin, N

Ausschuss Krankenhaus

Dr. med. Thomas Fritz, Dresden
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Ulrich Kraft, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin
Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch, Leipzig
FA für Innere Medizin, R
Dr. med. Dietrich Steiniger, Rodewisch
FA für Chirurgie, A
Dr. med. Dietrich Heckel, Rodewisch
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Brigitte Güttler, Aue
FÄ für Radiologie, N
Dr. med. Eberhard Huschke, Ebersbach
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. med. Birger Path, Chemnitz
FA für Anästhesiologie, A
Dipl.-Med. Sylvia Gütz, Leipzig
FÄ für Innere Medizin, A
Dr. med. Alexander Schmeißer, Dresden
FA für Innere Medizin, A

Ausschuss Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren, Leipzig
FA für Innere Medizin, N
Dr. med. Franz-Albert Hoffmann, Leipzig
FA für Innere Medizin, N
Dr. med. Anne-Kathrin Tausche, Dresden
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten, A
Dr. med. Michael Nitschke, Dresden
Arzt in Weiterbildung, A
Dr. med. Kirsten Papsdorf, Leipzig
FÄ für Strahlentherapie, A
Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, N
Dipl.-Med. Ingrid Pawlick, Lunzenau
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Kristina Kraher, Leipzig
FÄ für Anästhesiologie, A
Dr. med. Marc Grundeis, Chemnitz
FA für Innere Medizin, N

Ausschuss Ambulante Versorgung

Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau
FA für Allgemeinmedizin, N
Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Klaus Heckemann, Dresden
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Bernd Flade, Chemnitz
FA für Chirurgie, N
Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
Dr. med. Jörg Hammer, Leipzig
FA für Chirurgie, N
Dr. med. Stephan Mager, Cossebaude
FA für Innere Medizin, N
Dr. med. Torsten Wolf, Leipzig
FA für Anästhesiologie, N
Dr. med. Thomas Rothe, Dresden
FA für Allgemeinmedizin
Dr. med. Norbert Grosche, Dresden
FA für Radiologie, N

A = Angestellt, N = Niedergelassen, R = Ruhestand

Abendveranstaltung

Zu der festlichen Abendveranstaltung begrüßte der Präsident, Herr Professor Dr. Schulze, herzlich die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, Frau Christa Reichard, CDU, und Frau Dr. Marlies Volkmar, SPD, die Abgeordneten des Sächsischen Landtages, Herrn Andreas Grapat, CDU, und Herrn Dr. Jürgen Dürrschmidt, PDS, die Gäste der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. Jan Adamus und Frau Dr. Radiszewska, die Träger der Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-

Medaille, den Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Christoph Josten, die Vertreter der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Dr. Michael Laniado und den Studiendekan Herrn Prof. Dr. Peter Dieter, den Präsidenten der Tierärztekammer Sachsen, Herrn Dr. med. vet. Hans-Georg Möckel, die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Herrn Dr. Dietmar Kasprik und Herrn Jürgen Hommel, die Vertreterin des Regierungspräsidiums, Frau Angelika Reichelt, Herrn Klaus Budewig, Präsident des Sächsischen Oberlandesgerichtes, Herrn Ulrich Zeh, Vorsitzender Richter des Landesberufsgerichtes, Herrn Rechtsanwalt Dr. Kröber, Präsident der Rechtsanwaltskammer Sachsen, Frau Simone Hartmann, Geschäftsführerin der Geschäftsstelle Dresden der Techniker Krankenkassen, Herrn Günther Verhees, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen, Herrn Klaus Tröger, Geschäftsführer der Landesgeschäftsstelle Sachsen – Thüringen der DAK, Herrn Dr. Stefan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Herrn Dr. Johannes Baumann, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Prof. Dr. Leonhard, Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen und Sachsen-Anhalt im Hartmannbund, Herrn Dr. Dieter Kamprad, Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, Frau Müller-Deckert, Direktorin der Inter Versicherung, die Vorsitzenden der Kreisärztekammern im Freistaat Sachsen, die Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer. Alle Gäste hieß Herr Professor Dr. Jan Schulze im Namen der Sächsischen Landesärztekammer herzlich willkommen. Die Abendveranstaltung eröffnete der Kammerpräsident mit seinem Vortrag „Probleme und Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland“. Dieser Vortrag über die dringliche Reformnotwendigkeit im Gesundheitswesen wird im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2003, publiziert.

Festvortrag

Das Arztbild in der Bevölkerung

Frau Professor Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha, Universität Leipzig, Direktorin des Karl-Sudhoff-Institutes für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften
Dieser hochinteressante Vortrag wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2003, abgedruckt.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr denjenigen Ärztinnen und Ärzten 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 343 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 16. Juni 2002 verstorbenen Kammermitgliedern genannt.

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

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätigen Chirurgen Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter bestand darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben. Es ist eine mittlerweile achtjährige Tradition, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen. Auch Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident am 27. Juni 2003 diese hohe Auszeichnung an

Dr. med. Günter Bartsch,
Neukirchen

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen,
Görlitz

Dr. med. habil. Oswald Petter,
Torgau



Dr. Günter Bartsch, Doz. Dr. Roland Goertchen, Dr. Oswald Petter erhalten von der Sächsischen Landesärztekammer die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter Medaille für Verdienste in der Standespolitik

Dr. med. Günter Bartsch

Herr Dr. med. Günter Bartsch wurde am 25. Dezember 1940 in Preußisch-Eylau geboren. Dr. med. Günter Bartsch, geprägt durch eine entbehrensreiche Kindheit, hat dem Streben nach Gerechtigkeit und Harmonie stets eine zentrale Rolle zugeordnet. Er gehörte über 12 Jahre bis 1991 der Synode der evangelisch-lutherischen Landeskirche an. Er fungierte als stellvertretender Vorsitzender des sozial-ethischen Ausschusses, der sich vor allem mit den schwierigen Beziehungen zwischen Staat und Kirche befasste und später als Vorsitzender des Wirtschaftsausschusses. Aus dem Glauben schöpfte er Hoffnung, Kraft und Mut. Diese Attribute bestimmten sein Verhalten und Tun in der Zeit des Niederganges der DDR. Dr. med. Günter Bartsch trat als Mitorganisator und Redner der ersten Demonstrationen in Chemnitz in Erscheinung, gehörte zu den Mitbegründern des Neuen Forums und agierte in dessen Sprecherrat.

Mit dem gleichen Enthusiasmus übernahm er nach der Wende berufspolitische Aufgaben in der ärztlichen Selbstverwaltung. Als Vorstandsmitglied von Anbeginn an, leitete er außerdem bis 1999 die Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer.

Dr. med. Günter Bartsch leistet als Mitglied des Redaktionskollegiums des Ärzteblattes Sachsen ebenso hervorragende Arbeit, wie als Vorsitzender der AG „Multimedia in der Medizin“ oder im Gesprächskreis Ethik in der Medizin.

Sein unermüdliches Wirken für die Belange sächsischer Ärzte gipfelte schließlich in der Übernahme der Vizepräsidentschaft unserer Kammer. Mit reicher Erfahrung und Stetigkeit erfüllte er diese Anforderungen in hohem Maße. Seine Diskussionen und kritischen Anmerkungen wiesen und weisen ihn als soliden Kenner der berufspolitischen Materie aus. Mit wacher Aufmerksamkeit und scharfem Verstand verfolgt Herr Dr. Bartsch die aktuellen gesundheitspolitischen Geschehnisse und setzt entsprechende Akzente.

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen wurde am 22. September 1939 in Riga geboren. Seine berufspolitische Laufbahn ist gekennzeichnet durch sein Bemühen um Qualität im Dienst und zum Wohl des Patienten. Abzeichen, Plaketten, wohl formulierte, jedoch inhaltsleere Phrasen interessieren ihn nicht, nein, Herr Dozent Dr. med. habil. Goertchen be-

13. Sächsischer Ärztetag 28. Kammerversammlung

Dresden
27./28. Juni 2003

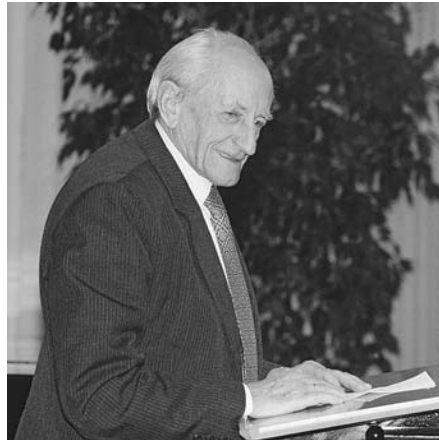
müht sich seit den vielen Jahren seiner Kamertätigkeit darum, den Funken der tatsächlichen Philosophie von Qualitätsmanagement sowohl beim Einzelnen bis hin zu den Selbstverwaltungspartnern zu zünden. Und dies äußert sich in einem ausgesprochenen berufspolitischen Engagement sowohl im eigenen Land, als auch über die Grenzen hinaus. Bei insgesamt 25 Sitzungen des Lenkungsausschusses und Lenkungsgremiums hielt er den Vorsitz und war maßgeblich an der Vertragsgestaltung des jetzigen Lenkungsgremiums beteiligt, bei dem er bis Ende dieses Jahres erneut den Vorsitz innehat. Über die Grenzen hinaus war und ist Dozent Dr. Goertchen engagiert bei der Bundesärztekammer als Mitglied der ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“ und der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Pathologie“.

Dr. med. habil. Oswald Petter

Herr Dr. med. habil. Oswald Petter wurde am 12. Juni 1940 in Laubendorf, Kreis Zittau (ČSSR) geboren.

Herr Dr. med. habil. Oswald Petter stammt aus einer gläubigen katholischen Familie und hat versucht, in den zurückliegenden Jahren diesen Glauben zu leben und zu praktizieren. Er ist seit über 30 Jahren Diakonatsshelfer, das heißt, Beauftragter des Bischofs von Magdeburg, für die Durchführung von Wortgottesdiensten in Dörfern und Kleinstädten tätig. Seine christliche Prägung hat ihn zu jederzeit eine klare Orientierung und Sicherheit gegeben. Berufspolitisch hat er in seiner 12-jährigen Amtszeit als bisheriger Vorsitzender der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz hervorragende Arbeit geleistet. Mit Geschick, Einfühlungsvermögen, Engagement hat er den Kreis Oschatz und Kreis Torgau trotz unterschiedlicher Landesherkunft auf medizinischem und ärztlichem Gebiet problemlos zusammenwachsen lassen. Besonders zu danken ist ihm, dass zwischenmenschliche Differenzen im Arzt- und Patientenverhältnis stets überbrückt wurden, ohne dass höhere Instanzen in Anspruch genommen wurden. Dieses Geschick begründet sich in seiner christlichen Lebenshaltung. Der Aufbau und die Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung im Bereich der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz ist sein Verdienst.

Herr Dr. Petter ist in Sachsen einer der Garanten für verdienstvolle Leistungen als Arzt aus Leidenschaft, Wissenschaftler und Berufspolitiker.



Die Grußworte von der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer überbringt Dr. Jan Adamusz

Verleihung der „Ernst von Bergmann-Plakette“

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer verlieh im Auftrag des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutsche Ärztetages, Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe auf Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer die Ernst von Bergmann-Plakette wegen seiner Verdienste um die ärztliche Fortbildung an Herrn **Prof. Dr. Otto Bach**, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach wurde am 21. Mai 1937 in Borsdorf bei Leipzig geboren. Ob als vollbefugter Weiterbilder für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie oder als Vorsitzender der Prüfungskommission dieser Gebiete, hat er Vieles für den ärztlichen Nachwuchs getan und manchen jungen Arzt von der AiP-Phase bis zum Facharzt begleitet. Wenn es um Fragen der Psychiatrie und Psy-



Prof. Dr. Otto Bach erhält die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer

chotherapie ging, stand Herr Prof. Dr. Bach der Sächsischen Landesärztekammer stets mit hohem fachlichen Wissen beratend zur Seite. Neben seinen Verdiensten um die Weiterbildung von jungen Ärzten ist die Fortbildung ein Gebiet, dem sein besonderes Engagement galt und gilt. Nach seiner Wahl 1997 zum Vorsitzenden der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung kam neues Leben und Schwung in dieses wichtige Gremium. Als Beispiel seien genannt das von ihm gemeinsam mit den Mitgliedern der Akademie inaugurierte „fachübergreifende Fortbildungssemester“, das von den Ärzten sehr gut angenommen und gut besucht wird.

Sein besonderes Verdienst ist die Einführung der freiwilligen zertifizierten Fortbildung für die Ärzteschaft Sachsens. Auf überschaubare und vor allem machbare Art haben hier die sächsischen Ärzte die Möglichkeit, ihre kontinuierlichen Fortbildungsaktivitäten unter Beweis zu stellen und dokumentieren zu lassen. Wegen seinem großen Engagement für die Fortbildung wurde Herr Prof. Dr. Bach in den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung berufen. In dieser ehrenvollen Funktion ist er an der Weichenstellung der Fortbildung für die deutsche Ärzteschaft beteiligt und die Ergebnisse können sich sehen lassen. Auch als Mitglied im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer leistet er eine hervorragende und konstruktive Arbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung.

Frau Mirella Petrova, Dresden, spielte zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung Klaviermusik von Frederic Chopin. Dieses Klavierkonzert wurde von den Gästen der Abendveranstaltung begeistert aufgenommen.

klug, köhler



Frederik Chopin wird von der Pianistin Mirella Petrova vorgetragen

14. erweiterte Kammerversammlung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung Herr Dr. med. Helmut Schmidt (Auszug)

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

Es ist mir eine große Freude, Herrn Professor Dr. Jan Schulze zu seiner Wiederwahl zum Präsidenten unserer Sächsischen Landesärztekammer ganz herzlich zu gratulieren. Es ist nicht meine Aufgabe, die Auswirkungen dieser Wiederwahl und vor allem den Gewinn aus ihr für die Landesärztekammer zu kommentieren. Aber aus der Sicht der Ärzteversorgung bewerte ich dies gern und – nochmals – mit großer Freude. Ich bin dankbar, dass der neue Präsident der alte ist, weil es unter seiner Führung gelungen ist, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Etagen in diesem schönen Hause mit immer geringer werdenden Reibungsverlusten und nahezu geräuschlos zu gestalten. Ärztekammer und Ärzteversorgung haben durch ihre Satzungen und die Beschlüsse ihrer Gremien unterschiedliche Aufgaben und dadurch auch unterschiedliche Sichtweisen, letztere ist nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz auch eine rechtlich unselbständige Einrichtung der ersteren. Dass wir trotzdem – quasi auf gleicher Augenhöhe – alle anstehenden Fragen kollegial besprechen, nicht deckungsgleiche Standpunkte sachlich diskutieren, konsensfähige Entscheidungen gründlich vorbereiten und dann treffen konnten – daran haben natürlich beide Seiten ihren Anteil, aber: Heute geht es um den wiedergewählten Präsidenten und seine großen Verdienste bei dieser Entwicklung.

Meine Damen und Herren, auch wenn es zukünftig graduelle Veränderungen bei der rechtlichen Konstruktion geben sollte, bin ich sicher: Die Ärzteversorgungen brauchen die Ärztekammern, insbesondere im Kontext der Begehrlichkeiten der Politik unterschiedlichster Couleur und: Die Ärzteversorgungen sind ein Schmuckstück der Ärztekammern, auf das sie stolz sein können. Dass dieses Bekenntnis auch in Sachsen weiter gilt, dafür ist der wiedergewählte Präsident Garant, deshalb freue ich mich, deshalb gratuliere ich und wünsche ihm alles erdenklich Gute.



*Der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses,
Dr. med. Helmut Schmidt*



*Der Versicherungsmathematiker, Dipl.-Math.
Hans-Jürgen Knecht, der Wirtschaftsprüfer
Dipl.-Kfm. Wulf Frank*

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Altersversorgung als Teil der sozialen Sicherungssysteme ist in unserem Land ins Gerede gekommen, weil eine Implosion droht. Dadurch, dass 1. die Menschen heute älter als früher werden (und morgen noch älter), so dass immer weniger Beschäftigte eine wachsende Zahl von Ruheständlern versorgen müssen, 2. sich die Arbeitslosigkeit und die Verschlechterung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bemerkbar machen und 3. die gesetzlichen Rentenversicherungsträger ohne Bundeszuschüsse nicht auskommen, die Leistungsfähigkeit des Staates aber ständig abnimmt, droht das Gesamtsystem durch äußeren Überdruck beeinträchtigt, wenn nicht gar zertrümmert zu werden. Dieses Menetekel gilt in seiner ganzen Schärfe nur für die – umlagefinanzierten – gesetzlichen Rentenversicherungen und nicht für unser Versorgungswerk, welches nach dem offenen Deckungsplanverfahren arbeitet. Obwohl die Versorgungswerke für die zukünftige Entwicklung besser gerüstet sind, dürfen wir

uns trotzdem nicht zurücklehnen. Denn: Im gegliederten System der Rentenversicherung gehören die gesetzliche Rentenversicherung, die Beamtenversorgung, die Altershilfe für Landwirte und die Berufsständischen Versorgungseinrichtungen zur ersten – und damit tragenden – Säule der originären Regelsicherung in Deutschland. Wir können kein Interesse daran haben, dass dieses etablierte und bisher funktionierende System gestört oder schwer beeinträchtigt wird. Der Strudel könnte auch uns erfassen. Nun zu den Zahlen: Die Sächsische Ärzteversorgung vereinte im abgelauenen Geschäftsjahr 2002 12.596 aktive Mitglieder und 1.069 Versorgungsempfänger.

Der Bruttozugang lag mit 541 Personen wesentlich höher als im Vorjahr (430 Personen). Die Anzahl der Abgänge entsprach mit 344 Personen etwa der des Vorjahres (375 Personen). Infolge dessen erhöhte sich der Endbestand an beitragsleistenden Mitgliedern mit 12.596 Personen im Vergleich zum Vorjahr (12.399 Personen) deutlich. Auch im Berichtsjahr 2002 zeigt die Überleitungsbilanz, dass die Sächsische Ärzteversorgung zu den Versorgungswerken gehört, die mehr Mitglieder abgaben als aufnahmen. Die Abwanderung aus Sachsen in andere Bundesländer erreichte mit 108 Personen und über 2,7 Mio EUR einen etwas niedrigeren Stand als im Vorjahr (115 Personen und 3,1 Mio EUR). Neben der Überleitung bietet die Satzung auch die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft. Diese Form der Fortsetzung der Zugehörigkeit zur Sächsischen Ärzteversorgung nach dem Ausscheiden aus der Sächsischen Ärztekammer wurde bisher von 637 Ärztinnen bzw. Ärzten und 117 Tierärztinnen bzw. Tierärzten gewählt. Neben dem Mitgliederzuwachs stellen die veranlagten und gezahlten Beiträge wichtige Einflussgrößen für die Entwicklung eines Versorgungswerkes dar.

Nachdem die Bemessungsgrenze für die neuen Bundesländer vom Gesetzgeber für die gesetzliche Rentenversicherung und damit nach unserer Satzung gleichlautend für die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung im Jahr 2002 auf 45.000 EUR pro Jahr, bei gleichbleibendem Beitragssatz, nur leicht angehoben wurde, war aus diesem Einflussfaktor allein kaum eine Einnahmesteigerung zu erwarten. Innerhalb der verschiedenen Beitragsgruppen kam es jedoch zu Verschiebungen: Die Gruppe der Mitglieder, die Einkünfte un-

14. erweiterte Kammerversammlung

Dresden
28. Juni 2003



Die Mandatsträger



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

terhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielten, verringerte sich bei den Angestellten und Niedergelassenen um 4,1 % bzw. 7,5 %. Dagegen stieg die Zahl der angestellt tätigen Höchstbeitragszahler um 11,3 %. Bei den Niedergelassenen erhöhte sich insbesondere die Gruppe der 9 %-Zahler um 20,9 %. Im Jahr 2002 wurden Beiträge in Höhe von 91,8 Mio EUR im Soll festgesetzt (etwa 4 % mehr als im Vorjahr) und 89,5 Mio EUR im Ist an Beiträgen gezahlt. Letzteres bedeutet einen Anstieg um 1,5 Mio EUR im Vergleich zu 2001. Somit lag der Durchschnittsbeitrag mit 7.160,00 EUR wesentlich über dem des Vorjahres – 6.891,70 EUR. Die Differenz zwischen Soll und Ist beruht auf Beitragsrückständen durch Beitragsschuldner. Im Berichtsjahr mussten 62 Zwangsvollstreckungen eingeleitet und eine wachsende Anzahl von Insolvenzverfahren beobachtet werden. Zum 31. Dezember 2002 waren 35 Stundungen registriert.

Die Sicherung der Anwartschaften und Leistungen kann nur in Verbindung mit einer professionellen Anlagepolitik für die laufend eingehenden und damit auch zu verzinsenden Mitgliedsbeiträge einhergehen. Die Vermögensanlagen der Sächsischen Ärzteversorgung gliedern sich zu 67 % in Renten-Direktanlage und Termingelder, zu 32 % in 6 Spezialfonds, darunter 3 gemischte Fonds, Renten/ Aktien, 2 Immobilienfonds, einen Rentenfonds und zu 1 % in einer direkt gehaltenen Immobilie. Nachdem schon das Jahr 2001 als sehr schwieriges Jahr für die Kapitalmärkte bezeichnet wurde, muss das Jahr 2002 dann wohl als ein äußerst schwieriges Jahr für alle Kapitalanleger angesehen werden. Die im Jahresverlauf nach mehreren Zinssenkungen deutlich gesunkenen Zinsen brachten bei festverzinslichen Wertpapieren ganz erfreuliche Kursgewinne mit sich, von denen auch der Rentenspezialfonds unserer Versorgung profi-

tieren konnte. Den außerordentlich starken Kursabschwung an den Aktienmärkten (EURland – 36 %, Deutschland – 42 %) konnte das jedoch bei weitem nicht kompensieren. Obwohl die Sächsische Ärzteversorgung mit einer deutlichen Aufstockung des Rentenfonds sowie mit einer vor allem im 2. Halbjahr verstärkt betriebenen Direktanlage in Schulscheindarlehen/Namenstitel, gezielten Zuführungen zu den Immobilienfonds und dem Verzicht auf weitere Zuführung zu den Aktienfonds seit August 2001 versucht hat, dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken, hinterließ dieses dritte schlechte Aktienjahr in Folge deutliche Spuren in der Gewinn- und Verlustrechnung 2002, wiederum in Form von Buchverlusten. Zur Reduzierung der Anfälligkeit gegenüber Schwankungen bei einzelnen Anlageklassen hat eine weitere Diversifizierung der Vermögensanlage unseres Versorgungswerkes Priorität.

Der Verwaltungsausschuss hat sich durch den Abschluss eines Beratungsvertrages hierbei professionelle Unterstützung gesichert. Das bis dahin als langfristige Investition gedachte Aktienengagement (in bisher 3 Spezialfonds) musste unter dem Aspekt der mit der Aktienanlage verbundenen kurzfristigen Risiken deutlich reduziert werden und könnte erst wieder nach dem Aufbau eines Risikopuffers in Form stiller Reserven erneut ausgebaut werden.

Die Mittel der Sächsischen Ärzteversorgung wurden entsprechend § 7 der Satzung ausschließlich zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet. Die Rentenbemessungsgrundlage betrug wie im Vorjahr 36.397 EUR. Im Geschäftsjahr erfolgten 10 Einweisung für Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit.

Zum Jahresultimo belief sich die Anzahl der Versorgungsempfänger auf 1.069, darunter 124 Witwen/Witwer und 110 Waisen. 769 Personen erhielten Altersruhegeld, darunter 37 Tierärztinnen/Tierärzte. Von den 769 Altersruhegeldempfängern erhielten 304 Personen obligatorisches Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr, 390 Ärztinnen und Tierärztinnen Altersruhegeld für Frauen nach § 45 der Satzung und 75 Personen vorgezogenes Altersruhegeld ab vollendetem 62. Lebensjahr. Insgesamt zahlte die Sächsische Ärzteversorgung seit ihrer Gründung 20,4 Mio EUR an Versorgungsleistungen im Falle der Berufsunfähigkeit, des Todes oder als Altersruhegeld aus.

**Auszug aus dem Bericht des Vorsitzenden
des Aufsichtsausschusses der
Sächsischen Ärzteversorgung
Herr Dr. med. Hans-Dieter Simon**

Nach der erweiterten Kammerversammlung 2002 fanden drei Sitzungen des Aufsichtsausschusses, jeweils im November 2002, im Januar 2003 und im Mai 2003 statt. An den monatlichen Beratungen des Verwaltungsausschusses nahm immer ein Mitglied des Aufsichtsausschusses teil. Die teilnehmenden Vertreter informierten dann im Aufsichtsausschuss über die Entscheidungen, die Diskussionen und Informationen des Verwaltungsausschusses.

Der Aufsichtsausschuss hat nach der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wichtige Aufgaben wahrzunehmen:

1. Überwachung der Geschäftstätigkeit
2. Prüfung der Rechnungsabschlüsse
3. Erteilung von Richtlinien für die Kapitalanlage der Sächsischen Ärzteversorgung
4. Die vorläufige Vornahme dringlicher Änderungen des Geschäftsplanes mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

An den Aufsichtsausschusssitzungen nahmen regelmäßig der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, die Geschäftsführerin und die leitenden Mitarbeiter der Verwaltung sowie satzungsmäßig auch Vertreter der Rechts- und der Versicherungsaufsicht teil.

In der Sitzung am 12. November 2002 erfolgte seitens der Verwaltung die Berichterstattung

zum Geschäftsverlauf im zweiten Halbjahr, u. a. zur Kapitalanlage- und Finanzsituation, zur Statistik über Versorgungsleistungen, zur Beitragsüberleitung und zu den Auswirkungen der Flutkatastrophe auf die Mitglieder und die Verwaltungsarbeit. Weitere Informationen und Diskussionen gab es über die bevorstehenden Änderungen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes sowie die Auslegung der neuen Insolvenzordnung und deren Bedeutung für die Beitragserhebung. In der Sitzung am 28. Januar 2003 erhielten wir wichtige Informationen zum Jahresabschluss 2002. Die wichtigste Sitzung fand am 20. Mai 2003 in Vorbereitung auf die erweiterte Kammerversammlung statt. Alle dieser Versammlung zur Entscheidung vorgelegten Beschlüsse wurden ausführlich dargestellt und kommentiert und neben der Bestellung des Wirtschaftsprüfers einstimmig verabschiedet.

**Beschlüsse der
14. erweiterten Kammerversammlung**

Die Mandatsträger der 14. erweiterten Kammerversammlung fassten am 28. Juni 2003 folgende Beschlüsse:

Beschluss Nr. SÄV 1/03
Jahresabschluss 2002 (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/03
Rentenbemessungsgrundlage/
Rentendynamisierung 2004 (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/03
Haushaltplan 2004 (bestätigt)
Nachfolgend werden die zur Veröffentlichung vorgesehenen Beschlüsse im vollen Wortlaut wiedergegeben:

Beschluss Nr. SÄV 1/03

Jahresabschluss 2002
Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2002 werden bestätigt.

Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2002 wird bestätigt.

Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2002 erteilt.

Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht für das Jahr 2002 anfordern.

Beschluss Nr. SÄV 2/03
Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2004 beträgt 36.397 EURO.

Die am 31. Dezember 2003 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2004 nicht dynamisiert.

Dr. med. Helmut Schmidt Verwaltungsausschuss Vorsitzender	Angela Thalheim Geschäftsführerin
---	--------------------------------------

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer beendete am Sonnabend den 28.6.03 gegen 16.00 Uhr den 13. Sächsischer Ärztetag mit den Worten „Wir brauchen eine geeinte Ärzteschaft, die die Richtung bestimmt und konstruktiv, zielstrebig und transparent standespolitisch und berufspolitisch arbeitet“.

Beschlüsse des 13. Sächsischen Ärztetages/ 28. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 27./28. Juni 2003 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:
Tätigkeitsbericht 2002 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:
Jahresabschluss 2002 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Geschäftsführung wird für das Geschäftsjahr 2002 Entlastung erteilt.

Beschlussvorlage Nr. 3:
Bekanntgabe der Termine für die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Bekanntmachung der Termine

Die **29. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **15. November 2003**, und der **14. Sächsische Ärztetag/30. Kammerversammlung** am Freitag/Sonnabend, dem **25./26. Juni 2003**, statt.

Geschlechtersensible Medizin und Gesundheitspolitik

Für die qualitätsgesicherte medizinische Versorgung der Bevölkerung und zur Verhinderung eines weiter zunehmenden Ärztinnen- und Ärztemangels ist es notwendig, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen von Frauen und Männern zielführend zu integrieren. Hier einige Anregungen.

Gender Mainstreaming und medizinische Forschung und Versorgung

Der neue Terminus *technicus* für dieses Instrument zur Nutzung aller Ressourcen und Berücksichtigung der Vielfalt beider Geschlechter ist das in Europa bereits gängige Schlagwort „Gender Mainstreaming“. „Mainstreaming“ bedeutet „vorherrschende Richtung“, Gender berücksichtigt zusätzlich zum biologischen Geschlecht auch die soziokulturellen Unterschiede, also die Geschlechterrollen, die Männern und Frauen in einer Gesellschaft zugeordnet werden. Bei Gesundheit und Krankheit können Genderrollen große Unterschiede bewirken. Sie haben ihre Grundlagen in somatischen Aspekten, in der sozialen Situation, familiären Verantwortlichkeiten und finden vielfachen Ausdruck in Körperwahrnehmungen, Emotionen und Bewältigungsstrategien. Durchgesetzt hat sich diese Erkenntnis bereits in bezug auf die Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation beim Herzinfarkt. Neue Medikamente werden nicht mehr fast nur an Männern getestet, sondern Frauen und Männer sollen in entsprechender Anzahl in die Studien einbezogen und die Studienergebnisse auch geschlechtsdifferent evaluiert werden. (1) In die Disease Management-Programme (DMP) muss der Gender-Aspekt noch eingeführt werden. Um Gender basierte Me-

dizin auch tatsächlich praktizieren zu können, ist es notwendig, dass die Erfahrungswerte, Sichtweisen und Kompetenzen von Ärztinnen auf allen Entscheidungs- und Hierarchieebenen gleichberechtigt vertreten sind (2). 2001 waren aber nur 2,8 % der Lehrstühle in bettenführenden Abteilungen mit Ärztinnen besetzt (3), insgesamt lag also nur sehr selten Delegations- und Entscheidungskompetenz bezüglich der Versorgung und der Forschungsinhalte im Aufgabenbereich von Frauen. Die Universitäten Leipzig und Dresden stehen nach einer Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes vorne an vierter bzw. fünfter Stelle in Deutschland, was die Anzahl der mit Ärztinnen besetzten Lehrstühle anbelangt (4).

Gender Mainstreaming und Ärztinnen- und Ärztemangel

Zu den aktuell dringendsten Problemen in unserem Beruf gehört der Nachwuchsmangel. Auch in den neuen Bundesländern wirkt sich die Flucht aus dem Beruf in den Kliniken und speziell im hausärztlichen Bereich in den ländlichen Gebieten schon gravierend aus. Die von der Bundesärztekammer und der Kassensärztlichen Bundesvereinigung herausgegebenen Zahlen zeigen deutlich, dass bereits in wenigen Jahren speziell viele der niedergelassenen hausärztlich Tätigen in den Ruhestand gehen werden (5). Wie können diese Lücken aufgefüllt werden? Bei der jungen ärztlichen Generation erleben wir einen Wertewandel in bezug auf die sogenannte Life-Balance, dass heißt den Anspruch auf eine ausgeglichene Kombination von Berufs-, Familien- und Privatleben. Die klassische haus- oder fachärztliche Praxis in Deutschland basiert aber auf

dem Modell des ständig präsenten Arztes, dem jemand den Rücken in Haushalt und Kindererziehung freihält. Dies aber entspricht weder den modernen partnerschaftlich ausgerichteten Paarbeziehungen noch dem gesellschaftlichen Modell in der früheren DDR, in dem selbstverständlich beide Partner berufstätig waren. Ähnliches gilt für die Klinik. Zitat eines Ordinarius für Chirurgie auf die Frage, warum so wenige Frauen in der Chirurgie tätig seien: „Arbeitsinhalte, Organisationsstrukturen und Kommunikationsformen sind von Männern geprägt und werden von ihnen definiert“ (6). Die Realität in Gesamtdeutschland ist, dass 2001 bereits 51 % der Berufsanfänger und rund 60 % der Studienanfänger weiblich waren (3). Wir brauchen also zukünftig familienfreundlichere und insgesamt attraktive Strukturen in Klinik und Praxis, um den überwiegend weiblichen Nachwuchs auch im ärztlichen Beruf zu halten.

Hier müssen Verbesserungen greifen:

1. Frauenförderung als Leistungskriterium bei der Vergabe von Geldmitteln an Universitäten.
2. Die Zusammensetzung von Berufungskommissionen darf nicht mehr ausschließlich männlich sein, sondern zusätzlich zur stimmberechtigten Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragten müssen weitere Kommissionsmitglieder weiblich sein, mindestens 20 bis 30 %.
3. Forschungsförderung muss auch bedeuten, dass tatsächlich geschlechtersensibel in der Medizin geforscht wird, und die Forscherinnen mit Handlungskompetenz in Kompetenznetze einbezogen werden.
4. Arbeitsplatznahe und dienstzeitgerechte Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder aller Altersstufen.
5. Individuelle statt pauschale Umsetzung der Mutterschutzrichtlinienverordnung.
6. Stärkere Vernetzung der Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen wie zum Beispiel im Mentoringnetzwerk des Deutschen Ärztinnenbundes (8).

Gesetzliche Grundlagen eines Gender basierten Gesundheitswesens

1. Verankerung von Gender basierter Medizin in der Approbationsordnung in allen klinischen Fachgebieten und der Pharmakologie, Physiologie etc. Auch Prävention und Rehabilitation bedürfen einer geschlechtsdifferenten Herangehensweise wie zum Beispiel bei der Thematik „Gewalt in der Familie“ und der besseren Ansprache von Männern zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.
2. Auch für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) gibt es viele Ansätze.

Zum Beispiel sollte auch die Prävention von Haushaltsunfällen entsprechend der Berufsunfälle Berücksichtigung finden. Frauen tragen häufiger Verantwortung für pflege- und betreuungsbedürftige Familienangehörige und sie leben länger und im Alter häufiger alleine. Diese unterschiedliche soziale Situation sollte bei den Fallpauschalen (DRG) Berücksichtigung finden – Entlassung nur, wenn Selbstversorgung gewährleistet.

Ärztliche Selbstverwaltung und Gender Mainstreaming

1. Um-Denken und Neu-Handeln für den niedergelassenen Bereich

Zum Verbleib junger Ärztinnen und Ärzte in der kurativen Medizin müssen politische Veränderungen angestoßen werden. Bundesweit gesehen sind Ärztinnen eine wichtige Zukunftsperspektive für die Medizin. Der Altersgipfel bei den niedergelassenen Ärztinnen liegt ca. 10 Jahre später als der der männlichen Kollegen, das heißt 57 % der Ärzte sind älter als 50 Jahre, aber nur 42 % der Ärztinnen (7). Für die ärztliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Praxis bzw. in der ambulanten Tätigkeit sind neue und weniger restriktive Modelle zu entwickeln. Die junge Generation hat andere Ansprüche an einen attraktiven Beruf und an das Ausmaß von Verfügbarkeit und Freizeitmöglichkeiten. Dem gilt es Rechnung zu tragen, wenn die ärztliche Versorgung aufrechterhalten werden soll. Beispielfähig sollten die Ärzte-ZV und § 101 im SGB V, in dem das Jobsharing geregelt ist, neu durchdacht werden. Heute dürfen zwei Jobsharing-Partner/innen nur unwesentlich mehr Leistung erbringen als vorher der Praxismittler betrug. Es könnte auch an die Teilung von Praxissitzen und befristete Teilzeitzulassungen gedacht werden, bei denen sich auch der Bereitschaftsdienst entsprechend reduziert. In einer zukünftigen Weiterbildungsordnung könnte darauf geachtet werden, dass möglichst wenige Zusatzweiterbildungen an eine abgeschlossene fachärztliche Weiterbildung gekoppelt sind. In den Bereitschaftsdienstordnungen sollte die Freistellung vom Notdienst bei allein verantwortlicher Versorgung kleiner Kinder und die Vertretungsmöglichkeit nach der Geburt eines Kindes geregelt werden.

2. Um-Denken und Neu-Handeln für den klinischen Bereich

Auch in vielen Kliniken können Stellen nicht mehr besetzt werden. Zuallererst sollte die ÄiP/ÄiP-Phase abgeschafft bzw. adäquat bezahlt werden.

Trotz sich rechnender Vorteile wie geringerer Fluktuation und größerer Effizienz bei gleichzeitig höherer Arbeitszufriedenheit werden bisher zu selten arbeitsplatznahe und dienstzeitkompatible Kinderbetreuung für alle Altersstufen angeboten. Die heute bis zu 40 % kinderlosen berufstätigen Ärztinnen würden auch oft gerne alle Lebensbereiche kombinieren, statt sich zwischen Karriere oder Familie entscheiden zu müssen.

Familien orientierte Ärztinnen und Ärzte sollten auch während der vorübergehenden Elternzeit am gewohnten Klinikarbeitsplatz auf Wunsch eingebunden bleiben, zum Beispiel durch Fortbildungsteilnahme, Gutachtentätigkeit und Urlaubsvertretungen.

Der positive Umgang mit Famulant/innen und Praktikant/innen bietet für Kliniken die Chance, deren Enthusiasmus auf den ärztlichen Dienst am kranken Menschen in ihrem Wunschberuf zu erhalten und sie ggf. als zukünftige Mitarbeiter/innen zu gewinnen (10). Strukturierte Weiterbildungscurricula verstärken beim ärztlichen Nachwuchs ebenfalls die Leistungsmotivation.

3. Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärztinnen und Ärzte

Die Zahlen zeigen, dass ca. 20.000 Ärztinnen bis zum Alter von 59 Jahren nicht berufstätig sind (7) und dass sie vor allem „in der Weiterbildungszeit abhanden kommen“ (5). Hier liegt ein großes Potential an aufwändig aus- und weitergebildeten Ärztinnen, die zu einem großen Teil gerne wieder berufstätig wären. Ende 2002 erneut eingeführte Wiedereingliederungskurse mit Praxis- und Klinikpraktika wie in der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, zeigten bereits eine große Nachfrage. Eine bessere Vereinbarkeit der beruflichen, familiären und privaten Lebenswelten käme allen vollzeit- und teilzeittätigen Ärztinnen und Ärzten zugute. Die immer komplexeren Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Medizin mit großem Dokumentations- und Fortbildungsaufwand setzt sonst eine zunehmend große Anzahl von ihnen dem Risiko des Ausgebranntseins aus. Vorbildfunktion kann auch durch eine eigene gesündere Lebensführung und eine gute Balance zwischen Berufs- und Privatleben ausgeübt werden. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärztinnen besonders vorbildlich abschneiden (9).

Anschrift der Verfasserin
Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Hagen Str. 31, 82418 Murnau

Ärztblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon 0341 22555-0, Telefax: 0341 22555-15
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigenposition: Silke El Gody
Abonnementservice: Steffen Lochmann
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 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 Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.
ISSN: 0938-8478

Korrektur Tätigkeitsbericht 2002

Im Tätigkeitsbericht 2002 der Sächsischen Landesärztekammer sind unter dem Punkt Qualitätssicherung, Arbeitsgruppe Perinatalogie / Neonatologie (5.5.2.1) durch ein Versehen der Druckerei vier Wertangaben falsch wiedergegeben worden. Deshalb drucken wir den betreffenden Abschnitt mit den richtigen Angaben an dieser Stelle noch einmal ab.

Ergebnisse:

Einige Zahlen sollen zeigen, was in 10 Jahren – u. a. mit Unterstützung der sächsischen

Peri- und Neonatalerhebung – erreicht wurde bzw. wo zukünftig gezielte Anstrengungen erforderlich sind. Gegenübergestellt sind jeweils die Jahre 1992 und 2001 [Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen (1), Daten der sächsischen Peri-/Neonatalerhebung (2)]:

Die Totgeborenenrate konnte nicht gesenkt werden, sondern ist sogar leicht angestiegen (1992 2,9 ‰; 2001 3,2 ‰) (1)

Die Frühsterblichkeit (1.- 7. LT) konnte halbiert werden (von 2,8 auf 1,4 ‰) (1).

Die Säuglingssterblichkeit konnte nahezu halbiert werden (von 6,6 auf 3,4 ‰) (1).

Die Klinikmortalität der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g) konnte von 15,9 % auf 9,2 % gesenkt werden (2).

Schwere Hirnblutungen (Grad III und IV) bei sehr unreifen Frühgeborenen (< 32 Schwangerschaftswochen), die als Indiz für eine dauerhafte ZNS-Schädigung gelten, konnten ebenfalls deutlich zurückgedrängt werden (von 15,7 auf 10,4 %) (2).

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Christiane Latendorf
Wiederkehr
Scherenschnitte und Malereien
bis 14. Juli 2003

**Samariter – Arzt und Patient
in der Kunst**
Grafische Arbeiten
aus der Sammlung des
Instituts für Geschichte der Medizin
der Technischen Universität Dresden
und aus Hamburger Privatbesitz
15. Juli bis 15. September 2003

Gesprächsabend

Donnerstag, 14. August 2003,
19.30 Uhr
Einführung: Prof. Dr. med. habil.
Albrecht Scholz, Dresden

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Susanne Kiesewetter
Malerei und Grafik
„Augen-Blicke“

Samariter – Arzt und Patient



Der barmherzige Samariter (Max Liebermann, 1910)

Eine bedeutende Ausstellung macht vom 15. Juli bis 15. September 2003 in der Sächsischen Landesärztekammer Station: „Samariter – Arzt und Patient“ ist eine Exposition bedeutender Werke überschrieben, welche das Verhältnis vom Helfenden und Leidenden umschreiben. Zu den Künstlern der Ausstellung gehören grafische Arbeiten von Ernst Barlach, Max Liebermann, Käthe Kollwitz, Max Oppenheimer und Josef Hegenbarth. Aber auch Dottore, Anatoli Kaplan, Herta Günther, Horst Janssen, Alfred Hrdlicka und HAP Griebhaber sind vertreten.

Der barmherzige Samariter, der seinen Ursprung als Gleichnis im Neuen Testament hat, durchzieht als Leitfigur die Bilder dieser Ausstellung. Prof. Dr. Albrecht Scholz: „Die Haltung der vorurteilsfreien Hilfsbereitschaft hat ihr Symbol im Bild des barmherzigen Samariters gefunden. Dieses Symbol ist in vielen Kunstwerken wiederzufinden und war für mich die Anregung, eine thematische Ausstellung zu konzipieren“. Innerhalb der Ausstellung werden mehrere Sichtweisen auf das Thema deutlich: Der Arzt als Helfer, der Arzt als Maler und der Maler als Patient.

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz ist Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Die Arbeiten stammen aus Hamburger Privatbesitz und vom Institut für Geschichte der Medizin.

Sächsische Landesärztekammer
15. Juli bis 15. September 2003
Einführung und Gespräch mit
Prof. Dr. Albrecht Scholz am 14. August 2003,
19.30 Uhr
Katalog zur Ausstellung erhältlich!

k6

Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz

Die Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub vom 31. 7. 2003 bis einschließlich 22. 8. 2003 geschlossen. In dringenden Angelegenheiten

wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, PF 10 04 65, 01074 Dresden, Telefon: (03 51) 82 67-0.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungsnummer (Reg.-Nr.) an.

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C032

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C033

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C034

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 7. 2003 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.

Mittweida

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
(in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/C035
Reg.-Nr. 03/C036

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C037
Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 03/C038

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 03/C043

Freiberg

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/C039

Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/CO40
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
(in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/C041
Reg.-Nr. 03/C042

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 8. 2003 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 Orthopädie
(in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/D036

Löbau-Zittau

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 03/D037

Weißeritzkreis

Facharzt für Diagnostische Radiologie
(in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/D038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 7. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 03/D039
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 03/D040
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 03/D041

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D042

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 8. 2003 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 Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/L018

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/L019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 4. 8. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksstelle Dresden

Riesa-Großhain

Facharzt für Allgemeinmedizin
geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 330.

KVS Landesgeschäftsstelle

U. Kalinka, J. Kleditzsch

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation bewirkt gute Ergebnisse und zufriedene Patienten

Rehazentrum
Dresden-Strehlen

Zusammenfassung

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluierung im Reha-Zentrum Dresden-Strehlen wurde die Effizienz der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation „awR“ untersucht. Die „awR“ entspricht dabei inhaltlich der „Erweiterten ambulanten Physiotherapie“ (EAP) und der von den Berufsgenossenschaften bezeichneten „Ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation“ (AOTR).

Es werden in einer retrospektiven Kohortenstudie 432 Patientenunterlagen ausgewertet, um Aussagen zum Therapieerfolg der ambulanten Rehabilitation bei 379 orthopädisch-traumatologischen und 53 neurologischen Indikationen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankheitsbild treffen zu können.

Weiterhin wurden aus 173 Patientenfragebögen verschiedene Parameter der Patientenzufriedenheit ermittelt und den objektiven Ergebnissen gegenübergestellt.

Die Rehabilitationsziele wurden in ca. 80% der Fälle erreicht, die Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus Patientensicht erfolgte in mehr als 85% mit gut bzw. sehr gut.

Der Stellenwert der ambulanten Rehabilitationsmethode und Problemfelder aus Sicht der Autoren werden erörtert.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, EAP, AOTR, ICIDH

Methode und Ergebnisse

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden im Rehabilitationszentrum Dresden-Strehlen 432 Rehabilitationsfälle ausgewertet.

Dabei handelte es sich in 11,4% (n = 53) um neurologische Indikationen und in 88,6% (n = 379) um orthopädisch/traumatologische Krankheitsbilder, die zur systematischen Auswertung in weitere acht Diagnosegruppen unterteilt wurden (siehe Abb. 1).

Bezogen auf die Anzahl der Behandlungstage gab es zwischen den Indikationsgruppen (s.o.) und den Altersgruppen geringe, jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede. Insgesamt waren durchschnittlich 21,6 (zwischen 10 und 50) Behandlungseinheiten notwendig.

* Erläuterung der Diagnose-Codes: (Indikationsgruppen)

- 1 Neurologische Erkrankungen
- 2 konservativ behandelte degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- 3 operativ behandelte degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- 4 operativ behandelte degenerative Erkrankungen der unteren Extremität
- 5 operativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen der unteren Extremität
- 6 konservativ behandelte degenerative Erkrankungen d. unteren Extr.
- 7 operativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen d. oberen Extr.
- 8 konservativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen d. ob. Extr.
- 9 Sonstige Erkrankungen (Amputation, rheumat. Erkrankungen, etc.)

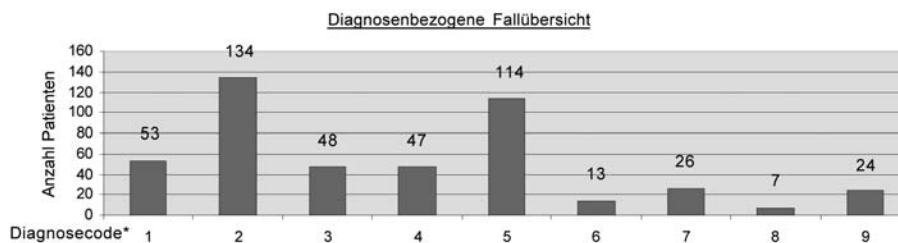


Abb. 1: Zusammensetzung der Behandlungsindikationen zur „awR“ (Diagnosecodierung siehe unten)

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 44,4 (7-85) Jahre, das Verhältnis der männlichen (48,3%) und weiblichen (51,7%) Rehabilitanden war ausgeglichen.

Auffällig war ein signifikant geringeres Durchschnittsalter in der Diagnosegruppe 5 (Verletzungen der unteren Extremität) von 31,4 Jahren, was jedoch erwartungsgemäß erscheint, da jüngere Patienten (sportlich) aktiver sind und sich dementsprechend häufiger derartige Verletzungen (v.a. am Knie- und Sprunggelenk) zuziehen.

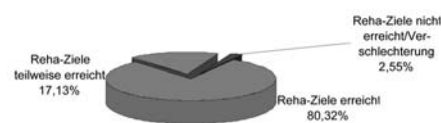


Abb. 2: Diagramm Ergebnisse aller 432 auswertbaren Rehabilitationsfälle

Die Beurteilung der Rehabilitationsergebnisse erfolgte an Hand der dokumentierten klinischen Parameter zu Beginn und am Ende der Rehabilitation und durch Einbeziehung des ärztlichen Abschlußberichtes.

Im Ergebnis der Auswertung wurden die gestellten Rehabilitationsziele von 80,3% der Patienten erreicht, von 17,1 % teilweise erreicht und in 2,6% nicht erreicht (Abb.2).

In der Betrachtung hinsichtlich des Alters waren die Patienten mit guten Behandlungsergebnissen durchschnittlich ca. 2,5 Jahre jünger als die Vergleichsgruppe mit teilweise erreichten Rehabilitationszielen und um 12,8 Jahre jünger als die Patienten, die das Reha-Ziel nicht erreichten (Abb.3). Diese Altersdifferenz ist statistisch signifikant ($p = 0,025$) und erscheint erwartungsgemäß, da mit zunehmendem Alter naturgemäß Heilungs- und

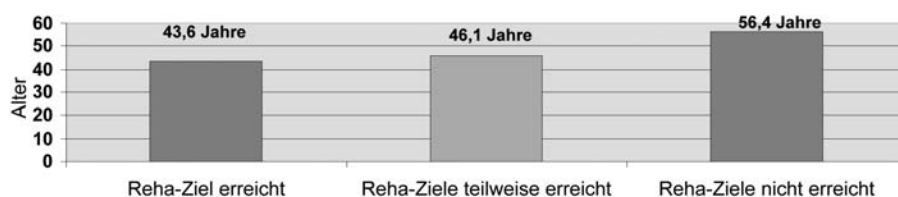


Abb. 3: Diagramm zur Darstellung des Durchschnittsalters der Patienten in Bezug auf das Reha-Ergebnis.

Regenerationsverläufe langsamer und problematischer sind. Die, gemessen an der Zahl der Therapieeinheiten, nicht erfolgte Mehrbehandlung älterer Patienten (s.o.) hätte diesen Trend ggf. verhindern können.

Die Bezeichnung „*wohnortnahe* Rehabilitation“ hat bei der Mehrzahl der Patienten ihre Berechtigung, da 85 % der Patienten in einer Entfernung von bis zu 10 km vom Reha-Zentrum wohnen. Die Untersuchung der *Patientenzufriedenheit* erfolgte durch die Auswertung von 173 Fragebögen. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug durchschnittlich 19 Monate und erlaubt damit auch Aussagen zur Nachhaltigkeit einer solchen Rehabilitationsmassnahme. Den Rehabilitationserfolg beurteilten 85,5 Prozent der befragten Patienten mit „gut“ bzw. „sehr gut“, was die klinische Bewertung (s.o.) noch übertrifft (Abb. 4).

Als wesentliche Erfolge der Rehabilitation wurden durch die Patienten vor allem folgende (vorgegebene) Aussagen als zutreffend bezeichnet: Besserung des allgemeinen Wohlbefindens (n = 90), Linderung von Schmerzen (n = 86), Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (n = 76), Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (n = 54) und Steigerung des seelischen Wohlbefindens (n = 48). Dies belegt, dass neben rein somatischen Aspekten auch psychische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Patienten spielen. Die Wohnortnähe und der Verbleib im familiären und sozialen Umfeld wurde von 65 % der Patienten als nennenswerter Vorteil der „awR“ aufgeführt.

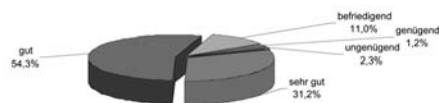


Abb. 4: Bewertung des Rehabilitationserfolges aus Patientensicht

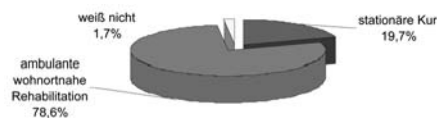


Abb. 5: Entscheidung der Patienten zur Wahl: ambulante Reha oder stationäre Kur

Ein weiterer Ausdruck für die hohe *Patientenakzeptanz* der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation ist deren Einschätzung in 78,6 Prozent, wieder die ambulante Rehabilitationsform einer stationären Kur vorzuziehen (Abb. 5).

Diskussion

1. Es war eine relativ starre Verordnungsweise der Überweiser hinsichtlich der *Anzahl der Behandlungstage* erkennbar. Eine individuelle und dem Rehabilitationsfortschritt angepasste Therapie sollte angestrebt werden. In der Praxis könnten, z.B. ähnlich wie im Krankenhaus die „DRG“ s“, Fallpauschalen einen Anreiz schaffen (ggf. auch Sonderentgelte bei schweren Verlaufsformen).

2. Bei einer Erfolgsquote von 80,3 % und weiteren 17,1% Teilerfolgen kann von einer hohen Effizienz der „awR“ gesprochen werden. Weitere, vorzugsweise prospektive, Studien werden notwendig sein, um eine allgemein gültige Aussage treffen zu können und die hier aufgezeigten Trends zu bestätigen. Die Erarbeitung einheitlicher Bewertungsinstrumente, die einrichtungübergreifend Verwendung finden, ist dazu erforderlich.

Bei chronisch Kranken bestehen häufig neben Schädigungen der Körperstrukturen und Funktionen deutliche subjektive und psychosoziale Beeinträchtigungen, für die ebenfalls günstige Rehabilitationseffekte nachweisbar sind. Deshalb sollte bei zukünftigen Untersuchungen auch eine Verlaufsdokumentation und -auswertung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen entsprechend der ICDH-Klassifikation der WHO erfolgen. Entsprechende Instrumente existieren bereits, wie z.B. der IRES- Fragebogen (Indikatoren des Reha- Status) oder der FFBH (Funktionsfragebogen Hannover) an einzelnen Einrichtungen (Merkesdal, Mau 1999).

3. Die subjektive Einschätzung der Patienten die den Fragebogen zur durchgeführten „awR“ beantwortet haben, lässt den Rückschluss auf eine hohe Patientenzufriedenheit zu. Die individuell angepasste Behandlung und die Wohnortnähe wurden besonders häufig positiv hervorgehoben, die subjektiv empfundene Besserung des Gesundheitszustandes und damit der Lebensqualität und des Aktivitätsgrades der Patienten wurden sehr deutlich zum Ausdruck gebracht. Die Einschätzung der Patienten fällt hinsichtlich des

Erfolges der Rehabilitation etwas besser aus, als die befundbezogene objektive Auswertung. Gründe dafür können in einer weiteren Stabilisierung bzw. Besserung auch nach Abschluss der Rehabilitation gefunden werden. Hier stellen aber sicher auch der persönliche Eindruck des Patienten, Dankbarkeit für erzielte Verbesserungen, die Zuwendung des Personals und die Ausstrahlung der Einrichtung wichtige Einflussfaktoren dar.

Bei einer Vergleichsstudie zwischen stationärer und teilstationärer Rehabilitation in der Fachklinik Ichenhausen (Haase et al. 1998) konnten ähnlich gute Erfolge aus Patientensicht festgestellt werden. Für den teilstationären Bereich fiel der Rehabilitationserfolg bei der Mehrzahl der Variablen sogar etwas besser als für den stationären Bereich aus. Auch hier wurde ein subjektiver Gesundheitszuwachs durch die Rehabilitation und der Verbleib im alltäglichen Lebensumfeld als wesentlicher Vorteil festgestellt.

Gute Ergebnisse werden auch in einer Diplomarbeit der Deutschen Sporthochschule zu Köln berichtet. (Ch. Schulz, 1998) Hier wurde die ambulante mit der stationären Rehabilitation in einem Kölner Krankenhaus im Rahmen einer Fragebogenauswertung untersucht und festgestellt, dass u.a. 88,5 Prozent der ambulant rehabilitierten Patienten das Therapieprogramm als sehr effektiv erlebten, während es bei der stationären Rehabilitation nur 54,5 Prozent waren. Die überwiegende Mehrheit der ambulanten Patienten hielt auch hier den Kontakt zu Familie und Freunden für wichtig. Anfahrtsweg und die Rehabilitationsmassnahmen selbst wurden von den ambulanten Patienten nicht als Belastung empfunden.

4. Die Wohnortnähe als Bestandteil des Reha-konzeptes wird von den meisten Patienten sehr positiv aufgenommen und von 65% der Befragten auch als nennenswerter Vorteil aufgeführt. In unserer Untersuchung war die Entfernung zwischen Reha-Zentrum und Wohnort in 85% der Fälle nicht grösser als 10 km. Als tolerierbar werden von Experten für die ambulante Rehabilitation Entfernungen von ca. 30 km oder 45 Minuten Fahrzeit angesehen (Bürger, Koch 1999). Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und ausreichende Parkmöglichkeiten für Selbstfahrer spielen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle.

5. Die Vorteile der Ambulanten wohnortnahen Rehabilitation passen auch in das Konzept des *Gesundheitsstrukturgesetzes*, welches unter anderem („Reha vor Rente“/„ambulant vor stationär“) fordert, mehr Behandlungsmaßnahmen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, um auf diesem Wege Kosten einzusparen, ohne auf medizinischem Gebiet Nachteile für den Patienten hinnehmen zu müssen.

Seitens des Gesetzgebers rückt die ambulante Rehabilitation und ihre Evaluierung stärker in den Fokus des Interesses. Im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 wurden in den §§ 40ff und 137 d des Sozial-Gesetzbuches V (SGB V) Rechtsgrundlagen für die Gewährung und verstärkte Durchführung ambulanter Rehabilitationsmassnahmen und die damit verbundene Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmassnahmen formuliert (Albrecht et al. 2000). Eine schlüssige Einbindung in die medizinische Versorgungskette und die Schnittstellendefinition für die teilstationäre und ambulante Rehabilitation stehen jedoch noch aus (Finkbeiner 2000).

Es liegen bisher noch keine sicheren und konkreten Ergebnisse über die finanziellen Dimensionen einer möglichen Kostenersparnis mit der „awR“ vor. Verglichen mit einer stationären Rehabilitation ist eine Verringerung der Kosten (s.u.) zu erwarten. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass dieses Behandlungsangebot Patienten erreicht, die bisher keine solch umfangreiche Rehabilitationsmaßnahme bekommen hätten und damit u.U. sogar Mehrkosten für die Versicherungen entstehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kostenersparnis durch Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Vermeidung von Frühberentungen bei im Erwerbsleben stehenden Patienten. Wie BfA-Experte Schillinger berichtete, sind die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation für die Rentenversicherungsträger eine „lohnende Investition“. So sind z.B. die bei der BfA versicherten Rehabilitanden zu 44 Prozent in einem Zeitraum von fünf Jahren nach Abschluss der Reha-Massnahme noch ununterbrochen erwerb-

stätig. Weitere 23 Prozent bleiben mit Unterbrechungen erwerbstätig, ohne aus dem Erwerbsleben vollständig auszuschneiden. Damit verbleiben mehr als zwei Drittel aller Rehabilitanden nach Durchführung von Maßnahmen noch im Erwerbsleben, obwohl ihnen bei der Bewilligung der medizinischen Rehabilitationsmassnahmen die Arbeitsmarktsituation nicht gerade entgegenkommt und wegen einer geminderten Erwerbsfähigkeit immer mehr in die Erwerbsunfähigkeit überwechseln oder den Vorruhestand antreten (Clade 2000).

6. Der *Bedarf* für ambulante Formen der Rehabilitation, nicht nur in der Orthopädie und Traumatologie ist derzeit noch nicht konkret definiert und der Aufbau eines entsprechenden Versorgungsangebotes befindet sich in der Bundesrepublik Deutschland noch im Entwicklungsstadium. Er stösst z.T. auch auf Widerstände, vermutlich u.a. auch deshalb, weil er, insbesondere in Zeiten rückläufiger Antragseingänge und Minderbelegungen in vielen Reha-Kliniken, die Interessen der bereits bestehenden Anbieter von rehabilitativen Leistungen berührt (Bürger, Koch 1999).

7. Eine isolierte Kostenermittlung der eigentlichen Rehabilitation ist sicherlich rechnerisch immer möglich, aber ohne Einbeziehung der Ausgaben für Arbeitsunfähigkeiten (Krankengeld), evtl. resultierende Berentungen, Hausarzt- und Facharztconsultationen, Medikamente, ggf. Krankentransporte und Folgebehandlungen (der Reha-Diagnose) über einen definierten Zeitraum nicht vollständig. Weiterhin müssten die weitere Mortalität und Morbidität Berücksichtigung finden. Die Kostendiskussion sollte allerdings nicht zur Folge haben, dass angesichts leerer Kassen Quantität und Qualität der Therapie schlechter werden, sondern dass durch Optimierung von Therapie- und Administrationsprozessen das hohe Niveau der Rehabilitationsmedizin erhalten und verbessert werden kann.

Der Patient sollte vor dem ethischen Hintergrund unseres Handelns im Zentrum unserer Bemühungen stehen und nicht zum Verlierer im Abwägungsprozess zwischen dem gesundheitspolitisch Wünschenswerten und dem finanziell Machbaren werden (Geißler 1998).

Fazit

Es kann festgestellt werden, dass die ambulante wohnortnahe Rehabilitation überwiegend gute Behandlungsergebnisse erreicht, was auch die hohe Patientenzufriedenheit widerspiegelt. Die vorgemerkte Therapie ist geeignet, in kürzester Zeit bessere funktionelle Ergebnisse herzustellen sowie die Gefahren von Wiederholungsverletzungen und Spätschäden zu mindern. (Peil, 1996)

Eine Fortführung dieser Rehabilitationsmethode ist gerechtfertigt. Die weitere Optimierung des Prozessmanagements, insbesondere eine enge Verknüpfung zwischen Klinik und Reha-Einrichtung sowie des administrativen Umfeldes sollten erfolgen.

Die mittlerweile erfolgte und in diversen Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern verankerte Neukonzeptionierung hat die ehemalige „EAP“ bzw. „awR“ inhaltlich erweitert und beinhaltet jetzt auch Komponenten der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Diese sind in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 20. Oktober 2000 für die ambulante muskuloskeletale, neurologische und kardiologische Rehabilitation ebenfalls verankert. Mit diesem Ansatz wird dem Paradigmenwandel von der ehemals allein indikationsbezogenen Wiederherstellung von Funktionsstörungen zur umfassenden Rehabilitation von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen der Patienten Rechnung getragen.

Eine Neukonzeptionierung des Qualitätsmanagements durch Erstellung einheitlicher Bewertungsinstrumente in Anlehnung an die ICDH 2 und weitere Multicenterstudien sollten erfolgen, um umfassende und statistisch hinterlegbare Ergebnisse vorzulegen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Uwe Kalinka
Facharzt für Allgemeinmedizin
Am Wasserwerk 13 F
01109 Dresden

A. Tönjes, Ch. A. Koch, R. Paschke

Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie des Nebennieren-Inzidentaloms

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Medizinische Klinik und Poliklinik III

Zusammenfassung

Nebenniereninzidentalome (NNI) werden im Zeitalter hochauflösender Bildgebungsverfahren immer häufiger diagnostiziert und stellen den behandelnden Kollegen vor Herausforderungen, die eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Radiologen, Endokrinologen, und endokrinen Chirurgen erfordern. Dabei sind etwa 70% dieser NNI nichthormonsezernierend. Etwa 20% aller Individuen mit NNI haben eine sog. subklinische hormonelle Dysfunktion vom NNI, das in ca. 10% eine subklinische autonome Glukokortikoidhypersekretion verursachen kann. Etwa 4% aller NNI sind Phäochromozytome. Bei einer Größe über 6 cm liegt das Karzinomrisiko bei 25%. Daher ist das diagnostische Procedere auf die Bestimmung von Hormonexzess und radiologische Kriterien des Karzinomrisikos ausgerichtet.

Ein Kontroll CT wird nach 6-12 Monaten empfohlen. Falls keine Größenzunahme vorliegt, sind keine weiteren CT Kontrollen nötig. Als endokrinologische Tests kommen der Dexamethason-Hemmtest, die Bestimmung der Urinkatecholamine einschließlich von Metanephrinen, und die Messung von Serum Kalium sowie des Plasma Aldosteron/Reninaktivitäts-Quotienten zur Anwendung. Bei Tumoren mit über 3 cm Größe sollten der Dexamethason-Hemmtest und die Bestimmung der Urinkatecholamine und/oder freien Metanephrine im Plasma jährlich erfolgen über einen Zeitraum von 4 Jahren. Kontrollierte klinische Studien sollen das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Individuen mit NNI sowie das Langzeit-Outcome klären.

Unter einem Nebenniereninzidentalom (NNI) versteht man einen Nebennierentumor, der zufällig im Rahmen einer nicht auf die Nebenniere (NN) zielenden Diagnostik entdeckt wird. Patienten, die mit bildgebenden Verfahren im Rahmen eines Tumorstaging oder einer Tumorsuche untersucht werden, sind davon ausgeschlossen. In Autopsiestudien wurde in etwa 9% aller Fälle ein NNI nachgewiesen (Hedeland et al., 1968). Sonographische Untersuchungen unter anderen Fragestellungen zeigen bei 0,1-0,4% der Patienten eine Raumforderung der NN. Mit der verbesserten Qualität der Bildgebung (zum Beispiel hochauflösende Computertomographie) ist in den letzten Jahren eine steigende Prävalenz von NNI zu verzeichnen. Diese primär radiologische Diagnose stellt Herausforderungen für die weiterbehandelnden Kollegen dar, die in erster Linie eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Endokrinologen erfordern.

Etwa 70% der NNI sind nicht-hormonsezernierende adrenale Adenome (Tabelle 1). Deutlich seltener treten hypersekretorische Tumore (Phäochromozytome, Aldosteronome oder kortisolproduzierende Adenome) auf. Differentialdiagnostisch müssen auch immer Zysten, Karzinome, Metastasen, und Myelolipome in Betracht gezogen werden. Im Kindesalter sind androgen- und/oder kortisolproduzierende NN-Tumore am häufigsten. Etwa 20% aller Individuen mit NNI haben eine sog. subklinische hormonelle Dysfunktion vom NNI, das in ca. 10% eine subklinische autonome Glukokortikoidhypersekretion verursachen kann. Probleme im diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Individuen mit NNI ergeben sich aus dem Mangel an kontrollierten klinischen Studien, vor allen zum Langzeit-Outcome.

Grundlage für die folgenden Ausführungen bildet das State-of-the-science conference statement der National Institutes of Health „Management of the clinically inapparent adrenal mass“, das im August 2002 veröffentlicht wurde. Weitere Informationen sind unter <http://consensus.nih.gov> verfügbar.

Diagnostik

Bei jedem Patienten mit einer unklaren Raumforderung der NN sollte sich eine endokrinologische Diagnostik anschließen.

Es wird nach den Richtlinien der DGE ein Dexamethason-Hemmtest empfohlen, der als pathologisch beurteilt wird, wenn bei Applikation von 1 mg keine Suppression unter 138 nmol/l und bei Applikation von 2 mg unter 80 nmol/l erreicht werden kann. Weiterhin sollte die Analyse der Katecholamine und/oder (fraktionierten) Metanephrine im 24-h Urin erfolgen (Tabelle 2). Trotz guter Sensitivität und Spezifität der Bestimmung der Katecholamine im Sammel-

Tab. 1: Ätiologie und relative Häufigkeit adrener Inzidentalom

Tumortyp	Prävalenz (%)	
	Mantero et. al. 1997	Kloos et. al. 1995
Nicht sezernierende adrenale Adenome	67	70 - 94
Hypersekretorische Tumore	3 - 8	0 - 11
Phäochromozytome	1 - 4	0 - 7
Aldosteronome	8 - 4	0 - 12
Kortisol-sezernierende Adenome	4	0 - 25
Maligne Tumoren	10	0 - 10
andere adrenale Tumoren:	1 - 5	4 - 22
Zysten	2 - 7	7 - 15
Myelolipome		
Metastasen:	1 - 6	0 - 21
unselektierte Patienten		32 - 73
onkologische Patienten		0 - 10
Pseudoadrenale Tumoren		

Tab.2: Hormondiagnostik bei NN-Inzidentalom

Initial	Verlaufskontrolle
<ul style="list-style-type: none"> - 1 mg Dexamethason-Hemmtest genügende Suppression bei Abfall < 138 nmol/l (bzw. < 80 nmol/l bei Applikation von 2 mg) - 24-h Urin-Katecholamine/Metanephrine - freie Metanephrine im Plasma - bei Hypertonie: <ul style="list-style-type: none"> - Serum-Kalium - Plasma Aldosteron/Reninaktivitäts-Quotient (Ratio >30 plus Plasma-Aldosteron > 20 ng/dl spricht für Conn-Syndrom) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dexamethason-Hemmtest jährlich über 4 Jahre bei Tumoren > 3 cm - Urinkatecholamine und/oder freie Metanephrine im Plasma jährlich über einen Zeitraum von 4 Jahren bei Tumoren > 3 cm

Tab. 3: Bildgebende Diagnostik bei NN-Inzidentalom

Initial	Verlaufskontrolle
CT oder MRT	Kontroll-CT nach 6-12 Monaten bei Tumoren < 4 cm oder 4-6 cm initial ohne Karzinomkriterien falls keine Größenzunahme, keine weitere Größenkontrolle erforderlich

Tab. 4: Beispiele für eine medikamentöse Beeinflussung der Ergebnisse von Hormonuntersuchungen (weitere Informationen sind erhältlich bei OA Koch)

Medikament	Wirkung
Spironolaktone	Anstieg der Plasmenreninaktivität (PRA)
ACE-Hemmer	Senkung von Plasmaaldosteron, PRA
AT1 Rezeptorblocker	Senkung von Plasmaaldosteron
BetaBlocker	Senkung der Plasmenreninaktivität
Progesteron	Aldosteronantagonismus
Alkohol	Falsch hohe Katecholamine/Metanephrine
Labetalol	Falsch hohe Katecholamine/Metanephrine
Metyrosin (Tyrosinhydroxylaseblocker)	Falsch niedrige Katecholamine/Metanephrine

lurin ist die Messung der freien Metanephrine im Plasma mit einer Sensitivität von 99% und einer Spezifität von 89% der Test der Wahl zur Diagnosestellung bzw. zum Ausschluss eines Phäochromozytoms (Lenders et al. 2002). In Deutschland ist die Bestimmung der freien Plasmametaneprine bislang nicht möglich, so dass hier hauptsächlich Urinmetaneprinebestimmungen erfolgen.

Bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie wird neben der Serum-Kalium-Erfassung zusätzlich die Bestimmung des Plasma Aldosteron/Reninaktivitätsquotienten empfohlen. Liegt dieser Quotient über 30 bei einer Plasmaaldosteronkonzentration über 20 ng/dl besteht der dringende Verdacht (Sensitivität 90%, Spezifität 91%) auf das Vorliegen eines Conn-Syndroms (Weinberger et al. 1993).

Bei jeder hormonellen Diagnostik ist der Einfluss von parallel applizierten Medikamenten zu beachten. Diese sollten wenn möglich abgesetzt bzw. bei der Interpretation der Testergebnisse berücksichtigt werden (Seifarth et al. 2002, Tabelle 4). Dabei sollten insbesondere Schleifendiuretika und Aldosteronantagonisten 4 Wochen vor Bestimmung von Plasma Aldosteron und Reninaktivität abgesetzt sein. Viele NNI werden im Rahmen einer Computertomographie (CT) – Untersuchung entdeckt. Eine homogene Struktur mit glatter Abgrenzung und einem Absorptionwert unter 10 HU (Hounsfield units) sowie einer Größe unter 4 cm sprechen deutlich für einen gutartigen NN Tumor, so dass bei Vorliegen dieser Kriterien ein Monitoring ausreicht. Gleiches gilt für 4-6 cm große, hormoninaktive Tumore. Eine MRT zeigt keine besseren Ergebnisse

für die Abgrenzung maligner von benignen Läsionen und ist somit als Routineverfahren nur für Patienten zum Beispiel mit Kontrastmittelallergie oder eingeschränkter Nierenfunktion indiziert. Als weniger etablierte Methoden stehen szintigraphische Untersuchungen (NP59 für NN-Rindentumore bzw. MIBG für NN-Markttumore) sowie die Positronenemissionstomographie (PET) zur Verfügung. Diese Methoden werden in Deutschland insgesamt sehr selten angewandt und bleiben speziellen Fragestellungen und Problemkonstellationen vorbehalten bzw. befinden sich noch in der Entwicklungsphase.

Die Feinnadelbiopsie, die nur nach Ausschluss eines Phäochromozytoms durchgeführt werden sollte, ist mit einer hohen Rate falsch negativer Ergebnisse verbunden und stellt auch aufgrund der wenigen verfügbaren Daten zur Zuverlässigkeit keine Methode für die Routinediagnostik der NN-Inzidentalome dar.

Verlauf

Liegt bei Diagnosestellung des NNI der Durchmesser der Raumforderung bei maximal 4 cm, so ist in 2% der Fälle ein maligner Prozeß (Nebennierenkarzinom) zu erwarten. Bei einem Durchmesser von 4,1-6 cm steigt das Karzinomrisiko auf 6% und liegt bei einer Größe über 6 cm bei 25%. Daraus leitet sich die bisher gängige Operationsindikation (ab einer Größe von 6 cm) für NNI ab, obwohl zu bedenken bleibt, dass NN-Karzinome als NNI bei einer Größe von 1.7 cm entdeckt wurden (Barnett CC et al. 2000). Während sich bei Verlaufsbeobachtungen lediglich bei 3-4% der Patienten eine Größen-

abnahme zeigte, war bei 5-25% der Fälle ein Wachstum um mehr als 1 cm zu verzeichnen. Bis zu 20% der Patienten entwickelten eine Hormonüberproduktion (meist Kortisol), bei NN Tumoren bis 3 cm Durchmesser ist eine Hypersekretion allerdings eher unwahrscheinlich.

Therapie

Alle Patienten mit klinisch symptomatischen hormonaktiven NN-Rindentumoren sowie alle Patienten mit laborchemisch und in der Bildgebung nachgewiesenem Phäochromozytom sollten operativ therapiert werden. Die operative Mortalität in Bezug auf eine Adrenalektomie liegt bei weniger als 2 Prozent in den Händen eines erfahrenen Chirurgen. Laparoskopische Techniken sind dabei möglicherweise kostengünstiger und patientenfreundlicher, jedoch relativ kontraindiziert bei einer Verdachtsdiagnose auf ein invasives Nebennierenkarzinom oder großen (> 5 cm) Tumoren, die die Operation technisch erschweren. Unabhängig von dem Ergebnis der Hormondiagnostik sollte aufgrund des deutlich erhöhten Karzinomrisikos bei NN-Tumoren mit einer Größe von über 6 cm eine Adrenalektomie angestrebt werden. Bei einem Durchmesser von 4-6 cm bei Diagnosestellung kann eine abwartende Haltung eingenommen werden. Es ist allerdings bei einer schnellen Größenzunahme, einem verminderten Fettgehalt, sowie einer Hormonüberproduktion ebenfalls eine Adrenalektomie anzuraten. Bei Stellung der OP-Indikation sind weitere Faktoren wie das Alter des Patienten (im jüngeren Alter ist eher eine Adrenalektomie durchzuführen) sowie das Vorliegen anderer Begleiterkrankungen (Diabetes, Osteoporose) zu berücksichtigen.

Bei Patienten mit besonderen Risikofaktoren oder mit Kontraindikationen für eine operative Therapie stellt die medikamentöse Therapie mit Inhibitoren der Steroidhormonsynthese bzw. mit Aldosteronantagonisten die Behandlung der Wahl dar.

Verlaufsbeobachtung

Für NN-Inzidentalome mit einem Durchmesser unter 4 cm sowie von 4-6 cm ohne Vorliegen von Karzinomkriterien sollte eine Wiederholung der CT nach 6-12 Monaten erfolgen. Zeigt sich keine Größenzunahme ist keine erneute Größenkontrolle erforderlich. Nachbeobachtungsstudien über 10 Jahre zeigten, dass weniger als 30% aller NNI an Größe zu-

nehmen. Als Verlaufsuntersuchungen bezüglich der hormonellen Aktivität wird die Durchführung eines Dexamethason-Hemmtests sowie die Urinkatecholaminbestimmung jährlich über einen Zeitraum von 4 Jahren, jedoch nur bei Tumoren mit einem Durchmesser von mehr als 3 cm empfohlen. Nach 3-4 Jahren ist ein Plateau bezüglich der Hormonproduktion zu erwarten (Tabellen 2 und 3). Nachbeobachtungsstudien über 10 Jahre zeigten, dass weniger als 20% aller NNI Zeichen einer hormonellen Hypersekretion aufweisen.

Ausblick

Um eine optimale Versorgung von Patienten mit NNI zu gewährleisten, bedarf es nicht nur einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit von Radiologen, Endokrinologen, und Chirurgen, sondern vor allem der Klärung folgender Fragen:

1. Was ist der natürliche Verlauf von klinisch unauffälligen Nebennierentumoren?
2. Können Individuen mit einem hohen Risiko für ein Nebennierenkarzinom frühzeitig identifiziert werden?

3. Wie lange bedürfen Individuen mit NNI eines Verlaufsmonitorings, um dieses einstellen zu können basierend auf der Schlussfolgerung, dass kein Risiko zur Nebennierenkrebsentwicklung bzw. hormonellen Hypersekretion besteht?
4. Was ist die optimale Nachuntersuchungsstrategie für Individuen mit NNI?

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Ralf Paschke
Universitätsklinikum Leipzig
Zentrum für Innere Medizin
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig

Forschungsprojekt zur Sterbebegleitung in Sachsen

Am Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e.V. in Leipzig begann am 1. November 2002 die Arbeit an der zweiten Phase eines Forschungsprojektes „Zur Praxis der Sterbebegleitung in Sachsen“. In der ersten Phase, die von Dezember 1999 bis November 2001 durchgeführt wurde, waren die Pflegenden der sächsischen Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen flächendeckend im gesamten Freistaat befragt worden. Die zweite Phase wendet sich nun weiteren Berufsgruppen zu, die mit Sterben und Tod häufig konfrontiert sind. Im Juni 2003 werden alle derzeit bestehenden 1.026 ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen (jeweils Leitung und Pflegekräfte) schriftlich befragt. Zum weiteren Kreis der angeschriebenen Personen und Institutionen gehören alle 2.793 sächsischen Hausärzte sowie Ärzte und Ärztlichen Direk-

toren aus den 76 Krankenhäusern. Dem Beispiel der ersten Projektphase folgend, hoffen die Wissenschaftler auch jetzt auf ein großes Interesse und vielfache Teilnahme bei den angeschriebenen Personengruppen.

Zentrale Fragen richten sich auf Bedingungen, Faktoren und den Stellenwert der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich und im Krankenhaus. Jedoch auch Fragen der Belastung, der Bewältigung von schwierigen Situationen im beruflichen Alltag für Ärzte und Pflegenden spielen eine Rolle. Spezielle Fragen zur Schmerzbehandlung und Einweisungspraxis sterbender Menschen oder der Qualität fachübergreifender Zusammenarbeit werden ebenfalls thematisiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen gesundheitspolitische und sozialplanerische Entscheidungen unterstützen, die sowohl die

Situation Sterbender als auch die Bedingungen für die Arbeit der Ärzte und Pflegenden verbessern können.

Gefördert wird dieses Forschungsprojekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Durch die ideelle Unterstützung verschiedener sächsischer Institutionen und Berufsverbänden sowie engagierten Ärzten und Pflegenden wird im Projektverlauf ein enger Praxisbezug gewährleistet. Im Herbst 2003 ist mit ersten Ergebnissen zu rechnen, die wie bisher praktiziert, in unterschiedlichsten Formen einem Fachpublikum aber auch einer interessierten Öffentlichkeit vorgestellt werden. Internet: www.zarof.de.

kö

Leserbriefe

Dr. med. Eberhard Kreßner
Clara-Zetkin-Straße 50
08058 Zwickau

14. April 2003

Herr Prof. Dr. med. habil. Bigl
Sächsische Impfkommision
Vizepräsident und Abteilungsleiter
Humanmedizin Landesuntersuchungsanstalt für
das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
über
Sächsische Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. med. habil. Klug
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrter Herr Prof. Bigl,
die Ausführungen der Staatsministerin, Frau
Weber, in Nr.4 des Ärzteblatt Sachsen zur
Vorsorge vor bioterroristischen Anschlägen
mit Pockenviren wurden vom Amt für den
Öffentlichen Gesundheitsdienst der Stadt
Zwickau in Erarbeitung eines Seuchen-
schutzplanes bereits logistisch nachbereitet
(Amtsblatt Nr.12 vom 26. März 2003).

Aus Mitteilungen (WHO, Literatur) ist be-
kannt, die weltweit durchgeführten Schutzimp-
fungen gegen Pocken haben zur Ausrottung
der Pocken geführt, Schutzimpfungen wurden
deshalb 1980 eingestellt. Die Schutzimpfung
vermittelte gleichzeitig eine belastbare Immu-
nität gegen Erreger von Tierpocken. In den
letzten Jahren wurden Kasuistiken und Stel-
lungnahmen dazu veröffentlicht (unter ande-
rem Mayr, München). Bei verschiedenen Tier-
spezies (Kamel, Nager, Katze und u.a.) kom-
men „Kuhpocken – ähnliche Viren“ vor, der
Mensch ist letztlich das Endglied des Infek-
tionsgeschehens.

Ich gehöre zur Generation, die im ersten Le-
bensjahr und 12. Lebensjahr Pocken-pflicht-
geimpft wurde. In den 60er/70er Jahren wur-
den bei besonders gefährdeten Personen im
Gesundheitswesen Impfungen (Erst- und
Wiederholungsimpfung) ausgeführt. Als Imp-
arzt hatte man wegen möglicher postvazina-
ler Komplikationen gewisse Befürchtungen
besonders bei überalterten Erstimpflingen.
Der geplante Impfturnus von drei Jahren wur-
de nicht eingehalten, wie überhaupt die Imp-
fbeteiligung bei nur etwa 50 v.H.lag, obwohl
die Impfung gesetzlich verordnet worden war.
In der Zwickauer Amtsblattveröffentlichung
steht u.a.: „...sollte in Deutschland ein
Pockenfall auftreten, muss die gesamte Be-
völkerung geimpft werden“.

Ich bitte Sie, aus fachlich kompetenter Sicht
einige Fragen zur Situation zu beantworten:

- Gibt es bereits einen in der Praxis an-
wendbaren risikoarmen Pockenimpfstoff zu
Massenanwendung?
- Wie lange würde eine belastbare Immu-
nität nach einer Pockenschutzimpfung vorlie-
gen: 3 Jahre ...?
- Aufgrund des medizinischen Wissens-
standes ist heute die Anzahl chronisch Kran-
ker (Risikogruppen) bedeutend größer als vor
20 bis 30 Jahren. Sind sanitärbehördliche
Maßnahmen (Aufklärung der Bevölkerung
über das Krankheitsbild der Pockenerkrankung,
rechtzeitige Isolierung Erkrankter u. a.) nicht
wesentlich wirksamer?

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. Eberhard Kreßner

Antworten

Nachdem eine allgemeine Übersicht im
„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4 und 5/2003
veröffentlicht wurde, sollen die Fragen nur
kurz beantwortet werden.

1. Frage: Gibt es bereits einen in der Praxis
anwendbaren risikoarmen Pockenimpfstoff
zur Massenanwendung?

In der bayerischen Landesimpfanstalt war in
den 1970er Jahren der sogenannte MVA-Impf-
stoff (Modifiziertes Vacciniavirus Ankara) ent-
wickelt worden. Das Vacciniavirus Ankara war
durch mehr als 500 Zellkulturpassagen mo-
difiziert und in seiner Virulenz abgeschwächt
worden (attenuiert). In einem 2-Stufenmodell
war es als Vorimpfung (1. Stufe) empfohlen
worden (1. Stufe: Induktion der vaccinalen
Grundimmunität durch die MVA-Impfung auf
harmlose und angenehme Weise – subcutane
oder intramusculäre Applikation; 2. Stufe: Auf-
bau des vollen Pockenschutzes auf dieser
Basis mit dem üblichen Impfstoff mittels epi-
cutaner [konventioneller] Impfung [Schnitt-
impfung]).

Es wurden etwa 150.000 Personen nach die-
sem Schema seinerzeit geimpft. Da sich das
Impfvirus des MVA nicht in menschlichen
Zellen vermehrt, sind die Nebenwirkungen
wesentlich seltener. Ob auch die Häufigkeit der
postvazinalen Encephalopathie und Ence-
phalitis abnimmt, lässt sich erst nach wesent-
lich größeren Imp fzahlen sicher beurteilen.

Da in den 1970er Jahren keinerlei Belastung
mit Pockenviren vorlag, lässt sich auch keine
Aussage über die epidemiologische Wirksam-
keit des Impfstoffes treffen.

Ein Expertenteam des Robert Koch-Institutes
(RKI) und des Paul Ehrlich-Instituts (PEI)
sieht deshalb zurzeit den Einsatz dieses
Impfstoffes zur Abwehr möglicher bioterrori-
stischer Anschläge mit Pockenvirus nicht vor.

2. Frage: Wie lange würde eine belastbare
Immunität nach Pockenimpfung vorliegen?

Menschen, die früher gegen Pocken geimpft
worden sind, haben noch Jahre danach einen
gewissen Impfschutz. Nur so ist es zu erklä-
ren, dass es trotz nur 2-maliger Impfung nach
dem Reichspockenimpfgesetz vom 8. April
1874 und trotz zahlreicher Einschleppungen
nicht zu Pockenepidemien in Deutschland
gekommen ist. Der Schutz ist aber relativ.
Bei akuter Exposition zu Pockenkranken/
Pockenviren ist eine erfolgreiche Pockenimp-
fung klassischer Natur zu fordern. Laborpa-
rameter sind unsicher und nur Anhaltspunkte
(NT-Titer $\geq 1 : 200$ wurde 1977 als Individual-
schutz angesehen).

3. Frage Da die Zahl chronisch Kranker we-
sentlich höher ist als vor 20-30 Jahren, wieso
orientiert man dann auf die Impfung der ge-
samten Bevölkerung statt auf wesentlich wirk-
samere sanitärbehördliche Maßnahmen (Auf-
klärung, Isolierung Erkrankter usw.)

Die Frage ist völlig berechtigt. Die Ursache
der auch nach meiner Auffassung falschen
Prioritätssetzung der Impfung der gesamten
Bevölkerung statt einer straffen („paramilitä-
rischen“) Organisation einer effektiven Herd-
bekämpfung liegt in der Rechtsauffassung des
Staates und der Gesundheitspolitiker begründet.
Ich zitiere eine Stellungnahme des Sächsi-
schen Staatsministeriums für Soziales (SMS)
vom 05.03.2003:

„Zuständige Behörden im Sinne des Infek-
tionsschutzgesetzes sind in Sachsen unter
anderem die Landkreise bzw. Kreisfreien Städte
(§ 54 IfSG i. V. m. der Verordnung der Säch-
sischen Staatsregierung zur Regelung von
Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutz-
gesetz – IfSGZuVO vom 19.03.2002,
SächsGVBl. S. 114). Daneben werden noch
Pflichten für die Landesuntersuchungsan-
stalt, die Ämter für Familie und Soziales, für
die Regierungspräsidien und nicht zuletzt für

das Sächsische SMS selbst begründet. Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr; das Weisungsrecht ist unbeschränkt (§ 1 IfSGZuVO). Die Ausübung des Weisungsrechtes (Fachaufsicht) obliegt ausschließlich den Regierungspräsidien (Gesundheitsabteilungen) und dem SMS. Alle für die Gefahrenabwehr zuständigen Behörden und Einrichtungen des Gesundheitsdienstes haben ihre gesetzlichen Aufgaben wahrzunehmen. **Eine Ersatzzuständigkeit der allgemeinen Inneren Verwaltung oder des Katastrophenschutzes besteht nicht.** Derzeit wird auch nicht davon ausgegangen, dass die Durchführung einer Massenimpfung mit der Feststellung eines Katastrophenfalls einhergeht. Die Zuständigkeit und Verantwortung für alle Schutzmaßnahmen einschließlich der Durchführung einer Massenimpfung obliegt aus fachlichen Gründen der Federführung des SMS“.

Ohne Einsatz von Ordnungskräften einschließlich Polizei ist die Abriegelung einer Ortschaft bei Pockenausbruch aber nicht möglich.

Die gesamtgesellschaftlichen Folgen sind Kosten von mehreren 100 Millionen € und eine starke Verunsicherung der Bevölkerung einschließlich des Personals des Gesundheitswesens (zum Beispiel Bevorratung und Lagerung von Pockenimpfstoff von zumindest teilweise verminderter Qualität bzw. nicht geprüfter Effektivität; immenser Arbeitsaufwand im Öffentlichen Gesundheitsdienst, der oft eine Zurückstellung von Standardaufgaben bedingt; übereilte Einführung einer nicht evidenzbasierten Impfmethode usw.).

In Zeiten knapper Kassen und Reduzierung von Arbeitsplätzen muss an die Politiker zwingend die Frage gerichtet werden, wieso die Bekämpfung des Bioterrorismus keine gesamtstaatliche Aufgabe ist, sondern entgegen fachlichen und ökonomischen Argumenten allein auf das Gesundheitswesen abgewälzt wird.

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

Persönliche Erinnerungen an den 17. Juni 1953

In der Zeit vom 15. Juni bis zum 10. August 1953 war ich als 24-jähriger Medizinstudent zu einer Famulatur in der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses meiner Heimatstadt Görlitz. Schon am 16. Juni war bei der abendlichen Klinikbesprechung über die Rundfunknachrichten gesprochen worden. Der RIAS hatte über Arbeitsniederlegungen der Bauarbeiter in der Stalinallee in Berlin berichtet. Unter allen Gesprächsteilnehmern herrschte die übereinstimmende Auffassung, dass es höchste Zeit sei, die kommunistischen Macht-haber zum Teufel zu jagen.

Als am Morgen des 17. Juni 1953 die Chef-arztvisite beginnen sollte, stürzte eine Schwester ins Stationszimmer und berichtete aufgeregt: „In der Stadt ist Revolution!“ Die Chef-ärztin stellte mich als „Beobachter“ ab, mit dem strikten Auftrag, in regelmäßigen Abständen in die Klinik zurückzukehren, um über die Entwicklungen zu berichten. So habe ich an allen Brennpunkten des Geschehens meine Eindrücke sammeln können.

Die Bevölkerung der ganzen Stadt, welche damals 100 000 Einwohner zählte, war in Bewegung. Aus allen großen Industriebetrieben zogen in geschlossenen Kolonnen die Arbeiter durch die Straßen der Stadt, wobei man aber bald den Eindruck gewann, dass es eine klare Führung nicht gab. Einig war man sich in dem klaren Bekenntnis: „Das herrschende System muss beseitigt werden!“

Folgerichtig erfolgte zunächst die Besetzung der SED-Kreisleitung. Hier flogen Aktenberge aus den Fenstern und der 1. Sekretär der SED-Kreisleitung wurde von aufgebracht Arbeitern aus dem Hause gejagt und mit einer leichten Kopfverletzung, aus der er geringfügig blutete, von den Demonstranten durch die Straßen geführt. Nahezu zeitgleich war die Erstürmung der Kreisdienststelle der Staatssicherheit abgeschlossen. Die Stasi-Leute hatten noch die Hilfe der Sowjetischen Ortskommandantur anfordern können, denn man sah im Vorgarten des Hauses bewaffnete Rotarmisten, die aber nichts gegen die Arbeiter unternahmen. Teilweise hatte man sogar den Eindruck, dass die Soldaten mit den Demonstranten sympathisierten. Wie wäre es sonst zu deuten, dass ein Sowjetsoldat, der auf einem Balkon dieses Gebäudes stand, ein Stalinbild, das aus dem Haus von einem deutschen Arbeiter herausge-

reicht wurde, grinsend einem anderen Mann im Schlosseranzug, der an der Balkonbrüstung stand, weitergab und unbekümmert zusah, wie dieser das Bild unter dem tosenden Beifall der Zuschauer in hohem Bogen auf die Straße warf.

Inzwischen hatten andere Abteilungen von Arbeitern das Gerichtsgebäude und das Gefängnis erstürmt. Unter Hinzuziehung zweier Görlitzer Rechtsanwälte ging man rasch daran, die politischen Gefangenen zu entlassen und sie zunächst in Hotels der Innenstadt unterzubringen.

Auch am großen HO-Kaufhaus (vormals Karstadt) waren die revolutionären Ereignisse nicht spurlos vorübergegangen. Insbesondere die Waggonbauer, von denen die Initiative zum Aufstand ausgegangen war, hatten hier das Verkaufspersonal animiert, ebenfalls die Arbeit niederzulegen und sich den Demonstrationen anzuschließen. Ich sah hier, wie vom Dachgeschoss eine Leninbüste auf die Straße zwischen Kaufhaus und der benachbarten Frauenkirche hinabgestürzt wurde, die, da aus Gips gefertigt, auf dem Pflaster unter dem Jubel einer großen Zuschauermenge zerschellte. All dies geschah jedoch gesichert und ohne die geringste Gefährdung von Passanten. Auch gab es keinerlei Plünderungen, was angesichts der doch insgesamt noch miserablen Versorgungslage sogar verständlich gewesen wäre.

Am frühen Nachmittag sammelten sich so viele Menschen auf dem Obermarkt, wie ich sie weder davor noch danach dort je gesehen habe. Von einer eilig errichteten Tribüne aus wurde die Eroberung des Rathauses und Abdankung des Oberbürgermeisters verkündet. Ein Elektromeister hatte ein Mikrofon an das Netz des Stadtfunks angeschlossen, sodass alle Ansprachen, die gehalten wurden, in der ganzen Stadt gehört werden konnten. Man diskutierte, wie rasch eine neue und demokratisch legitimierte Stadtregierung errichtet und die Einheit Deutschlands wiederhergestellt werden könnte. Als diese Kundgebung noch in vollem Gang war, hörte man von den auf den Platz zulaufenden Straßen das Dröhnen von Panzermotoren. Der Ruf: „Die Russen kommen!“ ging durch die Reihen. Spontan wurde das Deutschlandlied angestimmt, das noch laut über den Platz hallte, als bereits sowjetische Panzer und Einheiten der Kasernierten Volkspolizei auf den Obermarkt aufzuziehen. Warnschüsse peitschten durch die Luft. Über die Lautsprecher wurde dazu aufgefor-

dert, keinen Widerstand gegen die Besatzungsmacht zu leisten und sie nicht zu provozieren, sondern in Ruhe nach Hause zu gehen. Im Innersten aufgewühlt, jedoch geordnet und nicht hoffnungslos verließen die Versammlungsteilnehmer den Platz.

An strategisch wichtigen Punkten, insbesondere auf den Plätzen des Stadtzentrums, waren Panzer und gepanzerte Fahrzeuge der Besatzungsmacht und der Kasernierten Volkspolizei in Stellung gebracht worden. Hin und wieder hörte man Feuerstöße aus Maschinenwaffen. Der Stadtfunk verkündete einen Befehl des Kommandeurs der Besatzungstruppe, durch den eine nächtliche Ausgangssperre verhängt sei und dass ab sofort auf Ansammlungen von mehr als drei Personen ohne Vorwarnung

scharf geschossen würde. Ein Schleier der Angst legte sich über die Stadt.

Am 18. Juni erfuhren wir, dass es bereits in der vergangenen Nacht zu zahlreichen Verhaftungen gekommen sei. Unter den Verhafteten befand sich ein väterlicher Freund, von dem ich nie wieder etwas gehört habe. Der perfide Unterdrückungsapparat der SED-Machthaber funktionierte wieder. Einigen aktiven Akteuren war es noch in der Nacht gelungen, auf abenteuerlichen Wegen unter großen Schwierigkeiten und mit Unterstützung zuverlässiger Freunde in den Westen unseres Vaterlandes zu fliehen und sich so der Rache der geschmähten Unterdrücker zu entziehen. Für mich blieben die Erfahrungen des 17. Juni 1953 der sichere Beweis dafür, dass das kom-

unistische Regime nur auf den Bajonetten der Besatzungsmacht ruhte und in unserem Volk keinen ernstzunehmenden Rückhalt hatte. Aus dieser Gewissheit schöpfte ich all die folgenden Jahre hindurch die Kraft und den Mut, trotz aller Repressalien, denen wir ausgesetzt waren, hier zu bleiben und meinen Dienst für die Menschen in großer innerer Freiheit zu tun. Ich blieb immer erfüllt von dem festen Glauben, dass ich dieses Unrechtssystem überleben würde. Dass dieses Ende erst in den Herbsttagen des Jahres 1989 durch unsere Friedensgebete eingeläutet wurde, lag damals außerhalb meiner Vorstellung.

PD Dr. med. Joachim Richter
Augustastraße 26, 02826 Görlitz

Bedeutende Mediziner der Universität Breslau

Die Universität Wroclaw beging 2002 in Anwesenheit des Bundespräsidenten **Johannes Rau** sein 300jähriges Jubiläum. Die Landeshauptstadt Schlesiens, Breslau, ist Partnerstadt von Dresden. In Niederschlesien im Freistaat Sachsen erhielt das Klinikum Görlitz im November 2002 den Status eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Wroclaw (Breslau). Diese Ereignisse sind Anlass, um auf bedeutende Mediziner der Universität Breslau aufmerksam zu machen. Zu ihnen gehört **Alois Alzheimer**. Er erforschte krankhafte Veränderungen des Gehirns und war maßgeblich an der Systematisierung der Hirnanatomie und Hirnpathologie beteiligt. Er erkannte die Hirnatrophie als Ursache für die degenerative Demenz. Diese Geisteskrankheit führt seinen Namen. Zu nennen ist weiterhin **Freiherr Viktor von Weizsäcker, ein Verwandter des Physikers, Philosophens und Friedensforschers Prof. Freiherr von C. F. Weizsäcker** und ehemaligen **Bundespräsidenten Dr. Richard von Weizsäcker**. Viktor von Weizsäcker war von 1941 bis 1946 an der Universität Breslau als Neurologe tätig, begründete auf anthropologischer Grundlage die ganzheitliche Medizin und vertrat in Orientierung an der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie die Psychosomatik. Weltbekannt ist als Neurologe **Otfrid Foerster**, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik in Breslau. Er führte die Beschäftigungstherapie ein und ist Begründer der Chordotomie, auch „Förster-

methode“ genannt. Diese Operationsmethode wurde bei schmerztherapieresistenten Krankheiten praktiziert; unter anderem bei inoperablem Unterleibs-, Vorsteherdrüsen- oder Rektumkrebs. **Förster** verfasste ein Standardlehrbuch der Neurologie, war Arzt von **Lenin** und untersuchte als Neuropathologe das Gehirn dieses Staatsmannes auf mögliche anatomische bzw. pathologisch-anatomische Veränderungen. Einige Ärzte, die nach ihrer Vertreibung aus Schlesien ihre zweite berufliche Heimat in Niederschlesien zwischen Ruhland, Hoyerswerda, Bad Muskau und Görlitz fanden und an der Universität Breslau studiert hatten, waren Schüler von **Förster**. Friedrich Cohn, Direktor des Institutes für Pflanzenphysiologie an der Universität Breslau, gilt als Pionier der Bakteriologie. **Cohn** berief **Robert Koch** an sein Institut an der Universität Breslau. Während dieses Zeitraumes entdeckte **Robert Koch** 1876 die Ursachen des Milzbrandes und den Milzbranderreger. Der Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik Breslau, **Albert Neisser**, schenkte der Gonorrhoe besondere Aufmerksamkeit. Er ist Entdecker des Erregers dieser Geschlechtskrankheit: **Neisseria gonorrhoeae**. Hinzuweisen ist auf den Pathologen Julius Cohnheim. Er ist der Begründer der **Emigrations- und Entzündungstheorie**. Sie sagt aus, dass sich durch entzündliche Noxen die Blutgefäßwand verändern und dadurch die Leukozyten auswandern. **Cohnheim** machte sich verdient

um die Färbemethodik zur mikroskopischen Beurteilung von histologischen Präparaten. Zu den bedeutenden Persönlichkeiten der Universität Breslau gehört **Jan Mikulicz Radecki**. Ihm sind eine Vielzahl von Operationstechniken in der Unterleibs Chirurgie zu verdanken. Er ist Erfinder des Ösophagoskops. **Ferdinand Sauerbruch** war gemeinsam mit **Mikulicz Radecki** an der Chirurgischen Universitätsklinik in Breslau tätig. Während dieses Zeitraums entwickelte Sauerbruch die pneumatische Kammer. Sie ermöglichte, Operationen an der eröffneten Brustfellhöhle auszuführen. Zweifelsfrei bringt sich die Universität Breslau mit diesen hervorragenden Persönlichkeiten, die das Leistungsbild der Universität Breslau maßgeblich bestimmten, in einzigartiger Weise in die Medizingeschichte Niederschlesiens ein. Umso erfreulicher, dass in Niederschlesien im Freistaat Sachsen im November 2002 dank hervorragender sächsisch-schlesischer Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens das Klinikum Görlitz den Status eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Wroclaw erhielt und dadurch das Klinikum Görlitz, die Stadt Görlitz und das Gebiet Niederschlesien im Freistaat Sachsen deutlich aufgewertet wurde.

Literatur beim Verfasser
Dr. med. Jürgen Wenske
Biesnitzer Straße 32
02826 Görlitz

Verstorbene Kammermitglieder
seit dem 14. Juni 2002

Außer der Zeit gehört mir nichts.

Seneca

Dr. med. Thea Berner Zwickau	Dr. med. Peter Kandzia Zschauitz	Dr. med. Volker Papperitz Dresden
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Bittersohl Oberlauterbach	Dr. sc. med. Karl-Heinz Karbe Leipzig	Dipl.-Med. Ulrich Peterlein Freiberg
Dr. med. Johannes Bugal Glauchau	Volker Keilig Boxdorf	Dr. med. Heinz Roßberg Wechselburg
Dr. med. Barbara Bühler Riesa	Dr. med. Ulrich Knappe Chemnitz	Dr. med. Claus Rösler Meißen
Dr. med. Else Danner Görlitz	Dr. med. Kurt Köhler Reichenbach	Dr. med. Horst Rudolph Zittau
Dr. med. Elfriede Dennhardt Markkleeberg	Dr. med. Irmgard König Sebnitz	Dr. med. Albert Schaufuß Breitenbrunn
Dr. med. Hans Eckelt Leipzig	Ronny Köppel Plauen	Dr. med. Peter Schawohl Dresden
Dr. med. Annemarie Eger Holzhausen	Dr. med. Thomas Krause Leipzig	Dr. med. Günter Schmechtig Leisnig
Dr. med. Ursula Ermisch Colditz	Dr. med. Hanna Krawczyk Markkleeberg	Dipl.-Med. Claus Schmiedel Freiberg
Margarete Faron Bischofswerda	Dr. med. Ursula Kretschmar Dresden	Prof. Dr. med. habil. Dr. med. h.c. Werner Schmincke Dresden
Dr. med. Erika Fink Radebeul	Dr. med. Carmen Kripylo Leipzig	Dr. med. Heinz Schreyer Radebeul
Dr. med. Rudolf Frank Chemnitz	Dr. med. Paul Krüger Großenhain	Dr. med. Franziska Seefried-Hahn Dresden
Dr. med. Wolfgang Frank Radebeul	Elisabeth Lange Leipzig	Dr. med. Otto Sieblist Leipzig
Dr. med. Lieselotte Frydetski Leipzig	Dr. med. Karen Lehmann Radebeul	Dr. med. Alfons Staufenbiel Leipzig
Dr. med. Bernd Gleißner Niederau	Dr. med. Elisabeth Leistner Falkenstein	Dr. med. Heinz Steglich Schkeuditz
Dipl.-Med. Kerstin Grohmann Pulsnitz	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Friedrich Liebold Leipzig	Dieter Steinhausen Dresden
Dr. med. Maria Güttler Dresden	Christoph Martin Geyer	Dr. med. Eva Stiller Werdau
Dr. med. Albrecht Handmann Döbeln	Dr. med. Helmut Mauler Dresden	Dr. med. Herbert Stölzer Görlitz
Dr. med. Karl-Heinz Hartmann Bautzen	Dr. med. Manfred Melde Meißen	Dipl.-Med. Hans-Dieter Teweleit Johanngeorgenstadt
Dr. med. Gertraude Heckemann Dresden	Prof. Dr. med. habil. Bernd Melzer Dresden	Dr. med. Werner Uhlmann Marienberg
Dr. med. Franz Helwig Schwarzenberg	Dr. med. Athos Merkel Chemnitz	Dr. med. Andreas Ungewiß Lichtenstein
Dr. med. Wolfgang Hempel Sebnitz	Dr. med. Ursula Merkl Naunhof	Dr. med. Hans-Günther Weiland Zittau
Dipl.-Med. Elisabeth Heusinger Hohenstein/Ernstthal	Jörn Mittelstraß Freital	Dr. med. Gerhard Weißgerber Oschatz
Dr. med. Helmut Hofmann Leipzig	Dr. med. Klaus Müller Oppach	Dr. med. Andreas Weitzel Dresden
Dr. med. Harry Hoppe Marienberg	Dipl.-Med. Thomas Müller Lauchhammer	Reiner Wenisch Horka
Prof. Dr. med. Albert Irscher Chemnitz	Dipl.-Med. Lydia Neumann Dresden	Dr. med. Uta Wihsgott Boxdorf
Dr. med. habil. Günter Jacob Chemnitz	Dr. med. Günther Nitzschke Löbau	Dr. med. Frithjof Zenker Werdau
Michael Just Remse		

Unsere Jubilare im August

Wir gratulieren

01. 08.	60 Jahre Dr. med. Karl, Hartmut 09423 Gelenau	12. 08.	Dr. med. Bollwahn, Gotthard 04657 Narsdorf	06. 08.	80 Jahre Dr. med. Grimm, Sonja 04157 Leipzig
01. 08.	Dr. med. Schauzu, Hans-Günter 04105 Leipzig	14. 08.	Dr. med. Göbel, Ute 04105 Leipzig	11. 08.	Dr. med. Heller, Annemarie 01259 Dresden
02. 08.	Dr. med. Tomesch, Hans-Werner 08427 Fraureuth	17. 08.	Dr. med. Eckardt, Reiner 01277 Dresden		
03. 08.	Dr. med. Paschke, Peter 04838 Eilenburg	17. 08.	Dr. med. Salomon, Helmut 01814 Krippen	26. 08.	81 Jahre Dr. med. Bormann, Richard 08058 Zwickau
05. 08.	Dr. med. Gräßler, Wolfgang 09669 Frankenberg	17. 08.	Dr. med. Schröfel, Günter 01587 Riesa	27. 08.	Dr. med. Reichelt, Manfred 08058 Zwickau
06. 08.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Standke, Ehrenfried 08527 Straßberg	18. 08.	Dr. med. Angerhöfer, Isolde 04849 Bad Dübén	31. 08.	Dr. med. Kayser, Wolfgang 01920 Elstra
07. 08.	Dr. med. Hasenfelder, Wolfgang 02826 Görlitz	18. 08.	Dr. med. Jacobi, Helga 01326 Dresden		
08. 08.	Dr. med. Sauer mann, Karin 01445 Radebeul	18. 08.	Dr. med. Pfeifer, Ursula 04155 Leipzig	02. 08.	83 Jahre Dr. med. Thomas, Erich 01640 Coswig
09. 08.	Dr. med. Rieger, Winfried 02730 Ebersbach	18. 08.	Dr. med. Wilhelm, Klaus 04509 Löbnitz	03. 08.	Dr. med. Brückner, Brunhilt 09113 Chemnitz
11. 08.	Dr. med. Fischer, Ulf 04703 Leisnig	20. 08.	Dr. med. Knoppik, Hubert 09557 Flöha	10. 08.	Dr. med. Burkhardt, Karl 01169 Dresden
12. 08.	Dr. med. Neumann, Jürgen 01277 Dresden	21. 08.	Leichsenring, Johannes 09618 Brand-Erbisdorf	14. 08.	Dr. med. Scheibner, Karl 09114 Chemnitz
13. 08.	Dr. med. Schneider, Brigitte 01855 Sebnitz	23. 08.	Dr. med. Matz, Raglind 08412 Werdau	29. 08.	Bley, Eberhard 08468 Reichenbach
14. 08.	Werker, Walther 02994 Bernsdorf	23. 08.	Dr. med. Müller, Gisela 01277 Dresden	30. 08.	Dr. med. Perschke, Otfried 08141 Reinsdorf b. Zwickau
18. 08.	Dr. med. Langer, Raimund 08289 Schneeberg	24. 08.	Dr. med. Erben, Angela 01109 Dresden		
18. 08.	Dr. med. Soukup, Gottfried 02763 Zittau	25. 08.	Dr. med. Henning, Gert 04849 Kossa	15. 08.	84 Jahre Knauer, Heini 08606 Oelsnitz
20. 08.	Dr. med. Dinger, Winfried 08060 Zwickau	26. 08.	Dr. med. Braun, Karl 08058 Zwickau	25. 08.	Dr. med. Fischer, Eberhard 04107 Leipzig
21. 08.	Dr. med. Kaps, Jutta 09423 Gelenau	26. 08.	Dr. med. Jetter, Hans 04329 Leipzig	26. 08.	Dr. med. Seyferth, Hans-Wolfgang 09573 Leubsdorf
22. 08.	Dr. med. Hellmich, Gunter 01217 Dresden	26. 08.	Dr. med. Leeder, Uta 09599 Freiberg	29. 08.	Dr. med. Klöppel, Heinzdieter 04275 Leipzig
23. 08.	Dipl.-Med. Großmann, Friedrun 01589 Riesa	26. 08.	Dr. med. Schwarzbauer, Edelburg 04680 Colditz		
24. 08.	Dr. med. Bolomsky, Dieter 09405 Zschopau/Krumhermersdorf	26. 08.	Dr. med. Spann, Brigitte 09599 Freiberg	04. 08.	85 Jahre Dr. med. Hötzel, Werner 08523 Plauen
24. 08.	Dr. med. Liebscher, Lutz 04720 Döbeln	28. 08.	Dr. med. Berger, Reinhart 04668 Grimma	25. 08.	Dr. med. Müller, Horst 01705 Freital
24. 08.	Dr. med. Reuther, Bernd 09126 Chemnitz	28. 08.	Dr. med. Walter, Annemarie 08129 Mosel		
25. 08.	Dr. med. Jaeckel, Matthias 08228 Rützingrün	31. 08.	Dr. med. Busch, Heinz 09599 Freiberg	18. 08.	86 Jahre Dr. med. Dewald, Ursula 02828 Görlitz
27. 08.	Dr. med. Böhme, Ursula 04347 Leipzig				
27. 08.	Dr. med. Grahl, Lothar 04289 Leipzig	70 Jahre			
28. 08.	Dr. med. Baumann, Gunter 09117 Chemnitz	05. 08.	Dr. med. Schönlebe, Ulrike 04157 Leipzig	06. 08.	87 Jahre Dr. med. Dörfner, Robert 04317 Leipzig
28. 08.	Dr. med. Bley, Uta 09117 Chemnitz	06. 08.	Dr. med. Reichel, Manfred 08228 Rodewisch	13. 08.	Dr. med. Pingel, Christian 01277 Dresden
28. 08.	Dr. med. Dunsch, Monika 04207 Leipzig	11. 08.	Dr. med. Hirche, Margot 01277 Dresden	16. 08.	Dr. med. Gruner, Gerhard 02797 Kurort Oybin
29. 08.	Dr. med. Wolf, Dieter 01445 Radebeul	13. 08.	Dr. med. Hofmann, Hans 01809 Röhrsdorf		
30. 08.	Dr. med. Amenda, Gisela 04564 Böhlen	14. 08.	Dr. med. Wichmann, Erika 01328 Dresden	03. 08.	88 Jahre Dr. med. Schaeffer, Wolf 01705 Freital
		16. 08.	Dr. med. Schmidt, Christian 08541 Plauen-Großfriesen		
		24. 08.	Doz. Dr. sc. techn. Dr. med. Grohmann, Werner 09224 Mittelbach	16. 08.	89 Jahre Dr. med. Dittmann, Alfred 09337 Callenberg
02. 08.	65 Jahre Bohlmann, Ingrid 09117 Chemnitz	27. 08.	Dr. med. Langer, Heinz 01217 Dresden		
04. 08.	Dr. med. Arndt, Wilhelm 04205 Leipzig	30. 08.	Prof. Dr. med. habil. Schwarzer, Rudolf 08060 Zwickau	24. 08.	91 Jahre Dr. med. Ose, Hans 04229 Leipzig
04. 08.	Prof. Dr. med. habil. Kunze, Dietmar 01189 Dresden	31. 08.	Dr. med. Hartmann, Hannelore 01279 Dresden	31. 08.	Dr. med. Asmussen, Arnold 04107 Leipzig
05. 08.	Dr. med. Hahn, Rosemarie 04229 Leipzig				
07. 08.	Dr. med. Rüger, Klaus 09350 Lichtenstein			30. 08.	93 Jahre Dr. med. Rolle, Friedrich 04886 Beilrode
10. 08.	Dr. med. Haselhoff, Bärbel 04416 Markkleeberg	05. 08.	75 Jahre Prof. Dr. med. habil. Müller, Martin 04425 Taucha		
10. 08.	Dr. sc. med. Hubrich, Walter 01259 Dresden	20. 08.	Dr. med. Wenger, Gerd 04277 Leipzig		
11. 08.	Dr. med. Croy, Ingeburg 04178 Leipzig				