

Berufspolitik	Neu gewählt: Präsident und Vorstand für die Wahlperiode 2007/2011	366
	Bericht vom 17. Sächsischen Ärztetag	369
	Neu gewählte Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer	373
	19. Erweiterte Kammerversammlung	378
	10 Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin	382
	Feldversuch elektronische Gesundheitskarte in Sachsen	383
	Österreichische Ärzte in Sachsen?	384
	Ärztekammer bei Medizinstudenten	384
	Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie	386
	Analyse von Niederlassungsanreizen in ländlichen Regionen	386
	Impressum 385	
Gesundheitspolitik	Zur Legalisierung des Arzneimittelrecyclings in Heimen und Hospizen	387
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	392
	14. Dresdner Ärzteball	392
	Ausstellungen	392
Mitteilung der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	393
Originalie	Möglichkeiten der minimal-invasiven Nebenschilddrüsen- und Schilddrüsenchirurgie	394
Personalia	Jubilare im August	397
	Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch zum 65. Geburtstag	399
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Werner Otto	400
	Verstorbene Kammermitglieder	401
Kunst und Kultur	Gabi Keil – Malerei und Zeichnung	402
Buchbesprechungen	Verkehrsmedizin	398
	Anatomie des Menschen	402
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – September 2007	



Neu gewählt: Präsident und Vorstand für die Wahlperiode 2007/2011



Im Amt bestätigt: Präsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Facharzt für Innere Medizin

Auf dem 17. Sächsischen Ärztetag wurde mit eindrucksvoller Mehrheit Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze für die Wahlperiode 2007/ 2011 zum dritten Mal in Folge zum Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer gewählt.

Berufliches und wissenschaftliches Curriculum

Herr Prof. Dr. Schulze, geboren 1942, studierte von 1962 bis 1965 an der Humboldt-Universität Berlin und danach bis 1968 an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Nach dem Staatsexamen und Approbation im Jahr 1968 promovierte er 1969, erhielt 1973 die Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin und 1976 erwarb er die Anerkennung als Subspezialist 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 klinische Stoffwechselkrankheiten. Von 1991 bis 1994 war Herr Professor Dr. Schulze Mitglied der Medizinischen Fakultät und stellvertretender Ärztlicher Direktor, von 1996 bis 1999 stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden der TU Dresden, 1999

bis 2000 Mitglied des Ausschusses Diabetologie, 1999 bis 2005 Vorsitzender des Ausschusses Satzung- und Antragskommission der DDG. Seit 2003 ist Prof. Dr. Schulze Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Prävention des Diabetes der DDG. Er ist seit 2005 Mitglied des Kuratoriums der Deutschen Diabetes Stiftung und ein international anerkannter Wissenschaftler.

Schwerpunktt Themen der Arbeitsgebiete und Projekte seiner wissenschaftlichen Tätigkeit waren und 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.
- Versorgungsforschung, Qualitätsmanagement in der Medizin.
- Grundlagenforschung und Prävention des Typ-2-Diabetes mellitus.

Herr Prof. Dr. Schulze war an der Erarbeitung von mehr als 160 Publikationen, Büchern und Beiträgen sowie an über 400 Vorträgen im In- und Ausland beteiligt. Er betreute mehr als 30 Doktoranden.

Herr Prof. Dr. Schulze hat hohe Auszeichnungen und Ehrungen erhalten: 1985: Theodor-Brugsch-Preis der Gesellschaft für Innere Medizin, 1987: Forschungspreis der Medizinischen Akademie Dresden, 1996: Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 1998: Richard-Merten-Preis für Qualitätssicherung in der Medizin auf dem Gebiet des Diabetes mellitus, 2002: Rolf-Emmrich-Förderpreis der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, 2003: Überreichung der Mikulicz-Radecki-Medaille, 2005: Bronze-Award Disease Management Association of Amerika.

Berufspolitisches und standespolitisches Curriculum

Herr Prof. 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 Prof. Dr. Schulze ist Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und wurde seit 1990 kontinuierlich in den Vorstand gewählt. Im Zeitraum 1991 bis 2000 wählten ihn die Ärztinnen und Ärzte der Stadt Dresden zu ihrem ehrenamtlichen Vorsitzenden der Kreisärztekammer. Seit 1991 ist er Mitglied der Ausschüsse „Satzungen“, „Ambulante Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter“ der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“.

Seit 1995 ist er Vorsitzender der Prüfungsgruppe der Zusatzweiterbildung Diabetologie. Prof. Dr. Schulze ist Sprecher des „Bündnis 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 Prof. Dr. Schulze Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied im Verwaltungsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung, geachtetes Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Leiter des Ausschusses Arzt und Hochschule der Bundesärztekammer.

Berufspolitische Ziele

Das berufspolitische Ziel und standespolitische Anliegen des Präsidenten ist die Geschlossenheit der Ärzteschaft, die durch zahlreiche politisch gewillte Individualinteressen ständig gefährdet ist.

Traditionelle 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.

Dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer wünscht die sächsische Ärzteschaft für sein Ehrenamt Zeit und integrative Kraft zum Wohle des Berufsstandes und vor Allem beste Gesundheit für die dritte Amtsperiode.

Neuer Vizepräsident



Erik Bodendieck,
Facharzt für Allgemeinmedizin

Als neuen Vizepräsidenten wählte die Sächsische Ärzteschaft Herrn Erik Bodendieck. Dieses Amt übernehme er wohl wissend um die ihm damit übertragene Verantwortung. 1966 in Leipzig als Sohn eines Arztes und einer Physiotherapeutin geboren, ging er bis 1985 in Wurzen zur Schule, nach drei Jahren Armeezeit begann er 1988 mit dem Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig, welches er 1994 abschloss. Von 1994 bis 1997 absolvierte Herr Bodendieck die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zuerst im Krankenhaus und anschließend in der Praxis seines Vaters in Wurzen. Seit 1. Januar 1998 ist er mit ihm in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. 2002 beendete er die Weiter-

bildung zum Diabetologen DDG, 2006 erfolgte die Prüfung zur Zusatzbezeichnung Diabetologie und er erwarb den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.

Frühzeitig begann Herr Bodendieck neben seiner beruflichen Aus- und Weiterbildung eine berufspolitische Tätigkeit. Bereits im Februar 1990 gehörte der neue Vizepräsident zu den Gründungsmitgliedern des Hartmannbundes Sachsen. Er engagierte sich dort mit Kommilitonen als studentischer Vertreter. Im Bundesverband lernte er schnell, nicht immer ohne Blessuren mit berufspolitischen Gepflogenheiten umzugehen. Er war und ist ein Vertreter Sachsens in verschiedenen Arbeitskreisen des Hartmannbundes.

Auf Anraten seines chirurgischen Lehrers, Dr. Clemens Weiss, begann 1999 sein Mandat in der Sächsischen Landesärztekammer. Seit der ersten Legislatur bis heute ist er Mitglied im Ausschuss Ausbildung, der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung und Delegierter zum Deutschen Ärztetag. Seit 2003 ist er ebenso Mitglied im Ausschuss Ambulante Versorgung. Zudem ist er Mitglied des Berufsbildungsausschusses und vertritt seit einem Jahr die Sächsische Landesärztekammer in der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen. Seit 2000 ist er Vorsitzender der Kreisärztekammer Muldentalkreis.

2003 wurde Herr Bodendieck in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gewählt. Dort hat er zunehmend Aufgaben übertragen bekommen. Zu seinen letzten Arbeitsgebieten zählten unter anderem das ärztliche Europarecht als Mitglied der Ständigen Konferenz Europäische Angelegenheiten der Bundesärztekammer, das Thema „moderne Gemeindegewerke“, die Evaluation der Weiterbildung sowie die Deutsch-polnischen Beziehungen.

Er ist Mitglied der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und seit fünf Jahren auch deren Präsi-

umsmitglied. Er hat damit auch die Aufgabe übernommen, den Pflichtkurs in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/respektive Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als verantwortlicher wissenschaftlicher Leiter zu gestalten. Der neue Vizepräsident ist auch Lehrarzt der Universität Leipzig. Zu seinen berufspolitischen Zielen gehören die kritische Analyse von Bürokratie, DRG, Regelleistungsvolumina, Bonus-Malus, Ärztemangel und Vorwürfe des Abrechnungsbetruges. Wichtig ist ihm die Einigkeit der Ärzteschaft, um berufspolitisch eine stärkere Wirkung erzielen zu können. Abspaltungsversuche einzelner Arztgruppen sieht er kritisch und in der Sache kontraproduktiv. Nach seiner Ansicht kann nur eine starke Selbstverwaltung, wie die Sächsische Landesärztekammer, für alle Ärzte gestalterisch tätig werden. Dazu gehört, nach den ersten Jahren des Enthusiasmus während der politischen Wende, dass nun auch jüngere Kollegen sich mit „ihrer Kammer“ identifizieren und als Privileg begreifen, denn jedes einzelne Mitglied ist „die Kammer“.

Herr Bodendieck will sich aus tiefster Überzeugung dafür einsetzen, dass die ärztliche Selbstverwaltung bestehen bleibt. Er will kritisch und konstruktiv Prozesse begleiten, um den ärztlichen Berufsstand in seiner Rolle für die Gesellschaft zu erhalten und wieder zu stärken. Er will sich dafür einsetzen, dass die Pluralität in der Sächsischen Landesärztekammer wieder gespürt wird und zielführend Ergebnisse präsentiert werden. Dabei ist es wichtig, dass sich die Ärzteschaft auf Kernaufgaben konzentriert. Zudem muss der Kontakt zwischen den Ebenen verbessert werden.

Über 1.000 ehrenamtlich tätige Ärzte haben eine hervorragende Arbeit geleistet, aber das Wissen darum ist nur unzureichend präsent. Eine Aufgabenteilung ist genauso erforderlich wie das Wissen um deren Erfüllung. Seine Amtszeit soll daran gemessen werden, wie verbindend Prozesse in Gang gesetzt und wie diese in der Wirklichkeit implementiert werden.

Weitere Vorstandsmitglieder



Dr. med. Lutz Liebscher
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Arzt im Ruhestand, Döbeln



Dipl.-Med. Petra Albecht
Fachärztin für Öffentliches Gesundheits-
wesen, Fachärztin für Hygiene- und
Umweltmedizin, Angestellte Ärztin im
Gesundheitsamt, Meißen



Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Angestellter Arzt
Städtisches Krankenhaus
Dresden-Neustadt



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



Dr. med. Rainer Kobes
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt
Pleißentalklinik KKH Werdau



Dr. med. Dietrich Steiniger
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt
KKH Rodewisch-Obergöltzsch



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



Dr. med. Michael Nitschke
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt, Dresden



Ute Taube
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf

17. Sächsischer Ärztetag 36. (konstituierende) Kammerversammlung 22./23. 6. 2007

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete den 17. Sächsischen Ärztetag und gleichzeitig die 36. (konstituierende) Kammerversammlung. Er begrüßte die durch die Wahl zur Kammerversammlung 2007 anwesenden und insbesondere die erstmalig gewählten Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß er den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, den Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Prof. Dr. Horst-Jürgen Meixensberger, den Vertreter der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Prof. Dr. Michael Laniado, die anwesenden Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, die von 1990 bis März 2007 als Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer tätig war, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Diplom-Kaufmann Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesell-



Der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

schaft Bansbach, Schübel, Brözstl & Partner.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der konstituierenden Kammerversammlung waren 86 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war damit beschlussfähig.

Ein Höhepunkt der Kammerversammlung war der Bericht des Präsidenten und des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer über die Tätigkeit in der Wahlperiode 2003 bis 2007 unter Einbeziehung der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Schwerpunkte und des Tätigkeitsberichtes 2006.

Nach der Reform ist vor der Reform

In seinem berufspolitischen Schwerpunkt ging er auf die Ergebnisse aus vier Jahren Vorstandstätigkeit und auf kommende Herausforderungen ein. Über 1.000 ehrenamtlich tätige Ärzte setzten sich jährlich für die Belange der sächsischen Ärzteschaft ein. Ein Blick in den Tätigkeitsbericht

für das Jahr 2006 mache die Vielfalt an Aufgaben deutlich. Die Ausschüsse, Arbeitsgruppen und Kommissionen haben eine Fülle schwieriger Themen bearbeitet, analysiert und Entscheidungen empfohlen. Prof. Dr. Schulze: „Ohne diese Gremien wäre eine funktionierende Berufs- und Standesvertretung nicht denkbar“.

Einige Eckdaten aus den Jahren 2003/2007:

- Es wurden 2.972 Prüfungen für Gebiete und Schwerpunkte abgenommen sowie 1.708 Fortbildungszertifikate erteilt.
- 1.072 Arzthelferinnen und Arzthelfer haben eine erfolgreiche Prüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer abgelegt.
- Weit über 2.000 Veranstaltungen wurden im Hause durchgeführt.

Prof. Dr. Schulze kam in einem Zwischenfazit zu dem Schluss, dass in den letzten vier Jahren die Worte

„Ökonomisierung“, „Deprofessionalisierung“, „Rationierung“ und „Bürokratisierung“ verstärkt den ärztlichen Berufsalltag dominierten. Denn in diesen vier Jahren wurden viele entscheidende Regelungen getroffen, die sich maßgeblich auf die ärztliche Tätigkeit auswirken und oftmals ohne den Sachverstand der Betroffenen zustande kamen.

Aber keines dieser Gesetze habe das Grundproblem des Gesundheitswesens, die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung gelöst. Immer noch kollidiere die heutige Zielsetzung:

- chancengleicher Zugang für alle zu Gesundheitsleistungen,
- hohe Qualität einer umfassenden Versorgung,
- Einführung modernster Diagnostik- und Behandlungsverfahren, mit
- den steigenden Kosten bei sinkenden Einnahmen,
- Langlebigkeit, Multimorbidität chronisch Kranker,
- Arbeitslosigkeit mit Verlust versicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse und
- den Problemen des demografischen Wandels.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hatte 2003 ein Paket von Maßnahmen erarbeitet, um stärkeren politischen Einfluss zu erhalten. Die Gesetze konnten nicht verhindert werden. Aber es sei gelungen, viele geplante Regelungen in den Entwürfen zu verändern oder zu ergänzen. Als Beispiele nannte Prof. Dr. Schulze das Gewebegesetz und das Gesetz zur Patientenverfügung. Bei beiden Gesetzentwürfen hat eine Stellungnahme der Bundesärztekammer maßgeblich zu Änderungen beigetragen. Wer aber dachte, eine „Große Koalition“ könne die Probleme lösen, sähe sich enttäuscht. „Wir erleben weiterhin einen dramatischen Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Der hohen Arbeitslosigkeit in Verbindung mit sinkenden Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet die Politik vor allem mit Kostendämpfungsmaßnahmen zulasten der Leistungserbringer in Praxen, Kliniken

und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst“.

Die Patienten im Vogtland, im Erzgebirge oder in der Lausitz würden durch die Gesundheitsreform garantiert nicht besser versorgt, wie es die Bundespolitik immer noch behaupte. Sie würden gut versorgt, weil die Ärzte in Sachsen es sind, die sich tagtäglich für diese im Weltmaßstab gute Versorgung einsetzen. Oft auch auf Kosten der eigenen Gesundheit.

Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, forderte Prof. Schulze, müsse das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Paradoxerweise entwickle sich derzeit aber Entstaatlichung und Privatisierung im klinischen Versorgungsbereich. Demgegenüber stehe eine Vergesellschaftung bei den ambulanten Versorgungsstrukturen. Das Ziel einer immer besseren Sektor übergreifenden Patientenversorgung dürfe dabei nicht aus den Augen verloren werden.

Weitere Baustellen der Gesundheitspolitik mit unklarem Ausgang für Patienten seien die DMP, die Rabattverträge und die Bonus-Malus-Regelung.

Eine flächendeckende Versorgung sei in einigen Regionen nicht mehr gewährleistet. Deshalb kämpft Prof. Dr. Schulze mit dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer um jeden Arzt. „Wir wollen vor allem die jüngeren Kollegen zum Hierbleiben bewegen. Wir wollen aber auch bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Vergütung für alle Ärzte in Sachsen“. Dazu hat sich die Sächsische Landesärztekammer in die Tarifpolitik eingemischt. Es könne nicht sein, dass es 17 Jahre nach der politischen Wende im Osten immer noch weniger Geld bei mehr Leistung gibt. Ein Wermutstropfen dabei sei, dass ausgerechnet der Sächsische Finanzminister Horst Metz eine Angleichung der Gehälter Ost an West verhindert hat.

Ärztemangel

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels müssten auch Studienergebnisse zur Wiedereingliederung von Ärztinnen berücksichtigt werden, die auf die Schwachstellen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hinwiesen. Und sächsische Förderprogramme zur Übernahme bzw. Ansiedlung von Ärzten in unterversorgten Regionen griffen nur zögerlich. Diskussionen zur Entlastung von Ärzten im Hausbesuchsdienst durch Arzthelferinnen, unter dem Synonym „Gemeindegeschwester“ bekannt, nehmen zwar konkrete Formen an, lösten das grundsätzliche Problem aber nicht.

Privatisierung von Kliniken

Die Sächsische Landesärztekammer ist auch bei neuen Projekten eine Vorreiterin und konstruktive Begleiterin. Auf Initiative des Präsidenten hat die Bundesärztekammer die Privatisierungstendenzen von Kliniken analysiert und dazu in einer Arbeitsgruppe ein wichtiges Positionspapier zu den Folgen erarbeitet. Ärzte seien gefährdet, in den privaten Strukturen nur als Erfüllungsgehilfen der ökonomisch dominierten Klinikleitungen zu funktionieren. „Wollen wir das? Wo bleibt bei diesen Entwicklungen die wohnortnahe Versorgung der Alten und chronisch Kranken, wo die medizinische Betreuung in strukturschwachen Regionen? Wie verhält es sich mit der sozialen Funktion der Medizin als „säkulare Seelsorge“ der Bevölkerung?“

Die Sächsische Landesärztekammer sei gegen eine Monopolbildung im Krankenhaussektor. Sie sei sich auch mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales über eine Drittel-Parität (staatlich/kommunal, frei gemeinnützig, privat) einig.

Die soziale Funktion der Medizin besteht auch in einer „säkularen Seelsorge“ der Gesellschaft. Hinzu kommt die Qualitätssicherung durch eine adäquate Weiter- und Fortbildung, ganz gleich, wer der Träger eines Krankenhauses ist. Und dies muss sich auch in den Arbeitsverträgen für Weiterbildungsassistenten und einem guten Betriebsklima widerspiegeln.

Konstruktive Kritik durch Landesärztekammer

Die Sächsische Landesärztekammer sei auch eine sehr kritische Partnerin in vielen entscheidenden Vorhaben der Bundes- und Landespolitik wie dem elektronischen Arztausweis oder dem Projekt Gemeindegeschwester. Prof. Dr. Schulze „Für einige Protagonisten dieser Projekte sind wir zu kritisch. Doch ich sehe unsere Aufgabe gerade darin, die ärztlichen Interessen und die Interessen der Patienten wirksam einzubringen, damit solche Projekte einen Nutzen haben und nicht nur Geld verbrauchen“.

Der Präsident rief dazu auf, die ärztlichen Interessen im Verbund mit den anderen Heilberuflern, der Kammern und Verbände des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen gemeinsam zu verteidigen. Die Sächsische Landesärztekammer würde sich auf allen Ebenen für die ärztlichen Interessen einsetzen. Er dankte insbesondere den Ausschüssen, Arbeitsgruppen und Fachkommissionen. Oft im Hintergrund, aber mit großer Wirkung, würden diese wichtigen Weichenstellungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung vorbereiten. Sie klären und regeln sachkompetent Widersprüche, berufsrechtliche Fragen sowie vermutete Behandlungsfehler.

Schwerpunkthemen der Aussprache

Tarifunterschiede

In den sächsischen Kliniken und Krankenhäusern gibt es gravierende Unterschiede in der Vergütung von angestellten Ärzten. Langjährige Oberärzte werden durch den neuen Tarifvertrag der Länder wie Fachärzte vergütet. Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden wie Verwaltungsangestellte eingestuft. Die politischen Verantwortlichen und die Tarifpartner in Bund, Land und Kommune werden vom Sächsischen Ärztetag aufgefordert, die tariflichen Regelungen zur Vergütung von Ärzten so auszugestalten, dass keine Unterschiede in der Vergütung für Ärzte von Instituten, für Oberärzte oder Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen.



Die Mandatsträger bei der Abstimmung

Tarifeingruppierungen von Oberärzten

Der Sächsische Ärztetag lehnt die Bezahlung von Oberärzten nach unterschiedlichen Tarifen innerhalb einer medizinischen Einrichtung ab. Die geplante Tarifeingruppierung von Oberärzten in zwei Klassen wird zu einer Deklassierung von langjährig tätigen Oberärzten führen, die in Zukunft wie Fachärzte vergütet werden sollen. Mit der geplanten Vergütungsänderung ist eine Abwertung des in langjähriger Tätigkeit angeeigneten Wissen in Diagnostik und Therapie, aber auch der erworbenen psychosozialen Fähigkeit in der Kommunikation und der Zuwendung zum Patienten verbunden. Die politischen Verantwortlichen und die Tarifpartner in Bund, Länder und Kommunen werden aufgefordert, die tariflichen Regelungen zur Vergütung von Oberärzten einheitlich zu gestalten, dass sie zu keiner Benachteiligung von Oberärzten führen.

Auswirkungen der DRG

Der Patient und die medizinische Qualität der Behandlung müssen auch nach der DRG-Reform trotz aller betriebswirtschaftlichen Erwägungen im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen. Die Krankenhausfinanzierung wird bis 2009 von der pflegetageorientierten Bezahlung auf eine leistungsbezogenen Vergütung umgestellt. Die Funktion des Arztes erfährt hierdurch eine dramatische Änderung, in der der Arzt aktiv in die „Krankenhausökonomie“ einbezogen wird. Der Arzt als Vertrauensperson seiner Patienten sieht sich dabei massiven Konflikten ausgesetzt. Unter dem schonungslosen Diktat der Ökonomie ist es weiterhin die Aufgabe des Arztes, Räume für Zuwendung

zu schaffen, Barmherzigkeit und Patientenorientierung zu bewahren.

Medizinische Assistenzberufe

In den letzten Jahren zeigt sich eine zunehmende Tendenz bisherige so genannte medizinische Assistenzberufe zu Akademisierung und von der ärztlichen Gesamtverantwortung zu lösen. Hierzu gehören die Einführung von Studiengängen (zum Beispiel Pflege, Physiotherapie) und die Diskussionen um die Rettungsassistenten, die Anästhesietechnischen Assistenten und die Operationstechnischen Assistenten. Der Sächsische Ärztetag fordert dem Phänomen einer zunehmenden „Entprofessionalisierung“ der ärztlichen Tätigkeit durch Akademisierung und Teilqualifizierung medizinischer Assistenzberufe sowie deren schrittweise Herauslösung aus der Gesamtverantwortung des Arztes über therapeutische Prozesse besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Qualität der Patientenbetreuung darf nicht durch Parzellierung des Betreuungsprozesses und durch Parallelisierung eigentlich komplexer und teambezogener Handlungsabläufe und damit durch Verlust einer klaren Verantwortungshierarchie gefährdet werden.

Modellprojekt „Gemeindegeschwester“

Die Behandlung von Patienten ist und bleibt originäre ärztliche Aufgabe. Eine flächendeckende ärztliche Versorgung ist durch entsprechende Maßnahmen (Bürokratieabbau, Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch in der Hausarztpraxis, besondere Infrastruktur auf dem Lande, finanzielle Anreize) zu gewährleisten. Eine Gemeindegeschwester kann nur delegierbaren Aufgaben des Arztes im Hausbesuch

wahrnehmen. Eine Etablierung einer neuen Profession („Schwester-Agnes-Diskussionen“) wird von der sächsischen Ärzteschaft abgelehnt. Mit einem Modellprojekt „Gemeindefschwester“ solle lediglich untersucht werden, ob dadurch die Tätigkeit eines Hausarztes entlastet werden kann. Dieses Modellprojekt darf nicht dazu führen, dass ein neuer Beruf entsteht.

Jahresabschlussbilanz 2006

Dr. Claus Vogel

Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Herr Dipl.-Kaufm. Wulf Frank
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Bansbach Schübel Brösztl & Partner
GmbH, Wirtschaftsprüfer

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Geschäftsjahr 2006 der uneingeschränkte Prüfungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner erteilt. Diese bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt.

Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer, erläuterten ausführlich den Jahresabschluss 2006.

Die 36. Kammerversammlung hat diesen vollumfänglich bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschusses ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand und der Geschäftsführung Entlastung erteilt. Die wirtschaftliche Situation der Sächsischen Landesärztekammer ist solide und die kontinuierliche Arbeit der Kammer auch für die Zukunft finanziell gesichert.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2006 sind im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 6/2006, S. 303, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen. Der Kammerpräsident bedankte sich

bei der am 31. März 2007 auf eigenen Wunsch ausgeschiedenen Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, dem neuen Hauptgeschäftsführer, Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner, und allen Mitarbeitern der Kammer für die geleistete Arbeit in der Wahlperiode 2003 bis 2007. Frau Dr. jur. Verena Diefenbach wurde als Hauptgeschäftsführerin durch die Kammerversammlung entlastet.

Wahl des Präsidenten und des Vorstandes

Unter Leitung des Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, FA für Allgemeinmedizin, Arzt im Ruhestand, Zwickau, erfolgte in Einzelwahlgängen auf den geltenden rechtlichen und organisatorischen Grundlagen für die durchzuführenden Wahlhandlungen – § 13 Abs. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz und § 7 Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer – die Wahl des Präsidenten, des Vizepräsidenten, des Schriftführers und der weiteren acht Mitglieder des Vorstandes.

Der Ehrenpräsident, Herr Prof. Dr. Heinz Diettrich, rief die Mandatsträger zu Beginn der Vorstandswahlen auf, vor allem auch jüngere Ärzte zu berücksichtigen, damit die Vorstandstätigkeit kontinuierlich weitergeführt werden kann.

Für das **Amt des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer** stellte sich auf Vorschlag von Herrn Prof. Dr. Eberhard Keller, Leipzig, als einziger Kandidat der bisherige Kammerpräsident, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, FA für Innere Medizin, A, Dresden. Von den 88 anwesenden Mandatsträgern votierten 78 für



Die Wahlkommission bei der Auszählung

Herrn Prof. Dr. Schulze bei 3 Gegenstimmen und 7 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 seine bisherigen acht Jahre als Präsident.

Zur Wahl für das **Amt des Vizepräsidenten** wurde durch Herrn Dr. Steffen Liebscher, Aue, sowie Frau Dr. Kristina Kramer, Leipzig, Herr Dr. Stefan Windau, FA für Innere Medizin, N, Leipzig, und durch Herrn Prof. Dr. Otto Bach, Leipzig, Herr Erik Bodendieck, FA für Allgemeinmedizin, N, Wurzen, vorgeschlagen. Von den anwesenden 88 stimmberechtigten Mandatsträgern stimmten 53 für Herrn Bodendieck und 32 für Herrn Dr. Windau bei 1 Gegenstimme und 2 Stimmenthaltungen.

Für das **Amt des Schriftführers** wurde durch Herrn Dr. Mathias Cebulla, Leipzig, Herr Dr. Lutz Liebscher, A, Döbeln, vorgeschlagen. Von den 87 Stimmberechtigten entschieden sich 86 für den FA für Kinder- und Jugendmedizin. 1 Mandatsträger enthielt sich der Stimme.

4. Vorstandsmitglied

Von Herrn Dr. Andreas Bartusch, Chemnitz, wurde Herr Dr. Steffen Liebscher, FA für Innere Medizin, N, Aue, vorgeschlagen. Ergebnis: Von den 85 anwesenden Mandatsträgern gaben Herrn Dr. Liebscher 81 ihre Stimme, 3 Delegierte enthielten sich der Stimme bei 1 Gegenstimme.

5. Vorstandsmitglied

Von Herrn Dr. Thomas Lipp, Leipzig, wurde Herr Dr. Claus Vogel, FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Leipzig, vorgeschlagen. Herr Dr. Vogel wurde von 77 der anwesenden 84 Mandatsträgern gewählt, 4 enthielten sich der Stimme, Gegenstimmen 2, 1 ungültige Stimme.

6. Vorstandsmitglied

Von Herrn Dr. Frank Eisenkrätzer, Radebeul, wurde Frau Dipl.-Med.



Blumen für die Ausschussvorsitzenden, deren Ausschüsse nicht weitergeführt werden

Petra Albrecht, FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A, Meißen, vorgeschlagen. Für sie stimmten 79 der anwesenden 82 Mandatsträger, 1 Stimme war ungültig, 2 enthielten sich der Stimme.

7. Vorstandsmitglied

Der von Herrn Dr. Diethard Weichsel, Crinitzberg, vorgeschlagene Kandidat, Herr Dr. Rainer Kobes, Facharzt für Innere Medizin, A, Werdau, erhielt von den abgegebenen 83 Stimmen 76 Stimmen, Gegenstimmen 3, Stimmenthaltungen 4.

8. Vorstandsmitglied

Als Kandidat wurde von Frau Dr. Antje Bergmann, Dresden, Herr Dr. Michael Nitschke, FA für Innere Medizin, A, Dresden, und von Herrn Dipl.-Med. Andreas Koch, Delitzsch, Frau Dipl.-Med. Sabine Ermer, FÄ für Innere Medizin, A, Eilenburg, vorgeschlagen. Frau Dipl.-Med. Ermer erhielt von 82 abgegebenen Stimmen 24, Herr Dr. Nitschke 49 Stimmen, Stimmenthaltungen 6, Gegenstimmen 3.

9. Vorstandsmitglied

Der von Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, Dresden, vorgeschlagene Kandidat, Herr Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, FA für Neurologie und Psychiatrie, A, Dresden, erhielt von den abgegebenen 75 Stimmen 65, 3 Gegenstimmen, 7 Stimmenthaltungen.

10. Vorstandsmitglied

Von Herrn Dr. Steffen Liebscher, Aue, wurde Herr Dr. Dietrich Steiniger, FA für Chirurgie, FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, A, Rodewisch, vorge-

schlagen. Von den 78 abgegebenen Stimmen erhielt Herr Dr. Steiniger 49, Gegenstimmen 17, Stimmenthaltungen 11, 1 ungültige Stimme.

11. Vorstandsmitglied

Herr Dr. Eberhard Huschke, Löbau, schlug Frau Ute Taube, FÄ für Allgemeinmedizin, N, Berthelsdorf, als Vorstandsmitglied vor. Von den abgegebenen 78 Stimmen entfielen 71 auf Frau Taube, Gegenstimmen 3, 4 Mandatsträger enthielten sich der Stimme.

Alle gewählten Vorstandsmitglieder nahmen ihre Wahl in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer an.

Bildung von Ausschüssen und Wahl der Ausschussmitglieder

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

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

Ausschuss Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

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. Sylvia Hebestreit, Niederdorf
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen,
FÄ für Allgemeinmedizin, A
Dr. med. Regine Krause-Döring, Grimma
FÄ 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
Dr. med. Ulrike Thieme, Großenhain
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dipl.-Med. Heidrun Böhm, Dresden
Ärztin, A
Dipl.-Med. Gabriele Höll, Dresden
FÄ für Hygiene und Umweltmedizin, A
Dr. med. Friedemann Reber, Dresden
Arzt, A

Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin

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

Ausschuss Arbeitsmedizin

Dr. med. Egon Gentsch, Chemnitz
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. Arne Drews, Grimma
FA für Arbeitsmedizin, FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Michael Franz, Chemnitz
FA für Arbeitsmedizin, A
Raimund Leineweber, Leipzig
FA für Arbeitsmedizin, FA für Allgemeinmedizin, A
Susanne H. Liebe, Dresden
FÄ für Arbeitsmedizin, A
Dr. med. Mirella Nowak, Riesa
FÄ für Arbeitsmedizin, A
Dr. med. Giso Schmeißer, Dresden
FA für Arbeitsmedizin, FA für Allgemeinmedizin, A

Ausschuss Senioren

Dr. med. Gisela Unger, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, R

Dr. med. Karl-Friedrich Breiter, Bautzen
FA für Innere Medizin, R
Dr. med. Ute Göbel, Leipzig
FÄ für Sozialhygiene, R
Dr. med. Gertrud Hacker, Dresden
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten, R
Dr. med. Eberhard Hempel, Burkhartsdorf
FA für Allgemeinmedizin, R
Dr. med. Lothar Hilpert, Torgau
FA für Innere Medizin, R
Dr. med. Irmgard Kaschl, Stollberg
FÄ für Augenheilkunde, R
Dr. med. Helga Mertens, Großpösna
FÄ für Innere Medizin, R
Dr. med. Doris Steffenhagen, Leipzig
FÄ für Nervenheilkunde, R
Dr. med. Klaus Zacharias, Bad Elster
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R

Ausschuss Finanzen

Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
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
Dipl.-Med. Siegfried Heße, Dresden
FA für Orthopädie, N

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

Ausschuss Berufsrecht

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

Dipl.-Med. Ulrike Jung, Leipzig
FÄ für Orthopädie, N
Dipl.-Med. Christine Kosch, Pirna
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. sc. med. Jürgen Schütz, Bad Dübau
FA für Innere Medizin, R

Ausschuss Ambulante Versorgung

Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Torsten Wolf, Leipzig
FA für Anästhesiologie, N
Dr. med. Norbert Grosche, Dresden
FA für Radiologie, N
Dr. med. Lars Schirmer, Aue
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau
FA für Allgemeinmedizin, FA für Chirurgie, R
Dr. med. Klaus Heckemann, Dresden
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Jörg Hammer, Leipzig
FA für Chirurgie, N
Dr. med. Bernd Flade, Chemnitz
FA für Chirurgie, N
Dr. med. Gudrun Böhm, Dresden
FÄ für Innere Medizin, N
Dr. med. Klaus Kleinertz, Chemnitz
FA für Innere Medizin, N

Ausschuss Krankenhaus

Dr. med. Eberhard Huschke, Löbau
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
Dr. med. Kristina Kramer, Leipzig
FÄ für Anästhesiologie, A
Dr. med. Sylvia Gütz, Leipzig
FÄ für Innere Medizin, A
Dr. med. Brigitte Güttler, Aue
FÄ für Radiologie, N
Dr. med. Alexander Schmeißer, Dresden
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Dietrich Heckel, Rodewisch
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. habil. Tobias Back, Arnsdorf
FA für Neurologie, A
Dr. med. Rainer Kobes, Werdau
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Dietrich Steiniger, Rodewisch
FA für Chirurgie,
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, A
Dr. med. Stefan Zeller, Görlitz
FA für Innere Medizin, A

Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Dresden
FÄ für Pathologie, A
Dr. med. Uwe Stolz, Geringswalde
FA für Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Metzner, Leipzig
FA für Immunologie, FA für Innere Medizin, A
PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen, Dresden
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. med. Norbert Grosche, Dresden
FA für Radiologie, N
Dr. med. Kathrin-Andrea Kopf, Leipzig
FÄ für Neurologie und Psychiatrie, A
Dr. med. Angela Möllemann, Dresden
FÄ für Anästhesiologie, A
Dr. med. Dirk Müller, Annaberg-Buchholz
FA für Chirurgie, A
Dipl.-Med. Gabi Marschke, Rodewisch
Ärztin, A
Dr. med. Brigitta Krosse, Dresden
FÄ für Innere Medizin, N

Ausschuss Prävention und Rehabilitation

PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel, Bad Schandau
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Christoph Altmann,
Bad Gottleuba-Berggießhübel
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Klaus Müller, Leipzig
FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin, N
Dr. med. Ute Wehner, Leipzig
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie,
FÄ für Neurologie, A
Dr. med. Elke Siegert, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Claudia Eberhard, Dresden
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Dirk Ermisch, Crimmitschau
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Rolf Käßner, Dresden
FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin, N
Dr. med. Gerd Klaus Kreitz, Bad Schandau
FA für Orthopädie, A
Dr. med. Albrecht Gerhard Charrier, Dresden
FA für Innere Medizin, A

Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin

Dr. med. Michael Burgkhardt, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, FA für Urologie, N
Dr. med. Jens-Uwe Albert, Leipzig
FA für Chirurgie, FA für Kinderchirurgie, A
Dr. med. Matthias Czech, Radeberg
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Rainer Weidhase, Radebeul
FA für Chirurgie, A
Dr. med. Tomas Gosse, Leipzig
FA für Anästhesiologie, A
Dr. med. Peter Schnabel, Dresden
FA für Anästhesiologie, A
Dipl.-Med. Sven Spenke, Annaberg-Buchholz
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
Dipl.-Med. Frieder Neidel, Werdau
FA für Anästhesiologie, A

Ausschuss Ärztliche Ausbildung

Dr. med. Antje Bergmann, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, A
Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern, Hohenstein-Ernstthal
FA für Chirurgie, R
Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Uwe Krause, Grimma
FA für Anästhesiologie, A
Dipl.-Med. Ulrike Jung, Leipzig
FÄ für Orthopädie, N
Dr. med. Friedemann Reber, Dresden
Arzt, A
Dr. med. Claudia Kühnert, Chemnitz
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Dr. med. Axel Goldammer, Leipzig
FA für Neurochirurgie, A
Dr. med. Kristina Weiss, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, N

Ausschuss Weiterbildung

Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Leipzig
FA für Chirurgie,
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, A
Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. med. Peter Grochow, Welsau
FA für Allgemeinmedizin, R
Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Chemnitz
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A
Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold, Pirna
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. med. Brigitte Güttler, Aue
FÄ für Radiologie, N
Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky, Dresden
FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, A
Prof. Dr. med. habil. Fritjoff König, Leipzig
FA für Anästhesiologie, A
Prof. Dr. med. habil. Regine Kluge, Leipzig
FÄ für Nuklearmedizin, A
Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado, Dresden
FA für Radiologie, A

Ausschuss Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Gruppe der niedergelassenen Ärzte
Dr. med. Johannes Dietrich, Mühlau
FA für Allgemeinmedizin, N
Eva-Maria Schlinzig, Dresden
FÄ für Allgemeinmedizin, N

Dr. med. Hella Wunderlich, Grobhartmannsdorf
FÄ für Allgemeinmedizin, N
Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N

Gruppe der angestellten Ärzte

PD Dr. med. habil. Eberhard Meister, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A
Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel, Chemnitz
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Siegfried Herzog, Roßwein
FA für Chirurgie, R
Dr. med. Thomas Ketteler, Aue
FA für Innere Medizin, A

Gruppe der Ärzte aus universitären Einrichtungen

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig
FA für Neurologie und Psychiatrie, R
Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong, Dresden
FA für Innere Medizin, A

Gruppe der Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitswesen

Dr. med. Mario Hopf, Chemnitz
FA für Hygiene und Umweltmedizin, A

Übrige zwei Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Dr. med. Wolfgang Rothe, Leipzig
FA für Innere Medizin, A
Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau
FA für Allgemeinmedizin, FA für Chirurgie, R
A = Angestellt, N = Niedergelassen, R = Ruhestand

Abendveranstaltung am 22. Juni 2007

Zu der festlichen Abendveranstaltung begrüßte der Präsident, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, herzlich den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. Heinz Dietrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Abgeordneten des Sächsischen Landtages, Frau Elke Herrmann, Herrn Dr. med. Johannes Müller, die Gäste der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. Jan Adamus und Herrn Dr. Leszek Bystryk, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, den Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Prof. Dr. Horst-Jürgen Meixensberger, den Präsidenten der Sächsischen Landestierärztekammer, Herrn Dr. med. vet. Hans-Georg Möckel, den Präsidenten der Sächsischen Landesapothekerkammer, Herrn Frie-

demann Schmidt, Herrn Jürgen Hommel vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Wolfgang Wiederhold vom Sächsischen Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit, Herrn Dr. Joachim Lorenz vom Sächsischen Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft, Herrn Gerd Ludwig, Vorstand der IKK Sachsen, Herrn Rainer Striebel, Geschäftsführer der AOK Sachsen. Herrn Dr. Jan Kaminsky, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dr. Stefan Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung, die Vorsitzenden der Kreisärztekammern im Freistaat Sachsen, die Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer.

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 401 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 16. Juni 2006 verstorbenen Kammermitgliedern genannt.

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

Der große Verdienst 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 zwölfjährige Tradition, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen.

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident am



Dr. Liebscher, Dr. Prokop und Dr. Vogel erhielten die Verdienstmedaille (v. r.)

22. Juni 2007 diese hohe Auszeichnung an:

Herrn Dr. med. Lutz Liebscher,
Facharzt für Kinderheilkunde, Leisnig

Herrn Dr. med. Andreas Prokop,
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Rechtsmedizin,
Döbeln.

Herrn Dr. med. Claus Vogel,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Leipzig.

Laudationes

Dr. Lutz Liebscher

Dr. Liebscher wurde in Leipzig geboren, besuchte dort die Schule und legte 1961 das Abitur ab. Der Beginn des Medizinstudiums an der Alma mater Lipsiensis verzögerte sich wegen einer kritischen Bemerkung über den DDR-Staat um zwei Jahre, in denen er als Hilfskrankenpfleger in einer psychiatrischen Klinik tätig war. 1969 beendete er das Studium mit dem medizinischen Staatsexamen und promovierte noch im gleichen Jahr zum Dr. med. Es folgte die Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde an der Kinderklinik des Kreises Döbeln und der Universitäts-Kinderklinik Leipzig. Sie endete 1974 mit der Facharztprüfung. 1975 wurde Dr. Liebscher zum Oberarzt und 1977 zum stellvertretenden Chefarzt der Kreis-Kinderklinik ernannt, die sich damals noch in Westewitz-Hochweitzschen befand. An der Planung und Durchführung des Umzuges der Abteilung nach Leisnig bei laufendem Betrieb am 1. Januar 1997 war Dr. Liebscher dank seines organisatorischen Talents maßgeblich beteiligt.

Zuletzt war Dr. Liebscher Oberarzt und stellvertretender Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Helios-Krankenhaus Leisnig. Kollege Liebscher war und ist Kinderarzt aus Überzeugung. Auch gegen mancherlei Widerstände bemüht er sich unermüdlich, die Belange seiner Patienten zu vertreten, als „Anwalt der Kinder“. Sein besonderes fachliches Interesse galt der pädiatrischen radiologischen Diagnostik, der Diabetologie und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Unterscheidung zwischen psychosomatisch und psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen mit allen sich daraus ergebenden strukturellen Konsequenzen liegt ihm besonders am Herzen. Patienteneltern erleben ihn als kompetenten und einfühlsamen Kinder- und Jugendarzt.

Mit der Wende erkannte Dr. Liebscher sofort die Notwendigkeit einer eigenständigen Organisationsform der Ärzteschaft. Bereits im März 1990 gründete er den „Unabhängigen Ärzteverband Döbeln e. V.“ mit 150 Mitgliedern, der erst mit der Bildung der Ärztekammern überflüssig und wieder aufgelöst wurde.

Dr. Liebscher nahm 1990 an der Gründungsversammlung der Sächsischen Landesärztekammer teil und wurde 1991 in deren Vorstand gewählt, dem er bis heute und seit 1999 als Schriftführer angehört. Zugleich ist er Vorsitzender der Kreisärztekammer Döbeln seit ihrer Gründung. Die wiederholte Wahl in beide ehrenamtlichen Funktionen, denen

er einen großen Teil seiner knapp bemessenen Freizeit widmet, drücken die Wertschätzung aus, die Dr. Liebscher in der Ärzteschaft genießt. Er gehörte von 1991 bis 1994 dem Ausschuss „Stationäre Versorgung“ und seit 1993 dem Ausschuss „Satzungen“ an. Zudem hat er sich in der Sächsischen Landesärztekammer frühzeitig für die jungen Ärzte und deren Anliegen eingesetzt.

Die Vorstandssitzungen sind von seinem kritischen Verstand geprägt, welcher sich mit einem ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit und einem zielsicheren Blick für das Notwendige vereint, auch wenn es nicht immer das sofort Machbare ist.

Wir danken ihm für seine ständige Einsatzbereitschaft. Herr Dr. Liebscher wird als aufrichtiger Freund und engagierter, vielseitig interessierter und jederzeit hilfsbereiter Kollege geschätzt.

Dr. Andreas Prokop

Dr. Prokop wurde am 20. Oktober 1952 in Leipzig geboren. Nach Polytechnischer Oberschule und Erweiterter Oberschule studierte er von 1974 bis 1979 Humanmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig. 1979 erhielt er die Approbation als Arzt sowie die Anerkennung als Diplom-Mediziner. Am 8. November 1983 folgte die Promotion zum Dr. med.

Dr. Prokop begann seine ärztliche Tätigkeit im Institut für Gerichtsmedizin der Universität Leipzig und war bis 1993 in dieser Einrichtung tätig. 1984 erwarb er die Facharztanerkennung für Gerichtliche Medizin. Nach der politischen Wende 1990 und einer 2-jährigen Tätigkeit im Maßregelvollzug begann Dr. Prokop eine zweite Facharztausbildung zum Facharzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Seit dem 1. November 1995 ist er im Gesundheitsamt des Landratsamtes Döbeln tätig. Bis 2003 war er stellvertretender Amtsarzt, seit dem 1. November 2003 leitet er das Gesundheitsamt des Landkreises Döbeln als verantwortlicher Amtsarzt.

Neben seiner engagierten beruflichen Tätigkeit gehört Dr. Prokop seit 1990 zu den Ärzten, die maßgeblich am Aufbau und der Gestal-

tung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen beteiligt waren. Sein Interesse für berufs- und standesrechtliche Probleme führte ihn schon im Juni 1990 in den damaligen Schlichtungsausschuss der soeben gegründeten Landesärztekammer. Sehr schnell wurde klar, dass die sich rasant entwickelnden Anforderungen, die dieser Ausschuss sowohl im berufsrechtlichen wie auch im haftungsrechtlichen Bereich zu bewältigen hatte, neue Organisationsformen erforderte. So entwickelten sich aus diesem Schlichtungsausschuss für die haftungsrechtlichen Probleme die Schlichtungsstelle und für die berufsrechtlichen Fragestellungen der Ausschuss Berufsrecht der Sächsischen Landesärztekammer. Seit dem 1. Januar 1993 leitet Dr. Prokop diesen Ausschuss verantwortlich und gehört damit zu den Ehrenamtlern der ersten Stunde.

Hinter diesem Engagement steht zunächst ein fest gefügtes und überzeugtes Bild vom Beruf des Arztes als einem freien Beruf, der sich zuallererst an den Verpflichtungen gegenüber dem Patienten orientiert und erst danach an den politischen Rahmenbedingungen. Hinter diesem Engagement steht aber auch die feste Überzeugung, dass eine Selbstverwaltung der Ärzteschaft, im Vergleich zur staatlich organisierten Verwaltung, das bessere Organisationsprinzip für Ärzte ist.

Zu den großen Aufgaben, die nach der Gründung der Landesärztekammer auf dem Gebiet des Standesrechts zu bewältigen waren, zählten die Auflösung des ambulanten Gesundheitssystems der DDR und die Verstrickung mancher Ärzte in deren „Aufsichtsorgane“ ebenso wie das sich wandelnde Berufsbild der Ärzteschaft, das zunehmend Züge eines Dienstleistungsberufes erkennen ließ. Die sich entwickelnde Liberalisierung von Wettbewerbsformen zulasten der Kollegialität sowie die Verquickung ärztlicher und geschäftlicher Interessen haben Dr. Prokop auch in manchen persönlichen Konflikte gebracht, da eigene Überzeugungen und der sich wandelnde Rechtsrahmen nicht in allen Punkten kongruent waren und sind.

In den vielen Jahren gemeinsamer Arbeit haben die Mitglieder des Ausschusses Berufsrecht die ruhige, systematische und zielorientierte Arbeitsweise von Dr. Prokop kennen und schätzen gelernt. Immer darum bemüht, nach Möglichkeit die Motive der Antragsteller bzw. der Beklagten zu erfassen und zur Grundlage der Beurteilung zu machen, ist es ihm gelungen, eine effektive Ausschussarbeit zu organisieren und notwendige Kontakte zu anderen Ausschüssen zu knüpfen.

Seine Verdienste um die Anwendung und Gestaltung des ärztlichen Berufsrechtes in Sachsen machen Herrn Dr. Prokop zu einem würdigen Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter Medaille.

Dr. Claus Vogel

Dr. Vogel wurde am 18. Oktober 1945 in Leipzig geboren. Seine Mutter war Röntgenassistentin, sein Vater HNO – Arzt. Von 1965 – 1971 studierte Dr. Vogel an der Universität in Leipzig Humanmedizin. Zunächst arbeitete Dr. Vogel als wissenschaftlicher Assistent an der Universitäts – HNO – Klinik in Rostock, bis er 1980 die väterliche Praxis in Leipzig, die seit 1946 besteht, in eigener Niederlassung übernahm. So gehörte er in diesem Sinne zu den Einzelkämpfern und Exoten im sozialistischen Gesundheitswesen in der damaligen DDR, war doch die ärztliche Niederlassung eine Seltenheit und allenfalls geduldet. So war es nur logisch, dass sich Dr. Vogel seit der politischen Wende aktiv in die Gesundheitspolitik einbrachte. Die Fragen der Umgestaltung des sozialistischen Gesundheitswesens in Ostdeutschland, insbesondere im ambulanten Bereich, beschäftigten ihn.

1990 war er Gründungsmitglied des unabhängigen Verbandes der niedergelassenen Ärzte in Sachsen. Aus diesem Verband ging 1993 der NAV – Virchowbund hervor, dessen stellvertretender Vorsitzender im Landesverband Sachsen Dr. Vogel ist. Darüber hinaus ist er Gründungsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens und seit ihrem Bestehen gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung. In der Kassenärztlichen

Vereinigung Sachsen gehört Dr. Vogel dem Prüfungsausschuss an. Bis Ende 2004 war er zudem Mitglied des Finanzausschusses. Im Rahmen der durch das GKV-Modernisierungsgesetz erfolgten Umstrukturierung der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde Dr. Vogel zum Regionalausschussvorsitzenden der KV – Bezirksgeschäftsstelle Leipzig gewählt und ist dadurch seit 1. Januar 2005 auch Mitglied des Hauptausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Neben seiner Tätigkeit in der Kassenärztlichen Vereinigung engagiert sich Dr. Vogel auch in der Sächsischen Landesärztekammer. So ist er seit 1996 im Berufsbildungsausschuss Medizinischer Fachangestellter der Sächsischen Landesärztekammer tätig. Daneben ist Dr. Vogel auch Mitglied der Facharztprüfungskommission Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Sächsischen Landesärztekammer und seit 1999 Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Leipzig. Besondere Beachtung verdient seine Arbeit als Vorsitzender des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, dessen Mitglied er seit 1999 ist und den er seit 2001 leitet. Dr. Vogel ist zudem Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer seit 1995 und er vertritt die sächsischen Ärzte als Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag. Herrn Dr. Vogel ist für sein konstruktives Wirken in den ärztlichen Körperschaften zu danken, insbesondere für sein Eintreten für das Ausüben des ärztlichen Berufes in freier Selbstbestimmung.

Festvortrag

Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe

Herr Dr. Thomas M.H. Bergner, Ebenhausen

Dieser hochinteressante Festvortrag über ein Jahrzehnt Erfahrung des Autors in der Begleitung von Ärzten mit „Burnout“ wird im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2007, abgedruckt. Herr Till Schulze (Bassbariton) sang zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung Lieder von Franz Schubert. Er begeisterte damit die zahlreichen Gäste der Abendveranstaltung.



Till Schulze (Bariton) und am Flügel Cornelius Heine interpretierten Lieder von Franz Schubert

Beschlüsse des

17. Sächsischen Ärztetages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 22. und 23. Juni 2007 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2006 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Jahresabschluss 2006 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Personalien: Entlastung von Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, Hauptgeschäftsführerin bis 31.03.2007 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Bekanntgabe der Termine für die Kammerversammlungen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Auswirkungen der Diagnosis Related Groups (DRG) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Medizinische Assistenzberufe (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Modellprojekt Gemeindegewerkschaft (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Ärztmangel – Tarifverträge für Ärzte (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Einstufung der Oberärzte (bestätigt)

Dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Geschäftsführung wird für das Geschäftsjahr 2006 Entlastung erteilt.

Bekanntmachung der Termine

Die **37. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **10. November 2007**, und der **18. Sächsische Ärztetag** (38. Kammerversammlung) am Freitag/Sonnabend, dem **27./28. Juni 2008**, statt.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

19. Erweiterte Kammerversammlung

1. Bericht

Herr Dr. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses (gekürzt)



Dr. Steffen Liebscher

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Mandatsträger und Gäste, ich begrüße Sie im Namen des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärztesversorgung zu unserer heutigen Erweiterten Kammerversammlung und nehme die Gelegenheit, von dieser Stelle aus dem neu gewählten Präsidenten unserer Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Schulze, unsere Glückwünsche zu seiner Wiederwahl zu überbringen. Ich hoffe, dass es auch in den kommenden Jahren gelingen wird, in einer von Vertrauen und gegenseitigem Respekt geprägten Arbeitsatmosphäre die vor uns liegenden Herausforderungen zu bewältigen.

Ich komme nun zum Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses zur Lage des Versorgungswerkes und zum Geschäftsjahr 2006.

Unsere Kapitalanlagen konnten sich im vergangenen Jahr in einem güns-

tigen Umfeld gut entwickeln. Die Anleger an den Aktienmärkten ließen sich durch eine zunächst deutlich erscheinende Korrektur im Mai 2006 nicht wirklich beeindrucken. Im weiteren Jahresverlauf sind die Aktienkurse nahezu ohne Unterbrechung angestiegen. Rentenanlagen hatten es da in einem Umfeld steigender Zinsen wesentlich schwieriger und Investoren in diesem Bereich mussten am Jahresende mit einem Ergebnis knapp über der schwarzen Null zufrieden sein.

Immobilienanlagen konnten ihren Ruf, langfristig stabile Wertanlagen zu sein, auch unter den Voraussetzungen einer hohen Liquidität im Markt, dadurch getriebenen Preisen und absinkenden Anfangsrenditen, weitgehend behaupten.

Neuanlagen in fest verzinslichen Papieren waren angesichts des im Vergleich zum langjährigen Durchschnitt immer noch niedrigen Zinsniveaus auch in 2006 nicht geeignet einen entscheidenden Beitrag zur Anhebung der Durchschnittsverzinsung zu leisten.

Auf unser Versorgungswerk herunter gebrochen lässt sich Folgendes im Überblick konstatieren: Die insgesamt freundliche Situation an den Kapitalmärkten wurde zu einer Optimierung der Risikoversorge genutzt. Über alle Anlageklassen hinweg konnte eine Nettoerrendite von 5,4% dargestellt werden, womit nicht nur der Rechnungszins sicher überboten, sondern auch ein im Vergleich mit anderen Anlegern unseres Profils respektables Ergebnis erzielt wurde. Relative Ruhe hinsichtlich unserer Belange herrscht im Bereich der Politik. Während einerseits die Rente mit 67 je nach politischem Lager Unterstützung oder Ablehnung erfährt, gibt es andererseits die mahnenden Stimmen derer, insbesondere der Fachleute, die das Umlageverfahren als solches in Frage stellen. Als vergleichbare Diskussion mag die zur Pflegeversicherung gelten, wo die Umstellung auf ein kapitalgedecktes System als dringend erforderlich angesehen wurde. Man kann nur hoffen, dass wenigstens hinsichtlich der Rente die Vorzüge eines zumindest zum Teil kapitalgedeckten Systems

von den zuständigen Politikern erkannt werden. Ein hoffnungsvoller Schritt in diese Richtung ist sicher, dass der nordrhein-westfälische Landtag die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nach einer Ausschreibung zur Besorgung der Geschäfte des Versorgungswerkes der Abgeordneten ausgewählt hat. Aus dieser Tatsache lässt sich auch ein gutes Stück Bestandsgarantie für die gesamte Versorgungswerklandschaft ableiten. Noch ein Wort zur Demografie. Unsere Dachorganisation ABV hatte bereits vor längerer Zeit ein Gutachten zur Demografie im Bereich der freien Berufe in Auftrag gegeben. Des renommierte Büro Heubeck hat die Ergebnisse nunmehr auf den Tisch gelegt: Erfreulich ist, dass wir Ihnen allen, statistisch gesehen, die Aussicht auf ein längeres Leben versprechen können. Unerfreulich scheint, dass Einrichtungen zur Altersvorsorge, wie unser Versorgungswerk, die unpopuläre Aufgabe haben, das vorhandene Vermögen auf mehr Lebensjahre zu strecken. Bitte seien Sie versichert, dass wir diese ernstzunehmende Problematik, angemessen bewerten und nach Lösungen suchen, die sowohl der Versicherungsmathematik als auch unseren Mitgliedern gerecht werden. Wir stehen nicht unter akutem Handlungsdruck. Andererseits sehen wir uns bei allem Tun dazu verpflichtet, keine ungedeckten Wechsel auf die Zukunft auszustellen und unsere Geschäftspolitik bereits heute auf die neuen Anforderungen einzustellen.

Die Sächsische Ärzteversorgung darf sich auch im 15. Jahr ihres Bestehens weiter ein junges und noch wachsendes Versorgungswerk nennen. Wir hatten 2006 einen Nettozugang von 366 Mitgliedern. Insgesamt stieg damit die Zahl der Mitglieder auf 13.776 an. Aufgrund europarechtlicher Regelungen wird die Zahl der fortgesetzten Mitgliedschaften sukzessive abnehmen, da es nur noch in Ausnahmefällen möglich sein wird, über die Zeit einer Tätigkeit in Sachsen hinaus Mitglied in der Sächsischen Ärzteversorgung zu bleiben. Hier gilt nunmehr das Lokalitätsprinzip, wonach man dort versichert ist,

wo man arbeitet. In den Fällen, in denen eine Pflichtmitgliedschaft nach Wegzug aus Sachsen nicht eintritt, ist eine fortgesetzte Mitgliedschaft weiterhin möglich.

Aus der Alterspyramide ist ersichtlich, dass der Anteil junger, aktiver und damit zahlender Mitglieder zum Anteil in den rentennahen Jahrgängen in einem komfortablen, gesunden Verhältnis steht.

Die Beitragseingänge für das Jahr 2006 und die vorangegangenen Jahre lassen auch auf ein solides wirtschaftliches Fundament schließen.

Aus der Darstellung der Beitragssätze und Bemessungsgrenzen erkennt man vor allem, dass bei leicht erhöhten Rechengrößen für 2007 von einer Abnahme der Beitragsproduktivität eher nicht auszugehen ist.

Die Übersicht zu den Beitragsüberleitungen 2006 zeigt, dass Überleitungen von und zur Sächsischen Ärzteversorgung sich mittlerweile nahezu die Waage halten; nach dem schon geschilderten neuen Europarecht wird die absolute Höhe der übergeleiteten Beiträge in den Folgejahren weiter abnehmen. Bei Anwendung des Lokalitätsprinzips gilt das Prinzip der Proratisierung, was bedeutet, dass in Zukunft die Anwartschaften bei dem Versorgungswerk stehen bleiben werden, in dem sie erworben wurden und Renten unter diesen Umständen von verschiedenen Versorgungswerken resp. anderen Trägern gezahlt werden.



Der Präsident Prof. Dr. Jan Schulze und Frau Angela Thalheim, Geschäftsführerin der Sächsischen Ärzteversorgung

Im Versorgungsbereich verdeutlichen die Zahlen den kontinuierlichen Wandel im Anteil der verschiedenen Leistungssegmente. So hat der Anteil des regulären Altersruhegeldes in den Jahren beständig zugenommen und bildet heute den Löwenanteil der Ausgaben, während die Ausgaben für die Risikoversicherung, also Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung, prozentual abgenommen haben. In der Darstellung zu den Diagnosen bei Berufsunfähigkeit ist der Trend zum häufigeren Vorliegen von psychiatrischen Diagnosen als Ursache für die Einweisung von Ruhegeld unübersehbar. An dieser Stelle möchte ich auf die sachkundige und gute Arbeit der BUK-Kommission hinweisen. Diese dem Verwaltungsausschuss zugeordnete und mit vier Kollegen besetzte Kommission bereitet die medizinischen Sachverhalte zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses umfassend auf und schafft damit die Vorausset-

zung für eine sachgerechte Entscheidung des Verwaltungsausschusses. Die Darstellung der prozentualen Verteilung unserer Kapitalanlagen aus den letzten vier Jahren lässt Folgendes erkennen: Bei insgesamt gewachsenem Gesamtvermögen nimmt der Anteil festverzinslicher Papiere sukzessive ab, während der Anteil der Fonds relativ gesehen wächst. Nur eine geringe Verschiebung ist in der Zunahme bei den Immobilien zu sehen, während das Wachstum der absoluten Aktienquote auf den ersten Blick überproportional erscheint. Der in der Immobilie „Kammergebäude“ investierte Betrag hat sich im vergangenen Jahr hauptsächlich durch den Verkauf eines Teils der ersten Etage an die Sächsische Landesärztekammer verringert. Das Hauptanlagensegment besteht weiterhin aus festverzinslichen Wertpapieren. Hier wurde im vergangenen Jahr angesichts niedriger Zinsen auch in so genannte strukturierte Anleihen investiert, die uns durch Einbezug zusätzlicher Hebel ein Plus an Rendite bescheren. Kein Nutzen kommt gänzlich ohne Risiken daher. Also ergab sich im Verlauf des vergangenen Jahres die neue Aufgabe, im Bewertungs- und Risikomanagement der festverzinslichen Papiere zu einer neuen Qualität zu kommen. Unsere Wertpapiersondervermögen belaufen sich auf rund 511 Mio. EUR, in Immobilienfonds sind knapp 109 Mio. EUR investiert. Insgesamt besaß die Sächsische Ärzteversorgung zum Jahresultimo 1,409 Mrd. EUR.

Die Wertpapierspezialfonds der Sächsischen Ärzteversorgung wurden zum 01.01.2006 zu einem Masterfonds

zusammengefasst. Die Vorteile liegen im einheitlichen Reporting und in der bilanziellen Betrachtung. Es muss nicht mehr jeder Fonds einzeln einer Risikosteuerung unterworfen werden. Das erhöht einerseits die Freiheitsgrade des einzelnen Fondsmanagers und andererseits unsere Chancen, gerade von den Stärken des jeweiligen Konzeptes profitieren zu können. Zum Ende des Jahres 2006 resultierte die hohe Aktienquote nicht aus massiven Zuführungen, sondern aus prosperierenden stillen Reserven. Damit erhöhte sich auch der relative Anteil der Fonds am Gesamtvermögen.

Der Verwaltungskostensatz unserer Ärzteversorgung bleibt stabil auf niedrigem Niveau. Dies gelang trotz ständig neuer Entwicklungen zum Beispiel am Kapitalmarkt, im Europa- und im Steuerrecht, welche die Implementierung in die täglichen Abläufe, in die EDV und teilweise auch die Heranziehung externen Wissens erforderlich machten.

Nun komme ich noch auf spezielle Aspekte der Kapitalanlagetätigkeit zu sprechen, welche unsere Bemühungen verdeutlichen, den Spagat zwischen Optimierung der Rendite und tolerierbarem Risikoniveau zu schaffen. Hinsichtlich der Aktienanlage möchte ich Ihnen dazu zwei Steuerungsinstrumente näher erläutern. Insgesamt waren auf Buchwertbasis zum Stichtag 31.12.2006 221 Mio. EUR in zwei Fonds mit unterschiedlichen Wertsicherungsstrategien angelegt. Anders gesagt: Zum gleichen Stichtag waren von unserer Gesamtanlage in Wertpapierfonds von 511 Mio. EUR nur etwa 140 Mio. EUR ohne Sicherung, dafür aber jeweils mit sehr komfortablen stillen Reserven ausgestattet. Der Restbetrag von zirka 150 Mio. EUR war im ohnehin relativ sicheren Anleihenmarkt investiert. Ein Fonds läuft mit der CPPI-Wertsicherungsstrategie. Bei dieser Strategie legt der Anleger zu Beginn der Auflegung fest, welches Risiko er überhaupt eingehen will. Es wird eine Wertuntergrenze definiert, unter die das Fondsvermögen mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit nicht fallen kann. In unserem Fonds haben wir diese Grenze an-

fänglich bei 94% des Fondsvermögens eingezogen. Das bedeutet, dass wir den Rest, also 6% dem Risikobudget zuordnen. Damit ist ein sog. Over-Night-Risiko von Aktienkursverlusten bis zu 20% abgesichert. Aus diesen 20% möglichem Kursverlust ergibt sich reziprok ein Faktor 5, mit dem das vorhandene Risikobudget von 6 nunmehr multipliziert werden kann, woraus sich eine anfängliche maximale Aktienquote von 30% ergibt. Steigen nun die Kurse, so fallen stille Reserven an, die das Risikobudget erhöhen. Man kann aber auch wie in unserem Fall, Regelungen treffen, die Wertuntergrenze mit den erzielten Gewinnen sukzessive zu erhöhen. Damit wird die Aktienquote langsamer erhöht, dafür aber das absolute Rückschlagspotential immer wieder angepasst und so vermindert. Eine andere Variante, das Risiko zu begrenzen, ist die Best-of-Two-Strategie zwischen Aktien und Renten. Je nach dem Verlauf der Entwicklung an den Märkten wird die Anlageklasse mit der besseren Performance höher gewichtet. Im Jahr 2006 waren das mit Abstand die Aktien, so dass mit der Ausnahme einer kleinen Korrektur nach den Aktieneinbrüchen im Mai die Aktienquote ständig angehoben wurde. Am Ende des Jahres war unser Fonds fast vollständig in Aktien investiert. Die Performancezahlen dieser Strategie im Vergleich zu einer starren 50:50-Allokation zeigen signifikante Vorteile. Das regelgebundene Vorgehen hat natürlich auch Nachteile, es ist prozyklisch und hat Stichtagsrisiken. Beide Strategien erzeugen Kosten, die die Performance schmälern. Wir sind jedoch nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre der Überzeugung, mit diesen Verfahren Instrumente gefunden zu haben, die momentan, bei unserer derzeitigen Größe das richtige Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen aufweisen.

Gerade diese Woche hat sich der Verwaltungsausschuss mit Fragen einer Weiterentwicklung unserer Risikosteuerung befasst. Es wird diskutiert, inwieweit auf längere Sicht der Einsatz übergreifender Steuerungselemente und -verfahren, die eine



Das Auditorium der 19. Erweiterten Kammerversammlung

Risikosteuerung dann auf Masterfondsebene ermöglichen würden, sinnvoll und machbar erscheint.

Hiermit beende ich meine Ausführungen. Es ist mir wichtig, an dieser Stelle das konstruktive Verhältnis zu den beiden Fachaufsichten zu würdigen. Gleiches gilt auch für die Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Hervorheben möchte ich die Arbeit der beiden Organe der Sächsischen Ärztersversorgung, ich danke dem Aufsichtsausschuss unter Führung von Herrn Prof. Keller und meinen Mitstreitern im Verwaltungsausschuss für die sachorientierte und kompetente Unterstützung.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern der Verwaltung, die im täglichen Geschäftsverkehr eine wichtige Arbeit für die Akzeptanz des Versorgungswerkes bei den einzelnen Mitgliedern leisten.

2. Bericht

Herr Prof. Dr. Eberhard Keller, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses (gekürzt)

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrter Herr Dr. Liebscher, sehr geehrte Mandatsträger und Gäste, die Aufgaben des Aufsichtsausschusses umfassen satzungsgemäß die Überwachung der Geschäftstätigkeit der Sächsischen Ärztersversorgung, die Prüfung des Rechnungsabschlusses, was die Kontrolle der Sicherung des Rechnungszinses von mindestens 4 % einschließt. Durch spezifische Aufgabenverteilung und die regelmäßige Teilnahme der Ausschussmitglieder an den Sitzungen des Verwaltungsausschusses, konnte der Prozess der Kapitalanlage zeitnah beurteilt werden. Auf drei Sitzungen im Berichtszeitraum wurden unter der Teilnahme der Vertreter der Aufsichtsbehörden unsere Meinungen und Erkenntnisse gebündelt. Die Hinzuziehung der Mitarbeiter der Verwaltung der Sächsischen Ärztersversorgung gab uns einen umfassenden Einblick in die aktuelle Geschäftslage. Alle Anfragen konn-



Prof. Dr. Eberhard Keller,
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

ten mit hoher Sachkompetenz beantwortet werden. Auf unserer letzten Sitzung am 25.04.2007 wurde von der durch den Aufsichtsausschuss berufenen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft der Jahresabschluss 2006 vorgestellt und diskutiert. Wir haben im Jahresabschlussbericht und im Geschäftsbericht keine Abweichungen von den Prinzipien einer strukturierten, disziplinierten und transparenten Anlagestrategie auf dem Boden der aktualisierten Kapitalanlageleitlinie festgestellt. Auch das versicherungsmathematische Gutachten belegt den soliden Status unseres Versorgungswerkes. Der erzielte Überschuss kann für eine Dynamisierung und für notwendige Rückstellungen für die Anwendung der neuen Sterbetafeln verwendet werden. Die Mitglieder des Aufsichtsausschusses empfehlen, den vorgelegten Beschlüssen Ihre Zustimmung zu geben.

3. Beschlüsse der 19. Erweiterten Kammerversammlung

Beschluss Nr. SÄV 1/2007

Rentenbemessungsgrundlage/
Rentendynamisierung 2008
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/2007

Jahresabschluss 2006 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/2007

Änderung der Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld (bestätigt). Die Änderung tritt zum 01. Juli 2007 in Kraft.

Beschluss Nr. SÄV 4/2007

Haushaltsplan 2008 (bestätigt)

Der Wortlaut der einzelnen Beschlüsse und weitere Informationen erscheinen im Internet unter www.saev.de/news.

Dr. Steffen Liebscher
Vorsitzender Verwaltungsausschuss
Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer beendete am Sonntag den 17. Sächsischen Ärztetag mit den Worten: „Wir brauchen eine geeinte Ärzteschaft, die die Richtung bestimmt und konstruktiv, zielstrebig und transparent standespolitische und berufspolitisch arbeitet“.

10 Fragen an: Herrn Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl



Prof. Dr. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses Hygiene
und Umweltmedizin

1. Seit wann leiten sie den Ausschuss?

Ich leite den Ausschuss seit 1999.

2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?

Ich bin nach Abschluss des Studiums und der Promotion A 1962 bereits 1967 nach dem Facharztkolloquium Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Abteilungsleiter (Oberarzt) an einem Hygieneinstitut geworden, weil nach dem Mauerbau 1961 viele Ärzte die DDR verlassen hatten und Ärztemangel insbesondere in den theoretischen Disziplinen herrschte. Diese Funktion war verbunden mit Aufgaben der Weiter- und Fortbildung im Auftrage meines damaligen Chefs, eines tschechischen Arztes und der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR in Berlin im Fach Hygiene (Hygieneärzte der Staatlichen Hygieneinspektion – jetzt Gesundheitsämter – Hygieneingenieure, Hygieneinspektoren, Desinfektoren und andere). Es wurde bis zur Wende ein leistungsfähiges, differenziertes staatliche System der Seuchenbekämpfung, der allgemeinen und kommunalen Hygiene, der Umweltmedizin und anderes auf allen Verwaltungsebenen in relativer Selbständigkeit etabliert. Die Hygieneinstitute waren universitär anerkannt.

Diese Situation änderte sich nach der Wende 1990 mit zunehmendem Abstand grundlegend. Wegen sozial-

politischer Fehleinschätzungen wird die Hygiene als Wissenschaft und Methodik zur praktischen Anleitung auf allen Gebieten der Prävention und Gesundheitsvorsorge auf das bescheidenere Niveau der Altbundesländer gesenkt. Ich nenne nur stellvertretend für diese Situation die Abschaffung der Hygieneinstitute und -ordinariate an den sächsischen Universitäten Leipzig und Dresden wie auch teilweise in anderen Bundesländern.

Um überhaupt eine offizielle Möglichkeit der Kommunikation zwischen Experten der einzelnen Spezialdisziplinen der Hygiene zu nutzen (Epidemiologie, Seuchenhygiene, Schutzimpfungen, Umweltmedizin, Krankenhaushygiene, Lebensmittelhygiene, Sozialmedizin und andere) und notwendige Mitteilungen des Faches Hygiene an die sächsische Ärzteschaft richten zu können, hielt und halte ich den Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin für wichtig und notwendig.

3. Wie viele Mitarbeiter aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss?

Der Ausschuss besteht zur Zeit aus sieben Mitgliedern. Drei sind in einem Gesundheitsamt, zwei im Krankenhaus, einer ambulant tätig, einer ist Ruheständler. An Fachärzten sind vertreten: zweimal Hygiene und Umweltmedizin, dreimal zusätzlich Amtsarztausbildung, einmal Pädiatrie und einmal Allgemeinmedizin.

4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?

Der Ausschuss organisiert und gestaltet jährlich das Dresdner Kolloquium „Umwelt und Hygiene“ und bearbeitet die jeweiligen Inhalte besonders intensiv. In diesem Jahr findet das 23. Kolloquium statt. (Die Tradition wurde von Prof. Dr. Burger, dem letzten Direktor des Dresdner Hygieneinstitutes der Medizinischen Akademie Dresden, übernommen)

Das Thema 2007 lautet: „Hygiene in Alters- und Pflegeheimen und in den ambulanten Pflegediensten“. In den vergangenen Jahren wurden Themen abgehandelt wie: Management von Schutzimpfungen durch den ÖGD, Hygiene in Gemeinschaftseinrichtun-

gen des Schul- und Vorschulalters, Lärm und Gesundheit, Aspekte der Prävention bei Luftverunreinigungen, Gesundheitsgefahren in Innenräumen, wasser- und lebensmittelbedingte Erkrankungen und anderes.

5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?

Die interessanteste Fragestellung war und ist die Meinungsbildung und rasche Durchsetzung eines den modernen Erfordernissen entsprechenden Impfkalenders zusammen mit der Sächsischen Impfkommision. In Sachsen kann zum Beispiel auch jeder Erwachsene auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen gegen Hepatitis A und B geimpft werden, ist auch die Impfung empfänglicher Erwachsener gegen Masern und Mumps empfohlen, sollten sich alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr gegen Meningitis C impfen lassen usw. Sachsen hat deutschlandweit den modernsten Impfkalender. Die neue Herausforderung heisst: „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20 dAbs.1 SGBV (Schutzimpfungsrichtlinie/SIR) – Stand 4. 5. 2007“, die mit ihrer Minimaldiktion den Zustand von vor über 10 Jahren in Sachsen beschreibt.

6. Warum würden Sie jungen Ärzten die Mitarbeit im Ausschuss empfehlen und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?

Ich empfehle jungen Kollegen, die sich in irgendeiner Form im Fach Hygiene engagieren (zum Beispiel als hygienebeauftragter Arzt in einem Krankenhaus oder als Assistenzarzt in einem Gesundheitsamt) zunächst Beharrlichkeit und Stehvermögen. Die Liebe zum Fach Hygiene reift langsam, meist erst nach Jahren. Es bedarf eines fortwährenden Eigenstudiums in einer diesbezüglichen wissenschaftlichen Zeitschrift und auf Tagungen. Ebenso notwendig ist die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, um die praktische Umsetzung des Erstrebten zu fördern.

7. Was würden Sie gern ändern?

Die Arbeit im Ausschuss hat sich bewährt, die Diskussionen und Argu-

mentationen sind kollegial. Ich wünschte mir mehr Resonanz von den durch die Veröffentlichungen des Ausschusses unter „Hygiene aktuell“ im „Ärztblatt Sachsen“ angesprochenen Gesundheitspolitiker in den Ausschüssen für Soziales und/oder Gesundheit der Parteien im Sächsischen Landtag, den Gesundheitsdezernenten der Kreise und kreisfreien Städte usw. (zum Beispiel zu offenen Fragen der Influenzapandemieplanung, zur Hygieneverordnung über Piercing, Tätowierungen und Tattoos, zu schulhygienischen Problemen, wie Bau- und Reinigungsdefiziten und anderes). Die Sächsische Landesärztekammer sollte Antworten zumindest auf Beschlüsse der Sächsischen Ärztetage mehrfach anmahnen, bei hartnäckigem Schweigen öffentlich über die Medien.

8. Welche Unterstützung benötigen Sie für die Tätigkeit im Ausschuss?

Die Unterstützung der Arbeit des Ausschusses durch die Mitarbeiter/innen der Sächsischen Landesärztekammer ist gut.

Die Organisation der jährlichen Dresdner Kolloquien Umwelt und Gesundheit ist hervorragend, ebenso wie die Durchführung anderer Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen.

Es gibt diesbezüglich meinerseits keine Wünsche.

9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?

Für die Zukunft hat sich der Ausschuss nachstehende Arbeitsschwerpunkte vorgenommen:

Beteiligung an der Weiter- und Fortbildung der in den Gesundheitsämtern Tätigen, um die in hygienischer Sicht zu erwartenden negativen Folgen der Strukturreform in Sachsen zu mildern; Umsetzung des Curriculums Umweltmedizin; Maßnahmen zur Erhaltung des derzeitigen Säch-

sischen Impfkalenders gegenüber dem Minimalvorstellungen des GBA; Bearbeitung und Stellungnahme zu aktuellen Themen der Krankenhaushygiene; der Städtehygiene, der Hygiene in Alters- und Pflegeheimen und der ambulanten Pflege, der Suchtproblematik, der Ernährungshygiene und anderes.

10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?

Um schwerwiegende Fehler wie in der jüngsten Vergangenheit zu vermeiden, halte ich es für notwendig, dass die Hauptverantwortlichen für die Gesundheitspolitik in den Parlamenten und Regierungen Mediziner sind, die die komplexen Zusammenhänge bereits im Studium gelernt haben sollten, und nicht medizinische Laien: „Hygiene kostet Geld – keine Hygiene kostet viel mehr Geld“.

Feldversuch elektronische Gesundheitskarte Sachsen

Sachsens Gesundheitsstaatssekretär Dr. Albert Hauser und der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Rolf Schwanitz haben am 30. Mai 2007 in Ebersbach/Sachsen in Anwesenheit der Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer und Landesapothekerkammer, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze und Friedemann Schmidt sowie weiterer Vertreter von Krankenkassen den Startschuss für die nächste Testphase der elektronischen Gesundheitskarte gegeben. „Mit der Karte können wir die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessern und zugleich Geld sparen“, sagte Herr Dr. Hauser. „Der flexible und weniger ortsgebundene Zugriff auf die medizinischen Daten kommt einer zunehmenden Zahl von Menschen entgegen“, ergänzte Herr Schwanitz. Für die bereits über 10.000 Nutzer der elektronischen Gesundheitskarte in der sächsischen und einzigen ost-

deutschen Testregion Löbau-Zittau stehen mit Übergang in die neuen Tests weitere Funktionen zur Verfügung. Seit Juni 2007 werden mit der neuen Teststufe Rezepte beim Arzt auch elektronisch ausgestellt und auf der Gesundheitskarte in die Apotheke gebracht. Das klassische Papierrezept läuft zunächst noch parallel. Schließlich wurden alle am Test teilnehmenden Ärzte durch die Sächsische Landesärztekammer mit ihrem elektronischen Heilberufsausweis ausgestattet. Nur damit haben sie die Berechtigung für den Zugang zu den Patientendaten. Des Weiteren werden Ärzte zum Beispiel Notfalldaten auf die Karte schreiben und ablesen. Dazu nutzen Sie den dafür notwendigen elektronischen Arzt ausweis. Im Notfall sollen unter anderem auch Angaben über Allergien oder Unverträglichkeiten bei Arzneimitteln schnell zur Verfügung stehen.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer machte am Rande der Veranstaltung auf die noch unklare Finanzierung von Investitionen der



Dr. Albert Hauser, Staatssekretär SMS, Dr. Roland Kiehl, Rolf Schwanitz, Parlamentarischer Staatssekretär des BMG (v.l.)

Ärzte nach dem Pilotversuch und Datenschutzprobleme aufmerksam. Zugleich wies er darauf hin, dass die Arbeitsabläufe in einer Arztpraxis stärker in die Umsetzung des Projektes einfließen müssten, damit am Ende nicht der Arzt mehr Zeit mit den elektronischen Karten als mit seinen Patienten verbringt.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Österreichische Ärzte in Sachsen?

Ärztinnen und Ärzte fahren Taxi und arbeiten nach fünf Jahren Studium in berufsfremden Jobs.

Eine Meldung aus Zeiten der sogenannten Ärzteschwemme! Für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland trifft es sicher nicht mehr zu, aber bei unseren österreichischen Nachbarn ist dies an der Tagesordnung.

Warum? Studienabsolventen in Österreich erhalten nach dem theoretischen Studium keine Approbation respektive Berufserlaubnis. Diese bekommen sie erst nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung zum praktischen Arzt (drei Jahre) oder Facharzt (fünf Jahre). In Österreich sind diese Weiterbildungsplätze aber rar, so dass vier Jahre Wartezeit üblich sind. Auf Bitten der Österreichischen Ärztekammer fand vom 26. 3. 2007 bis 28. 3. 2007 zum dritten Mal in Innsbruck, Graz und Wien eine Jobmesse unter dem Titel „Alle Chancen der Welt“ für Studenten, Facharztanwärter und Fachärzte statt. Beteiligt waren Vertreter aus den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern.

Die Veranstaltungen gliederten sich jeweils in einen „Messeteil“, bei dem die Interessenten die Möglichkeit hatten, mit Vertretern von Kliniken, der Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammern und Ministerien sowie Landesprüfungsämtern in ein Gespräch zu kommen. Im zweiten Teil fanden Vorträge über das Deutsche Gesundheitswesen, die Krankenhauslandschaft aus Sicht der einzel-

nen Bundesländer, die Erteilung der Berufserlaubnis und Gleichstellung mit deutschen Absolventen sowie Arbeits- und Niederlassungsbedingungen statt. Herr Ministerialrat Hommel, Referatsleiter im Sächsischen Staatsministerium für Frauen, Familie und Soziales, erläuterte auch in diesem Jahr das Prozedere der Erteilung der Berufserlaubnis. Das deutsche Gesundheitswesen wurde von mir selbst dargestellt. Frau Dr. Gäbler, Referatsleiterin Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, stand für Fragen der Weiterbildung zur Verfügung.

Interessenten gab es genug. So fanden sich in Innsbruck und Graz jeweils 40 bis 60 junge Kolleginnen und Kollegen ein, in Wien konnten wir 120 bis 150 Ärztinnen und Ärzte begrüßen.

Vielfach erging der Vorwurf an die Beteiligten, mit österreichischen Kolleginnen und Kollegen den Ärztemangel vornehmlich in den neuen Bundesländern beheben zu wollen. Ist dem so? Nein!

Betrachten wir die Zahlen. So haben sich in den letzten drei Jahren ca. 50 österreichische Kolleginnen und Kollegen vorübergehend in unseren sächsischen Kliniken befunden oder befinden sich noch dort. Ihr erklärtes Ziel ist es in den meisten Fällen, ihre Facharztweiterbildung hier abzuschließen und dann nach Österreich zurückzugehen. Freie Arztstellen wird es also in Sachsen auf lange Sicht trotzdem geben, denn es werden mehr Stellen angeboten, als sich Bewerber finden.

Unser Ziel ist es vordergründig unseren Absolventen gute Arbeitsbedin-

gungen zu ermöglichen, damit sie hier im Lande eine Arbeit finden und bleiben. Fest steht aber, dass Bürokratie, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, Misstrauenskultur und Tarife schuld daran sind, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen Deutschland und insbesondere den östlichen Bundesländern den Rücken kehren.

Ein nicht zu unterschätzender weiterer Aspekt ist die Möglichkeit der „Wanderschaft“. Es war immer schon üblich, andere Länder, Sitten und Gebräuche kennen zu lernen, um weltweit den Beruf als Arzt ausüben zu können. Welche Auswirkungen Beschränkungen haben, konnten wir am Beispiel der DDR sehen. Viel gute Wissenschaft, Lehre und Forschung ist erfolgt, wurde aber nur in sehr geringem Maße von außen wahrgenommen.

Zur Integration und europäischen Vernetzung, aber auch für den eigenen Horizont ist es von großem Vorteil, andere Länder und Sitten kennen zu lernen. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen haben im Ausland Erfahrung gesammelt und sind dann bereichert nach Deutschland zurückgekehrt. Ebenso, wie diese im Ausland empfangen worden sind, sollten auch wir die ausländischen Kollegen willkommen heißen.

Resümierend stelle ich fest: Nicht der Ärztemangel in Sachsen, sondern die Möglichkeiten Europas sind Beweggrund unserer aktiven Teilnahme an den Veranstaltungen der Österreichischen Ärztekammer.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Ärztekammer bei Medizinstudenten

Was kommt nach dem Staatsexamen? Dieser Frage widmete sich eine Veranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Sächsischen Sozialministerium am 13. Juni 2007 in

Dresden. Den rund 200 anwesenden Medizinstudenten im Praktischen Jahr sollten Wege in die ärztliche Tätigkeit in Sachsen aufgezeigt werden. Insbesondere die Stationen zum Facharzt und die verschiedenen Arbeitsfelder standen dabei im Vordergrund. Die Studenten erfuhren in den kurzweiligen Vorträgen, wo und wie sie Stellen für das Praktische Jahr finden, wie viel ein Assistenzarzt im Krankenhaus oder ein niedergelassener Arzt

verdienen und wie sich eine eigene Praxis finanzieren lässt. Gleichzeitig kam die ärztliche Selbstverwaltung zur Geltung, denn welche Berufsgruppe besitzt schon das Privileg, die Fort- und Weiterbildungsstandards selbst festlegen zu können. Moderiert wurde die Veranstaltung vom Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Erik Bodendieck, in einer entspannten Form, sodass trotz der vielen Referate noch

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: 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
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner**Grafisches Gestaltungskonzept:**

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lesermanagement Medizinischer Zeitschriften e.V.



Fast 200 Medizinstudenten verfolgen die berufspolitische „Vorlesung“ in Dresden

Spaß an der Sache bis zum Schluss vorhanden war. Nach 90 Minuten „Vorlesung“ wurden dann im Foyer des Medizinisch-Theoretischen Zentrums des Universitätsklinikums der TU Dresden die Informationsstände der Körperschaften sowie insbesondere der eingeladenen Krankenhäuser dicht belagert.

Auch in Leipzig ist es bereits eine Tradition, dass sich der Vorstand der Kreisärztekammer Stadt Leipzig und die Mitglieder der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit einer Informationsveranstaltung den Studenten der Humanmedizin des 4. bis 6. Studienjahres der Universität Leipzig vorstellen. Die diesjährige Veranstaltung fand im Biergarten des „Hopfenspeicher“ in Leipzig ebenfalls am 13. Juni 2007 statt. Der Einladung waren dort über 120 Studenten der Humanmedizin gefolgt. Mit wenigen Sätzen stellte der Vorsitzende der Kreisärztekam-

mer Leipzig, Herr Prof. Dr. Eberhard Keller, und der Bezirksgeschäftstellenleiter Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt, die berufs- und gesundheitspolitischen Aufgaben und den Wirkungsbereich dieser Körperschaften dem ärztlichen Nachwuchs vor. Im Freien, bei sommerlichen Temperaturen und guter Livemusik, sprachen die anwesenden Mitglieder der Vorstände beider Körperschaften in lockerer Atmosphäre mit den Studenten und beantworteten in individuellen persönlichen Gesprächen die an sie gestellten Fragen zum aktuellen Berufsleben und über das deutsche Gesundheitswesen.

Auch diese Veranstaltungen waren berufspolitische Beiträge gegen den Ärztemangel und gegen die Abwanderung junger Ärzte aus Sachsen.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Über 100 Medizinstudenten kamen in Leipzig in den „Hopfenspeicher“

Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat in seiner 45. Vorstandssitzung am 6. Juni 2007 die Umbenennung der Kommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ in „Kommission Häusliche Gewalt – Gewalt in der Familie“ beschlossen. „Damit wird den gesellschaftlichen Anforderungen Rechnung getragen und die Präventionsarbeit der Kommission durch weitere Ärzte verstärkt“, so Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Überschneidung zwischen häuslicher Gewalt und Gewalt in der Familie bedarf einer neuen Herangehensweise. Nach amerikanischen Studien findet in bis zu 60 Prozent der Fälle bei Gewalt zwischen Lebenspartnern zusätzlich auch Gewalt gegen in der Partnerschaft lebende Kinder sowie gegen betagte Menschen statt. Aus diesen Gründen ist die Neuausrichtung der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ auf „Häusliche Gewalt – Gewalt in der Familie“ der Sächsischen Landesärztekammer notwendig“, argumentiert Priv.-Doz. Dr. Christine Erfurt, Vorsitzende der Kommission und Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum in Dresden.

Ärzte haben „Erstkontakt“

Obwohl Gewalt strafrechtlichen Sanktionen unterworfen ist, ist die ärztliche Berufsgruppe diejenige, die in den meisten Fällen als Erste und häufig auch als Einzige mit den Folgen konfrontiert ist. Die Auswirkungen von Gewalt sind zudem vielfältig, sie umfassen nicht nur körperliche Verletzungen, sondern häufig auch somatische, psychosomatische und psychische Langzeitfolgen.

Frau Dr. Erfurt: „Die Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ möchte deshalb ihren Tätigkeitsschwerpunkt auf die Aspekte „Häusliche Gewalt – Gewalt in der



Stockschlagverletzung bei einem Kind

Familie“ mit dem Fokus auf die oben genannten Zielgruppen erweitern und weitere Fachkompetenz integrieren. Eine Aufgabe wird es auch sein, die interprofessionelle Zusammenarbeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit lokalen Institutionen für Gewaltopfer zu befördern“.

Definition:

In den letzten Jahren hat sich der Begriff „Häusliche Gewalt“ etabliert. Das Phänomen häusliche Gewalt ist komplex, es ereignet sich meist in Langzeitbeziehungen mit einem chronisch gewaltbereiten Täter und einem Opfer, das ihm unterlegen ist und aufgrund von Abhängigkeit oder Angst oft eine ambivalente Haltung zu ihm einnimmt. Häusliche Gewalt umfasst alle Formen der physischen, sexuellen, psychischen, ökonomischen und sozialen Gewalt zwischen erwachsenen Menschen. Es handelt sich dabei am häufigsten um Gewalttaten in einer Partnerschaft, die aktuell besteht, die sich in Auflösung befindet oder die beendet ist. Für die Definition nicht ausschlaggebend sind Tatort und gemeinsamer Wohnsitz.

Kindesmisshandlung wird definitionsgemäß dagegen nicht zur häuslichen Gewalt gezählt. Hierfür wird der Begriff „Gewalt in der Familie“ verwendet.

Hintergrund:

Die Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ wurde in der Sächsischen Landesärztekammer wie in anderen Landesärztekammern 1994 auf Anregung des parlamentarischen Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

und auf Beschluss der Bundesärztekammer gegründet. Die Kommission hat von Beginn an vor allem die Zielstellung verfolgt, potenzielle Kontaktpersonen von Opfern wie Ärzte, Psychologen, Lehrer und Erzieher für diese Thematik zu sensibilisieren und ihnen Leitlinien zur Erkennung, Dokumentation und Meldung dieser Tatbestände an die Hand zu geben sowie Rechtssicherheit zu vermitteln. Frau Dr. Erfurt: „Familien, in denen häusliche Gewalt stattfindet, bedürfen der Hilfe durch die Gesellschaft. Die Identifizierung und der Schutz der Opfer sind erstrangige Aufgaben, jedoch ist die „Betreuung/Behandlung“ der „Täter“ zur Verhinderung fortgesetzter Gewaltanwendung essentiell. Es sind präventive Hilfen für Familien, die überfordert sind, sowie ein Frühwarnsystem notwendig, um dem Ausbruch häuslicher Gewalt im Vorfeld zu begegnen“.

Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Analyse von Niederlassungsanreizen in ländlichen Regionen

Trotz in der Vergangenheit insgesamt gestiegener Ärztezahlen ist eine punktuelle Unterversorgung insbesondere in der hausärztlichen Versorgung für strukturschwache Regionen zu beobachten. Diese Problematik wird sich in den nächsten Jahren voraussichtlich noch verschärfen. Es werden deshalb vermehrt Informationen darüber benötigt, welche Anreize in welcher Stärke und in welcher Kombination eine bedarfsgerechte Steuerung der Niederlassung von Ärzten ermöglichen.

In einer von der Bundesärztekammer geförderten Studie untersucht die Stiftungsprofessur für Gesundheitsökonomie der Universität Leipzig systematisch die Anreize für eine Niederlassung in ländlichen Regionen. Mit der Studie sollen die Probleme und Wünsche von Ärztinnen und Ärzten, die vor einer Niederlas-

sungsentscheidung stehen, analysiert und den Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung vermittelt werden.

Im Rahmen der Studie wird eine anonyme Befragung einer Stichprobe von jungen Ärzten unter 40 Jahren durchgeführt. Den Befragten werden jeweils verschiedene hypothetische Praxisalternativen vorgestellt, aus denen Sie eine Auswahl treffen sollen. Die Praxisalternativen unterscheiden sich hinsichtlich bestimmter Merkmale, die sich in einer Vorstudie als besonders relevant herausgestellt haben.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Befragung sollen Aussagen bezüglich der Bedeutung der unterschiedlichen monetären und nicht-monetären Merkmale für Praxiswahl der Befragten möglich werden. Diese Aussagen sollen dazu beitragen, die bedarfsgerechte Niederlassung von Ärzten durch Ausgestaltung entsprechender Anreize zu fördern, um speziell einer Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung entgegenzuwirken.

Die Aussendung der Fragebögen wird im Juli 2007 erfolgen.

Die Ziele der Studie können zuverlässig nur durch eine hohe Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an der Befragung ermöglicht werden. Davon hängt auch die Wirksamkeit dieser Ergebnisse in der politischen Diskussion ab. Deshalb bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die einen Fragebogen zugesendet bekommen, die Studie durch Ihre Teilnahme aktiv zu unterstützen.

Prof. Dr. Hans Helmut König, MPH
Dipl.-Psych. Oliver Günther

Beate Kürstein, Ärztin
Stiftungsprofessur für Gesundheitsökonomie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universität Leipzig

Zur Legalisierung des Arzneimittelrecyclings in Heimen und Hospizen

1. Einleitung

Die Arzneimittelausgaben erhöhen sich von Jahr zu Jahr¹. Da das Modell der GKV einerseits darauf angelegt ist, jedem Mitglied die seinen Bedürfnissen entsprechende medizinische Versorgung auf neustem Stand zu kommen zu lassen, andererseits der Altersdurchschnitt der Bevölkerung nicht zuletzt dank des medizinischen Fortschritts stetig steigt, sich mit zunehmendem Lebensalter Gebrechen und Krankheiten aber zwangsläufig häufen, ist eine einfache Lösung des Kostenproblems innerhalb des bestehenden Systems nicht in Sicht. Im Grunde bedarf es der Abkehr von der bisherigen Umverteilung hin zu mehr Eigenverantwortung, so wie schon jetzt in der Privaten Krankenversicherung – mit allen diese Veränderung in der Diskussion begleitenden Widerständen.

2. „Der Fall des Landarztes Dr. Berendes“

In der Gesundheitspolitik werden die unterschiedlichsten Modelle diskutiert, wie die Ausgabenspirale bei den Arzneimitteln zumindest verlangsamt werden kann. Eine Idee, der im Folgenden nachgegangen werden

soll, stellt auf das „Recycling“ nicht verbrauchter Medikamente ab². Das ärztliche Verordnungsregime im Krankenhaus ist hiervon nicht betroffen, denn stationäre Patienten werden aus der Krankenhausapotheke versorgt, die eine stückzahlgenaue Therapie auf Station möglich macht, anders als in der ambulanten Praxis, wo Patienten vorgefertigte Packungsgrößen aus der Apotheke erhalten. Vor allem die knapp 135.000 in der Bundesrepublik niedergelassenen Ärzte verschreiben daher häufig übergroße Medikamentenmengen³, auch um bei chronischen Leiden nicht fortgesetzt neue Rezepte ausstellen zu müssen, so dass schätzungsweise nur 4/5 der Schachtelinhalt verbraucht werden⁴. Die 20%-Übermenge, die aber ebenfalls bezahlt werden muss, wird von den Patienten später vernichtet. Bei Gesamtkosten für Arzneimittel im Jahr 2003 von – alle Leistungsträger zusammen genommen – 37,5 Mrd. Euro⁵, also 15% am Gesamtbudget von 240 Mrd. Euro, sind 20% immerhin 7,5 Mrd. Euro und so lässt sich schnell erklären, dass eine effektive Bekämpfung des „Arzneimittelmülls“ nicht unerheblich zur Kostenkonsolidierung beitragen könnte⁶. Allein – der Streit dreht sich darum – was ist eine „effektive Bekämpfung des Arzneimittelmülls“?

Ein Hausarzt aus Lügde in den Lipper Bergen an der Grenze zu Ostwest-

falen, Dr. Bertel Berendes, hatte diese Frage 1999 erstmals ins Licht der Öffentlichkeit gerückt, indem er sich zum Gegenstand eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens machen ließ. Nicht wenige seiner Gerontopatienten, egal ob zu Hause oder im Altenheim, verstarben oder wurde auf die letzten Tage hin in Kliniken eingewiesen und dort auf neue Medikamente umgestellt, so dass teils sehr teure Präparate zurück blieben, die der Arzt später bei Hausbesuchen bei den Angehörigen wieder einsammelte, um sie zur Vermeidung von Neurezepten in seiner Praxis erneut auszugeben. Was Dr. Berendes für diese einfache und zur Abwechslung einmal unbürokratische Idee zur Kostenvermeidung im Gesundheitswesen, geboren aus dem gesunden Menschenverstand des Pragmatikers heraus, genauso gut den Vorschlag für das Bundesverdienstkreuz hätte einbringen können, denn hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik hätte sich hier ein Einsparvolumen von theoretisch mehreren Milliarden Euro ergeben, rief stattdessen die Konkurrenz auf den Plan. Der Hausarzt, der sich lediglich um seine Patienten und die Therapiekosten verdient machen wollte, erhielt eine Anzeige aus dem Kreis der örtlichen Apotheker, denn formal betrachtet verstieß er gegen § 43 Abs. 1 AMG, der diese Form des Inverkehrbringens von Arzneimitteln an den

Apotheken vorbei verbietet. Die Pharmazeuten sahen im Etablieren eines zweiten Vertriebsweges ein Eindringen in ihr angestammtes Geschäftsfeld. Es folgte gem. §§ 43 Abs.1 S.1, 97 Abs.2 Ziff.10 AMG die erstinstanzliche Verurteilung wegen einer Ordnungswidrigkeit zu 5.000 DM durch das Amtsgericht Detmold⁷ und im Wege der Rechtsbeschwerde die Aufhebung des Urteils durch das OLG Hamm⁸, das zum Verdross der Apotheker in einem Parallelverfahren auch die Wettbewerbswidrigkeit des Verhaltens des Arztes verneinte⁹ – und jede Menge Presserummel. Dem Oberlandesgericht waren die Feststellungen der Amtsrichterin zu pauschal, die die Einzelaten nicht hinreichend genau bezeichnet hatte. Die OLG-Richter ließen dabei auch erkennen, dass kein Krimineller, sondern allenfalls ein Idealist gehandelt hatte, der lediglich ein Stück über das Ziel hinaus geschossen war. Die Patienten zogen als „Fanclub“ mit zu den Verhandlungen und die Geschichte des „tapferen Hausarztes“ im Kampf gegen das „geldgierige Pharmakartell aus Apothekern und Herstellerfirmen“ füllte Hunderte von Tageszeitungen und Journalen und erschien auf so ziemlich allen Kanälen im Fernsehen. Die Geschichte wurde von den Journalisten gerne aufgegriffen¹⁰ und Dr. Berendes – mit Ausnahme bei den Pharmazeuten – bundesweit zum Sympathieträger. Auch die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung und die Kollegen stellten sich hinter ihn.

3. Kostenspirale verlangsamen

Der Vorschlag, den ambulanten Ärzten das Einsammeln und Wiederausgeben nicht verwendeter Medikamenten durch eine Änderung von § 43 AMG generell zu gestatten, stößt ungeachtet des Medienechos bei den Verantwortlichen jedoch weiterhin auf Vorbehalte. Es sprechen auch gute Gründe dafür, die Recyclingpraxis des Landarztes in der dort praktizierten Form nicht bundesweit freizugeben, denn was in der überschaubaren Idylle von Lügde gut funktionieren mag, wo noch jeder seine Dorfnachbarn kennt, und das schon in der dritten Generation,

wo der Landarzt neben dem Pfarrer, dem Lehrer, dem Bürgermeister etc. wie zu Großmutterzeiten noch als Autorität gelten mag („Dr.Brinkmann und die Schwarzwaldklinik“ lassen grüßen), kann sich für Durchlaufpraxen in Großstädten, teils mit hohem Migrantenanteil, die sich mit dem Arzt auch nur eingeschränkt verständigen können, wiederum ganz anders darstellen. Die Widerstände gegen das Pharmarecycling rühren einerseits aus dem Kreis der Apotheker, die – durchaus berechtigt – darauf hinweisen, dass hierin eine Abkehr vom bisherigen Prinzip der Arzneimittelsicherheit liegt. Denn wie bei Nahrungsmitteln auch: Was einmal über die Ladentheke gegangen ist, egal wie aufwendig verpackt und verschweißt, darf nicht mehr uneingeschränkt verwendet werden, allenfalls noch als Tiernahrung.

Andererseits drängt sich aus der bisherigen Korrespondenz und den Rückmeldungen der Eindruck auf, dass die zuständigen Referenten im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kein Interesse daran haben, § 43 AMG einer Überarbeitung zu unterziehen, denn sie werden – nicht zuletzt aufgrund einer vom Deutschen Bundestag befürworteten Petition des Verfassers¹¹ – kaum leugnen können, schon vor Jahren Kenntnis von dem Fall erlangt zu haben. Auch Dr.Berendes wurde von mehreren Bundesabgeordneten und der Ministerien zu diesem Thema bereits persönlich gehört.

Es erstaunt daher, dass das BMG bislang nicht einmal eine gesundheitsökonomische Studie in Auftrag gegeben hat, um zu ergründen, ob und welche Kosten sich durch ein Recyclingsystem für Arzneimittel einsparen ließen.

4. Medikamentenrecycling

Wenn man als Arbeitshypothese davon ausgeht, dass 1. in der Bundesrepublik eine zu große Medikamentenmenge verordnet wird, was im Grunde von niemandem mehr bestritten wird, sich dies 2. im ambulanten Bereich anders als in der stationären Versorgung nicht grundsätzlich vermeiden lässt und 3. Arzneimittel prinzipiell wiederverwertet

werden können, sofern inhaltlich noch nicht verfallen¹², stellt sich die Frage, wie ein solches Recyclingsystem sinnvoll in die Patientenversorgung integriert werden kann. Es geht vom Ansatz her nicht darum, die Ärzte zu privilegieren und die Rechte der Apotheker zu beschneiden, auch wenn letztere dies so empfinden mögen, sondern um eine Kostenoptimierung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Arzneimittelsicherheit. Die dadurch erzielten Einsparungen sollen im Gesundheitssystem verbleiben, könnten aber sinnvoller für Forschung und die Versorgung mit innovativen Präparaten ausgegeben werden.

a) Klinikbereich

Ein Regelungsbedarf für den stationären Bereich der Kliniken besteht wie bereits angesprochen nicht. Wer ins Krankenhaus aufgenommen wird, erhält aus der Krankenhaus- oder Stationsapothekendeckung aus großen Mengen (Klinikpackungen) einzeln abgezählte Verordnungen. Da die Medikamente in der Klinik nicht für jeden Patienten gesondert beim Pharmagroßhändler bestellt werden, sondern für das gesamte Klinikkollektiv eines längeren Zeitraumes, verfallen sie im Krankenhaus allenfalls ausnahmsweise. Hierfür eine Regelung treffen zu wollen erschien aber unverhältnismäßig.

b) Altenheime und Hospize

Keine Bedenken würden sich hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit bei Altenheimen und Hospizen ergeben, zumal der Pflegebetrieb dort nicht grundsätzlich anders organisiert ist, als im Krankenhaus. Auch die Pharmazeuten haben hierzu keine Vorbehalte geäußert, denn die Medikamente, die der Vertrauensarzt des Heimes oder der Hausarzt verordnet haben, lagern nicht beim Patienten, sondern bei den Pflegekräften und werden von dort portioniert ausgegeben. Sicherheitsüberlegungen dürften sich daher erübrigen, solange das Haltbarkeitsdatum nicht überschritten wurde. Wenn aber der Patient verstirbt oder verlegt wird, werden die für ihn eingelagerten überlebenden Medikamente zur Zeit noch vernichtet, obgleich sie wie

auf einer Krankenhausstation durchaus weiter verwendet werden könnten – entweder für andere Bewohner oder durch das Überlassen an den Hausarzt. Hier liegt eine klar zu identifizierende Verschwendung vor, die durch nichts sachlich gerechtfertigt werden kann. Das Manko wurde auch bereits erkannt. Im Koalitionsvertrag der CDU/CSU-SPD-Regierung von 2005 wird auf Seite 106 ausgeführt, dass „[...] eine Verwendung von nicht verabreichten Opiaten und anderen Medikamenten nach dem Tod eines Patienten in Hospizen und Heimen möglich [...]“ gemacht werden soll. – Besonders in der letzten Lebensphase erhalten Patienten multiple und teils sehr teure Verordnungen, die für andere Senioren noch gut weiter Verwendung finden könnten.

c) Ambulante Versorgung

Sehr schwierig wird sich eine grundsätzliche Neuregelung für den ambulanten Bereich darstellen. Denn Medikamente, die einmal in Patientenhand gelangt sind, können manipuliert werden.

Ein Arzt kann nicht vorher sagen, was ein ihm unbekannter, drogenabhängiger, psychisch gestörter oder demenzkranker Patient mit den Pharmazeutika zuvor angestellt hat, die er ihm zurückbringt. Wer vorsätzlich in krimineller Absicht die Substanzen verfälschen wollte, indem er entweder mit einer Mikronadel in das Blister toxische Stoffe injiziert oder den Streifen mit den eingeschweisten Kapseln kurzzeitig in die Mikrowelle legt, oder ihn nur einfach versehentlich längere Zeit im Sommer auf der Fensterbank oder im Winter auf dem Ofen liegen lässt, könnte hierbei unerkant bleiben, wenn die Veränderungen äußerlich nicht auffallen. Die verschiedene pharmazeutischen Substanzgruppen mögen unterschiedlich auf solche Einwirkungen reagieren. Eine – zumindest – Reduzierung ihres Wirkgehaltes, was bereits für ein Asthmamittel und erst Recht einem Kardiakum zu einem tödlichen Verlauf führen könnte, kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Den Schaden hätten die nachfolgenden Patienten und auch

der Arzt selber, dessen Reputation – vielleicht war dieses gerade beabsichtigt – beeinträchtigt würde.

Den Bedenken gegen eine ambulante Neuverteilung von Medikamenten lässt sich daher auch nur bedingt das Argument entgegen halten, dass eine toxische Wirkung oder Infektionsgefahr nicht zu erwarten ist, da sie sonst bei falscher Lagerung auch bei dem Patienten auftreten könnte, für den die Verschreibung ursprünglich gedacht war.

Jedenfalls müssten die Ärzte genau dokumentieren, von wem die zurückgenommenen Medikamente stammen, um im Schadensfall Aufklärung leisten zu können, was zwangsläufig zu einer Steigerung der ohnehin ungeliebten Bürokratie beiträgt.

Es stellen sich weitere Fragen: Wie will ein Mediziner, der im Studium zumal längst nicht den Kenntnisstand eines Pharmazeuten vermittelt bekommt, allein durch Blickprüfung ohne Laborprobe feststellen, durch welche Hände die Medikamente gegangen sind? Wie will der Arzt, vor allem wenn er sich nicht auf seinen Patientenstamm verlassen kann und auch Postsendungen mit Pharmaka entgegen nimmt und neu verteilt, rechtlich und ethisch die Gewähr dafür übernehmen, dass in den Medikamenten nur derselbe Wirkstoff und noch in derselben Konzentration vorhanden ist, der laut Herstellerangabe enthalten sein soll? – Es wird ihm mit letzter Gewissheit nicht gelingen, denn es gibt nun einmal sowohl fahrlässig handelnde als auch kriminell veranlagte Patienten, sodass Unsicherheiten verbleiben.

Erwähnt werden muss auch, dass nicht für alle Arztgruppen gleichermaßen eine Teilnahme am Recycling notwendig und sinnvoll erscheint. Bei Allgemeinmedizinern und Internisten mag es sich aufgrund der Typik der dort behandelten Krankheitsbilder und Patientengruppen (insbes. Gerontopatienten) anders verhalten als bei z.B. Chirurgen, Dermatologen, Augenärzten, Pädiatern oder Psychiatern, wo die Patienten eher selten überzählige Verordnungen zurück behalten.

Wenn der Landarzt Dr. Berendes in seinem kleinen überschaulichen

Reich einen solchen Modus dennoch praktiziert, mag dies vielleicht gerade noch verantwortet werden können. Die Arzneimittelsicherheit ist aber kein Gut, das beliebig ins Ermessen der Ärzteschaft gestellt werden darf, sondern pharmazeutischer Aufsicht bedarf¹³. Denn weder für den medizinisch Einzelfall noch für das Gesundheitssystem insgesamt wird man es als Vorteil bezeichnen können, wenn knapp 400.000 approbierte Mediziner das Recht zugestanden würde, an dieser Stelle Ermessen auszuüben. Die Therapieergebnisse wären zu unterschiedlich. Das „Modell Dr. Berendes“ bedarf zwar weiterer Erforschung, ist nach jetzigem Kenntnisstand aber nur sehr bedingt und wenn überhaupt nur mit großer Vorsicht auf die Bundesrepublik insgesamt übertragbar – auch wenn Dr. Berendes längst nicht der einzige Arzt sein mag, der so verfährt, sondern als primus inter pares nur einer der weniger, die sich öffentlich dazu bekannt haben. Das Recyclingmodell des Landarztes in den Bergen, mit seinem überschaulichen Patientenstamm ohne Modifikationen auf über 80 Mill. Bundesbürger zu übertragen, wäre wahrscheinlich eher ein deutlicher Rückschritt für das Versorgungssystem, denn die Verunsicherung auf Patientenseite, nicht optimal versorgt zu werden, und der damit verbundene Vertrauensverlust in die Medizin insgesamt wären enorm. Nicht von jedem Patienten kann im übrigen verlangt werden, recycelte Medikamente einzunehmen. Das Modell funktioniert daher ohnehin nur auf freiwilliger Basis¹⁴.

d) Haftungsrisiko

Verordnungsfehler, teils mit, teils ohne haftungsrechtliche Konsequenzen, ereignen sich in den Praxen ohnehin¹⁵. Hinzu kommt aber das Haftungsrisiko für die Ärzte aus §§ 280 Abs.1, 611, 823 ff, 253 Abs.2 BGB, wenn sie Medikamente neu verteilen, die bereits in Patientenhand waren. Die Produkthaftung der Hersteller aus §§ 84 ff. AMG kann selbstverständlich nur für neuwertige Produkte gelten, die auf dem Vertriebsweg über die Apotheken

abgegeben werden, nicht aber für Recyclingprodukte¹⁶. Wenn recycelte Medikamente zu Schäden führen oder Gesundheitsschäden aus anderer Ursache beim Patienten vorliegen, aber die Kausalität vom pharmazeutischen Gutachtern vor Gericht als grundsätzlich möglich bejaht werden kann¹⁷, gelangt der Arzt für den Schadensfall mit seinem gesamten Privatvermögen in die Haftung. Da nach geltender Rechtslage das Medikamentenrecycling gem. § 43 AMG verboten ist, wird die Haftpflichtversicherung des Arztes wegen Vorsatz bei der Verletzung der ärztlichen Pflichten jegliche Haftung zurückweisen und den Versicherungsnehmer in Regress nehmen, soweit die Versicherung überhaupt gegenüber dem Patienten zum Eintritt verpflichtet ist. Die Behandlung mit Recyclingmedikamenten ist zugleich grob fehlerhaft und rechtswidrig. Die Einwilligung des Patienten dürfte unbeachtlich sein, weil er kaum vollständig über alle wesentlichen Risiken aufgeklärt werden kann, denn es handelt sich stets um Einzelfallexperimente, zu denen keine unter kontrollierten Umständen gewonnenen Forschungsdaten vorliegen. Wenn dann gutachterlich bejaht wird, dass der Gesundheitsschaden des Patienten grundsätzlich auf eine Fehlmedikation zurück geführt werden kann, muss der Arzt im Wege der Beweislastumkehr vortragen, darlegen und mit naturwissenschaftlicher Sicherheit beweisen, dass kein Ursachenzusammenhang besteht. Dass ihm dies nicht gelingen wird, liegt auf der Hand. Arzthaftungsprozesse werden bei diesen Konstellationen, bei denen Unsicherheiten bei der Aufklärung des Schadensfalls zu Lasten des Therapeuten gehen, so gut wie immer über die Beweislast entschieden. Das Risiko für den Arzt, bei der momentanen Rechtslage Medikamentenrecycling zu betreiben, darf daher nicht unterschätzt werden. Neben der Zahlung eines Schmerzensgeldes wird er zum Ersatz aller weiteren materiellen Schäden des Patienten verpflichtet, insbesondere bei Geburtschadensfällen äußerst kostspielig¹⁸. Es scheint angesichts der hier beschriebenen unklakulierbaren Risiken

auch schwer vorstellbar, dass die Berufshaftpflichtversicherungen der Ärzte bereit sein werden, das Risiko aus den Feldversuchen mit Second-Hand-Medikamenten zu versichern, selber wenn der Gesetzgeber eine neue Rechtsgrundlage hierfür schaffen sollte. Oder es werden solche Versicherungen nur gegen horrenden Prämien erhältlich sein, was jedoch wiederum die Akzeptanz bei den Ärzten schmälern wird.

Als weiterer Dämpfer für die Motivation zur Teilnahme am Recyclingsystem muss die ärztliche Standesaufsicht gesehen werden¹⁹. Wer gebrauchte Medikamente auf einem nicht zugelassenen Vertriebsweg in Verkehr bringt, riskiert de lege lata den Widerruf der Approbation wegen Unzuverlässigkeit (§ 5 Abs.2 BÄO). Ein Arzt, der sich vorsätzlich gegen die Rechtsordnung auflehnt und seine Patienten dabei in Gefahr bringt, ist so verstanden unzuverlässig. Unabhängig davon könnte die Kassenärztliche Vereinigung gem. § 95 Abs.6 SGB V auch die Zulassung als Vertragsarzt entziehen, wenn das konkrete Verhalten des Arztes eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten erkennen lässt.

Natürlich ließen sich die Risiken für Ärzte und Patienten durch Auswahlkriterien weiter reduzieren. Für ein Recycling eignen sich ohnehin nur steril abgepackte verblisterete Medikamente (Tabletten, Dragees, Kapseln, Zäpfchen), nicht aber nach Anbruch unsterile Sprays, Tropfen, Pflaster oder Salben. Hierauf wäre in einem ersten Schritt zu achten. Die Pharmaindustrie wirbt damit, dass ihre Medikamente teils tropensicher eingepackt seien, so dass sich, die Richtigkeit dieser Aussage unterstellt, unter den normalen Tagestemperaturen in Deutschland Änderungen an diesen Produkten kaum ergeben dürften. Fraglich ist jedoch, wie der Aspekt der Tropensicherheit zu behandeln wäre, wenn Patienten die Medikamenten im Urlaub nach z.B. Malaysia oder Venezuela mitgeführt haben. Auch werden sich nicht alle Substanzgruppen unkritisch für eine Weitergabe eignen, z.B. keine Impfstoffe, die gekühlt gelagert werden müssen, wie überhaupt alle i.m.- und

i.v.-Medikationen wegen der Unmittelbarkeit ihrer Wirkung ausgenommen bleiben sollten.

Auf Patientenseite wird man Personen unter 18 Jahren²⁰, Strafgefangenen, sowie unter Betreuung stehende oder im Maßregelvollzug untergebrachte Personen kaum diesen Experimenten aussetzen wollen²¹, ebenso wenig wie Schwangeren bzw. insgesamt Frauen im gebärfähigen Alter die Teilnahme versagt werden muss, denn es dürfen keine teratogenen Risiken für die Frucht begründet werden. Einen zweiten Contergan-Fall gilt es unbedingt zu vermeiden²².

Daher wären im Wege einer Rechtsverordnung somit über eine Änderung von § 43 AMG hinaus Positiv- bzw. Negativlisten erforderlich, welche Substanzen überhaupt vom Patienten zurück genommen und weitergegeben werden dürfen, ebenso von welchen Patienten die Rücknahme erfolgen (Frage der Zuverlässigkeit) und an welche Gruppen wieder ausgegeben werden darf (Frage des geringstmöglichen Risikos). Es wäre ferner zu klären, ob hierbei nur GKV- oder auch PKV-Patienten berücksichtigt werden können, ob also auch zwischen den Systemen, Kassen und Versicherungen, die die Medikationen finanziert haben, verteilt werden darf. Der dabei abzuschätzenden bürokratische Aufwand sollte keineswegs unterschätzt werden und verlangt nach Berücksichtigung, wenn der Gesamtkostenvorteil für den Topf der Pharmaausgaben kalkuliert wird. Möglicherweise werden die Ärzte auch höhere Honorare für Beratungen verlangen, da es für sie aufwendiger ist, neben den Apotheken einen zweiten Vertriebsweg für Pharmaka zu organisieren und zu dokumentieren, als lediglich zum Rezeptblock zu greifen.

Als Lösungsansatz zur Reduzierung des Bürokratieaufwand könnte aus diesen Überlegungen heraus erwogen werden, dass in einem ersten Schritt nur Gerontopatienten in der Altersgruppe über 65 Jahre an einem solchem kontrollierten Modellversuch teilnehmen. Diese Bevölkerungsgruppe, die ständig größer wird, wäre zum einen weniger schadensanfällig als jüngere Patienten, denn

ihr statistisches Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko beruht – altersbedingt – auf anderen Ursachen. Auch hat dieses Patientenkontinuum zum anderen weitgehend homogene Behandlungsbedürfnisse (z.B. Herz-Kreislauf-Präparate, Psychopharmaka, Schmerzmittel), so dass sich die Umverteilung damit zunächst auf einen überschaubaren Kreis von Substanzgruppen reduzieren ließe. Zugleich würde die Senioren – als Nettoempfänger vor allem in der GKV – auf diesem Weg einen Solidarbeitrag zur Kostenkonsolidierung leisten.

d) Auseinzeln in der ambulanten Versorgung

Auch der Appell der Gesundheitsministerin an die Ärzte, zurückhaltend zu verordnen, so leicht dies dahingeprochen sein mag, weist zumindest einen weiteren Lösungsansatz auf, nämlich das sog. Auseinzeln. Dieses Modell, das z.B. in den USA praktiziert wird, besagt, dass der Arzt dem Patienten nicht lediglich die vorgefertigten Packungsgrößen N1, N2 oder N3 verordnet, sondern auf das Rezept eine beliebige Zahl von Tabletten oder Dragees notieren kann: Z.B. als Stückzahl nach ärztlichem Ermessen 3, 17, 21 anstelle von – beispielsweise – N1 (6), N2 (30) oder N3 (50).

Bei den vorgefertigten Packungen ist die Wahrscheinlichkeit sehr viel größer, dass Überbleibsel entstehen. Natürlich eignen sich Tropfen und Salben für das Auseinzeln nicht, hingegen aber alle portionierbaren Medikamente, die der Apotheker entweder aus einem Blister heraus schneiden und einzeln berechnen oder – wie z.B. in den USA praktiziert – aus einer Medikamentenflasche in eine Plastikdose abzählen kann.

Solange den Ärzten nicht gestattet ist, stückzahlgenau zu verordnen, weil die Apotheken sich weigern können, andere als die vorgefertigten Mengen abzugeben, fällt der Vorwurf, dass zu große Mengen verordnet werden, zunächst auf die Gesundheitspolitik zurück, die eine flexiblere Regelung bislang nicht ermöglicht hat.

Zwar spielt bei der Verordnung größerer Stückzahlen durch die nieder-

gelassenen Ärzte auch der Aspekt eine Rolle, dass sie hierbei ihren geregelten Praxisablauf bewahren und dem Patienteninteresse entgegen kommen möchten, die daran interessiert sind, lediglich einmal durch Zuzahlung zur Kasse gebeten zu werden und der Arzt möchte auch nicht gerne mehrfach im Quartal ein neues Rezept ausstellen und sich jedesmal deswegen wieder mit dem Patienten beschäftigen müssen, denn dieser Mehraufwand wird ihm nicht vergütet.

Wenn man nach jetzigem Kenntnisstand jedoch davon ausgeht, dass das Arzneimittelrecycling zwar in überschaubaren Arzt-Patient-Verhältnissen im ländlichen Raum ohne allzu große Risiken für die Volksgesundheit ausnahmsweise noch toleriert werden, hierin aber kein bundesweites Modell für alle Mediziner und Arztgruppen gesehen werden kann, bleibt das Auseinzeln die wahrscheinlich einzige realistisch zu verantwortende Einsparmöglichkeit für die niedergelassenen Ärzte. Dieser Modus sollte in der Diskussion daher verstärkte Aufmerksamkeit erfahren.

Beachtet werden sollte bei der Errechnung der Vor- und Nachteile des Auseinzeln in jedem Fall aber auch, dass damit ein höherer Aufwand für die Apotheker, Pharmagroßhändler und Herstellerfirmen verbunden sein wird, der ggf. zur Preiserhöhung führen könnte.

5. Fazit und Ausblick

Grundsätzlich lassen sich durch ein Arzneimittelrecycling, vor allen in Altenheimen und Hospizen, wo die Arzneimittelsicherheit durch das Pflegepersonal gewährleistet wird, Kosten für die GKV einsparen – ungeachtet der berufsständischen Spannungen zwischen Ärzten und Apothekern zu diesem Thema. Regelungsbedarf für den Krankenhaussektor besteht nicht, da in der stationären Versorgung Medikamente genau dosiert werden können. Im ambulanten Bereich, vor allem bei Gerontopatienten, fällt erheblicher „Arzneimittelmüll“ an. Zwar haben die Medien das Thema bereits begierig aufgegriffen, es fehlt aber noch

an der wissenschaftlichen Auseinandersetzung darüber, welche Bedenken gegen die Aufweichung des Apothekenmonopols aus § 43 AMG Berechtigung haben. Grundsätzlich lassen sich auch ambulant verordnete Arzneimittel „recyclen“, sofern das Verfallsdatum des Herstellers noch nicht überschritten und die Lagerungsvorschriften eingehalten wurden, was mit Ausnahme nicht steril verpackter Medikamente und besonders sensibler Patientengruppen (Schwestkranke, Frauen im gebärfähigen Alter, Kinder, Straftatgefangene, gesetzlich Betreute, Insassen im Maßregelvollzug) im kontrollierten Modell auch durchaus erprobt und weiter erforscht werden könnte. Geeignet für einen solchen Feldversuch scheint insbesondere wiederum die Gruppe der Gerontopatienten („65 +“), weil deren allgemeines Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Gegensatz zu jüngeren Versicherten hierdurch nicht wesentlich gesteigert würde. Möglicherweise ergibt sich durch einen Fortgang der Untersuchungen zu dem Thema auch, dass es in erster Linie einer Regelung für Hausärzte und Gerontopatienten bedarf, weil vornehmlich bei diesen Arzt- und Patientengruppen ein Recycling am wirtschaftlichsten erscheint, weswegen eine Regelung für Altersheime und Hospize, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, bereits einen Großteil der Lösung ausmachen könnte. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Kosteneinsparung bei den Arzneimittelausgaben besteht im sog. Auseinzeln, wenn den Ärzten gestattet wird, stückzahlgenau zu verordnen und nicht länger auf die vorgefertigten Packungsgrößen N1, N2 und N3 zurück gegriffen werden muss. Auch für die Gruppe der Privatversicherten ließen sich die Gesundheitskosten auf diesem Weg reduzieren. Es liegt nun am Bundesgesundheitsministerium, einen Vorschlag zur Änderung von § 43 AMG und für weitere untergesetzliche Regelungen vorzulegen. Bislang steht ein Referentenentwurf noch nicht zur Diskussion. Begleitend sollte erwogen werden, eine gesundheitsökonomische Studie in Auftrag zu geben, welches Einsparpotential sich

durch ein Arzneimittelrecycling im ambulanten Bereich tatsächlich realisieren lässt und wie groß demgegenüber die zu erwartenden Mehrkosten in den Arztpraxen, Apotheken und Aufsichtsbehörden für ein solches Recyclingsystem ausfallen. Ein gesetzlicher Schnellschuss verbietet sich, schon allein um das Vertrauen der Bevölkerung in das medizinische Versorgungssystem nicht zu gefährden, ganz abgesehen davon, dass eine verunglückte Regelung auf dem Umweg über das Haftungsrecht zu eher höheren als zu geringeren Ausgaben führen könnte. Selbst wenn die Ärzte es nur wohlmeinen: Ohne vorherige Änderung von § 43 AMG muss aufgrund des Strafverfolgungs- und Haftungsrisikos vorerst dringend davon abgeraten werden, sich am Arzneimittelrecycling ohne gesetzliche Grundlage zu beteiligen²³. Die bisherige Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Apothekern hat ihre Berechtigung nicht verloren.

Rechtsanwalt Dr. Martin Riemer
Mühlenstraße 73, 50321 Brühl / Rheinland

(Die Erstveröffentlichung des Beitrages erfolgte unter gleichem Titel in der Zeitschrift Arzneimittel & Recht (A&R) 2006, Heft 5, S. 201 – 205). Mit freundlicher Genehmigung des Verlages aus: Arzneimittel & Recht – Zeitschrift für Arzneimittelrecht und Arzneimittelpolitik, Ausgabe 5/2006, Seite 201 ff, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Anmerkungen

¹ Vgl. FAZ vom 28.07.2005 S.10: Kassen warren vor steigenden Beiträgen, FAZ vom 30.07.2005 S.12: Ministerium sieht keinen Grund für höhere Krankenkassenbeiträge und FAZ vom 04.11.2005 S.13: Milliarden-Kürzungen bei Arzneimitteln.

² Nicht zu verwechseln mit der Problematik des „Off-Label-Use“ von Medikamenten; vgl. hierzu u.a. das BSG-Urteil vom 19.03.2002, Az. B 1 KR 37/00 R (AusR 2004, 54).

³ Zahlenangabe laut Statistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2005.

⁴ Dieser Schätzwert wurde in der Diskussion immer wieder genannt, so z.B. von Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB (SPD) in der ZDF-Sendung Frontal am 09.03.2004. Lauterbach kommt auf ein Einsparpotential von jährlich 2 Mrd. Euro, vgl. hierzu auch DIE WELT vom 21.05.2005 S.31. Der Verband der PKV schätzt demgegenüber den „Arzneimittelmüll“ lediglich auf 0,51 Mrd. Euro jährlich, vgl. PKV-Info: Aktiv gegen die Kostenspirale S.5. Genaue Erhebungen

scheinen daher nicht vorzuliegen.

⁵ Zahlenangabe laut Statistischem Bundesamt, siehe unter <http://www.destatis.de>.

⁶ Siehe auch Financial Times Deutschland vom 10.11.2005: Gesundheitswirtschaft – Milliarden in den Müll.

⁷ AG Detmold, Az. 24 OWi 22 Js 778/00, Urteil vom 16.02.2001 (MedR 2003, 351-352 mit Anm. Riemer); siehe hierzu auch Rieger: Weitergabe angebrochener Medikamentenpackungen durch den Arzt an Patienten, DMW 2003, 630.

⁸ OLG Hamm, Az. 5 Ss OWi 372/01, Beschluss vom 13.06.2001

⁹ OLG Hamm, Az. 4 U 11/00, Urteil vom 26.10.2000; vgl. die Besprechung von Becker-Berke in Gesundheit und Gesellschaft 2000, Heft 12, S.58.

¹⁰ Siehe hierzu auch die WDR-Sendung Markt vom 23.05.2005.

¹¹ Beschluss des Deutschen Bundestages vom 21.10.2002, Prot.Nr.15/36, Pet 2-15-15-2120-008699, wiedergegeben in Riemer/Berendes: Rücknahme und Wiederausgabe angebrochener Medikamente in Arztpraxen, DMW 2005, 1273-1275.

¹² In Kriegs Lazaretten oder bei Katastrophenfällen würden selbstverständlich auch Medikamentenschachteln ohne den Zwischenschritt über die Apotheker weitergereicht.

¹³ Auch BMGS-Staatssekretär Klaus Theo Schröder hat die Bedeutung der Arzneimittelsicherheit in einer Presseerklärung vom 23.06.2005 zutreffend an oberster Stelle gesetzt.

¹⁴ Einer Forsa-Umfrage zufolge, die die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände in Auftrag gegeben und am 21.09.2004 veröffentlicht hat, sollen angeblich 49% der Bevölkerung gegen ein Arzneimittelrecycling eingestellt und weitere 33% nur bei vorherigen Untersuchung der Recyclingarzneien zu deren Einnahme bereit sein.

¹⁵ Vgl. Lenzen-Schulte: Der Rezeptblock als Sicherheitsrisiko, FAZ vom 27.05.2005 S.N1 und Kölner Stadt-Anzeiger vom 16./17.08.2003 S.40: 58.000 Tote durch Arzneien; ferner Koyuncu: Das Haftungsdreieck Pharmaunternehmen – Arzt – Patient, 2004. Zur Haftungsverteilung zwischen Klinik und ambulanten Nachbehandlern siehe Riemer: Wer haftet für Verordnungen aus dem Krankenhaus?, DMW 2005, 2160.

¹⁶ Zur Produkthaftung siehe Jenke: Haftung für fehlerhafte Arzneimittel und Medizinprodukte, 2004.

¹⁷ Mitursächlichkeit genügt, vgl. Martis/Winkhart: Arzthaftungsrecht aktuell, 2003, S.377.

¹⁸ Vgl. Koriath: Was tun bei geburtshilflichen Schadensfällen, 2004, S.47 ff..

¹⁹ Vgl. Quaas/Zuck: Medizinrecht, 2005, S.238

²⁰ Zur ähnlich gelagerten Problematik von Humanexperimenten an Kindern vgl. von Loewenich: Forschung an Kindern und die Novelisierung des Arzneimittelgesetzes, Ethik Med 2004, 101-104; Pestalozza: Risiken und Nebenwirkungen – Die Klinische Prüfung von Arzneimitteln am Menschen nach der 12. AMG-Novelle, NJW 2004, S.3374 ff, 3378; Michael: Forschung an Minderjährigen – Verfassungsrechtliche Grenzen, 2004.

²¹ Vgl. hierzu die ethischen Vorgaben der Deklaration von Helsinki/Tokyo des Weltärztebundes; Lippert: Die Deklaration von Helsinki ist tot – es lebe die Deklaration von Helsinki, MedR 2003, 681-683.

²² Vgl. Maio: Zur Geschichte der Contergan-Katastrophe im Lichte der Arzneimittelgesetzgebung, DMW 2001, 1183-1186.

²³ So auch Rieger a.a.O. und Wartensleben: Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte – Vorsicht Glätteis!, Der Hausarzt 2002, Heft 4, S.55-56.

Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub in der Zeit vom 19.7.2007 bis 8.8.2007 nicht besetzt.

Die Bezirksstelle Leipzig ist wegen Urlaub in der Zeit vom 16.7. bis 3.8.2007 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: 0351 8267411.

14. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum **14. Dresdner Ärzteball am 25. August 2007, um 19 Uhr in die Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Tel. 0351 8267131, Fax 0351 8267132

E-Mail: kaek-dd@slaek.de
Der Preis einer Ballkarte beträgt: 65,00 € für Mitglieder der Kreisärztekammer Dresden, 80,00 € für Nichtmitglieder der Kreisärztekammer Dresden

Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Foyer und 4. Etage
Frank Herrmann
Sonderbare Welt – Fotoarbeiten
bis 15. Juli 2007

Gabi Keil
Malerei und Zeichnung
18. Juli bis 16. September 2007
Vernissage: 19. Juli 2007, 19.30 Uhr

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer, bis 31. Oktober 2007
Malerei und Grafik
Frau Ermute Wilding stellt die Bilder ihres verstorbenen Vaters, dem Dresdner Maler Armin Schulze aus.

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 Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C050

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C051

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C052

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.08.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie

Reg.-Nr. 07/D044

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.07.2007

Dresden-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 07/D045

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 07/D046

Facharzt für Radiologie
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis), Reg.-Nr. 07/D047

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/D048

Facharzt für Innere Medizin
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 07/D049

Landkreis Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/D50

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 07/D051

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.08.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L063

Facharzt für HNO-Heilkunde
Reg.-Nr. 07/L064

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/L065

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L066

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 07/L067

Döbeln

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 07/L068

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 07/L069

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie

Reg.-Nr. 07/L070

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 17.08.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Freiberg

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

geplante Praxisabgabe 01.10.2007

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe:

4. Quartal 2007

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen
Jetzt online:

www.slaek.de - Fortbildung



Möglichkeiten der minimal-invasiven Nebenschilddrüsen- und Schilddrüsenchirurgie

Steffen Leinung

Einleitung

Die Behandlung von Patienten mit Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenerkrankungen hat in der Chirurgie der Universität Leipzig eine schon lange bestehende Tradition. Etablierte Forschungsgebiete betreffen die Pathogenese von Autoimmunerkrankheiten der Schilddrüse und das Management des Hyperparathyreoidismus (HPT) [1,8]. Eine prospektive Studie mit einer Analyse von über 700 Schilddrüsenoperationen und zahlreiche klinische sowie experimentellen Arbeiten befassten sich mit dem Risiko der Stimmbandlähmung und mit Strategien zu deren Vermeidung [5,6]. Als überregionales Behandlungszentrum maligner Schilddrüsenerkrankungen ist eine hohe Versorgungsqualität sowie eine kontinuierliche Nachsorge der Schilddrüsenkarzinompatienten durch eine onkologische Spezialambulanz möglich. Dabei werden auch Operationstechniken und der postoperative Verlauf über Jahre kritisch analysiert [10].

Grundlagen

Vorraussetzungen für eine minimal-invasive Nebenschilddrüsen- und Schilddrüsenchirurgie sind derzeit:

- präoperative Lokalisationsmöglichkeiten (Sestamibiszintigraphie, Sonographie, MRT, CT),
- Einbeziehung von minimal-invasiven Instrumentarium und einer 5 mm Kamera mit Videotechnik (Abb. 1.),
- intraoperative Quick-Parathormonbestimmung (qPTH) zur Erfolgskontrolle der Operation,
- intraoperative histopathologische Schnellschnittuntersuchung.

Für die Kombinationsbasisuntersuchung durch Sestamibiszintigraphie und Sonographie liegt die Sensitivität bei 71 – 94% und die Spezifität bei

91 – 100% [7]. Diese guten Ergebnisse der präoperativen Diagnostik ermöglichen ein minimal-invasives Vorgehen fokussiert auf das Nebenschilddrüsenadenom (NSD). Eine Exploration aller Nebenschilddrüsenregionen durch einen Kocher'schen Kragenschnitt ist bei lokalisiertem NSD-Adenom heute nicht mehr erforderlich. Bei nichtlokalisiertem NSD-Adenom, Hinweisen auf Mehrdrüsenerkrankung bzw. sekundärem HPT sind minimal-invasive Verfahren kontraindiziert.

Von Wichtigkeit ist der internationale Austausch mit den erfahrensten Zentren, die die verschiedenen minimal-invasiven Operationstechniken entwickelt haben. Dies ist durch Kooperation mit folgenden Institutionen in hervorragendem Maße möglich:

- European Society of Endocrine Surgeons (ESES),
- International Association of Endocrine Surgeons (IAES),
- Datenaustausch insbesondere im World Journal of Surgery,
- regelmäßige überregionale „Meetings of Endocrine Surgeons“,
- praktische Trainingskurse in der minimal-invasiven endokrinen Chirurgie.

Technische Möglichkeiten

Eine konventionelle offene Para-/Thyreoidektomie kann bei subtiler Technik mit minimaler Schnitfführung (4 – 5 cm) durchgeführt werden [2]. Die erste endoskopische Operation eines primären Hyperparathyreoidismus erfolgte in den USA 1996 durch Michael Gagner. Seitdem wurden durch verschiedene innovative Arbeitsgruppen unterschiedliche minimal-invasive Zugangswege und OP-Techniken entwickelt, die im Folgenden dargestellt werden.

Dabei sind grundsätzlich zwei Techniken voneinander zu unterscheiden:

1. die total-endoskopische Techniken mit Schaffung eines CO₂-gefüllten Arbeitsraumes, von
2. video-assistierten Techniken durch einen Minizugang mit Offenhal-

ten des OP-Feldes durch zwei kleine Haken ohne Gasinsufflation.

Total-endoskopischen Techniken werden über drei Minitrokarincisionen in verschiedenen Regionen durchgeführt:

- *lateralen Zugang* mit Trokararincisionen am Rand des M. sternocleidomastoideus [7].
- *zentralen Zugang* mit Schnitfführung über dem Jugulum, wobei der Vorteil der Technik darin besteht, dass beide (Neben-) Schilddrüsenseiten exploriert werden können [3,4] (Abb. 2.).
- Schilddrüsenresektionen sind ebenso in dieser Technik beschrieben [4], benötigen am
- Ende jedoch eine Verlängerung der zentralen Inzision zur Bergung des Präparates.
- *extrazervikale Zugänge* mit axillären, submammären oder vorderen Brustwandzugangswegen. Sie gehören zu alternativen Methoden, die darauf abzielen, auf Schnitte am Hals zu verzichten [10].

Minizugänge mit videoassistierter Technik (Abb. 5 – 7.):

Bei einem lokalisiertem Nebenschilddrüsenadenom erfolgt das minimal-invasive Operationverfahren fokussiert auf das NSD-Adenom (1,5 bis 2,5cm, Abb. 3.). Orientierend an der Lage des NSD-Adenoms wird der Minizugang zentral (über dem Jugulum) oder lateral (rechts/links, kranial/kaudal). Modifizierte Techniken sehen zur NSD-Adenomexstirpation neben dem zentralen 5 mm Kamerazugang eine weitere laterale Minihilfsinzision vor (Abb. 4.). Die Erfolgskontrolle der Operation durch die intraoperative quick-Parathormonbestimmung ist bei dieser minimal-invasiven Technik obligat.

Eine Thyreoidektomie erfolgt minimal-invasiv videoassistiert über einen 1,5 cm langen Schnitt oberhalb des Jugulums [12,13]. Im Sprachgebrauch sind zwei Operationsbezeichnungen üblich:

- MIVAT, minimal-invasive videoassistierte Thyreoidektomie und

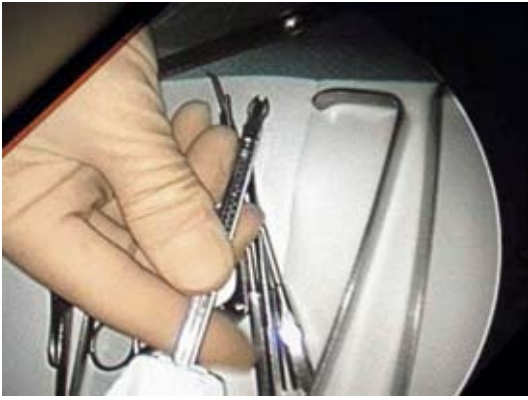


Abb. 1. Minimal-invasives Instrumentarium



Abb. 2. Total-endoskopischer „Drei-Trokar-Zugang“



Abb. 3. Fokussierter minimal-invasiver Zugang zur NSD



Abb. 4. Kombinierte Schnittführung für spezielle Situationen

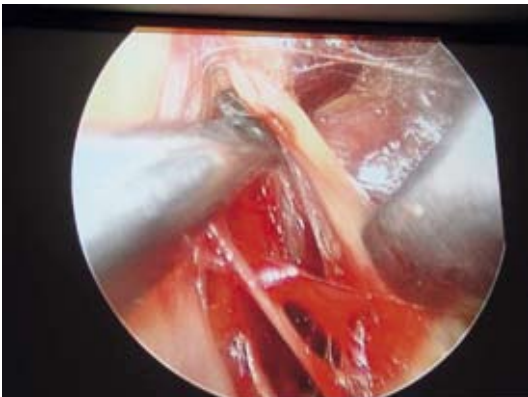


Abb. 5. Minimal-invasive Darstellung und Schonung des N. laryngeus recurrens

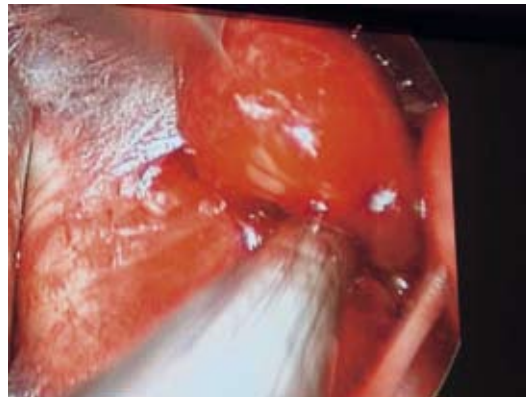


Abb. 6. Minimal-invasive Darstellung eines NSD-Adenoms vor Exstirpation



Abb. 7. Minimal-invasiv exstirpiertes NSD-Adenom



Abb. 8. Mini-Kocher nach Miccoli zur Thyreoidektomie (1,5 cm)



Abb. 9. Thyreoidektomie nach videoassistierter Nervendarstellung und Durchtrennung des oberen und unteren Schilddrüsenpols

- EVATS, endoscopic video-assisted thyroid surgery.

Über die Miniinzision („Mini-Kocher“ nach Miccoli, Abb. 6) erfolgt mit Hilfe einer 5 mm Optik und Mikroinstrumenten die laterale „konventionelle“ Freilegung der Schilddrüse mit Darstellung des N. laryngeus recurrens und der NSD, die Durchtrennung der Gefäße des Ober- und Unterpols sowie des Isthmus mittels „Ultracission“ (Ultraschall-Dissektorschere) oder zwischen gesetzten Titanclips. Danach wird der SD-Lappen durch die Miniinzision über Hautniveau gebracht und konventionell reseziert (Abb. 7). Mit dieser Technik können ebenfalls alle typischen NSD-Lokalisationen exploriert werden.

Die italienische Arbeitsgruppe um P. Miccoli publizierte die Ergebnisse von 579 minimal-invasiven Thyreoidektomien, die über die Jahre 1998 bis 2003 in dieser Technik durchgeführt wurden. Um gute Ergebnisse erzielen zu können, ist eine Patientenselektion für dieses OP-Verfahren essentiell. Aus einem Gesamtpatientenkollektiv von 5450 Patienten, die zur Schilddrüsenresektion zugewiesen wurden, erfolgten bei Miccoli nur etwa 10% der Operationen videoassistiert [12].

Zusammenfassung

Als Vorteile der minimal-invasiven Nebenschilddrüsen- und Schilddrüsenchirurgie werden in der Literatur diskutiert:

- geringes Zugangstrauma und in Folge weniger Vernarbungen, weniger Schmerzen, bessere Kosmetik, weniger Komplikationsmöglichkeiten, kürzere OP-Zeiten, kurzzeitstationärer Aufenthalt, ambulante Operation möglich,
- geringere Rate an postoperativen Hypokalziämien,
- keine Reklination des Halses (keine HWS-Beschwerden postoperativ),
- Zugangswege können außerhalb des Halses liegen (axillär, submammär) [10],
- Möglichkeit der Operation in Lokalanästhesie.

In den meisten Fällen ist ein NSD-Adenom sicher durch eine subtile präoperative Diagnostik beim pHPT zu diagnostizieren. Aufgrund dieser Entwicklung sind fokussierte minimal-invasive Verfahren beim lokalisierten NSD-Adenom ein absoluter Zugewinn für den betroffenen Patienten. Für die minimal-invasive Operation eines pHPT sind eine Vielzahl von Techniken beschrieben. Unter Berücksichtigung der individuellen Befundkonstellation ist eine sorgfältige Patientenselektion für das geeignetste Operationsverfahren besonders wichtig.

Auch bei Operationen kleinvolumiger Schilddrüsen können minimal-invasive Verfahren sicher durchgeführt werden. Ob es nötig ist, eine Schilddrüsenoperation mit einer Schnittlänge von 1,5 cm (MIC) vs. 3 – 5 cm (konventionell) anzubieten, wird kontrovers beurteilt werden. Wir denken aber, dass diese Operationstechnik in einer modernen endokrinen Chirurgie verantwortungsbewusst angeboten werden sollte.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Steffen Leinung
Chirurgische Klinik II der Universität Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9719968, Fax: 0341 9717299
E-Mail: Steffen.Leinung@medizin.uni-leipzig.de

Unsere Jubilare im August Wir gratulieren

60 Jahre

02. 08. Dr. med. Güllert, Edeltraut
04319 Leipzig-Engelsdorf
03. 08. Dr. med. Dick, Dorothea
01900 Großbröhrsdorf
04. 08. Dr. med. Eckstein, Dietmar
08209 Auerbach
06. 08. Dr. med. Gottschalk, Ute
01279 Dresden
11. 08. Dr. med. Gerstner, Axel
09526 Olbernhau
11. 08. Hellmann, Madlena
01920 Ostro
14. 08. Dipl.-Med. Kanitz, Horst
09669 Frankenberg
14. 08. Wiedemann, Dieter
09120 Chemnitz
16. 08. Dr. med. Grumbt, Hartmut
15907 Lübben/ Spreewald
18. 08. Dipl.-Med. Irrgang, Barbara
02829 Schöpstal
21. 08. Dr. med. Volkmer, Marlies
01109 Dresden
23. 08. Häuser, Joachim
08359 Antonsthal

65 Jahre

01. 08. Dr. med. Aehnelt, Rosemarie
02727 Neugersdorf
01. 08. Dr. med. Weber, Christian
01855 Ottendorf
02. 08. Epp, Heinrich
04736 Waldheim
02. 08. Dr. med. Nitzsche, Elke
02727 Neugersdorf
02. 08. Dr. med. Redetzky, Petra
01237 Dresden
02. 08. Dr. med. Schadeberg, Andreas
01662 Meißen
02. 08. Dr. med. Stoll, Almut
09128 Euba
03. 08. Prof. Dr. med. habil.
Deckert, Frank
04207 Leipzig
03. 08. Dr. med. Hering, Ursula
01324 Dresden
05. 08. Dr. med. Ehrhardt, Uwe
02828 Görlitz
07. 08. Dr. med. Klenner, Nicolaus
09212 Limbach-Oberfrohna
08. 08. Dr. med. Bussas, Michael
08606 Oelsnitz
08. 08. Dr. med. Gnauck, Ute
02763 Zittau
08. 08. Rumpelt, Ulrich
01917 Kamenz
09. 08. Dr. med. Hengst, Christa
08209 Rebesgrün
10. 08. Prof. Dr. med. habil. Illes, Peter
04109 Leipzig
11. 08. Dr. med. Dippold, Maria
04289 Leipzig

11. 08. Dr. med. Neuhäuser, Werner
08289 Schneeberg
12. 08. Dr. med. Richter, Rainer
04178 Leipzig
13. 08. Dr. med.
Kölbl-Maiwald, Helga
04416 Markkleeberg
14. 08. Dr. med. Seehars, Eva
09633 Halsbrücke
16. 08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Achenbach, Harald
04416 Markkleeberg
16. 08. Dr. med. Hersener, Elisabeth
04178 Leipzig
17. 08. Flämig, Solveig
01326 Dresden
17. 08. Dr. med. Pätzold, Klaus
01187 Dresden
19. 08. Dr. med. Krüger, Gabriele
01259 Dresden
20. 08. Dr. med. Müller, Hannelore
01723 Herzogswalde
21. 08. Dr. med. Goedecke, Anita
04509 Zwochau
21. 08. Dr. med. Seifert, Jürgen
04155 Leipzig
22. 08. Ebert, Carl-Wilhelm
04808 Wurzen
22. 08. Dr. med. Goller, Klaus
08412 Werdau
23. 08. Dr. med. Baudach, Gisela
09131 Chemnitz
23. 08. Dr. med. Ritter, Alrun
01465 Langebrück
24. 08. Dr. med. Goewe, Ursel
04279 Leipzig
26. 08. Dr. med. Mergner, Ralf
09599 Freiberg
28. 08. Dr. med. Helke, Harald
08340 Schwarzenberg
30. 08. Dr. med. Bockisch, Hannelore
02625 Bautzen
30. 08. Dr. med. Falke, Michael
01796 Pirna
31. 08. Dr. med. Berge, Hartwin
02827 Görlitz
31. 08. Dr. med. Minner, Joachim
04289 Leipzig
31. 08. Dr. med.
Sommergruber, Ingrid
08058 Zwickau

70 Jahre

01. 08. Dr. med. Liebold, Irmgard
08056 Zwickau
01. 08. Dr. med. Seifert, Katharina
01069 Dresden
04. 08. Dr. med. Brode, Ute
08141 Reinsdorf
07. 08. Dr. med. Thonig, Waltraud
01279 Dresden
09. 08. Dr. med. Gitter, Erhard
01326 Dresden
11. 08. Dr. med. Kleemann, Wolfgang
04288 Leipzig
12. 08. Dr. med. Löbner, Adelheid
04105 Leipzig

14. 08. Dr. med. Friedrich, Günter
04316 Leipzig
16. 08. Dr. med. Sieg, Henry
01662 Meißen
17. 08. Dr. med. Selbmann, Friedrich
08468 Reichenbach
19. 08. Prof. Dr. med. habil.
Frühauf, Annelies
01217 Dresden
20. 08. Dr. med. Voigt, Dieter
09385 Lugau
21. 08. Dr. med. Schröder, Ingrid
08058 Zwickau
22. 08. Dr. med. Graupner, Siegfried
04552 Borna
23. 08. Dr. med. Wandt,
Hans-Joachim
04316 Leipzig
23. 08. Dr. med. Wawra, Ursula
09599 Freiberg
26. 08. Dr. med. Weigelt, Ingrid
01156 Dresden
27. 08. Heller, Sigrid
01326 Dresden
29. 08. Dr. med. Helbig, Renate
04155 Leipzig

75 Jahre

01. 08. Dr. med. Baudrexl, Lucie
01445 Radebeul
03. 08. Dr. med. Knaus, Thomas
04299 Leipzig
08. 08. Dr. med. Fabian, Annemarie
04357 Leipzig
12. 08. Dr. med. Lehnert, Gertraude
01705 Freital
19. 08. Dr. med. Callmeier, Eva-Maria
04808 Wurzen
19. 08. Dr. med. Polednia, Arnim
04758 Oschatz
21. 08. Dr. med. Schmidt, Wolfgang
08538 Schönlinde/bei Reuth
26. 08. Dr. med. Krumpe, Georg
02977 Hoyerswerda
26. 08. Dr. med. Spitzner, Rudolf
04157 Leipzig
26. 08. Dr. med. Steinhardt, Eva
09599 Freiberg
27. 08. Dr. med. Jäger, Gerda
04827 Machern
27. 08. Dr. med. Klößel, Edith
08412 Werdau
30. 08. Weigelt, Anneliese
01157 Dresden

80 Jahre

20. 08. Dr. med. Böhme, Armin
01109 Dresden
22. 08. Dr. med. Reim, Christa
09120 Chemnitz
29. 08. Dr. med. Wiener, Horst
01738 Colmnitz

81 Jahre

15. 08. Dr. med. Neumann, Albrecht
02827 Görlitz

26. 08. Dr. med. Klinge, Gerhard
08280 Aue

82 Jahre

04. 08. Dr. med. Günther, Irmgard
09228 Wittgensdorf

07. 08. Dr. med. John, Heinrich
02625 Bautzen

29. 08. Dr. med. Lorey, Herta
09474 Crottendorf

83 Jahre

09. 08. Dr. med. Wünsche, Gert
01309 Dresden

84 Jahre

11. 08. Dr. med. Heller, Annemarie
01259 Dresden

85 Jahre

26. 08. Dr. med. Bormann, Richard
08058 Zwickau

27. 08. Dr. med. Reichelt, Manfred
08058 Zwickau

87 Jahre

02. 08. Dr. med. Thomas, Erich
01640 Coswig

03. 08. Dr. med. Brückner, Brunhilt
09113 Chemnitz

14. 08. Dr. med. Scheibner, Karl
09114 Chemnitz

30. 08. Dr. med. Perschke, Otfried
08141 Reinsdorf b. Zwickau

88 Jahre

15. 08. Knauer, Heini
08645 Bad Elster

25. 08. Dr. med. Fischer, Eberhard
04107 Leipzig

29. 08. Dr. med. Klöppel, Heinzdieter
04275 Leipzig

89 Jahre

25. 08. Dr. med. Müller, Horst
01705 Freital

90 Jahre
18. 08. Dr. med. Dewald, Ursula
02828 Görlitz

91 Jahre

13. 08. Dr. med. Pingel, Christian
01277 Dresden

16. 08. Dr. med. Gruner, Gerhard
02797 Kurort Oybin

92 Jahre

03. 08. Dr. med. Schaeffer, Wolf
01705 Freital

93 Jahre

16. 08. Dr. med. Dittmann, Alfred
09337 Callenberg

95 Jahre

24. 08. Dr. med. Ose, Hans
04229 Leipzig

Rezension

B. Madea, F. Mußhoff, G. Berghaus (Hrsg.)

**Verkehrsmedizin
Fahreignung, Fahrsicherheit, Unfallrekonstruktion**

Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2007
Buchformat: 15,5 x 23,8 gebunden,
785 Seiten, mehrfarbig, mit 128 Tabellen und 155 Abbildungen
Preis: 149,00 Büro ISBN 3-7691-0490-0

Mobilität ist ein besonderes Zeichen der persönlichen Freiheit. Verkehr als wachsendes Massenphänomen fordert allerdings auch Opfer. Mehr und mehr wird auch in Europa das Kraftfahrzeug Teil des Arbeitsplatzes. Noch immer sind aber auch in Deutschland mit zunehmendem Motorisierungsgrad jährlich viele Verletzte, auch Getötete zu beklagen. In einem Zeitalter in dem bereits der Führerscheinwerb ab dem 17. Lebensjahr möglich geworden ist, stellt sich die Frage nach der Verkehrssicherheit intensiver denn je. Die wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den Fragen der Verkehrssicherheit befasst, ist die Verkehrsmedizin.

Offenbar gerade zum richtigen Zeitpunkt liegt von einem Autorenkollegium eine umfangreiche und gut verständlich geschriebene Monographie vor. Eine erste verkehrsmedizinische Monographie stammt aus dem Jahr 1938. Zuletzt waren 1968 und 1984 umfangreiche Arbeiten mit enzyklopädischen Charakter erschienen. Es war nunmehr an der Zeit ein dem technischen Fortschritt geschuldetes Buch an die Hand zu bekommen. Angespro-

chen werden mit dem Lehrbuch „Verkehrsmedizin“ vor allem Ärztinnen und Ärzte verschiedener Berufsfachgruppen, die mit Begutachtungsfragen, insbesondere der Verkehrsmedizin, konfrontiert sind. Auch Psychologen, Juristen, Ingenieure, technische Sachverständige, Sachverständige aus dem Versicherungsbereich, Mitarbeiter im Polizeidienst und sonstige an verkehrsmedizinischen Fragen interessierte Personen einschließlich Studenten finden in den drei großen Kapiteln:

- A. Grundlagen, Epidemiologie und Recht,
- B. Fahreignung, Fahrsicherheit und deren Begutachtung und
- C. der Verkehrsunfall und seine Rekonstruktion

die Antwort auf fachliche Fragen und Zusammenhänge schnell und schlüssig. Zentrales Thema des Buches „Verkehrsmedizin“ ist der Mensch (Subjekt) einerseits als Verursacher eines Unfalles (Fahreignung, Fahrsicherheit) andererseits als Betroffener (Objekt) eines Unfalles (Unfallrekonstruktion, Verletzungsmuster). Ein weiterer Schwerpunkt der Monographie liegt in der ausführlichen Aufzeigung des Problemerkisses Krankheit und Fahreignung sowie Fahrsicherheit, als auch in der Beschäftigung mit Fragen der Bedeutung und Auswirkung von Medikamentenwirkung, Drogenmissbrauch sowie Alkoholauswirkungen im Verkehr und den daraus resultierenden Situationen im Bereich der Verkehrssicherheit und bei Unfällen. Folgende Kernaussagen sind im Lehrbuch Verkehrsmedizin logisch nach zu verfolgen: „Die Rolle der Krankheiten im Straßenverkehr ist schwierig abzuschätzen. Als Unfallur-

sache liegen sie jedoch deutlich hinter der Ursache Alkohol. Sowohl nach der Häufigkeit des Auftretens als auch nach der in Verursacheranalysen ermittelten Gefährdung ist Alkohol die bei weitem gefährlichste Substanz im Straßenverkehr. Cannabis ist die am häufigsten im Verkehr anzutreffende illegale Droge. Insbesondere die Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. Alkohol) führt zu deutlichen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit. Die Rolle der Medikamente im Straßenverkehr ist schwierig abzuschätzen. Die Benzodiazepine haben insbesondere in Kombination mit Alkohol ein Gefährdungspotenzial. Bei korrekter Einnahme ist die von Medikamenten ausgehende Gefährdung des Straßenverkehrs eher gering.“ Ausgezeichnet ist es den Autoren gelungen im Kapitel B/B2 die Krankheiten und ihre Auswirkungen auf die Fahrsicherheit und die Fahreignung umzusetzen. Es werden in der Reihenfolge Sehvermögen und Hörvermögen, Bewegungsbehinderung, Herz- und Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen, Organtransplantation, Lungen- und Bronchialerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und psychische Erkrankungen besprochen. Jedes Unterkapitel endet mit einem aktuellen Literaturverzeichnis. Schnell und sicher erhält der Leser einen Überblick auf interessierende Fragen und Probleme in der Gutachtenpraxis. Ohne „Fehl und Tadel“ liegt ein sehr gutes Lehrbuch für den täglichen Gebrauch vor. Es bleibt nur dem Buch eine rasche Verbreitung zu wünschen.

Dr. Hans-Joachim Gräfe

Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch zum 65. Geburtstag



Am 22. Juni 2007 feierte Univ.-Prof. Dr. Klaus Scheuch seinen 65. Geburtstag. Hierzu gratulieren wir im Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin sehr herzlich und wünschen dem Jubilar alles Gute, vor allem Gesundheit, Glück und Zufriedenheit.

Klaus Scheuch wurde in Plauen im Vogtland geboren. Nach Ablegen des Abiturs und Absolvierung des Wehrdienstes nahm er 1962 ein Medizinstudium an der Universität Leipzig auf, das er 1968 mit dem Staatsexamen abschloss. Im gleichen Jahr erhielt er die ärztliche Approbation, wurde promoviert und nahm die Facharztausbildung auf dem Gebiet der Arbeitshygiene/Arbeitsmedizin auf. 1977 wurde ihm die Lehrbefähigung für Arbeitshygiene erteilt, nach seiner Habilitation erfolgte 1980 die Ernennung zum Hochschuldozenten. 1982 folgte Klaus Scheuch dem Ruf als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl für Arbeitshygiene und Direktor des Instituts für Arbeitshygiene/seit 1987 Arbeitsmedizin an die Medizinische Akademie Dresden. Sein fachliches und hochschulpolitisches Engagement fanden hohe Anerkennung. 1985 bis 1993 als Mitglied des Senats, 1988 bis 1992 als Prorektor für Forschung tätig, wurde Klaus Scheuch nach Gründung der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden 1994 zum Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin berufen.

Die Forschungsarbeit Prof. Scheuchs ist durch ein breites wissenschaftliches Profil und einen hohen Grad an Interdisziplinarität gekennzeichnet. Nach „Psychophysiologischen, endokrinen und klinischen Untersuchungen zur Stresssensibilität“ ragte das ab 1984 von Arbeitsmedizinern, Psychologen, Pädagogen, Phoniatern und Ökonomen bearbeitete Projekt „Lehrerpersönlichkeit-Lehrertätigkeit-Lehrergesundheit“ besonders hervor. Ab 1990 baute Prof. Scheuch den Postgraduiertenstudiengang „Public Health“ auf und bereitete damit den Weg für den Forschungsverbund „Public Health Sachsen“. Weitere Meilensteine sind die „Differenzierung des Arteriosklerosisikos“, das „Forschungs-Qualifizierungs-Modell Dresden“, Studien zur Effektivität und Effizienz betriebsärztlicher Betreuung sowie das „Versorgungsmodell zur Prävention des Typ 2 Diabetes“. Prof. Scheuch und sein Institut sind der Lehrergesundheitsforschung treu geblieben: Derzeit werden die beiden Projekte „Lange Lehren“ und „Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern“ bearbeitet. Im Jahr 2000 gründete Klaus Scheuch das Zentrum Arbeit und Gesundheit Sachsen, das sowohl umfangreiche Aufgaben der betriebsärztlichen Betreuung in der Region wahrnimmt als auch Träger des Betriebsärztlichen Kompetenzzentrums zur Betreuung und Beratung von Lehrberufen ist.

Von ganzem Herzen Hochschullehrer, ist Prof. Scheuch stets voller innovativer Ideen. Bei der Neugestaltung des Medizinstudiums in der DDR war er für den Schwerpunkt „Prävention“ verantwortlich, nach der Wende baute er das ökologische Stoffgebiet mit auf, wichtige arbeits-, sozial- und umweltmedizinische Themen wurden in das DIPOL-Modell der reformierten Medizinischen Fakultät integriert. Dem wissenschaftlichen Nachwuchs widmet sich Prof. Scheuch besonders engagiert: Sieben WissenschaftlerInnen habilitierten sich unter seiner Anleitung, über 80 wurden promoviert.

Klaus Scheuch ist mit großem berufspolitischem Engagement in zahlreichen wissenschaftlichen Organisati-

onen und Fachgremien wirksam. 1997 wurde er in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin gewählt, deren Entwicklung er 2003 bis 2006 als Präsident maßgeblich mitgestaltete. Seit 1997 ist Prof. Scheuch Mitglied des Vorstandes der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer – die Sektion Arbeits- und Umweltmedizin leitet er seit 1998 – und legte den Grundstein für die Dresdner Weiterbildungskurse für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin. 1999 wurde Klaus Scheuch in den Ärztlichen Sachverständigenrat, Sektion Berufskrankheiten, beim BMA berufen und überdies Mitglied des Interdisziplinären Arbeitskreises für Lärmwirkungsforschung beim Umweltbundesamt. Seit 2003 wirkt er in den Ausschüssen „Arbeitsmedizin“ des HVBG und „Betriebsärztliche Versorgung“ der Bundesärztekammer mit. Dieser hohe organisatorische Aufwand behinderte die wissenschaftliche Produktivität Prof. Scheuchs nicht, davon zeugen unter anderem 400 Publikationen, 25 Bücher, mehr als 600 Vorträge und nicht zuletzt die Ehrung mit der Joseph-Rutenfranz-Medaille im Jahr 2007.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin schätzen den fachlichen und wissenschaftspolitischen Weitblick Prof. Scheuchs, seine Fähigkeit zu begeistern und anzuspornen wie auch sein Engagement für die Entwicklung des Instituts. Dabei hat er sich ein stets offenes Ohr für persönliche Anliegen seiner Mitarbeiter bewahrt.

Wir wünschen Ihnen, verehrter Herr Prof. Scheuch, alles Gute zum Jubiläum, weiterhin Schaffenskraft sowie gesundheitliches und persönliches Wohlergehen und verbinden dies mit dem Dank für ein Vierteljahrhundert erfolgreichen Wirkens im Sinne der Dresdner Arbeitsmedizin.

Im Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden

Dipl.-Math. Eva Haufe und
Dr. Reinhard Wolff

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Werner Otto



Am 1. Juni 2007 verstarb Prof. Dr. Werner Otto, der vormalige Ordinarius für Innere Medizin und langjährige Direktor des Medizinisch-Poliklinischen Instituts der Leipziger Universität im Alter von 86 Jahren.

Prof. Otto hat sich insbesondere um die Rheumatologie national und international verdient gemacht. Über mehrere Jahrzehnte hinweg prägte er und gestaltete er den Gedanken der poliklinischen Inneren Medizin an der Leipziger Universität. Seine ehemaligen Kollegen und Weggefährten werden ihn als engagierten, leidenschaftlichen und liebenswerten Kollegen, als vorbildlichen Arzt, verdienten Wissenschaftler und anerkannten Hochschullehrer in Erinnerung bewahren.

Werner Otto wurde am 6. April 1921 in Kitscher geboren, ging in Borna zur Schule und begann das Studium der Humanmedizin in Leipzig; nach Kriegsdienst Fortsetzung des Studiums in Jena. 1944 Abkommandierung des gesamten Studienjahres an die Ostfront. Nach Verletzung und Kriegsgefangenschaft in Italien kehrte er 1947 nach Deutschland zurück und legte 1949 das Staatsexamen in Leipzig ab. Er promovierte über „Das blutdrucksteigernde System der Niere“ und begann 1951 als Assis-

tenarzt am Medizinisch-Poliklinischen-Institut der Leipziger Universität. Kurz nach der Facharztanerkennung für Innere Medizin erfolgte 1956 seine Ernennung zum Oberarzt. 1957 habilitierte er über die „Zusammenhänge der degenerativen Wirbelsäulenveränderung und Hypertonie“. Im Folgejahr wurde ihm die Dozentur verliehen. 1962 wurde er zum Professor mit Lehrauftrag ernannt und übernahm nach Weggang von Prof. Zinnitz die Leitung des Instituts. 1969 wurde er zum ordentlichen Professor für Innere Medizin berufen.

In der Tradition der seit 1818 bestehenden Poliklinik wurde die seit den 30-iger Jahren vom Rheumatologen Schön in dem Haus etablierte Rheumaambulanz unter seiner Leitung zu einem diagnostisch-therapeutischen Zentrum ausgebaut. Seit 1962 fungierte er als Koordinator für die internationale Zusammenarbeit mit den sozialistischen Ländern auf dem Gebiet der Rheumatologie. So kam es zu einer engen Zusammenarbeit mit den profilbestimmenden und international ausgewiesenen Rheumainstituten (Forschungsgruppen) in Prag, Piestany, Moskau, Budapest und Warschau.

Mit den Professoren Seidel und Heidelmann gründete er 1968 die Gesellschaft für Rheumatologie der DDR, die er sieben Jahre als 1. bzw. 2. Vorsitzender leitete.

Seine Initiative führte zur Aufnahme dieser Fachgesellschaft in die Europäische und Internationale Rheumaliga.

Gastvorlesungen führten ihn nach Finnland, Ägypten und Sudan und an vier Universitäten in den USA. Seine internationale Anerkennung spiegelte sich ebenso wider in den Ehrenmitgliedschaften in der jugoslawischen Rheumatologenvereinigung und der tschechoslowakischen Purkinje-Gesellschaft.

Unter den über 100 Veröffentlichungen waren Buchbeiträge der Kapitel zur Rheumatologie im Schulz/Stobbe

(Grundlagen der Inneren Medizin), Brüscke (Lehrbuch für Innere Medizin) und im Handbuch für Innere Medizin, den drei internistischen Standardwerken der DDR. Als eigene Bücher verfasste er u.a. „Die Rheumasprechstunde“ (1969), unter Mitarbeit von Gruber die „Poliklinische Blickdiagnostik“ (1972) und mit Seidel und Wessel „Die rheumatischen Erkrankungen“ (1973).

Außer der Spezialisierung in Forschung und Lehre galt sein Wirken neben der Rheumatologie dem Grundgedanken des Poliklinikers in der Einheit von Spezialambulanzen und stationärer Versorgung. Er setzte damit die Tradition vormaliger Direktoren des Hauses wie Heubner, Erb, Strümpell, Aßman und Bittdorf fort, die die große Ausstrahlung der Medizinischen Poliklinik begründeten. Vielen Kollegen bleibt Werner Otto wegen seiner didaktisch und rhetorisch brillanten, von allen Hören beliebten Vorlesungen zur Medizinischen Poliklinik, Rheumatologie und besonders zu den interdisziplinären Leitsymptomen in unvergesslicher Erinnerung.

Niedergelegt war dieser umfangreiche Erfahrungsschatz als Höhepunkt seines Wirkens als Polikliniker und Kliniker in dem von ihm inaugurierten und mit zwei erfahrenen Kollegen verfassten Werk „Medizinisch-Poliklinische Diagnostik, Differenzialdiagnose in Leitsymptomen“, welches in mehreren Auflagen mit insgesamt 33000 Exemplaren erschien.

Das von ihm bis zu seiner Emeritierung 1986 geleitete Medizinisch-Poliklinische Institut der Leipziger Universität war von einer allzeit kollegialen Atmosphäre geprägt.

Seine Mitarbeiter und Schüler trauern um ihren ehemaligen Chef und Lehrer. Sie bleiben ihm in Hochachtung und Würde verbunden. Wir werden sein Andenken in Ehren bewahren.

Dr. Lothar und Jürgen Otto
Markkleeberg bei Leipzig

Verstorbene Kammermitglieder 10. 6. 2006 – 15. 6. 2007

Außer der Zeit gehört mir nichts.
Seneca

Dr. med. Harry Aermes

Leipzig

Dr. med. Rolf Bieler

Oschatz

Dr. med. Marianne Borowski

Klingenthal

Dr. med. Götz Brückner

Mokrena

Ute Busch

Leipzig

Dr. med. Evelyn Büttner

Leipzig

Prof. Dr. med. habil.

Ferdinand Dieterich

Leipzig

Dr. med. Wolfgang Dietrich

Sohland

Dr. med. Robert Dörfler

Leipzig

Dr. med. Wilmar Dörr

Chemnitz

Dr. med. Regina Eichhorn

Chemnitz

Dr. med. Jochen Eichner

Niederau

Dr. med. Kurt Emmrich

Chemnitz

Prof. Dr. med. habil.

Peter Feudell

Leipzig

Dr. med. Helmut Fischer

Böhlen

Dr. med. Thomas Giebe

Leipzig

Dr. med. Rolf Gläsel

Leipzig

Dr. med. Brigitte Görig

Dresden

Dr. med. Klaus Görner

Augustusburg

Dr. med. Sonja Grimm

Leipzig

Dr. med. Wolfgang Haller

Plauen

Dr. med. Werner Hanzl

Zittau

Dr. univ. med. Wolfgang Heil

Zwickau

Dr. med. Hans-Georg Heintze

Oelsnitz

Wolfgang Jaschke

Dresden

Dr. med. Wolfgang Jentzsch

Leipzig

Dr. med. Martin Kerl

Leipzig

Dr. med. Hans Klenner

Markranstädt

Armin Koppe

Limbach-Oberfrohna

Dr. med. Gerhard Korth

Görlitz

Dr. med. Heinrich Kraus

Chemnitz

Dipl.-Med. Bernd Kreibich

Beiersdorf

Dr. med. Annie Kunzmann

Kitzen

Dr. med. Victoria-Alice Leonhardt

Freiberg

Dr. med. Otto Liebert

Panitzsch

Prof. Dr. med. habil.

Wolfgang Lorenz

Crimmitschau

Dr. med. Hans-Rainer Löwe

Waldheim

Dr. med. Jürgen Meierhöfer

Frohburg

Dr. med. Heike Möckel

Zwickau

Dr. med. Ingeborg Morawietz

Leipzig

Dr. med. Eveline Müller

Cainsdorf

Dr. med. Jontscho Nenoff

Leipzig

Heinz Oelsner

Stollberg

Hinrich Plüer

Leipzig

Dipl.-Med. Christa Pollack

Wittichenau

Dr. med. Gudrun Pongratz

Weinböhl

Dr. med. Fritz Purrucker

Chemnitz

Dr. med. Wolfgang Ranft

Auerbach

Dr. med. Manfred Rech

Chemnitz

Dr. med. Dr. med. dent.

Ilse Rennefarth

Radebeul

Priv.-Doz. Dr. med. habil.

Joachim Richter

Görlitz

Dr. med. Rainer Richter

Leipzig

Dr. med. Wolfgang Ripp

Dresden

Dr. med. Anneliese Runge

Leipzig

Eberhard Schlosser

Auerbach

Edelgard Schmidt

Lohmen

Dr. med. Johann Schmidt

Chemnitz

Dr. med. Werner Schmutzler

Leipzig

Prof. Dr. sc. med. Jürgen Schott

Liebenburg

Dr. med. Claus Schumann

Eilenburg

Dr. Hellmut Schumann

Wurzen

Prof. Dr. med. habil.

Roland Schwarze

Pirna

Dietmar Seiler

Mühlau

Dr. med. Hans-Wolfgang

Seyferth

Leubsdorf

Dr. med. Marianne Stephan

Leisnig

Dr. med. Wolfgang Stichel

Pirna

Dr. med. Irmtraud Stier

Pirna

Dr. med. Ullrich Tolkmitt

Chemnitz

Dr. med. Ingrid Tomesch

Werdau

Dr. med. Brigitte Vogel

Frauenhain

Dr. med. Siegfried Voigtländer

Glauchau

Dr. med. Gunther Völker

Frankenberg

Klaus Wagner

Torgau

Dr. med. Sieghard Wagner

Dresden

Frank Weidner

Crimmitschau

Doz. Dr. med. habil. Bernd Weigel

Leipzig

Dr. med. Hannelore Wichmann

Freital

Dr. med. Klaus Wirth

Leipzig

Roland Zinke

Freiberg

Gabi Keil – Malerei und Zeichnung

Die gebürtige Oschatzerin findet Städte interessant. Mit dem Blick der Künstlerin durchstreift sie Dresden, Florenz, London, Madrid, Paris oder Salzburg. Anfänglich fiel die Absolventin der Hochschule für Bildende Künste Dresden (1994 bis 1999) vor allem durch intensive, malerisch anmutende Kohlezeichnungen und daraus folgende Lithografien auf, die während und nach Stipendienaufenthalten in Paris (1999) und Madrid (1999 bis 2000) entstanden waren. Ihr Charakteristikum ist die bewusst gewählte Distanz zu den verinnerlichten traditionellen Bildern dieser Metropolen. Mit der Wahl mehr oder weniger anonymen Ausschnitte aus der baulichen Situation – oft Fragmente zeitgenössischer Gebrauchsarchitektur – konterkarierte sie diese gezielt. Eine große Anziehungskraft verleiht den Arbeiten von Gabi Keil (Jahrgang 1970) die häufige Wahl ungewöhnlicher Perspektiven, etwa extremer Untersichten, und/oder die Schaffung großer „verschatteter“ Flächen. Auf den Blättern entsteht so eine besondere Stimmung, die etwa das schmerzhaft Aufeinander-



Am Kanal (Münster), 2004, Öl auf Leinwand, 60x80 cm

prallen von Altem und Neuem, den Verlust historischer Substanz, fühlbar werden lässt. In der jüngeren Zeit nun, besonders auch im Kontext von mehreren Aufenthalten in der Villa Romana in Florenz (2003 und 2005) sowie in Salzburg (2005), hat sich die Künstlerin, die zwischen 2000 und 2002 Meisterschülerin bei Max Uhlig war, verstärkt der Malerei zugewandt. Auch hier ist der „besondere“, unspektakulär-spektakuläre

Blick spürbar. Mit diesem und einem ruhigen flächigen Duktus bringt sich Gabi Keil in den aktuellen malerischen Diskurs ein.

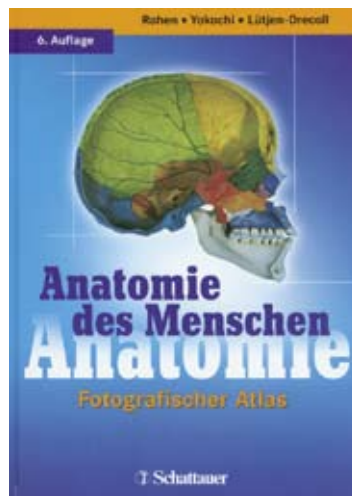
Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 18. Juli bis 16. September 2007, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 19. Juli 2007, 19.30 Uhr.

Anatomie des Menschen

Fotografischer Atlas der systematischen und topografischen Anatomie

Rohen, Johannes W. / Yokochi, Chihiro / Lütjen-Drecoll, Elke



6. Aufl. 2006. 543 Seiten, 1258 Abbildungen
EURO 89,00
ISBN-10: 3-7945-2430-6
ISBN-13: 978-3-7945-2430-3

Der fotografische Atlas enthält handwerklich präzise Präparationen, realistische fotografische Wiedergabe von Strukturen, räumliche Dimensionen der anatomischen Präparate, schichtweise Präsentation der nach Regionen geordneten topografischen Anatomie und konsequente Berücksichtigung des klinischen Bezugs durch zahlreiche MRT-, und Röntgenabbildungen.

In der vorliegenden Neuauflage wurde das hervorragende Bildmaterial weiter verbessert. Makrofotos von neu hergestellten Präparaten sind aufgenommen und durch wei-

tere Zeichnungen ergänzt. Zahlreiche neue CT- und MR-Aufnahmen wurden eingefügt.

Der bewährte didaktische Aufbau und die exakte Gliederung des Atlas wurden beibehalten.

Das Hauptanliegen dieser Neuauflage war, das anatomische Bildmaterial weiter zu verbessern und durch begleitende Illustrationen mit halb-schematischen Zeichnungen die topografischen Verhältnisse eindeutiger verständlich zu machen. Das umfangreiche Sachverzeichnis und die didaktische Optimierung machen den Anatomieatlas zu einem wertvollen Begleiter durch Studium, Klinik und Praxis.

Prof. Dr. Winfried Klug

Ärzteblatt Sachsen 7/2007