

Editorial	„Zuckerbrot und Peitsche“ oder doch kalter Krieg?	352
Berufspolitik	18. Sächsischer Ärztetag	353
	21. Erweiterte Kammerversammlung	363
	Studie „Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaats Sachsen“	368
	Vertiefung der Kooperation und verstärkte Vernetzung	371
	Förderung von Medizinstudenten	372
	Arzneimittelinteraktionen	372
	Gemeinsame Sitzung der Vorstände	374
	Ärzttekammer für Medizinstudenten	376
	Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen	376
	Forschungspreis der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V.	377
Gesundheitspolitik	Raucherambulanz in Chemnitz	373
Leserbriefe	Ein Nachschlag für Pollack	375
	Sponsoring und Fortbildung	375
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	374
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	378
Medizingeschichte	Peyton Rous	379
	Anton Graff (1736 – 1813)	388
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Friedrich G. Renger zum 90. Geburtstag	382
	Dr. med. Thomas Fritz zum 65. Geburtstag	383
	Jubilare im August	384
	Verstorbene Kammermitglieder	386
	Impressum	385
Reisebericht	Medizinische Versorgung in einem Flüchtlings-Camp der Shan People an der burmesischen Grenze	387
Kunst und Kultur	Ausstellung: Bildung und Abbild – Schichtung und Geschichte	390
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – September 2008	



18. Sächsischer Ärztetag
Seite 353



18. Sächsischer Ärztetag,
21. Erweiterte Kammerversammlung
Seite 363



Ärzttekammer für Medizinstudenten
Seite 376



Medizinische Versorgung in einem
Flüchtlings-Camp
Seite 387

„Zuckerbrot und Peitsche“ oder doch kalter Krieg?

Nur der unverbesserlichste Schönwetterprophet und Ignorant kann wirklich der Meinung sein, dass im deutschen Gesundheitswesen alles mit rechten Dingen zugeht. Allenthalben steht die Frage, von welcher Seite die Betrachtung erfolgt. Hören wir politische Meinungsbildner, so sind es Ärzte und andere Gesundheitsberufe, welche als Nutznießer und Gewinner aus ihrer Arbeit immer wieder an den Pranger gestellt werden. Andererseits aus dem Blickwinkel derer, sind es vor allem die hilflose Politik und zum Teil auch die Krankenkassen, welche das System der Krankenversicherung in Deutschland mit immer neuen Verwerfungen überziehen. Wären die Finanzen unendlich, so könnten Demografie, medizinisch technischer Fortschritt und wirtschaftliche Entwicklung abgedeckt werden, nur dies bleibt ein Wunschtraum. Ein sparsamer Mitteleinsatz ist aus diesem Grunde notwendig, über die Art und Weise und die Methoden der Kontrolle desselben lässt sich allerdings ebenso gut streiten.

§ 106 in Verbindung mit § 84 SGB V beschreiben die aktuellen Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich. Nach diesem ist aus der gemeinsamen Geschäftsstelle der Prüfungsgremien der Ärzte und Krankenkassen nunmehr die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen entstanden. Einigen ist sicherlich in Erinnerung, dass bei Änderung der Vorschriften im SGB V mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz versprochen wurde, die Ärztinnen und Ärzte von Regressandrohungen und bürokratischen Aufwänden zu befreien und ebenso die Nachwirkzeit auf zwei Jahre zu begrenzen.

Was ist aber tatsächlich passiert. Im Rückblick: Zuerst lag die Prüfungshoheit in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ärztlicher Sachverstand führte in aller Regel dazu, dass Kolleginnen und Kollegen zwar mit deutlichem Aufwand, aber meist erfolgreich Praxisbesonderheiten darstellen konnten.

Die drohende Regressgefahr und Verbitterung unter den Kolleginnen und Kollegen, gepaart mit erheblicher Verwirrung wegen permanenter Veränderung, führte bereits hier zu deutlichen Veränderungen

in den Verordnungsgewohnheiten mit beginnender Rationierung. Verschiedene Maßnahmen wie Richtgrößen-, Durchschnittsprüfungen, Bonus-Malus etc. waren und sind flankierend. Allerdings gaben sich Politik und Krankenkassen damit nicht zufrieden. Als neues Instrument wurden dann die gemeinsamen Geschäftsstellen geschaffen und das Prüfverfahren aus den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgegliedert. Auch hier war es, wenngleich schwieriger und weniger aussichtsreich, durch ärztlichen Sachverstand bereits in der ersten Instanz noch möglich, viele zusätzliche Besonderheiten des individuellen ärztlichen Verhaltens im einzelnen Fall zu berücksichtigen. Natürlich war der Aufwand groß und die nunmehr durch Regressverhängung eingespielten Mittel deckten nach allgemeinen Aussagen gerade mal die Kosten der Prüfung.

Abhilfe nach dem Motto von „Zuckerbrot und Peitsche“ soll nun die Neuausrichtung des Prüfgeschäftes bringen.

Ganz bewusst wurde zwar die Zahl der zur Prüfung anstehenden Kolleginnen und Kollegen auf maximal fünf Prozent der „Überschreiter“ reduziert und auf maximal zwei Jahre nach Veranlassung der Kosten beschränkt. Aber bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen bereits im Vorprüfverfahren hat es zu erheblichen Erschwernissen geführt. Die Liste der per se anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ist aus gutem Grund nicht sehr lang. Betrachtet man allerdings die Wirklichkeit, so sind allerdings andere Maßstäbe zu setzen. Widerspiegeln ausgewählte Medikamentengruppen die Praxiswirklichkeit? Dies mag für hochspezialisierte Sprechstunden gelten, für Hausärzte allerdings kommt dies nicht zum Tragen. Hier ist es oft die breite Masse der Patienten mit einer breiten Menge an Verordnungen, welche zu höheren Verordnungskosten führt. Es ist die Klientel der älteren und multimorbiden Patienten zu betrachten, welche die Medikamentenauswahl nicht zuletzt wegen bestehender Wechselwirkungen schwierig macht. Welches Medikament ist entbehrlich, wenn wir uns nach Leitlinien richten, die auf Krankheiten und nicht auf multimorbide Patienten orientiert sind?

So kommt es, dass in Sachsen nunmehr Regressandrohungen im Raume stehen,

welche jegliche Sachbezogenheit vermischen lassen. Hatten Ärztinnen und Ärzte überwiegend bisher mit Androhungen im hohen vier bis niedrigen fünfstelligen Bereich zu rechnen, so ist nun vom mittleren bis hohen sechsstelligen Bereich auszugehen. Verständlicher Grund ist nunmehr der fehlende, weil politisch nicht mehr gewünschte Sachverstand und die einfache rechnerische Prüfung. Die Angst und der Schrecken, den ein solches Vorgehen bereitet, ist verständlich. Die Bürokratie ist für die betroffenen 237 Kolleginnen und Kollegen erheblich. Stellt man allein das in einer unübersichtlichen und mit einfachen EDV-Mitteln nicht verwertbare zur Verfügung gestellte Datenmaterial in Papierseiten dar, so kommen leicht 1.500 bis 2.000 bedruckte A4-Seiten zusammen.

Praxisbesonderheiten nun zu begründen wird schwierig, da insbesondere ausführliche Erläuterungen notwendig sind, um den Sachbearbeitern in der Prüfungsstelle klar zu machen, warum und wieso eine Verordnung erfolgte. Die einfache Diagnose reicht eben hier nicht mehr. Ist dies die versprochene Vereinfachung des Prüfgeschäftes?

Nicht hilfreich sind da Aufforderungen an durch Prüfverfahren belastete Ärztinnen und Ärzte weiter zu überweisen – oft ist das für ältere Patienten nicht möglich, hat keine Ersparnis für die Kosten und schadet dem Patienten oft mehr als es hilft. Ebenso sind die Auswirkungen auf den Honorarbereich nicht abzuschätzen, wenn allein dadurch eine Art „Ringüberweisungsmentalität“ besteht, nur weil das Budget der einzelnen Praxis erschöpft ist.

Was können die Folgen sein?

- Praxisschließungen, sei es durch Insolvenz oder durch Verdruss, sind vorprogrammiert!
- Versorgungsengpässe werden sich verschärfen!
- Es wird weitere massive Erschwernisse für Patienten geben!
- Das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt wird weiter untergraben!
- Der ärztliche Nachwuchs wird sich weiterhin abwenden und alle eingeleiteten Maßnahmen werden schon deshalb ad absurdum geführt!

Kann sich dies das sächsische Gesundheitswesen leisten?

18. Sächsischer Ärztetag 38. Kammerversammlung 27. und 28. Juni 2008

Arbeitstagung am 27. Juni 2008

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn des 18. Sächsischen Ärztetages den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und den Studentenvertreter der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Herrn Christoph Straube.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 67 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Professor Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Schwerpunkte des Vortrages waren: Gesundheitspolitik im Vorwahljahr
In seinen Ausführungen über die gesundheitspolitische Lage im Vorwahljahr ging der Präsident auf die aktuellen Probleme in Deutschland ein: Gesundheitsreform, Konvergenzphase, Telematik, Rationierung und Bürokratisierung: Das seien die Schlagworte unserer Tage. Es brenne an allen Ecken und Enden, doch mit Blick auf die Bundestagswahl 2009 machten die Politiker gute Miene zum bösen Spiel und versuchten mit Honorarerhöhung ab dem Jahr 2009 zu punkten.

Rationierung in der Medizin

Mit einer immer schnelleren Abfolge von Spar- und Reglementierungsge-



Dr. med. Lutz Liebscher, Dr. med. Klaus Vogel, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Prof. Dr. med. sc. Wolfgang Sauermann, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Ute Taube, Dr. med. Steffen Liebscher, Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud (v.l.)

setzen ist es mittlerweile in wichtigen versorgungsrelevanten Bereichen des Gesundheitssystems zu Fehlsteuerungen gekommen, die jetzt und in naher Zukunft die flächendeckende Betreuung und Versorgung der deutschen Bevölkerung gefährden können. „Wir Ärzte müssen seit Jahren eine politisch verursachte heimliche Rationierung im Gesundheitswesen ertragen und unseren Patienten vermitteln“. Zu diesem Fazit kommt Prof. Dr. Schulze.

Vor dem Parlament der sächsischen Ärzte machte er zudem deutlich, dass durch eine strikte Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung schon längst nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt wird. „Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, werden seit Jahren immer stärker eingeschränkt. Wir entwickeln eine Low Budget Versorgung“, sagte Prof. Dr. Schulze. Die vordergründige Orientierung an der „Heiligen Kuh“ der Beitragssatzstabilität aus wahltaktischen Gründen einerseits und die davoneilenden Gesundheitskosten infolge Multimorbidität und moderner Medizin andererseits führten bei gleichem Ressourceneinsatz zwangsläufig zur Verknappung von Gesundheitsleistungen mit der Folge von Rationierung und Vertrauensverlust in der Patient-Ärzt-Beziehung.

Letztlich gäbe es nur zwei Wege aus dieser gerade für Patienten desaströsen Situation: Entweder mehr Geld in das System, wozu die Krankenver-

sicherten wohl auch bereit wären. Oder eine Änderung, also transparente Kürzung, des bisherigen Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit würde aus der verdeckten eine offene Rationierung und die Ärzte müssten sich nicht für Dinge verantworten, die sie so nicht gewollt haben. Nur eine transparente und ehrliche Gesundheitspolitik kann die Herausforderungen dieser Zeit, wie zum Beispiel den demografischen Wandel, meistern.

Kein Ausverkauf von Krankenhäusern

Aufgrund der gesetzlich verursachten schlechten Ertragslage im Krankenhaussektor besteht in Sachsen die Gefahr, dass öffentlich-rechtliche Träger ihre Krankenhäuser ab 2009 durch Verkauf privatisieren müssen. „In der Ärzteschaft herrscht Einigkeit darüber, dass die in Sachsen vorhandene Drittelung der Trägerschaften in öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig und privat erhalten werden muss. Nur so kann eine Monopolisierung durch Klinikübernahmen und eine flächendeckende stationäre Versorgung erhalten werden“, so Prof. Dr. Schulze auf dem Ärztetag. Gleichzeitig wird eine Degradierung der angestellten Ärzte zu Krankheitsmanagern befürchtet, mit der Folge, dass das Management die Medizin dominiere und ärztliche Entscheidungen aus ökonomischen Gründen infrage stelle.

Die Finanzierung der Kliniken ist aufgrund des Endes der Konvergenzphase zum 1. Januar 2009 und der Umstellung auf sogenannte Fallpau-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

schalen ein deutschlandweites Problem. Wegen der Brisanz sollte sich der Bundesrat noch vor der Sommerpause mit dem Thema befassen und die Bundesregierung zum Handeln auffordern.

Die vom Bund vorgegebene Deckelung der Krankenhausbudgets müsse aufgegeben werden. Und als erste Sofortmaßnahme solle der Sanierungsbeitrag abgeschafft werden. Prof. Schulze vor dem Parlament der sächsischen Ärzte: „Wir brauchen eine Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser, die ausreicht, um die Ausgaben zu decken. Sonst sind ein Teil der Krankenhäuser und damit die flächendeckende stationäre Versorgung in Sachsen gefährdet“.

Private Investoren stünden bereits vor der Tür, um möglichst zu einem kleinen Preis Krankenhäuser zu kaufen. Man rechnet in dieser Branche mit einer „guten Marktlage“ im kommenden Jahr. Krankheit scheint sich finanziell zu lohnen, sonst wäre das Interesse nicht so groß. Aber auch kommunale Krankenhäuser könnten wirtschaftlich arbeiten. Dafür gebe es auch sehr gute Beispiele in Sachsen. Man müsse nur die Strukturen dafür schaffen.

MVZ in privater Hand

Auch die sich verändernden Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung waren immer wieder Anlass für die Sächsische Landesärztekammer tätig zu werden. Eine besondere Gefahr sieht der Vorstand darin, dass Medizinische Versorgungszentren mehrheitlich durch Kliniken und hier insbesondere private Trägerketten gegründet werden könnten.

Eine Monopolbildung muss aus Sicht der Ärzteschaft verhindert werden, um den Einfluss einer vordergründigen renditeorientierten Patientenbehandlung so gering wie möglich zu halten.

111. Deutscher Ärztetag

Der Präsident stellte die „Gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft“ vor, die als „Ulmer Papier“ auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Mai dieses Jahres verabschiedet wurden. Darin wird ausdrücklich festgestellt, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder -industrie ist, Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, Gesundheit und Krankheit sind keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens. Diagnose und Therapie dürfen nicht zum Geschäftsgegenstand werden (die Leitsätze finden Sie im Internet unter www.baek.de).

Ärztmangel in Sachsen

Ein Dauerbrenner auf den Sächsischen Ärztetagen ist das Thema Ärztemangel. Die oben beschriebenen Problemfelder sind nach Auffassung des Präsidenten zu einem Großteil die Ursachen für den Frust in der Ärzteschaft und für den Ärztemangel in Sachsen und Deutschland. Partiiell sei es zwar gelungen, Ärzte mit Fördergeldern oder gezielten Informationen in nicht ausreichend versorgte Regionen zu locken. Torgau-Oschatz ist aktuell deshalb nicht mehr von einer Unterversorgung bedroht. Aber die nächsten Regionen stünden vor der Tür. Auch würden zukünftig nicht nur Hausärzte fehlen, sondern auch zum Beispiel Augenärzte, Hautärzte und Neurologen.

Kurios sei in diesem Zusammenhang der ständige Anstieg der Anzahl der Kammermitglieder. „Wir haben in jedem Jahr mehr Ärzte in unserem Kammerbereich. Sieht man sich allerdings die Zahlen genauer an, dann handelt es sich zumeist um Ärzte im Ruhestand, die zu uns kommen“, so der Präsident.

Sachsen hat kürzlich neben der finanziellen Förderung von Praxen auch die Förderung von Medizinistu-

denten beschlossen, um junge angehende Ärzte frühzeitig an eine ländliche Hausarztpraxis zu binden (Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2008). Ausführliche Informationen dazu sind bei der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen abrufbar.

Ob diese Förderung positiv wirkt, zeige sich erst in zehn Jahren. Bis dahin hat aber – neben Leipzig – hoffentlich auch Dresden einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Prof. Dr. Schulze: „Aber alle Fördermaßnahmen bewirken wenig, wenn wir nichts über die Weiterbildungsstellen wissen. Insbesondere besteht politischer Regelungsbedarf bei der Finanzierung von Weiterbildungsstellen. Hier müssen wir mit den Partnern ansetzen, um den Absolventen der Medizin Perspektiven in Sachsen aufzeigen zu können“.

Arztbild im Wandel

Die ärztliche Profession unterliegt durch die zuvor beschriebenen Entwicklungen sehr vielfältigen Veränderungen. Dadurch wird auch das Arztbild geprägt, sowohl das Arztbild in der Gesellschaft als auch das Bild, welches Ärzte von sich selbst haben. In zehn Thesen hat sich der Präsident auf dem 111. Deutschen Ärztetag mit den Auswirkungen der Versorgungsengpässe auf das Arztbild und mit damit verbundenen unerwünschten Nebenwirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung auseinandergesetzt.

Diese zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle des Arztes bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beziehen sich auf ein Arztbild, wie es aus der Ärzteschaft heraus gebildet wird, wie es von der Gesellschaft gewünscht und von der Politik ermöglicht werden kann. Auch diese finden Sie im Internet unter www.slaek.de.

Zum Abschluss seines Vortrages erinnerte Prof. Dr. Schulze an den Humanisten, Arzt und Wissenschaftler Albert Schweitzer, der in seiner Lehre „Ehrfurcht vor dem Leben“ sinngemäß feststellte: Als gut gilt es, Leben zu erhalten, Leben zu fördern, entwickelbares Leben auf seinen höchsten Wert zu bringen. Als böse gilt: Leben zu vernichten, Leben zu schädigen,

entwickelbares Leben niederzuhalten“. Diese Ethik des bedeutenden Urwaldarztes aus Lambarene begreift alles in sich, was als Liebe, Hingabe, Mitleiden, Mitfreude und Mitstreben bezeichnet werden kann.

Künftige Struktur der Kreisärztekammern

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer der
Sächsischen Landesärztekammer

Der Präsident und der Hauptgeschäftsführer berichteten über die möglichen Auswirkungen der am 1. August 2008 in Kraft tretenden Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern. Nach der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer werde für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt eine Kreisärztekammer gebildet. Blicke es bei dieser Regelung, würde die Zahl der Kreisärztekammern aufgrund der Kreisgebietsreform von heute 29 auf künftig 13 vermindert. Nach eingehender Erörterung der Vor- und Nachteile einer solchen Neugliederung beschlossen die Mandatsträger, die Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern auf die 39. Kammerversammlung am 8. November 2008 zu vertagen.

Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer des früheren Tätigkeitsortes nach Beendigung der Berufstätigkeit

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Leipzig Stadt
PD. Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer der
Sächsischen Landesärztekammer
Auf der 38. Kammerversammlung wurde von Herrn Prof. Dr. Keller beantragt, dass jedem Mitglied unserer Sächsischen Landesärztekammer nach Beendigung seiner Berufstätigkeit die Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer des früheren Tätigkeitsortes offen stehen soll. Die bisherige Regelung, wonach jedes Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer bei Beendigung seiner Berufstätigkeit automatisch Mit-



Die sächsischen Mandatsträger stimmen über Anträge ab.

glied in der Kreisärztekammer seines Wohnortes wird, nehme keine Rücksicht auf die gewachsenen persönlichen Verbindungen, Freundschaften und Gegebenheiten. Aus diesen Gründen habe der vorgeschriebene Kreisärztekammerwechsel im Laufe der letzten Jahre eine größere Anzahl von ehemals Leipziger Kolleginnen und Kollegen dazu bewogen, schriftlich um die offizielle Wiederaufnahme der Mitgliedschaft in ihrer ehemaligen Kreisärztekammer zu bitten. Des Weiteren sei den neuen Mitgliedern bei Wahlhandlungen eine sachgerechte Abstimmung aufgrund der für sie relativ unbekanntenen Kandidaten erschwert.

Nach Recherchen gebe es in der Ärztekammer Hamburg die Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft. Nicht zuletzt aus diesem Grunde unterstützen viele Mitglieder der Kreisärztekammer Leipzig Stadt diesen Antrag. Im Anschluss an die Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Keller informierte Herr PD Dr. jur. Boerner zunächst über die derzeit geltende Rechtslage: „Sowohl die Hauptsatzung als auch die Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer nehmen im Hinblick auf die Zugehörigkeit zur Kreisärztekammer oder zum Wahlkreis auf den Ort der Berufsausübung, nach Aufgabe der Berufstätigkeit auf den Wohnort Bezug“. Solle die bisherige Zuordnung im Sinne des Beschlussantrages geändert werden, müssten diese Satzungen entsprechend angepasst werden. Nichtberufstätige Mitglieder könnten dann in ihrer bisherigen Kreisärztekammer verbleiben, insbesondere dort wäh-

len und gewählt werden. Dr. Boerner warnte jedoch vor einem größeren Verwaltungsaufwand, falls die beantragte Option für den Verbleib in der früheren Kreisärztekammer bei jeder Aufgabe der Berufstätigkeit, zum Beispiel auch bei Arbeitslosigkeit oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit, bestünde. Gleiches gelte, wenn die einmal getroffene Entscheidung revidierbar wäre. „Die Option für den Verbleib in der Kreisärztekammer des Tätigkeitsortes ist nur dann praktikabel, wenn man sie auf die Beendigung der Berufstätigkeit beschränkt und die Entscheidung des Mitglieds unwiderruflich ist“, betonte der Hauptgeschäftsführer.

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Keller wurde als Prüfauftrag an den Vorstand gegeben. Eine Beschlussfassung soll auf der 39. Kammerversammlung am 8.11.2008 erfolgen.

Jahresabschlussbilanz 2007

Dr. med. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied und Vorsitzender
des Ausschusses Finanzen
Dipl. Kaufm. Wulf Frank,
Wirtschaftsprüfer, Wirtschafts-
prüfungsgesellschaft Bansbach,
Schübel, Brösztl & Partner GmbH
Der Sächsischen Landesärztekammer
wurde für das Geschäftsjahr 2007
der uneingeschränkte Prüfungsver-
merk 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 Ertrags-
lage der Sächsischen Landesärzte-
kammer vermittelt.
Herr Dr. Vogel und Herr Frank erläu-
terten ausführlich den Jahresab-
schluss 2007.

Die 38. Kammerversammlung hat
diesen vollumfänglich bestätigt, der
vorgesehenen Verwendung des
Überschusses ihre Zustimmung ge-
geben 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
2007 sind im „Ärztblatt Sachsen“,
Heft 6/2008, S. 306, veröffentlicht.
Jedes beitragspflichtige Kammermit-
glied hat die Möglichkeit, in der Ge-
schäftsstelle der Sächsischen Landes-
ärztekammer in den Bericht des Wirt-
schaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Neufassung der Reisekosten- ordnung der Sächsischen Landesärztekammer ab 1. Januar 2009

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied und Vorsitzender
des Ausschusses Finanzen
Die letzte Neufassung der Reise-
kostenordnung der Sächsischen Lan-
desärztekammer datiert vom 4. März
1996, die letzten Änderungen vom
14. November 2001. Zwischenzeitlich
hat sich durch eine novellierte Steu-
ergesetzgebung, veränderte Prozess-
und Aufgabengestaltung in der Kam-

mer und durch die gelebte Praxis
umfangreicherer Änderungsbedarf
ergeben.

Die 38. Kammerversammlung hat
der Neufassung der Reisekostenord-
nung der Sächsischen Landesärzte-
kammer zugestimmt, die folgende
Änderungen beinhaltet:

1. Klarstellungen und redaktionelle
Überarbeitung.
2. Anpassungen an die gelebte Ver-
waltungspraxis, besonders hin-
sichtlich der Genehmigungen von
Dienstreisen.
3. Umsetzung steuerlicher Regelun-
gen (Kürzung Frühstück, Aus-
landstagegelder).
4. Gesonderte Vergütungsregelung
für Prüfer bei mündlichen Prü-
fungen im Rahmen der Weiterbil-
dungsordnung und nach Strah-
lenschutzverordnung.
5. Festlegung des Erstattungsbetra-
ges für Dienstreisen mit dem
eigenen PKW auf 0,55 EUR/km.
6. Regelung zur Übernahme der
Kosten einer Bahncard.

Die Neufassung der Reisekostenord-
nung der Sächsischen Landesärzte-
kammer tritt am 1. Januar 2009 in
Kraft.

Abendveranstaltung

Zu der festlichen Abendveranstaltung
des Sächsischen Ärztetages begrüßte
der Präsident herzlich den Ehrenprä-
sidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil.
Heinz Dietrich, die Damen und Her-
ren Mandatsträger, die Träger der
„Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-
Medaille“ und alle Gäste. Ganz herz-
lich willkommen hieß der Präsident
die Vertreter aus Politik, Medizin und
Gesellschaft, insbesondere die Abge-
ordneten des Deutschen Bundesta-
ges, des Sächsischen Landtages, die
Vertreter der Regierungspräsidien des
Freistaates Sachsen, die Vertreter der
Sächsischen Staatsministerien für
Soziales, für Wirtschaft und Arbeit,
für Umwelt und Landwirtschaft, den
Vertreter der Polnisch-Niederschlesi-
schen Ärztekammer, Herrn Dr. med.
Leszek Bystryk, die stellvertretende
Vorstandsvorsitzende der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Sachsen, Frau Dr.
med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, den
Prodekan der Medizinischen Fakultät
der Technischen Universität Dresden,

Herrn Prof. Dr. med. habil. Andreas
Deußen, Herrn Prof. Dr. med. habil.
Christoph Josten vom Universitätskli-
nikum Leipzig, den Präsidenten der
Sächsischen Landesapothekerkam-
mer, Herrn Friedemann Schmidt, die
Geschäftsführungen der Sächsischen
Landestierärztekammer, Frau Kathrin
Haselbach, den Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft Sachsen,
Herrn Dr. oec. Stephan Helm, den Vor-
sitzenden des Verwaltungsausschus-
ses der Sächsischen Ärzteversorgung,
Herrn Dr. med. Steffen Liebscher, den
Vorsitzenden des Hartmannbundes,
Landesverband Sachsen, Herrn Dr.
med. Thomas Lipp, den Präsidenten
der Sächsischen Gesellschaft für All-
gemeinmedizin, Herrn Dr. med. Johan-
nes Dietrich, die Vertreter der Sächsi-
schen Krankenkassen, des Medizi-
nischen Dienstes, Herrn Raimund
Pecherz, Filialeleiter der Deutschen
Apotheker- und Ärztekbank eG, Dres-
den und Herrn Jens Bär, Organisati-
onsdirektor Inter-Ärzte-Service Dres-
den.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte
wie in jedem Jahr denjenigen sächsi-
schen Ärztinnen und Ärzten, die seit
dem Sächsischen Ärztetag 2007 ver-
storben sind. Die sächsischen Ärtze-
schaft wird die Verstorbenen in guter
Erinnerung behalten und ihnen ein
ehrendes Andenken bewahren.
Auf der Seite 386 dieses Heftes sind
die Namen der seit dem 21. Juni
2007 bis zum 6. Juni 2008 verstorbe-
nen Kammermitgliedern genannt.

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich- Richter-Medaille“ 2008

Die großen Verdienste des in Leipzig
geborenen und in Dresden tätigen
Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich
Richter bestand darin, im Jahre 1872
für das deutsche Reichsgebiet die
entscheidenden Impulse für die Ver-
einigung aller ärztlichen Vereine ge-
geben zu haben.

Es ist eine nunmehr dreizehnjährige
Tradition des Sächsischen Ärztetages
Mitgliedern unserer Sächsischen Lan-
desärztekammer, die sich um die
Ärztenschaft Sachsens und um die
ärztliche Selbstverwaltung insbeson-

dere verdient gemacht haben, mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ auszuzeichnen.

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident am 27.6.2008 diese hohe Auszeichnung an:

Herrn Dr. med. Johannes Baumann,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Coswig.

Herrn Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Leipzig.

**Herrn Dr. med. habil.
Hans-Joachim Verlohren,**
Facharzt für Innere Medizin, Leipzig.

Laudationes

Dr. med. Johannes Baumann

Am 24. September 1947 wurde Herr Dr. Baumann als erstes Kind eines niedergelassenen Praktischen Arztes in Coswig bei Dresden geboren. Von 1962 bis 1966 besuchte Herr Baumann die Erweiterte Oberschule Meißen. Von 1966 bis 1968 leistete er seinen Grundwehrdienst im Sanitätsdienst. Anschließend arbeitete er als pflegerische Hilfskraft in der Anästhesieabteilung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt. 1969 bis 1974 studierte Herr Dr. Baumann an der Humboldt-Universität Berlin und an der Medizinischen Akademie Dresden Humanmedizin. Zielstrebig betrieb er seine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin an den Krankenhäusern und Ambulanzen in Freiberg und Meißen, denn als Sohn eines niedergelassenen Arztes hatte er die seltene Chance, in der DDR eine Niederlassung genehmigt zu bekommen. Im Herbst 1979 verteidigte er seine Promotion zu einem Umweltthema, um dann am 1. Januar 1980 die Praxis seines Vaters in Coswig als niedergelassener Allgemeinmediziner zu übernehmen.

1987 wurde Herr Dr. Baumann zum Vorsitzenden der niedergelassenen Ärzte in der Bezirksabrechnungsstelle Dresden gewählt.

Wohl wissend, dass es in der BRD seit 1955 eine Kassenärztliche Vereinigung gab, gründete Herr Dr. Baumann im Mai 1990 mit der tatkräftigen Unterstützung vieler gutwilliger Helfer aus Bayern die Kassenärztliche

Vereinigung e. V. Dresden, deren Vorsitzender er war, und wenig später die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen e. V., wo er 2. Stellvertreter und Vorsitzender der Bezirksstelle Dresden wurde. Mit unglaublichem Fleiß, Engagement und persönlichen Entbehrungen baute er „seine“ Kassenärztliche Vereinigung Sachsen aus dem Nichts auf, immer mit dem Ziel vor den Augen, eine gesicherte Versorgung der Patienten zu garantieren und eine gemeinsame Strategie aller Fach- und Hausärzte zu erreichen. Vor allem Letzteres kann man als Credo seines langjährigen berufspolitischen Wirkens ansehen.

Seit 1995 ist Herr Dr. Baumann Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer. Er ist seit 1991 Vorstandsmitglied der Privatärztlichen Verrechnungsstelle, wurde 2001 zum 1. Vorsitzenden und in den Aufsichtsrat der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen GmbH gewählt.

Seit der verwaltungsmäßigen Umstrukturierung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ist Herr Dr. Baumann Geschäftsstellenleiter der Bezirksgeschäftsstelle Dresden.

Und seit nunmehr 28 Jahren ist er „ganz nebenbei“ niedergelassener Hausarzt in alter Familientradition in Coswig: Bereits Großvater Baumann arbeitet in seiner Arztpraxis – und aus diesem traditionellen Wissen stammt auch seine unerschütterliche Überzeugung um die Notwendigkeit ärztlicher Selbstverwaltung. Herr Dr. Baumann weiß aus eigener Familiengeschichte, wie ein niedergelassener



Der Präsident beglückwünscht Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren und Dr. med. Johannes Baumann zur Auszeichnung

Arzt, der ganz auf das Wohl seiner Patienten fokussiert war, wie sein Großvater, ohne eine ärztliche Selbstverwaltung im Rücken in die Insolvenz geraten konnte.

Mit großer Sorge erfüllen ihn deshalb die negativen Folgen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und die Tendenz der Demontage der ärztlichen Selbstverwaltung sowie die Erodierung des kollektivvertraglichen Systems in Deutschland. Schließlich liegen ihm als Berufspolitiker mit Leib und Seele der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Sachsen am Herzen. Noch hat er nicht resigniert, er kämpft weiter, führt das Schiff „KVS“ durch eine bewegte Zeit – ganz im Sinne von Hermann Eberhard Friedrich Richter. Die Sächsische Landesärztekammer ist Herrn Dr. Baumann wegen seiner Verdienste um die Gestaltung der gesundheits- sowie berufspolitischen

Rahmenbedingungen zu großem Dank verpflichtet. Möge die Verleihung dieser Medaille ihn in seinem unerschütterlichen Glauben an den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit bestärken.

Wir wünschen Herrn Dr. med. Johannes Baumann Gesundheit und Freude in seinen weiteren Berufs- und berufspolitischen Jahren.

Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt



Mit der Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ ehrt die Sächsische Landesärztekammer Herrn Schmidt in Würdigung seines fast 20 Jahre währenden berufspolitischen Engagements und seiner außerordentlichen Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung und die Verdienste für die sächsische Ärzteschaft.

Herr Schmidt wurde am 17. März 1946 in Leipzig geboren. Nicht zuletzt geprägt durch das ärztliche Wirken seines Vaters folgte von 1966 bis 1972 folgerichtig das Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig. Nach erfolgreicher Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wirkte Herr Schmidt von 1976 bis 1984 als Leiter des Ambulatoriums im Leipziger Stadtteil Portitz. Am 2. Juli 1984 übernahm Kollege Schmidt dann die väterliche Praxis im Leipziger Nordosten und gehörte zu diesem Zeitpunkt seltenen „Spezies“ eines niedergelassenen Arztes an.

Als sich 1989 die Wende vollzog, war für Herrn Schmidt sehr schnell klar, dass der Zeitpunkt zum Handeln gekommen war, die Belange der Ärzteschaft in die eigenen Hände zu nehmen. Von Beginn an stand er da-

bei als Gründungsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit in erster Reihe. Zunächst von Juni 1990 als 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig e. V. sowie mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen e. V. am 7. Juli 1990 als gewähltes Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Bezirksstelle Leipzig und dies ununterbrochen bis zum 31. Dezember 2004. Mit Wirksamwerden der aus dem GKV-Modernisierungsgesetz resultierenden neuen Organisationsstruktur in der ärztlichen Selbstverwaltung wurde Herr Schmidt zum Bezirksgeschäftsstellenleiter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, gewählt. Er ist seit 1991 ununterbrochen Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Kollege Schmidt zeichnet sich durch weitsichtiges berufspolitisches Denken, eine gesunde Portion Pragmatismus und hartnäckiges Durchsetzungsvermögen sowohl innerhalb der Organe der Selbstverwaltung als auch gegenüber seinen Kollegen vor Ort aus. Vielleicht gerade dadurch ist er nach wie vor ein gern gesehener Organisator und auch Gast berufspolitischer Veranstaltungen der Ärzteschaft.

Aber Herr Schmidt engagiert sich nicht nur für die große Berufspolitik. So leitet er zum Beispiel seit 1990 den Schönefelder Ärztentammtisch. Es gelingt ihm immer wieder, medizinisch fachlich interessante Themen zu vermitteln. Dadurch ist natürlich auch engster Kontakt zur Basis gegeben, der es ihm ermöglicht, die täglichen und manchmal auch klein erscheinenden Probleme der niedergelassenen Ärzte letztendlich in Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen umsetzen zu lassen. Grundsatz des berufspolitischen Handelns von Herrn Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt war und ist heute um so mehr, sich besonders für den Erhalt der Geschlossenheit und das kollegiale Miteinander von Haus- und Fachärzten einzusetzen.

Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt konnte an dem Festabend des 18. Sächsischen Ärztetages leider nicht teilnehmen.

Dr. med. habil.

Hans-Joachim Verlohren

Herr Dr. Verlohren wurde am 18. Juni 1941 in Lissa/Posen geboren. Mit seiner Mutter und vier Geschwistern erlebte er 1944 Flucht, Vertreibung und Neuansiedlung in Markranstädt. Dort besuchte Dr. Verlohren die Grund- und Oberschule und studierte an der Alma Mater lipsiensis der damaligen Karl-Marx-Universität von 1961 bis 1967 Medizin. 1967 promovierte er zum Dr. med. mit dem Thema „Zytophotometrische und histologische Untersuchungen bei der BCG-Allergie des Meerschweinchens“, eine experimentelle Arbeit, die mit dem Dr.-Carl-Zeiss-Preis der Medizinischen Fakultät Leipzig gewürdigt wurde.

Seine Facharztweiterbildung zum Internisten erfolgte am Stadtkrankenhaus Leipzig. 1973 erhielt er die Facharzt-Anerkennung für Innere Medizin und 1982 die Subspezialisierung für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen sowie 1993 die Teilgebietsanerkennung für Endokrinologie. In der fast 20 Jahre dauernden Zeit der „Lehr- und Wanderjahre“ am Fachkrankenhaus für Innere Medizin, auch liebevoll „Frieße“ genannt, erwarb er sich umfassendes Rüstzeug zum Internisten und Stoffwechselfachspezialisten für die spezialisierte Versorgung als auch für Lehre und Forschung.

Zwei wichtige Aufgabenfelder von Oberarzt Verlohren, die zu einer Verbesserung der Diabetesbetreuung in Leipzig führten, waren seine Tätigkeit als Fachberater/Bezirksdiabetologe der Stadt Leipzig sowie die systematische interdisziplinäre Betreuung von Diabetes-Schwangeren und Gestationsdiabetes-Patientinnen durch Diabetologen und Gynäkologen sowie Neonatologen mit herausragenden Ergebnissen.

Mit der Vorstellung, dieses gute Versorgungsniveau erhalten zu können, ging er nach der politischen Wende zusammen mit Leipziger und Dresdener Diabetologen ans Werk, um Voraussetzungen zu schaffen, wie unter marktwirtschaftlichen Bedingungen bewährte Betreuungsprinzipien aus DDR-Erfahrungen revitalisiert und weiterentwickelt werden können.

Herr Dr. Verlohren war gemeinsam mit Dr. med. Peter Schwenke an den Gründungsaktivitäten zur Leipziger Sektion, der späteren Sächsischen Landesärztekammer, beteiligt. Daraus folgte seine Mitgliedschaft im Ärzeparlament Sachsens von Anbeginn bis zum heutigen Tage.

Mithilfe dieser neu gegründeten Sächsischen Landesärztekammer und unter maßgeblicher Mitwirkung von Herrn Dr. Verlohren wurden die juristischen und gesundheitspolitischen Bedingungen einer interdisziplinären Diabetesbetreuung ausgelotet und darauf aufbauend die erfolgreichen Sächsischen Diabetesverträge entwickelt. Als Vorsitzender des Ausschusses „Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik“ der Sächsischen Landesärztekammer sowie als Vorsitzender der Diabeteskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen hat Dr. Verlohren stets initiativ gewirkt und zugleich versucht, zwischen den unterschiedlichen gesundheitspolitischen Interessenlagen zu vermitteln. Ebenfalls zu würdigen ist sein ständiges ergebnisorientiertes Wirken in der Fachkommission Diabetes Sachsen. Dieses „Scharnier“ zwischen Berufs- und Fachpolitik ist einmalig in Deutschland.

Die Sächsische Landesärztekammer ist Herrn Dr. Verlohren zu großem Dank verpflichtet. Als engagierter Arzt, Wissenschaftler, Lehrer und Berufspolitiker hat er Zeichen gesetzt in der Behandlung zuckerkranker Menschen, in der Erforschung des Stoffwechselsyndroms und in der Gestaltung der gesundheits- sowie berufspolitischen Rahmenbedingungen.

Festvortrag

Medicina oeconomica – Ärzte gestern und morgen

Herr Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln Dieser hochinteressante Festvortrag wird im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2008 abgedruckt.

Musikalischer Ausklang der Abendveranstaltung

Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber, Dres-

den, sangen unter der musikalischen Leitung von Herrn Peter Fanger zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung Operettenmelodien von Karl Millöcker, Emmerich Kálmán und Johann Strauß.

Arbeitstagung am 28. Juni 2008

Der Präsident begrüßte herzlich zur Fortsetzung des 18. Sächsischen Ärztetages Frau Dr. med. Marlies Volker, Mitglied des Deutschen Bundestages, den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger, die Ausschuss- und Kommissionvorsitzenden, den Vertreter unserer Rechtsaufsicht vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, und die Referenten dieser Arbeitstagung.

Höhepunkte am 28. Juni 2008 waren die Impulsreferate zu dem gewählten Arbeitsthema: *Arztbild im Wandel!?* – Aspekte der kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung unter der Moderation von Herrn Prof. Dr. med. Jan Schulze und Herrn Prof. Dr. phil. Wolfgang Weigand, Soziologe, Berlin.

Nicht nur die Ärzte von heute, auch die Ärzte von morgen diskutieren intensiv und würdigen kritisch die inhaltliche Gestaltung des Arztbildes. Die vom Vorstand der Sächsische Landesärztekammer im August 2007 einberufene Arbeitsgruppe hat sich eingehend speziell mit dem Thema der Kollegialität unter den Ärzten befasst. Die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit haben sich in den letzten Jahren infolge der Globalisierung, durch den demografischen

Wandel, durch die Leistungsfähigkeit der Medizin, durch das Selbstverständnis der Patienten, durch politische Vorgaben und Steuerungen, durch Rollenerwartung der Gesellschaft an den Arzt sowie an die Medizin, durch die Budgetierung, durch den Wettbewerbsdruck, durch die ausufernde Bürokratisierung und durch die umfassende Rationalisierung erheblich gewandelt.

Die sich daraus ergebenden Beziehungsebenen: Arzt-Gesellschaft; Arzt-Ökonomie; Arzt-Arzt; Arzt-Patient; Arzt-nichtärztliche Gesundheitsberufe und der Arzt als Persönlichkeit mit eigenen Wertvorstellungen und Einstellungen sollten im Einzelnen beleuchtet werden.

Wie ändert sich die Kollegialität der Ärzte unter den heutigen Rahmenbedingungen?

Die Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung ist in der Berufsordnung festgeschrieben: „Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten“ und in der Charta zu ärztlichen Berufsethik aufgeführt.

Ethik in der Berufsordnung

Prof. Dr. med. Wolfgang Saueremann
Vorstandsmitglied

In diesem Impulsvortrag wurde eine Konsensusbildung zur Kongruenz der ärztlichen Berufsordnung in Sachsen mit dem kollegialen ärztlichen Verhalten und ethischen Grundsätzen trotz aller störenden Außenbedingungen durch die Kammerversammlung angeregt.

Es soll diskutiert werden, ob eine Anpassung der paragrafierten und damit justiziablen Formulierungen der Berufsordnung an ethische



Dr. med. Rainer Kobes, Prof. Dr. med. sc. Wolfgang Saueremann, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Prof. Dr. phil. Wolfgang Weigand, Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Prof. Dr. med. habil. Frank Oehmichen (v.l.)



Das Auditorium

Grundsätze der Charta der ärztlichen Berufsethik für Sachsen empfohlen werden kann. Damit würden die sächsischen Ärzte in ihrer Berufsordnung eine stärkere Wichtung ethischer Anliegen vornehmen, als es von der ständigen Konferenz für die Musterberufsordnung in der Novellierung vorgeschlagen wird.

Die Standortbestimmung der ärztlichen Rolle auf der kollegialen Ebene der Zusammenarbeit in Gegenwart und für die Zukunft wird in der Berufsordnung wohl hinreichend abgebildet. Mit dem Impulsvortrag sollte die zusätzliche Wahrnehmung geschärft werden, dass Kollegialität auch Widerstand gegen Fehlverhalten und Maßnahmen zur Veränderung von ärztlichem Verhalten einschließt, das nicht dem Patienten-Arztverhältnis dient.

Zuletzt wurden Überlegungen bekräftigt, dass das konkrete Patient-Arzt-Verhältnis in seinem Bestehen durch eine Ordnung oder durch einen interkollegialen Kodex gar nicht direkt geregelt werden kann.

Dieser Prozess zwischen zwei unterschiedlichen Menschen in ihren Rollen und in ihren asymmetrischen Rollenerwartungen erfordert Fertigkeiten zum Erkennen und Gestalten dieser einmaligen komplexen Beziehung – wie in einer dauerhaften Ehe – in guten wie in schlechten Zeiten. Hier bleibt das Maß der Dinge die ärztliche Ethik. Daran könnten wir auch einleitend in einer Berufsordnung erinnern.

Freiberuflichkeit und Institutionalisierung

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Ziel ärztlicher Tätigkeit ist die am sozialen Umfeld und der Individualität des Patienten ausgerichtete Diagnostik und Therapie. Hierzu arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in ca. 2.100 Krankenhäusern und ca. 93.500 Praxen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst, Verwaltung und Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Die Gesellschaft und der einzelne Patient fordern hierbei die Sicherstellung der Versorgung, fachkompetente Kollegen sowie Forschung und Weiterentwicklung in der Medizin. Gleichzeitig wird wirtschaftliche Arbeitsweise gefordert. Der einzelne Patient erwartet freie Arztwahl sowie eine Kontinuität in der Versorgung. Demgegenüber stehen die Erwartungen der Ärzte an die Gesellschaft, welche die individuelle Patient-Arzt-Beziehung respektieren soll. Der Erhalt der Therapiehoheit, der ärztlichen Selbstständigkeit sowie die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen mit dem Erhalt der Freiberuflichkeit ist hierzu die Basis.

Freiberuflichkeit ist dabei Privileg und Verpflichtung. Persönliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit, Fachkompetenz, Vertrauen, Patientenwohl sowie Wahrhaftigkeit und Würde zeichnen den ärztlichen Berufsstand aus. Er unterliegt hierzu einer eigenen Reglementation (Berufsordnung) sowie umfangreichen staatlichen Regelungen. Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hoch qualifizierte Sachkunde sowie das Bekenntnis zu humanen Werten sind weitere besondere Zeichen des ärztlichen Standes.

Jedoch steht der Erfüllung der übertragenen Aufgabe der Daseinsfürsorge im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit eine Reihe von Hindernissen entgegen. Ökonomische Zwänge diktieren die Grenzen der individuellen und medizinisch sinnvollen Versorgung. Der Erhalt der wohnortnahen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ist bereits jetzt gefährdet. Gleichzeitig wächst die Gefahr, dass durch immer weitere Differenzierung und Spezialisierung ärztlicher Behandlung der Patient aus dem eigentlichen Blickfeld gerät. Eine im Vergleich zu anderen Län-

dern stärker entwickelte Hierarchie sowie ausreichende Finanzierung bremsen die Entwicklung und Weiterbildung des Nachwuchses. Sektoralisierung und Budgetierung führen allmählich zu einem Nebeneinander statt Miteinander bei der gemeinsamen Versorgung der Patienten. Schlussendlich bieten die neu geschaffenen Möglichkeiten neuer Versorgungsformen durchaus positive Anreize. Nicht übersehen werden darf jedoch, dass die mögliche flächendeckende Aufgabe bewährter Versorgungsmuster – besonders vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung – weder Kontinuität noch eine ausreichend wohnortnahe Betreuung zulassen wird.

Offen bleibt, wie sich der ärztliche Nachwuchs mit seiner Entscheidung für oder gegen das kurative Berufsfeld „institutionalisieren“ lässt.

Arztbild und wissenschaftliches Umfeld

Dr. med. Rainer Kobes
Vorstandsmitglied

Die ärztliche Tätigkeit braucht wissenschaftliche Grundlagen und entwickelt diese zwangsläufig weiter. Daraus ergeben sich Sicherheiten und Stärken unseres Berufes, aber es können sich auch Versuchungen entwickeln.

Unsere Berufsordnung beschreibt die Pflicht des Arztes, der Gesundheit der Menschen mit seinem Wissen und Gewissen zu dienen. In dem Wort Gewissen verbirgt sowohl das „Wissen“ als auch die Ethik, insbesondere unsere Berufsethik. Was aber, wenn dagegen verstoßen wird, wie in einer Veröffentlichung einer erfolgreichen Vakzinationsstudie bei metastasierendem Nierenzellkarzinom im Jahr 2000, die zunächst in aller Munde war und 2003 nach vernichtendem Nachweis schwerwiegenden wissenschaftlichen Fehlverhaltens zurückgezogen wurde.

Es darf nicht geschehen, dass wirtschaftliche Interessen, eine Priorisierung der Karriere gegenüber ärztlichem Gewissen oder politische Anpassung dazu führen, unsere Objektivität, unser Wissen, ganz besonders aber unsere innerärztliche Kollegiali-

tät aufzugeben. Dann nämlich gefährden wir die uns anvertrauten Menschen durch unser Verhalten.

Wie also können wir Ärzte uns schützen: Durch kritische, objektive Einstellung zum Beispiel gegenüber Informationen der Pharmaindustrie (zum Beispiel Nationales Leitlinienprogramm), Besinnung auf ärztliche Wertvorstellungen wie Wahrhaftigkeit, Unabhängigkeit und Würde, kollegialer Umgang und Kommunikation miteinander und nicht zuletzt auch durch positive Vorbilder sind wir weitgehend unanfechtbar in unserem Beruf, unserer Berufung.

Ökonomisierung der Medizin – auch eine Gefährdung der Kollegialität

Prof. Dr. med. habil.

Frank Oehmichen

Die Ökonomisierung der Medizin wird häufig als eine moderne Entwicklung wahrgenommen und beklagt. Blickt man in die Geschichte, so war die Arzt-Patient-Beziehung bereits in früherer Zeit mehrschichtig. Neben individuell-fachlichen Aspekten spielte stets auch die ökonomische Vereinbarung zwischen Patient und Arzt eine Rolle. Die Besonderheit des Verhältnisses führte zur Entwicklung einer speziellen Standesethik, die die Fragilität des Leidenden im Blick hatte. Mit Einführung der Sozialversicherung am 15. 6. 1883 wurden weitere Akteure in die bisher

bilaterale Beziehung einbezogen. Das komplexer werdende Verhältnis bedurfte organisatorischer und juristischer Ausgestaltung. Parallel dazu hatte die starke wirtschaftliche, hygienische und medizinisch-technische Entwicklung erhebliche Folgen auf die medizinischen Möglichkeiten. Zu einem weiteren wesentlichen Einflussfaktor wurde die durch Kriege, Geburtenplanung und Langlebigkeit modifizierte Bevölkerungsentwicklung. Für das Verhältnis Patient – Arzt – Sozialversicherung ergaben sich wesentliche Veränderungen: Die medizinischen Möglichkeiten entwickelten sich rasant. In Zeiten fast unbegrenzt zur Verfügung stehender Ressourcen wurden diese Möglichkeiten zunehmend mit dem Notwendigen gleichgesetzt, sodass der Unterschied zwischen beiden Kategorien aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein zu verschwinden schien. In Zeiten begrenzter Ressourcen aber öffnete sich eine Schere zwischen dem gesellschaftlich Machbaren und dem medizinisch Möglichen. Gesellschaftliche Folge waren verzweifelte regulatorische und gesetzgeberische Versuche zur Organisation der Verteilung unter Aufrechterhaltung der Illusion, dass das Mögliche und das Notwendige deckungsgleich sind. Daraus entwickelte sich eine steigende Aggressivität im Kampf um die Verteilung der Mittel. Zum einen verstärkte sich die Auseinanderset-

zung zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen. Zum anderen entwickelten sich Spannungen zwischen den ärztlichen Fachgebieten. Die um sich greifende Liquidation unter Kollegen scheint ein weiteres Indiz der wirtschaftlichen Zwänge zu sein. Alle diese Entwicklungen belasten die Kollegialität. Mangelhafte Kooperation, gegenseitige Ignoranz, Herabwürdigung und egoistische Einzelkämpfe sind die Folge. Diesen Tendenzen muss die Ärzteschaft entgegenwirken. Hierzu bedarf es neben individueller Anstrengung medizinischer Berufs- und Standesorganisationen, die im Sinne der Selbstverwaltung für Recht und Ordnung innerhalb der Ärzteschaft sorgen. Dabei mag man streiten, ob Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen in der heutigen Form hierfür geeignet seien, zweifellos aber bedarf es derartiger übergreifender ärztlicher Organisationen, um die Aufgabe zu erfüllen. Die Verantwortung der Ärzteschaft reicht über den eigenen Stand hinaus. Neben dem individual-ethischen Anspruch, wie wir ihn bereits aus dem Hippokratischen Eid kennen, bedarf es heute eines ökonomischen Verständnisses für die Solidargemeinschaft im Sinne einer gerechten Ressourcenverteilung. Ohne den Blick auf die Gesamtheit des Solidarsystems sind ärztliche Aufgaben heute nicht mehr zu erfüllen. Zusammenfassend lässt sich feststel-

len, dass die Ärzteschaft offensiv werden und fachliche Verantwortung für die Verteilung der aktuell zur Verfügung stehenden Mittel übernehmen muss. Die gerechte Verteilung der Mittel hat Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und auf die kollegiale Zusammenarbeit.

Fazit der ausführlichen und sachlichen Aussprache

- Die ärztliche Kollegialität ist zentraler Bestandteil des Arztbildes.
- Die ärztliche Profession ist stark an Kollegialität und Vernetzung ausgerichtet.
- Die ärztliche Kollegialität hat grundsätzliche ethische Maßstäbe einzuhalten und weiter zu entwickeln.
- Wichtigste Grundlage einer jeden Patient-Arzt-Beziehung ist das uneingeschränkte Vertrauen weit ab von Ökonomie und Vorteilsnahme.
- Politische Maßnahmen haben immer stärkeren Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit und damit auf das Arztbild.
- Die Politik hat auf Verteilungskampf gesetzt, statt Gesundheitssystem mit den notwendigen Mitteln auszustatten.
- Aus den ärztlichen Kollegen in den Praxen und Kliniken dürfen keine Konkurrenten werden.
- Eine gute kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im ambulanten und stationären Sektor ist notwendig.
- Ein angemessenes Verhalten und ein kollegialer sachlicher Gesprächsinhalt ist bei Interessenkonflikten anzufordern.
- Kollegialität ist ein Persönlichkeitsmerkmal.
- Gerade die ärztlichen Tätigkeiten in den unterschiedlichen Sektoren der Patientenversorgung und die hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit erfordern den uneingeschränkten Zusammenhalt der Ärzteschaft.
- Nur die Ärzteschaft selbst kann Kollegialität definieren.

Nach intensiven und konstruktiven Diskussionen beschlossen die Mandatsträger auf dem 18. Sächsischen

Ärztetag folgende „Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“:

- I. Zunehmender politisch gewollter Wettbewerbsdruck durch Krankenkassen und Shareholder führt zur Umgestaltung der Gesundheitsversorgung in einen ausschließlich marktorientierten Wirtschaftszweig mit den Folgen einer zunehmenden Spannung innerhalb der Ärzteschaft.
- II. Den Tendenzen einer durchgängigen Merkantilisierung und beobachtbaren Entsolidarisierung im gegenwärtigen Gesundheits- und Sozialbereich sollte die Ärzteschaft kraftvoll entgegenwirken.
- III. Das Selbstverständnis zu ärztlich-ethisch kollegialem Verhalten aller ärztlichen Berufsgruppen soll in der Berufsordnung der Ärzte in Sachsen über juristisch formulierte Rechte und Pflichten hinausgehend integraler Bestandteil sein und bleiben.
- IV. Für die Diskussion zum ärztlichen Berufsverständnis sollte die Ärztekammer auch die notwendige Verantwortung bei der Ausbildung der Medizinstudenten übernehmen.
- V. Der Erhalt der Freiberuflichkeit des ärztlichen Standes ist die Basis für patientenbezogene und hochwertige Versorgung.
- VI. Trotz äußerer Zwänge ist kollegialer Umgang miteinander die Basis für erfolgreiche freiberufliche Tätigkeit am Patienten.
- VII. Die Vorbildwirkung erfahrener Ärzte bezüglich Objektivität, Unabhängigkeit und Kollegialität ist unumgängliche Grundlage ärztlichen Handelns.
- VIII. Ärztliche Kompetenz und Integrität in der Patientenversorgung erfordern objektives Wissen und dessen sachgerechte Anwendung.
- IX. Die gerechte Verteilung der Mittel hat Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und auf die kollegiale Zusammenarbeit.
- X. Die Ärzteschaft darf und muss offensiv werden und fachliche Verantwortung für die Verteilung der von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Mittel übernehmen.

Beschlüsse des 18. Sächsischen Ärztetages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 27. und 28. Juni 2008 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2007 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Künftige Struktur der Kreisärztekammern (Vertagung auf Kammerversammlung 11/2008)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer des früheren Tätigkeitsortes nach Beendigung der Berufstätigkeit (Prüfauftrag an Vorstand, Beschlussfassung auf Kammerversammlung 11/2008)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Räumliche Erweiterung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Jahresabschluss 2007 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 7:

Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Bekanntgabe der Termine 39. Kammerversammlung und 19. Sächsischer Ärztetag/40. Kammerversammlung (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 9

Gleiche Bewertung ärztlicher Tätigkeit im Öffentlichen Dienst (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 10

Finanzierung von Weiterbildung (bestätigt)



Dr. med. Constanze Schmidt



Dr. med. Mato Nagel



Dr. med. Gert Rothenberg

Beschlussantrag Nr. 11

Elektronische Impfdatenbank
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 12

Konstruktive Begleitung und Gestaltung von medizinischen Telematikprozessen
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 13

Qualifikation und Berufsausübungsüberwachung von aufgabenübernehmendem Personal
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 14

Förderung und Finanzierung unabhängiger medizinischer Forschung
(Vorstandsüberweisung)

Beschlussantrag Nr. 15

Krankenhausplanung und -finanzierung
(bestätigt).

Bekanntgabe der Termine

Die **39. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **8. November 2008** statt und der **19. Sächsische Ärztetag/die 40. Kammerversammlung/die 21. Erweiterte Kammerversammlung** wird am **19./20. Juni 2009** durchgeführt.

Alle angenommenen Beschlussanträge finden Sie im vollen Wortlaut im Internet unter www.slaek.de.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Anja Miesner M.A.
Knut Köhler M. A.
Referenten für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Fotos: Anja Miesner

21. Erweiterte Kammerversammlung 28. Juni 2008

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Herren Dr. Bonz und Wiederhold von unseren aufsichtführenden Ministerien, sehr geehrter Herr Professor Keller, liebe Kolleginnen und Kollegen Mandatsträger!

Wieder liegt ein bewegtes Jahr hinter uns und ich möchte in meinem Bericht versuchen, die Aspekte zusammenzufassen, die für uns besondere Bedeutung hatten und unsere Tätigkeit bestimmten. Deshalb wird sich mein Bericht zunächst mit der internationalen Kapitalmarktsituation befassen, danach unsere Tätigkeit im engeren Sinne facettenartig beleuchten und am Ende möchte ich bereits zu dem Thema überleiten, das uns heute im weiteren Verlauf der Sitzung noch beschäftigen wird: Welche Vorschläge machen wir Ihnen für die Lösung der demographischen Herausforderung, vor der wir derzeit genauso stehen wie alle anderen Alterssicherungssysteme in den hochentwickelten Ländern.

Wenn wir das vergangene Jahr Revue passieren lassen und uns fragen, welches Wort des Jahres würden wir wählen, wenn wir damit Ereignisse im Wirtschafts- und Finanzsektor charakterisieren wollten, dann landen wir unweigerlich bei einem

Begriff, der wohl eher das Zeug zum Unwort hat, nämlich: Subprime. Vielleicht ist es diesmal gut, dass es keine kurze deutsche Übersetzung dafür gibt, weist die Herkunft des Wortes damit doch weiter auf den Ursprung der vielfältigen Probleme im vergangenen Jahr hin. Selbst auf die Gefahr hin, dass einige unter Ihnen es nicht mehr hören können, müssen an dieser Stelle ganz kurz die Geschehnisse skizziert werden, die zu den von einigen Autoren als größte Finanzkrise der Weltgeschichte bezeichneten Ereignissen geführt haben:

Nach dem Platzen der sogenannten Internet-Blase nach dem Jahr 2000 wurden die Volkswirtschaften, insbesondere auch die der USA, mit billigem Geld, also niedrigen Zinsen, vor dem völligen Crash bewahrt. Ausgehend auch von einer deutlichen konjunkturellen Erholung in den Vereinigten Staaten folgte eine Zeit, in der wohl doch recht sorglos Kredite vergeben und Risiken in die Bankbücher genommen wurden, die unter normalen Umständen kein seriöses Institut eingegangen wäre. Das war aber umso leichter möglich, als man in Zeiten eines tatsächlich schon globalisierten Finanzmarktes solche Kredite, fein säuberlich gebündelt, mit einer von Rating-Agenturen vergebenen guten Schulnote unter anderem an deutsche Landesbanken und Schweizer Großbanken weiterverkaufen konnte. Die Tatsache, dass allein im Zusammenhang mit der Subprime-Krise und ihren unmittelbaren Folgen bisher knapp 500 Festnahmen in den USA erfolgt sind,



Dr. med. Steffen Liebscher

spricht für ein nicht geringes Ausmaß krimineller Energie, was in dieser Form von Investoren sicher nicht kalkulierbar war. Was tatsächlich in diesen Papieren steckte, können aber solche Investoren vorher nicht gewusst haben, sonst hätten sie sie schlichtweg nicht gekauft. Nachdem sich dann Mitte 2007 sukzessive herausstellte, dass manche dieser sogenannten Verbriefungen wenig mehr wert sind, als das Papier auf dem sie gedruckt wurden, glaubte wiederum plötzlich quasi jeder Marktteilnehmer, sein Gegenüber wolle ihm bestimmt gerade so ein faules Papier verkaufen. Vertrauen in den Geschäftspartner existierte genauso wenig, wie Vertrauen in die Bewertung solcher Papiere. Das führte zu einem monatelangen Stillstand an den Finanzmärkten, der vor allem zu einer Gefahr für diejenigen zu werden drohte, die Kredite für Investitionsmittel dringend benötigen, also die Akteure in der Realwirtschaft. Daneben gab es als zweites großes Problem für verschiedene Finanzinstitute tatsächliche existenzielle Krisen mit den verschiedenen denkbaren Folgen: Untergang und Aufkauf zum Schnäppchenpreis durch die Konkurrenz wie bei Bear Stearns in den USA, Riesen-Abschreibungen und Eintreten des Steuerzahlers für die Verluste wie bei Sachsen-LB und West-LB sowie der Mittelstandsbank IKB, oder Riesen-Abschreibungen und die Notwendigkeit der Beschaffung frischen Geldes wie bei der großen UBS in der Schweiz. Diese Großbank musste unvermittelt und ungeplant neue Aktien- und damit Machtpakete im Sinne einer Kapitalerhöhung an Inves-

toren vergeben, die vorher nie so deutlich auf dem Radar auftauchten, meist sogenannte Staatsfonds aus vermeintlich oder auch tatsächlich politisch instabilen Regionen; Sie kennen die Diskussion über die denkbaren Folgen, wie sie ja auch in Deutschland geführt wird.

Nun stellt sich die Frage: War die Krise vorhersehbar und war sie gar vermeidbar? Die meisten unserer Partner in den Banken, die wir darauf ansprachen, sahen diese Entwicklung als nicht vorhersehbar an. Nur wenige gaben an, den US-Immobilienmarkt bereits länger als möglichen Störfaktor identifiziert zu haben und deshalb bereits länger nicht mehr dort zu investieren. Übereinstimmend hörten wir aber von allen Experten: Die Verluste, die das einzelne Unternehmen macht, korrelieren ganz eng mit dem Risikoappetit und dem Ausmaß seiner teils ungezügelt Befriedigung. Deshalb kann man auf den zweiten Teil der oben gestellten Frage auch mit „Ja“ antworten: Solche Krisen sind vermeidbar, aber nur dann, wenn solides kaufmännisches Denken und ein realistisches Abwägen von Chancen und Risiken das Handeln bestimmen. Das gilt sowohl für diejenigen, die in der Finanzwirtschaft Verantwortung tragen als auch für die Käufer solcher Produkte. In der Finanzwirtschaft besteht ganz sicher auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf: Zum Beispiel haben sich nach meiner Überzeugung die Kreditgeber vor Ort, die ja oft den Emittenten der dubiosen Wertpapiere entsprechen, zu weit von denen entfernt, die letztlich ihr Geld in diese neuen Anlageklassen stecken und damit das eigentliche Risiko tragen. Auch wird sich das Selbstverständnis der Rating-Agenturen ändern müssen, wenn sie weiter eine Rolle am Markt spielen wollen. Welche Konsequenzen aber hat das letzte Jahr für uns, müssen wir Lehren ziehen, haben wir gar Verluste zu beklagen, haben wir, wie eine Kollegin auf dem Höhepunkt der engeren Subprime-Krise im vergangenen Jahr in einem Brief an uns schrieb, Rentengelder unserer Mitglieder „verzockt“? Liebe Kolleginnen und Kollegen, niemand wird von

uns erwarten, dass wir uns von den Märkten völlig abkoppeln können und Gewinne erzielen, wo alle anderen vergleichbaren Marktteilnehmer zum Beispiel mit einer schwarzen Null zufrieden sein müssen. Sie dürfen aber von uns erwarten, dass es so bleibt, wie es seit Bestehen unseres Versorgungswerkes gehandhabt wurde: Wir betreiben eine aktive Vermögensanlage, wir sind offen für Neues, jedoch sind wir auch konservativ genug, um uns durch die Versprechungen hochspekulativer Anlagen nicht aufs Glatteis führen zu lassen. Ich glaube nach wie vor, dass es nur sinnvoll sein kann, Geld in Anlagen zu investieren, die der Anleger, hier bekanntermaßen ein Arzt, verstehen kann und deren Risiko auch ohne Studium der höheren Mathematik erkennbar ist. Genau das haben wir über die Jahre beherzigt, wir haben den auch uns latent innewohnenden Drang nach Höchstrenditen gezügelt und können deshalb heute sagen: Wir haben unter Erzielung respektabler Anlageergebnisse in der Krise keine Abschreibungen vornehmen müssen und wir sind gut aufgestellt, um auch in den kommenden Jahren eine Rendite erwirtschaften zu können, die das Prosperieren unserer Renten und Anwartschaften unterstützen hilft. Wir haben nicht einen Euro „verzockt“ und werden uns dazu auch in Zukunft nicht verleiten lassen.

Angesichts des heute noch zu bewältigenden Programms, möchte ich nunmehr zu den Ausführungen überleiten, die unsere konkrete Arbeit und die der Verwaltung schlaglichtartig beleuchten und damit auch Aussagen zu unserer Vermögensanlage treffen sollen. (An dieser Stelle wurde die Rede gekürzt, die Zahlen können im Geschäftsbericht 2007 nachgelesen werden.)

Wenn man sich anschaut, wie und wo im vergangenen Jahr investiert wurde, so muss konstatiert werden, dass nicht alle Ziele erreicht wurden, die wir uns gesteckt hatten. So sollte der Immobiliensektor gestärkt werden, und auch das Segment der festverzinslichen Anlagen besondere Beachtung finden. Beides wurde nie aus dem Auge verloren, aber die beson-

dere Situation an den Märkten mit nach wie vor bestehendem Liquiditätsüberhang und über weite Strecken des Jahres bestehender Spread-Einengung machten es schwierig, in gleichermaßen rentierliche wie sichere Anlagen zu investieren. Es hätte ja auch nichts genützt, sich mit den sogenannten Heuschrecken am Markt Bietergefechte zu liefern und am Ende überhöhte Preise für minderwertige Waren, also vergleichsweise hohe Risiken zu bezahlen. Immerhin ist es gelungen, zwischenzeitlich gestiegene Zinsen für Wertpapiere mit 10 bis 20 Jahren Laufzeit auszunutzen und sich für Anlagen im Volumen von 185 Mio. Euro mit verhältnismäßig geringem Risiko, meist um 5% Kupon, und damit deutlich über unserem Rechnungszins, zu sichern. Dies ist von großer Bedeutung, wenn man weiß, dass der Garantiezins in der privaten Versicherungsbranche mittlerweile nunmehr bei 2,25% liegt. Auch das charakterisiert unser System als konkurrenzfähig und langfristig stabil.

Die Entwicklung unseres Vermögens und der Erträge, auch in der Relation zueinander, zeigt aus meiner Sicht Kontinuität und Solidität. Die Krisenjahre 2001 bis 2003, die auch für uns nicht einfach waren, sind kompensiert und wir haben, wie ich gleich darstellen werde, unsere Konsolidierungsanstrengungen nochmals intensiviert.

Das Aktienjahr 2007 begann hoffnungsfroh und zumindest die Optimisten hatten schon wieder vergessen, dass Börsen nicht nur eine Richtung kennen. Letztlich gingen die verschiedenen Wertpapiere am 31.12.2007 uneinheitlich aus dem Handel und die Anlegerschaft konnte angesichts der allgemeinen Krisenstimmung und Verunsicherung noch froh sein, dass die Märkte nicht weiter nachgegeben hatten. Demgegenüber zeigen Zahlen aus dem Immobilienbereich, dass sich mit dieser Anlageklasse, abgesehen von Problemen in den USA, die für uns aber eher aus Währungsverlusten durch den schwachen Dollar resultieren, aktuell recht gut Geld verdienen lässt. Allerdings sind bei diesen Zahlen eben gerade auch Einmaleffekte durch

hohe Verkaufserlöse zu berücksichtigen, was umgedreht die Schwierigkeiten mit der Neuanlage in renditestarke Objekte illustriert.

Ich möchte Ihnen nun unser neues Instrument zur Risikokontrolle für den Wertpapier-Masterfonds erläutern. Wenn Sie meinen Bericht vom vergangenen Jahr nachlesen, so finden Sie da, dass ich unsere seinerzeit bestehenden Mechanismen zur Begrenzung des Risikos in der Wertpapieranlage für gut und ausreichend dimensioniert beschrieben habe. Zugleich äußerte ich, dass das Thema in seiner Fortentwicklung in unserem engeren Focus bleiben wird. Heute erkläre ich hier, dass wir, auch unter dem Eindruck der Ereignisse an den Finanzmärkten im vergangenen Jahr, aber nicht getrieben durch diese, noch im November eine aus unserer Sicht deutliche Verbesserung des Risikomanagements unserer Anlagen eingeführt haben. Wie Sie sehen, besteht unser Masterfonds seitdem nicht mehr nur aus den mit teilweise hohem spezifischem Risiko behafteten Segmenten, sondern hat ein „Anhängsel“, welches gleichsam alles überspannt und schützt. Wie kaum anders zu erwarten, ist auch dafür ein englisches Wort im deutschen Sprachraum zum eigentlich gebrauchten Begriff geworden: „Overlay“. Dieses hochkomplexe und nur dank der heutigen großen Rechnerleistungen abzubildende Fondssegment möchte ich Ihnen an seiner Oberfläche vorstellen.

Betonen möchte ich, dass bei Anwendung eines Overlays die Manager der einzelnen Wertpapierfonds ihre Freiheiten entsprechend der von uns vorgegebenen Anlagestrategie behalten. Das bringt zwei Vorteile: Der Manager wird nicht seiner Stärken beraubt, wegen denen er von uns mit der Anlage unseres Geldes betraut wurde. Zweitens bleibt er voll verantwortlich für sein Tun, da wir nicht durch Wertsicherungsmaßnahmen in sein Tagesgeschäft eingreifen müssen, wenn es uns gegebenenfalls opportun erscheint.

Ich bediene mich bei der Darstellung der Grundprinzipien des Overlays einiger Bilder, die uns das Bankhaus Metzler, welches dieses Fondsseg-

ment für uns betreut, zur Verfügung gestellt hat. Die Risiken für unser Geld sind sehr vielfältig, es entspricht aber weder unserem Selbstverständnis noch dem Anspruch unserer Mitglieder an uns, es deshalb im Sparstrumpf inflationär verkommen zu lassen. Also müssen wir es diesen Risiken aussetzen. Dabei ist unser ewiger Zielkonflikt zwischen Rendite und Risiko zu beherrschen, der sich unterjährig auch noch als Konflikt zwischen langfristigem Anlagehorizont und Bilanzstichtag 31.12. jeden Jahres darstellt. Wie Analysen der Vergangenheit zeigen, ist nur mit Renten keine adäquate Langfrist-Rendite zu erzielen, unser gesamtes Geld in Aktien zu investieren, um Renditen zu maximieren, wird niemand ernsthaft erwägen. Also lassen wir Metzler durch Blick auf unser gesamtes Wertpapierportfolio und seine täglich stattfindenden Änderungen das Risiko ermitteln und Vorsorge treffen, damit wir durch unerwartete Abschwünge nicht über Gebühr verlieren, gleichzeitig aber an den Aufwärtsbewegungen substantiell partizipieren. Kleine Zusatzerträge durch das Overlay selbst nehmen wir dabei gern in unsere Bilanz auf, sie sind jedoch nicht Grund oder Bedingung für die Auflage dieses Fondssegments.

An dieser Grafik kann man aus meiner Sicht am deutlichsten machen, warum uns dieses Overlay eine komfortable Art der Absicherung bietet. Wir wissen ja zunächst einmal alle: Absicherung kostet Geld. Ich meine nicht die Gebühren für Metzler. Ich meine die Kosten, die entstehen, wenn ich meine Einzelanlage gegen einen bestimmten Wertverlust sichere. Wenn ich aber die Möglichkeit habe, das Risiko aller einzelnen Anlagen miteinander zu korrelieren, dann resultiert wegen vielfältiger gegenläufiger Bewegungen ein niedrigeres Gesamtrisiko, das versichert werden muss. Dazu muss Metzler möglichst zeitnah alle Informationen aus den anderen Fonds erhalten, diese bewerten und gegebenenfalls Konsequenzen daraus ziehen. Dies erfolgt regelgebunden durch Investitionen in bestimmte Wertpapiere, die unsere Anlagen in gewisser Weise



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim

invers abbilden und über Hebel so im Wert sichern, dass Verluste begrenzt werden. Erforderlich dafür sind moderne Kommunikationstechnik und hochkomplexe Rechenmodelle. Darüber hinaus sitzen in der Bank über 16 Stunden am Tag die Spezialisten an den Monitoren, die in Ergänzung zu den Rechenmodellen das kaufmännische Kalkül einbringen, was mitunter der Mensch in Akutsituationen der Maschine noch voraus hat. Bitte seien Sie gewiss, dass wir nun das Risiko nicht frei flottieren lassen und uns auf die Rechner einer, wenn auch honorigen Bank verlassen werden. Aber gönnen Sie uns bitte den Luxus, den wir seit der Auflage dieses Overlays als Mitglieder des Verwaltungsausschusses genießen: Obwohl die verschiedenen Risiken hinter unserem Geld her sind, schlafen wir wieder ruhiger, nachdem wir noch spezielle Sachwalter der Risiken als Verbündete wissen.

Sehr geehrte Mandatsträger, liebe Kolleginnen und Kollegen, im dritten Teil meiner Rede möchte ich auf die, Ihnen vor Wochen zugegangenen Tagungsunterlagen, Bezug nehmen, die die geplanten Satzungsänderungen zum Inhalt haben. Ich möchte nicht das wiederholen, was dort schon zu lesen war. Es erscheint aber sinnvoll, an dieser Stelle den Kontext zum gesellschaftlichen Umfeld, auch zur Situation in der Landschaft der Versorgungswerke herzustellen. Es ist mittlerweile eine Binsenweisheit: Die Deutschen werden immer

älter. Freiberufler werden noch älter als der Durchschnitt der Bevölkerung. Das haben uns die Richttafeln von 2006 aus dem Kölner Büro Heubeck gezeigt. Wenn die Materie bei konkreter Betrachtung auch tatsächlich hochkomplex wird, lässt sie sich doch zunächst auf eine recht einfache Gleichung zurückführen, deren zwei Seiten bekanntermaßen immer äquivalent sein müssen. Deutlich längere Rentenlaufzeiten verursachen steigende Ausgaben für unser Versorgungswerk. Wenn wir die aktuell in den Sterbetafeln ermittelte höhere Lebenserwartung und damit längere Rentenlaufzeit mit etwa 3 Jahren kalkulieren würden, so bedeutet das bei jetzt etwa 15 Jahren durchschnittlicher Rentenlaufzeit 20% höhere Kosten. Das ist eine absolut realistische Größenordnung. Da unsere Einnahmen heute limitiert sind und in Zukunft limitiert sein werden, ist die andere Seite der Gleichung de facto statisch. Also müssen wir unsere Leistungsseite betrachten: Welche Optionen haben wir da? Man könnte Renten und Anwartschaften kürzen. Dies ist weder praktikabel noch zu vermitteln. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, jegliche Dynamisierung auf heute nicht absehbare Zeit auszusetzen. Betrachtet man die oben genannten 20% Finanzierungslücke, so wären dies selbst bei Betrachtung durch die rosarote Brille mindestens 10 Jahre. Auch diese Variante scheidet aus unserer Sicht aus. Sie sehen, unser Ermessen ist gar nicht so groß, wie wir es gerne hätten.

Herr Knecht wird es im Verlauf der Sitzung noch darstellen: Wenn in den kommenden Jahren und Jahrzehnten nichts unternommen wird, dann nähern wir uns unweigerlich einer Zeit, wo ein Erwerbsleben unter den heutigen Annahmen kürzer sein wird als die Rentenbezugszeit. Gehen wir von der heutigen Form der Erwirtschaftung und Verteilung des gesellschaftlichen Vermögens aus, so wird es schlichtweg nicht möglich sein, solche Verhältnisse zu finanzieren. Ein Variantenvergleich bringt nun neben einer schlichten Rentenkürzung eine kürzere Rentenlaufzeit durch Erhöhung des Eintrittsalters ins Spiel, da so der Tatsache Rechnung

getragen wird, dass sehr viele Menschen dieses Alters noch über die körperlichen und geistigen Fähigkeiten verfügen, die sie zu wertvollen Mitarbeitern oder Freiberuflern machen. Ich verkenne nicht, dass gerade unter den aktuellen Bedingungen in unserem Gesundheitswesen ein Trend zum Vorziehen der Rente unter Inkaufnahme von Abschlägen zu beobachten ist. Inwieweit dies aber nicht eher den deutlich verschlechterten und zum Teil unerträglichen Arbeitsbedingungen des Einzelnen geschuldet ist als einer objektiven Abnahme der Leistungsfähigkeit, die die Aufgabe der Berufstätigkeit bedingt, möchte ich hier nicht betrachten. Ich denke aber, dass eine Erhöhung des Renteneintrittsalters die finanziellen Probleme eines Alterssicherungssystems verursachergerecht löst: Es werden nämlich die Generationen stärker belastet, die tatsächlich länger leben und dies bei wahrnehmbar besserer Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig wird so für die Rentenlaufzeit ein Niveau der Zahlungen aufrecht erhalten, wie es einer relevanten Alterssicherung entspricht und nicht einer Grundsicherung. Deshalb werbe ich hier für unseren später noch einmal konkreter ausgeführten Vorschlag zur Änderung der Satzung. Ein wesentliches Argument dafür ist aber auch, dass wir uns im Fall der Änderung unseres Leistungsrechts keiner Neiddiskussion aussetzen, die angesichts der Sonderstellung der berufsständischen Versorgung nur zu unserer Beschädigung führen kann. Daneben kann ich Ihnen mitteilen, dass die Versorgungswerkelandschaft insgesamt, besonders aber die großen und bestimmenden Werke, die Rente mit 67 eingeführt haben, dies konkret vorbereiten oder aber aktiv diskutieren. Wenn wir heute wie vorgeschlagen beschließen, so erhalten wir uns die freie Hand für Dynamisierungen in den Folgejahren, die wieder allen zugute kommen und sich in Form von Anwartschaftserhöhungen auch für die betroffenen Jahrgänge positiv auswirken werden. Damit Sie mir auch glauben, dass ich das Konzept persönlich mittrage, mache ich mei-

nen Geburtsjahrgang, nämlich 1962, an dieser Stelle bekannt. Es ist der zweite Jahrgang, der nach unserem Ansatz erst mit 67 in Rente gehen können.

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen, ich beende meinen Vortrag an dieser Stelle in der Hoffnung, Ihnen den Eindruck vermittelt zu haben, dass unser Versorgungswerk eine gut funktionierende Einrichtung ist, die dynamisch auf die verschiedensten Herausforderungen reagiert und die für die Zukunft gut gerüstet ist.

Ich danke an dieser Stelle allen, die entweder täglich oder gelegentlich unsere Arbeit unterstützen oder uns auch nur wohl gesonnen sind. Stellvertretend für alle anderen gilt den Mitarbeitern unserer Verwaltung mein besonders herzlicher Dank.

Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Herr Liebscher!

Sehr geehrte Mandatsträgerinnen und Mandatsträger!

Wir, die Mitglieder des Aufsichtsausschusses, haben uns intensiv und eingehend über die Arbeit und Beschlüsse unseres Verwaltungsausschusses im Berichtszeitraum 2007 informiert. Durch die regelmäßige Teilnahme unserer Mitglieder an allen Sitzungen des Verwaltungsausschusses konnten die Strategien der Kapitalanlagen zeitnah verfolgt und kontrolliert werden. Die Entscheidungen des Verwaltungsausschusses wurden auf drei internen Sitzungen unseres Ausschusses bei Anwesenheit der Aufsichtsbehörden analysiert und diskutiert. Die sich daraus ergebenden Anfragen und Erläuterungen konnten auf den sich anschließenden gemeinsamen Sitzungen ausnahmslos befriedigend beantwortet werden. Wir waren sehr erfreut über den im Jahr 2007 erzielten Rechnungszins von 5,4% und gratulieren Herrn Dr. Liebscher, allen Mitgliedern des VA und der Verwaltung für ihre erfolgreiche Arbeit. In diesem Zusammenhang ist auch unsere Antwort auf die Anfrage eines niedergelasse-



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

nen Kollegen, von Herrn Dr. med. habil. Scheidhauer aus Annaberg-Buchholz, zur Sicherheit seiner eingezahlten Rentenbeiträge im Hinblick auf den Notverkauf der Sachsen-LB und auf Investitionen unseres Versorgungswerkes in unsichere Immobilienfonds zu sehen. Wir konnten in unserer Antwort nachweisen, dass die von uns beschlossenen Richtlinien für die Kapitalanlagen und die darin festgelegten Anlagegrenzen im Aktiensegment eingehalten wurden. Außerdem hat die Beteiligung des unabhängigen Beratungsunternehmens „alpha portfolio advisors GmbH“ innerhalb eines Masterfonds etc. dafür gesorgt, dass derartige Fehlinvestitionen nicht erfolgt sind. Auf unserer letzten Aufsichtsausschusssitzung am 29.04.2008 wurde von der, durch den Aufsichtsausschuss berufenen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft „Bansbach, Schübel, Bröttl und Partner GmbH“, in Person von Frau Dipl.-Ök. Cornelia Auxel, die Prüfungsergebnisse des Jahresabschluss 2007 vorgestellt. Wir haben diesen Bericht intern intensiv diskutiert, als richtig und zutreffend eingeschätzt und die gleiche Gesellschaft für das Jahr 2008 erneut berufen.

Das von Herrn Dipl.-Math. Knecht vorgelegte Gutachten über den aktuellen Stand unseres Versorgungswerkes, das Sie gleich selbst kennen lernen, zeigt auf, dass unserem Versorgungswerk aus unserer Sicht eine solide Basis bescheinigt werden kann. Die erzielten Überschüsse erlauben auch in diesem Jahr eine Dynamisierung der Renten. Im Hinblick auf die

notwendige Einführung neuer Sterbetafeln in die Versicherungsmathematik macht sich auch aus der Sicht aller Mitglieder unseres Ausschusses eine stufenweise Erhöhung des Renteneintrittsalters erforderlich, um eine Absenkung der Leistungen mit großer Sicherheit zu verhindern.

Wir, die gewählten Mitglieder des Aufsichtsausschusses empfehlen Ihnen, den vorgelegten Entschließungsanträgen und Satzungsänderungen Ihre Zustimmung zu geben.

Beschlüsse der 21. Erweiterten Kammerversammlung

Beschluss Nr. SÄV 1/21/2008

Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2009 (bestätigt)
Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2009 beträgt 39.273,00 Euro. Die am 31. Dezember 2008 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2009 mit 1,2 % dynamisiert.“

Beschluss Nr. SÄV 2/21/2008

Satzungsänderungen (bestätigt)
Die Veröffentlichung der Satzungsänderungen erfolgt gesondert nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden.

Beschluss Nr. SÄV 3/21/2008

Jahresabschluss 2007 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (bestätigt)
Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2007 werden bestätigt.“

Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2007 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2007 erteilt.“

Dr. med. Steffen Liebscher
Verwaltungsausschuss
Vorsitzender

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Studie „Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“

Teil I: Struktur der Befragung

Die im Folgenden vorgestellte Studie „Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“ wurde erstellt im Auftrag und mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer vom Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Akademie für Gesundheit in Sachsen (AGS) e.V., Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath, Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch, Müller G., Hübler A. und weiteren Mitarbeitern. Die Studienleitung oblag Frau Dr. med. Brigitte Güttler, Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath und Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch.

1. Zielstellung und Inhalte der Befragung

In den letzten Jahren wird ein erheblicher Wandel der ärztlichen Arbeitsbedingungen diskutiert: Verlust an Autonomie, starke externe Kontrolle, Zunahme berufs fremder Tätigkeiten, Kosten- und Zeitdruck, zunehmender Verwaltungsaufwand, unzureichende Einbindung in organisatorische Entscheidungen, unzureichende Bezahlung und anderes.

Zur beruflichen Situation von Ärztinnen und Ärzten existiert eine Reihe sozialwissenschaftlicher Studien, jedoch beziehen sich diese überwiegend auf den angloamerikanischen Raum (IGES 2007). Darüber hinaus sind die Beziehungen zwischen Belastungsfaktoren in der ärztlichen Tätigkeit zu Gesundheitsindikatoren weitgehend unbekannt. Langzeituntersuchungen von Ärztegruppen hinsichtlich gesundheitlicher Kriterien gibt es kaum (Gothe et al. 2007). Der Umgang mit Arbeitsbelastung, die Nutzung von Ressourcen und Copingstrategien zur Prävention der Gesundheit (zum Beispiel Burnout)

sind bislang nur mangelhaft erforscht (Arnetz 2001; IGES 2007).

Ärzte können als Schlüssel zu einem einwandfrei funktionierenden Versorgungssystem mit hoher Versorgungsqualität betrachtet werden (Arnetz 2001; IGES 2007). Für Förderung und

Erhalt hoher Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Ärzten sind Analysen zu Arbeitsbedingungen, zum individuellen Umgang mit beruflichen Anforderungen sowie zum Gesundheitszustand und der Arbeitszufriedenheit unabdingbar. Eventuelle Missstände

Tab. 1: Inhalte des eingesetzten Fragebogens

Fragebogeninhalte	Fragebogenteil bzw. standardisiertes Instrument
Soziodemographische Angaben	Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder, Muttersprache, Einwohnerzahl des Arbeitsortes u.a.
Merkmale der Arbeitstätigkeit	
• Berufliche Tätigkeit	Tätigkeitsbereich, Einrichtung, Funktion, Fachbereich u.a.
• Zeitaufwand für berufliche und außerberufliche Tätigkeit	Gesamtarbeitszeit, Bereitschaftsdienste, Schichtdienste u.a.
Arbeitsbezogene Belastungen	
• Einschätzung der Belastung in der Arbeitstätigkeit	Globalurteile zur allgemeinen Belastung sowie Belastung durch Veränderung von Anforderungen
• Verausgabungs-Belohnungsverhältnis	Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen: Effort-Reward-Imbalance (ERI: Siegrist 2003)
Gesundheit und Arbeitsfähigkeit	
Einschätzung der allgemeinen Gesundheit und der beruflichen Leistungsfähigkeit	Globalurteile zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und der beruflichen Leistungsfähigkeit
Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren	Subjektive Bewertungen und objektive Indikatoren Gewicht, Größe; sportliche Aktivität; Nikotin- und Alkoholkonsum; Ernährungsbewusstsein, Medikamenteneinnahme u.a.
Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit	
• Beeinträchtigung durch Krankheiten und Beschwerden	Subjektive Einschätzung nach Liste von Erkrankungen (Liste in Anlehnung an Skala 3 des Work Ability Index' WAI: Tuomi et al. 2003)
• aktuelle Beschwerden	Gießener Beschwerdebogen (GEB 24: Brähler und Scheer 1995)
• Erholungsunfähigkeit	Skala E (Erholungsunfähigkeit) aus dem Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA: Richter et al. 1996)
• Burnout	Maslach Burnout Inventory (MBI GS dt.Version: Schaufeli et al. 1996)
Arbeitszufriedenheit	Globalurteile zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit

Tab. 2: Fachrichtungen der Ärzte und ihre Beteiligung an den Untersuchungen

ausgeübte Fachrichtung	Ärzeschaft [Anzahl (%)]	Stichprobe [Anzahl (%)]	Responder [Anzahl (%)]	Nonresponder [Anzahl (%)]	Antwortrate
FA Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt	2.317 (16,2)	583 (16,3)	400 (17,1)	180 (15,1)	69,0%
FA Innere Medizin	1.901 (13,3)	496 (13,9)	328 (14,1)	168 (14,1)	66,1%
FA Chirurgie / FA MKG-Chirurgie / FA Neurochirurgie	1.625 (11,4)	380 (10,7)	231 (9,9)	144 (12,1)	61,6%
FA Anästhesiologie	799 (5,6)	198 (5,5)	120 (5,1)	77 (6,4)	60,9%
FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	760 (5,3)	181 (5,1)	129 (5,5)	51 (4,3)	71,7%
FA Kinder- und Jugend- medizin	708 (5,0)	171 (4,8)	113 (4,8)	50 (4,2)	69,3%
FA Neurologie und Psychiatrie	411 (2,9)	101 (2,8)	75 (3,2)	25 (2,1)	75,0%
FA Augenheilkunde	338 (2,4)	90 (2,5)	56 (2,4)	32 (2,7)	63,6%
FA Psychiatrie / Psycho- therapie / FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	313 (2,2)	68 (1,9)	45 (1,9)	23 (1,9)	66,2%
FA HNO	298 (2,1)	70 (2,0)	45 (1,9)	23 (1,9)	66,2%
FA Radiologie / FA Diagn. Radiologie	287 (2,0)	78 (2,2)	51 (2,2)	26 (2,2)	66,2%
FA Urologie	260 (1,8)	70 (2,0)	44 (1,9)	25 (2,1)	63,8%
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	236 (1,7)	65 (1,8)	47 (2,0)	16 (1,3)	74,6%
FA Arbeitsmedizin	116 (0,8)	28 (0,8)	16 (0,7)	10 (0,8)	61,5%
sonstige	506 (3,5)	137 (3,8)	76 (3,3)	58 (4,9)	56,7%
ohne Angaben	3.401 (23,8)	852 (23,9)	557 (23,9)	287 (24,0)	66,0%
Gesamt	14.276	3.568	2.333	1.195	66,1%

können aufgedeckt sowie gezielte Ansatzpunkte zur Förderung gesundheitserhaltender, arbeitsbezogener Maßnahmen und individueller Empfehlungen geliefert werden. Der Fokus muss dabei nicht nur auf gesundheitlichen Risiken, sondern auch auf Ressourcen liegen. Aus diesen Gründen hat die Sächsische Landesärztekammer die vorliegende Studie 2007 in Auftrag gegeben.

Die Studie ist fachübergreifend angelegt und soll im Rahmen von Gruppenvergleichen Aufschluss über Belastungen geben, denen praktizierende Ärzte in ihrem Berufsalltag in Sachsen ausgesetzt sind. Dabei geht es zunächst um die Erfassung von zu bewältigenden Arbeitsanforderungen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Betrachtung der Gesundheit und des

Wohlbefindens praktizierender Mediziner. Unter anderem werden allgemeine Einschätzungen des Gesundheitszustandes als auch eventuelle Beeinträchtigungen im Rahmen der Berufstätigkeit als Folge einzelner Beschwerden oder Erkrankungen erfragt.

Individuelle (zum Beispiel Gesundheitsverhalten, effiziente Handlungsstile) und berufliche Ressourcen (zum Beispiel Anerkennung in der Arbeit) werden thematisiert, da diese (langfristig) zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können. Des Weiteren werden zentrale Aspekte der Arbeitszufriedenheit betrachtet.

In Tabelle 1 sind wesentliche Inhalte und ihre methodische Umsetzung in dieser Studie aufgeführt.

2. Struktur der Befragung

Seitens der Sächsischen Landesärztekammer wurden aus der aktuellen Ärztedatei 14.276 pseudonymisierte

Datensätze aller aktiv tätigen Ärzte als Grundlage einer Stichprobenziehung ausgewählt. An 25 Prozent, das heißt 3.568 per Stichprobenverfahren ausgewählte Ärzte, wurden anschließend die Fragebögen zur „Berufliche Belastung und Gesundheitszustand bei Ärzten in Sachsen“ versandt.

Von diesen 3.568 versandten gingen 2.333 bearbeitete Fragebögen im Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der TU Dresden ein, das heißt 65 % der angeschriebenen Ärzte haben den Fragebogen beantwortet, davon 1.654 vor Aussendung des Erinnerungsschreibens und 679 nach Erinnerung.

Unter den von der Sächsischen Landesärztekammer erfassten 14.276 Ärzten befanden sich 7.166 weibliche und 7.110 männliche Kollegen, das heißt das Geschlechterverhältnis beträgt 50,2 % zu 49,8 %. Die ausgewählte Stichprobe unterschied sich diesbezüglich nicht von der Gesamtpopulation. Beim Antwortverhalten fand sich jedoch ein signifikanter Geschlechtsunterschied: Es nahmen deutlich mehr Frauen als Männer (52,6 % vs. 47,4 %) an der Befragung teil.

Das mittlere Alter der sächsischen Ärzteschaft wird durch die Gesamtstichprobe sowohl bei Frauen (45,6 ± 10,7 Jahre) als auch bei Männern (46,3 ± 11,1 Jahre) repräsentiert. Gleiches gilt für das Alter der Res-

ponder und Nonresponder: sowohl insgesamt als auch hinsichtlich der beiden Geschlechter stimmt das mittlere Alter mit dem der Ärzteschaft überein.

40 % aller sächsischen Ärzte haben ihren Wohnort im Regierungsbezirk Dresden, 31 % wohnen im Regierungsbezirk Chemnitz und 29 % im Regierungsbezirk Leipzig. Sowohl die Gesamtstichprobe als auch Responder und Nonresponder unterschieden sich nicht von der Grundgesamtheit.

Es ergaben sich auch keine Unterschiede bei der ausgeübten Tätigkeit. Die in der Ärztedatei angegebenen 34 Tätigkeitsgruppen wurden zu 5 Gruppen zusammengefasst. Die Stichprobe unterschied sich nicht von der Grundgesamtheit. Die in der Ärztedatei angegebenen 77 Fachrichtungsbezeichnungen, von denen 20 Fachrichtungen mit weniger als 5 Ärzten besetzt sind, wurden zu 16 Fachrichtungsgruppen zusammengefasst. Waren bei einem Arzt mehrere Fachrichtungen als ausgeübte Fachrichtungen in der Ärztedatei gekennzeichnet, so ging jeweils nur die erste ausgeübte Tätigkeit in die Auswertung ein. Die Stichprobe unterschied sich nicht von der Grundgesamtheit. Auch die Verteilung der Responder und Nonresponder auf die 16 Fachrichtungsgruppen unterschied sich nicht von der Verteilung der Grundgesamtheit. In der Tabelle 2 sind die Beteiligungen in einzelnen Fachrich-

tungen in Relation zu ihrem Anteil an der Ärzteschaft in Sachsen aufgeführt.

Abzüglich der 40 Ärzte, denen aufgrund fehlerhafter Adresse der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte bzw. die fälschlicherweise in die Stichprobenziehung einbezogen wurden, beteiligten sich 66,1 % der ausgewählten Ärzte an der Befragung zur beruflichen Belastung und dem Gesundheitszustand bei Ärzten in Sachsen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Teilnehmer der Studie hinsichtlich Alter, Wohnort, ausgeübter Tätigkeit und Fachrichtung nicht von der sächsischen Ärzteschaft unterscheiden. Fragebogenuntersuchungen sind in ihrer Aussagefähigkeit begrenzt. Deshalb wurden zu großen Teilen erprobte Standardinstrumente eingesetzt. Zusätzlich wirken sich die sehr gute Rücklaufquote und die Repräsentativität der Stichprobe positiv aus.

Damit liegt erstmalig umfangreiches und aussagefähiges Material zum Gesundheitszustand, zur Belastung und zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten in unserem Bundesland vor. Da gerade im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion oft zu diesen Fragen der Ärzteschaft diskutiert wird, tragen die Ergebnisse zur Versachlichung bei. Sie lassen auch Aussagen zur subjektiven Bewertung der beruflichen Tätigkeit durch die Ärzte selbst zu.

Wir werden in den nächsten Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“ über die Ergebnisse der Befragung in Abhängigkeit vom Tätigkeitsfeld (ambulant vs. stationär), den Facharztgruppen, Alter und Geschlecht sowie Region informieren.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und
Sozialmedizin der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Vertiefung der Kooperation und verstärkte Vernetzung

Bericht von der Klausurtagung der Ausschuss-Vorsitzenden am 28. Mai 2008

Hintergrund

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat auf seiner Klausurtagung im September 2007 unter anderem zu den Schwerpunktthemen Gesundheitspolitik, Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften, ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung, Öffentlichkeitsarbeit und internationale Beziehungen ein umfangreiches Spektrum an Zielen und Aufgaben für die laufende Wahlperiode beschlossen. Im Mittelpunkt steht die verstärkte Vernetzung der Arbeit der zahlreichen Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen der Sächsischen Landesärztekammer. Hierzu wurde vom Vorstand ein Maßnahmenkatalog beschlossen, der auch die Einladung von Vorsitzenden der ehrenamtlichen Gremien in die Vorstandssitzung und die Neugestaltung der Klausurtagung der Ausschuss-Vorsitzenden beinhaltet.

Ziel ist es, Schnittstellen der Ausschuss-Arbeit zu definieren und Schwerpunkte für die zukünftige Tätigkeit festzulegen. Mögliche Wege sind dabei gemeinsame Beratungen und die Durchführung gemeinsamer Informations- und Fortbildungsveranstaltungen.

Klausurtagung am 28. Mai 2008

Hierzu hatte der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer die Vorsitzenden der 14 Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer eingeladen. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte die Anwesenden und führte nach Vorstellung der Beschlüsse des soeben beendeten 111. Deutschen Ärztetages in die Thematik ein. Die für jeden Ausschuss vom Vorstand ernannten Paten stellen den regel-



PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Erik Bodendieck, Prof. Dr. med. sc. Wolfgang Saueremann

mäßigen Informationsaustausch zwischen dem Vorstand und dem jeweiligen Ausschuss sicher.

Die Ausschussvorsitzenden stellten in einem ca. fünfminütigen Vortrag die Themen der Arbeit des jeweiligen Ausschusses vor und erläuterten Schwerpunkte für die Zusammenarbeit mit anderen Gremien. Anhand von zahlreichen Beispielen wurde dabei die ergebnis- und zukunftsorientierte konstruktive Zusammenarbeit zwischen einzelnen Ausschüssen dargestellt. Hierbei sei auch auf den Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer verwiesen. Nachfolgende Ausführungen stellen lediglich einen kleinen Auszug aus den Berichten dar.

So führten der Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie (Vorsitzende: Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Berichterstatter: Herr Dr. med. Dirk Müller) und der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin (Vorsitzender: Herr Dr. med. Michael Burgkhardt) am 13. Juni 2008 einen gemeinsamen Workshop zum Thema „Qualität in der notfallmedizinischen Betreuung“ durch (Bericht im „Ärzteblatt Sachsen“, 6/2008, S. 254). Als übergeordnete berufspolitische Themen wurden der Ärztemangel, die Delegation ärztlicher Leistungen, die elektronische Gesundheitskarte sowie die Vergütung ärztlicher Tätigkeit herausgearbeitet. Zahlreiche Interaktionen ergaben sich für die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Vorsitzender: Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach) und den Weiterbildungsausschuss (Vorsitzender: Herr Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler). So sind Weiterbildungsverbände ein Ansatz-

punkt für die Gestaltung einer engeren Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Ausbildung (Vorsitzende: Frau Dr. med. Antje Bergmann). Für das Thema Pandemieplanung wird unter Federführung des Ausschusses Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Vorsitzende: Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht) ein Austausch mit den Ausschüssen, Hygiene- und Umweltmedizin (Vorsitzender: Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl), Arbeitsmedizin (Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch, Berichterstatter: Dr. med. Giso Schmeißer) und Senioren (Vorsitzende: Frau Dr. med. Ute Göbel) zur Gewinnung von Ärzten angestrebt. Fragen der sektorübergreifenden Kooperation und zur Zusammenarbeit mit dem MDK sollen gemeinsam von den Ausschüssen Ambulante Versorgung (Vorsitzender: Vizepräsident Herr Erik Bodendieck) und Krankenhaus (Vorsitzender: Herr Dr. med. Eberhard Huschke) bearbeitet werden. Die Delegation ärztlicher Leistungen sind Anliegen der Ausschüsse Berufsrecht (Vorsitzender: Dr. med. Andreas Prokop), Ambulante Versorgung, Krankenhaus, Notfall- und Katastrophenmedizin und Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie. Ein Kolloquium zu Betriebsgesundheit und Rehabilitation hat der Ausschuss Prävention und Rehabilitation (Vorsitzender: PD Dr. med. Uwe Häntzschel, Berichterstatter: Dr. med. Klaus Müller) geplant. Alle Beteiligten begrüßten die Vorhaben. Eine regelmäßige Berichterstattung über die Umsetzung ist im „Ärzteblatt Sachsen“ vorgesehen.

Erik Bodendieck, Vizepräsident
Dr. med. Katrin Bräutigam, Ärztliche
Geschäftsführerin, E-Mail: aegf@slaek.de

Förderung von Medizinstudenten

Um dem drohenden Hausärztemangel in ländlichen Regionen zu begegnen, sollen Medizinstudenten mit einem neuen Förderprogramm für eine spätere Tätigkeit als Hausarzt im Freistaat Sachsen gewonnen werden. Das Sächsische Sozialministerium, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und die gesetzlichen Krankenkassen wollen in den nächsten sechs Jahren dafür 2,8 Millionen Euro bereitstellen.

Medizinstudenten bekommen dann einen finanziellen Zuschuss, wenn sie sich verpflichten, nach dem Ende der Arztausbildung mindestens vier Jahre als Hausarzt in einer unterdurchschnittlich versorgten Region Sachsens tätig zu sein. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Studienfortschritt: Im ersten und zweiten Förderjahr sind es 300 Euro, im dritten 400 Euro und im vierten

schließlich 600 Euro – jeweils pro Monat. Ab dem Herbstsemester 2008 sollen die ersten 50 Studierenden nach abgeschlossenem Physikikum gefördert werden, in den beiden folgenden Jahren weitere 100. Die Förderung muss zurückgezahlt werden, wenn sich der Arzt später doch anders entscheidet.

Bereits heute stehen nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen 78 Hausarztpraxen leer. Von den derzeit rund 2600 Hausärzten werden 40 Prozent in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen. „Wir haben bald nicht mehr nur einen gefühlten Ärztemangel, sondern einen tatsächlichen“, sagte KVS-Vorstandschef Dr. med. Klaus Heckmann. Betroffen sind vor allem ländliche Regionen wie die niederschlesische Oberlausitz, das mittlere Erzgebirge oder Torgau-Oschatz.

Politik, Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung versuchen schon seit Längerem,

mit verschiedenen Maßnahmen das Problem in den Griff zu bekommen. Zum Beispiel gibt es das Modellprojekt, bei dem Gemeindeschwestern den Ärzten unter die Arme greifen. Ferner werden Mediziner aus Österreich für Sachsen gewonnen. Schließlich wurden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet und die Anstellung von Ärzten in der Niederlassung erleichtert. Das neue Förderprogramm ist somit ein weiterer Baustein. Es richtet sich an Medizinstudenten an allen deutschen Universitäten, die bereits die ersten beiden Studienjahre erfolgreich absolviert haben.

Informationen zum Förderprogramm erhalten Interessierte von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (www.kvs-sachsen.de).

Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Arzneimittelinteraktionen erkennen und vermeiden

Gemeinsame Fortbildung für Ärzte und Apotheker

Die sächsischen Heilberufekammern der Ärzte und Apotheker haben eine gemeinsame Fortbildung durchgeführt. Die mit fast 150 Teilnehmern, darunter 45 Ärzten, sehr gut besuchte Veranstaltung am 18. Juni 2008 widmete sich einem für beide Seiten sehr wichtigem Thema „Arz-

neimittelinteraktionen – erkennen und vermeiden“. Die Präsidenten der beiden Kammern gingen in ihren Eingangstatements auf die veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ein, die sich auf die Tätigkeit der Ärzte und Apotheker auswirken. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, wies darauf hin, dass Ärzte und Apotheker Partner im System sind, mit dem gemeinsamen Ziel einer optimalen Patientenversorgung. Er stellte den Teilnehmern das im Mai 2008 verabschiedete „Ulmer Papier“ der deutschen Ärzteschaft

mit den Grundsätzen einer zukünftigen Patientenversorgung vor. Auch Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, ist der Auffassung, dass die Berufsgruppen der Ärzte und Apotheker an einem Strang ziehen müssen. Denn vor allem die Rabattverträge machten beiden Berufsgruppen viele Kopfschmerzen. „Sie haben den Apothekern auch Vorteile gebracht, aber um welchen Preis?“, resümierte Herr Schmidt. Und mit einer gemeinsamen Veranstaltung wie dieser, zeige man der Gesundheitspolitik, dass man sich nicht gegeneinander ausspielen lasse. Vielmehr müsste den Ärzten und Apothekern klar sein, dass Vorteile der eigenen Berufsgruppe zulasten der anderen Berufsgruppe gehen.

Die Fachreferate wurden von der Apothekerin, Frau Dr. Nina Griese, ABDA, und von PD Dr. med. Klaus Mörike, Universitätsklinikum Tübingen, bestritten. Frau Dr. Griese ging insbesondere auf Interaktionsmechanismen ein, die exponentiell mit der Zahl der eingenommenen Medikamente, dem Alter der Patienten, der



PD Dr. med. Klaus Mörike, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Friedemann Schmidt, Dr. Nina Griese (v.l.)

Anzahl der verschreibenden Ärzte und der Anzahl der genutzten Apotheken steigt. Die potentielle Relevanz sei zwar vorhersehbar, aber die wissenschaftliche Beurteilung schwierig, so Frau Dr. Griese. Im weiteren Verlauf stellte sie die pharmakodynamischen und die pharmakokinetischen Interaktionen sowie relevante Interaktionen mit Nahrungsmitteln dar. Herr PD Dr. Mörike vertiefte das Thema „ACE-Hemmer bei chronischer Herzinsuffizienz – Dosierung, unerwünschte Wirkungen, Wechselwirkungen“. Anhand von Studien und Fallbeispielen kam er zu dem Fazit, dass Arzneimittelinteraktionen auch bei leitliniengerechter Behand-

lung möglich, aber in hohem Maße vermeidbar sind, wenn sie bekannt werden. Dennoch müssten Ärzte mit bislang unbekanntem („neuen“) Interaktionen im Praxisalltag rechnen. Schon deshalb seien unerwünschte (Wechsel-)wirkungen wahrscheinlich nie völlig vermeidbar.

Die Fachreferate werden in einem der nächsten Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“ abgedruckt.

Eine Fortsetzung der Veranstaltung ist im kommenden Jahr geplant.

Beratung:

Pharmakotherapieberatung für niedergelassene Ärzte in Sachsen
Institut für Klinische Pharmakologie

Medizinische Fakultät Carl-Gustav Carus, Technische Universität Dresden
Tel. 0351 458-5053
Montag bis Freitag
8.30 Uhr bis 16.00 Uhr
klinische.pharmakologie@mailbox.tu-dresden.de

Links:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

www.akdae.de

Arzneimittelkommission der ABDA

www.abda.de

Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Raucherambulanz in Chemnitz

Raucherambulanz in Chemnitz (RAC) am Institut für Klinische Psychologie der Technischen Universität Chemnitz

Der herausragenden epidemiologischen Bedeutung des Rauchens als mit Abstand wichtigstem Risikofaktor für schwere Erkrankungen und vorzeitigen Tod steht noch immer ein vergleichsweise untergeordneter Stellenwert von Entwöhnungsangeboten im deutschen Gesundheitsversorgungssystem gegenüber. Mit jährlich ca. 140.000 tabakbedingten Todesfällen allein in der Bundesrepublik Deutschland stellt Tabakrauchen die weitaus häufigste Einzelursache für vorzeitigen Tod dar (an Platz 2: alkoholbedingte Erkrankungen mit ca. 40.000 Todesfällen). Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Tabakrauchen für 80 bis 90 Prozent der chronischen Atemwegserkrankungen, für 80 bis 85 Prozent der Lungenkrebskrankungen sowie für 25 bis 43 Prozent aller koronaren Herzkrankungen verantwortlich.

Aus Befragungsstudien ist bekannt, dass 90 Prozent aller Raucher sich das Rauchen abgewöhnen wollen.

Doch diverse Metaanalysen der Rauchstoppversuche in naturalistischen Settings belegen, dass es nur 2 bis 6 Prozent der Raucher ohne professionelle Hilfe schaffen, auch langfristig Nichtraucher zu bleiben (12-Monats-abstinenz). Tabakrauchen führt letztlich zu einer schwerer zu überwindenden psychischen Abhängigkeit als die meisten der so genannten „harten Drogen“. Allein aus diesen Gründen ist eine professionelle Tabakentwöhnungstherapie unbedingt empfehlenswert. Allerdings mangelt es in der Praxis bislang an evidenzbasierten und wissenschaftlich evaluierten Therapieangeboten.

Im Rahmen eines BMBF-geförderten, versorgungsepidemiologischen Forschungsprojektes zur Therapie- und Betreuungssituation von Rauchern im hausärztlichen Setting, konnte

an einer repräsentativen Stichprobe von 800 Hausarztpraxen mit knapp 30.000 Patienten (SNICAS-Projekt, Prof. Wittchen) gezeigt werden, dass die momentane Versorgungssituation mit Tabakentwöhnungsangeboten nach wie vor sehr unbefriedigend ist. Einerseits beklagten die befragten Ärzte zu Recht die begrenzten Möglichkeiten zur Tabakentwöhnung in der eigenen Praxis, andererseits war nur gut ein Drittel der Ärzte der Ansicht, dass entwöhnungsbereite Raucher an spezialisierte Kollegen oder Einrichtungen überwiesen werden sollten. Die Hauptursache hierfür liegt vor allem in der geringen Versorgungsdichte oder fehlenden Informationen bezüglich spezialisierter Einrichtungen oder Therapeuten. Dieses enorme Versorgungs- und Informationsdefizit offenbarte sich insbeson-

dere dadurch, dass über 80 Prozent der Primärärzte keine spezialisierten Tabakentwöhnungsanbieter in ihrer Region bekannt waren.

Aus diesem Grund wurde seit Anfang 2005 die Raucherambulanz Dresden (RAD) am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden unter der Leitung des Psychologen Prof. Dr. Stephan Mühlig aufgebaut, der mittlerweile an die TU Chemnitz gewechselt ist. Seitdem wird die Raucherambulanz in Chemnitz oder von Chemnitz aus weitergeführt. Die „Raucherambulanz Chemnitz (RAC)“ bietet ab Anfang 2008 ein fortlaufendes, professionelles und individuell abgestimmtes Intensivtraining zur Tabakentwöhnung in Südsachsen an. Das Angebot richtet sich an alle jugendlichen und erwachsenen Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen.

Mit zunehmender Evidenz ist festzustellen, dass verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung mit sofortigem Rauchstopp die erfolgreichsten Interventionsmethoden gegen Nikotinabhängigkeit darstellen. Der Erfolg derartiger Programme lässt sich bei schwer abhängigen Rauchern durch eine Kombination mit Nikotinsubstitutionspräparaten oder Entzugsmedikamenten noch signifikant steigern. Die Raucherambulanz Chemnitz verwendet dementsprechend ein komplexes Entwöhnungsprogramm, welches ausschließlich auf wissenschaftlich geprüften Entwöhnungstherapien basiert und sowohl verhaltenstherapeutische, wie medikamentöse Verfahren einschließt. Das Konzept basiert im Wesentlichen auf Bausteinen zur systematischen Verhaltensänderung, welche durch individuell abgestimmte Angebote zur Nikotinsubstitution (mittels Nikotinpflaster, -kaugummi) oder anderer pharmakologischer Entzugssymptombehandlung (Zyban®, Chantix®) in Absprache mit dem jeweiligen Hausarzt ergänzt werden.

Um ein solches individuell abgestimmtes Intensivprogramm zu realisieren, wird zunächst bei allen Teilnehmern eine ausführliche Psycho-diagnostik mittels Fragebögen und gegebenenfalls einem diagnosti-

schen Interview (CIDI) durchgeführt. Neben Psychoedukation, Motivation und Selbstbeobachtung lernen die Teilnehmer den Aufbau alternativer Verhaltensweisen, den Umgang mit Risikosituationen im Alltag sowie möglichen Rückfällen. Insgesamt umfasst das Programm 10 Sitzungen à 90 Minuten, die 1–2-wöchentlich stattfinden. In Gruppen von 8 bis 12 Personen wird der Rauchstoptag vorbereitet, festgelegt und realisiert. Die Kurse werden zwar in Form von Gruppentrainings durchgeführt, das konkrete Vorgehen wird jedoch individuell auf der Grundlage der ausführlichen Vorbefragung abgestimmt. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Vermittlung von Strategien zur langfristigen Beibehaltung der Tabakabstinenz gelegt sowie auf die Einübung von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe. Zu diesem Zweck wird das Training durch zwei neuartige Komponenten ergänzt – zum einen durch die Einführung in die „Angewandte Entspannung“ nach Öst, zum anderen durch ein systematisches Bewegungs- und Ernährungstraining. Nach dem Kurs werden die Kursteilnehmer noch sechs Monate lang telefonisch begleitet, um weitere Unterstützung zu geben und die Effektivität der Maßnahme zu evaluieren und zu optimieren. Die Kurse werden von den Mitarbeitern ehrenamtlich und zum Selbstkostenpreis durchgeführt. Zur Deckung der laufenden Kosten ist eine geringe Teilnahmegebühr von 200 EUR erforderlich, von denen jedoch 75 EUR von den Krankenkassen zurückerstattet werden.

Ärzte, die an einer Kooperation interessiert sind, können jederzeit mit der Raucherambulanz Chemnitz unter folgender Adresse Kontakt aufnehmen.

Raucherambulanz Chemnitz (RAC)
Leiter: Prof. Dr. Stephan Mühlig
Besucheradresse:

Technische Universität Chemnitz
Wilhelm-Raabe-Str. 43
09120 Chemnitz

Anmeldung:
Telefon: 0371 / 531 27470
E-Mail: raucherambulanz@
tu-chemnitz.de

Die Kurse beginnen fortlaufend und finden nach Vereinbarung zwischen Montag und Donnerstag in den frühen Abendstunden in den Räumlichkeiten des „Zentrums für Psychotherapie“ (Zwickauer Straße 58, 09112 Chemnitz) statt.

Gemeinsame Sitzung der Vorstände

Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer trafen sich erneut am 4. Juni 2008.

Schwerpunkthemen dieser Sitzung waren:

- Auswertung des 111. Deutschen Ärztetages.
- Datenaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und Sächsischer Landesärztekammer.
- Ärztliche Fortbildungspflicht in Bezug auf besondere Versorgungsformen.
- Weiterentwicklung der Vertragslandschaft in der vertragsärztlichen Versorgung.
- Bedarfsplanung und Weiterbildung.
- Netzwerk „Gesundheitsregion Sachsen“.
- Einbeziehung von Ärzten im Ruhestand in die vertragsärztliche Versorgung.

Beide Vorstände werden sich in sechs Monaten erneut treffen und über aktuelle Fragen der Berufs- und Gesundheitspolitik diskutieren.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 28.7. bis 15.8.2008 nicht besetzt.

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

Ein Nachschlag für Pollack

Dr. med. Hans-Jürgen Pollack ist fünf- undsechzig, wir haben die Laudatio in der Nummer fünf das Sächsischen Ärzteblattes gelesen. Seine drei Schüler haben diese Laudatio ordentlich und mit Respekt verfasst. Aber etwas haben sie ausgelassen. Etwas Wichtiges. Pollacks Sport.

Das muss begründet werden, denn normalerweise ist der Sport für Lebensläufe von Chefarzten von eher untergeordneter Bedeutung. Schon als Oberschüler war Pollack ein spindeldürrer, verbissener Leichtathlet, der sich mit dem damals noch ungewöhnlichen Stab über glatte vier Meter schwang (eine Vorstellung, die bei seiner heutigen Figur einen Lorient inspirieren könnte). Dauerhaft fesseln, leidenschaftlich fesseln sollte ihn allerdings der Landschaftssport

in Gestalt des Schilanglaufes und des Felskletterns. Und hier hatte er im Zittauer Gebirge ein gefundenes Fressen. Er hat dieses Gebirge geliebt, im Sommer und im Winter, bei Sonne und Schneesturm, mit jedem Jahr mehr. Er hat es wie ein richtiger Mann geliebt: treu, riskant und handgreiflich. Die Treue war manchmal ein Problem. Wir haben uns oft gefragt, warum bleibt dieser Mann hier? Der operierte doch schon mit dem Mikroskop, wo die an der Uni damit noch nicht angefangen haben, der ist doch viel zu gut für diese gottverlassene Gegend (die Zittauer mögen es mir verzeihen!), warum geht der nicht weg? Nun, für eine Hochschulkarriere hätten ihm die berühmter drei Gramm gefehlt, aber eine grössere Klinik mit grösseren Möglichkeiten. Es hat ja durchaus an Versuchen zur feindlichen Über-

nahme nicht gefehlt. Der berühmte Hellinger wollte ihn schon vor der Wende haben. Nach der Wende kamen dann Heidelberg, Düsseldorf, Linz. Nicht nur wir wussten, wer Pollack war, man wusste es in ganz Deutschland. Er wusste es auch (als ein Patient einmal durch's Krankenhaushausgelände stolperte und fragte, wo hier die Sprechstunde eines gewissen Herrn Pollack sei, schnauzte er ihn an: Hier gibt es keinen gewissen Herrn Pollack!!) Aber er blieb treu. Sich, seinem Rang und seiner Region. Und deshalb ist der Sport so wichtig im Leben dieses hochklassigen, handfesten, sympathischen Arztes, der mit seinem Leben eine ganze Region „be-reicherte“.

Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek,
Görlitz
20.5.2008

Sponsoring und Fortbildung

Sehr geehrte Damen und Herren, zu oben genannten Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2008 darf ich nachfolgendes anmerken:

Der überwiegende Teil der niedergelassenen Ärzte kommt kaum in den „Genuss“ von finanziellen Zuwendungen seitens der Pharmafirmen. Im Gegenteil, der freilaufende Vertragsarzt gibt jährlich eine nicht geringe Menge Geld aus, um sich fort- und weiterzubilden. Die Kosten für entsprechende Veranstaltungen steigen progressiv – im Gegensatz zu den Arzthonoraren, die für den Großteil der Kollegen einen degressiven Verlauf zeigen. Als Tagungsgebühren werden locker zwischen 250 und 500 EUR fällig. Selbst für „einfache“ Fortbildungen werden 50 bis 120 EUR verlangt. Dazu kommen in der Regel noch die Übernachtungs- und Fahrtkosten.

Nur um die erforderlichen 50 Fortbildungspunkte zu erlangen, habe ich so im Jahr 2007 ca. 2.500 EUR ausgegeben. Ohne Schiffsfahrten, Gesellschaftsabend, Turmbesteigung usw.! Es ergibt sich die Frage, wenn ein Krankenhaus mit eigenen Mitarbeitern eine Fortbildung organisiert, weshalb dann eine Teilnahmegebühr von

zum Beispiel 80 EUR fällig wird?! Gegen ein Verzehrentgelt ist sicher nichts einzuwenden, aber mehr ...? Andererseits ist es schon aus finanziellen Gründen nicht immer einfach, eine niveauevolle Veranstaltung zu organisieren. Einen entsprechenden Referenten bekommt man meist nur für einen vierstelligen Betrag, plus Reisekosten und Unterkunft. Das lässt sich ohne Unterstützung eines Pharmaunternehmens meist nicht realisieren.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass der niedergelassene Facharzt sich zur Melkkuh im Gesundheitswesen entwickelt hat, und sich dies auch klaglos gefallen lässt.

Neben den Fortbildungskosten fallen ja noch ungleich mehr finanzielle Aussagen an, über deren Sinn man sich streiten kann (oder eigentlich nicht):

Verordnete Praxiskontrollen durch Ingenieurbüros; Qualitätsmanagements, die nachweislich keine Verbesserung der Patientenversorgung ergeben; Zertifizierungen, die sich zum Selbstläufer einer Gelddruckmaschine für die entsprechenden Zertifizierungsgesellschaften entwickeln, usw.

So sollte zu denken geben, dass der überwiegende Teil der Ärzte in Deutschland Probleme hat, einen

einfach Kredit zu bekommen, bzw. für die Banken ein unternehmerisches Risiko darstellt!

Abschließend – ich bin sehr froh, wenn wir bei der Ausrichtung von Fortbildungsveranstaltungen durch Pharmaunternehmen unterstützt werden, bei transparentem Sponsoring. Im Gegensatz zur Meinung des Verfassers oben genannten Artikels sollte das Niveau auch hier nicht „bescheiden“ sein.

Mit freundlichen Grüßen, solange mir noch Geld aus der Tasche gezogen werden kann.

Dr. med. Jost Klippel
Hohe Straße 21, 02829 Holtendorf
17.4.2008

Einige Bemerkungen zum Leserbrief des Kollegen Dr. Jost Klippel aus Sicht der Fortbildung:

Gegen die von Kollegen Klippel ausgeführten Bemerkungen zum Sponsoring ist nichts einzuwenden, wenn die in unserem „Ärzteblatt Sachsen“, Heft Nr. 4/2008, geforderten Aspekte beachtet werden. Wichtiger erscheint eine Anmerkung zu den finanziellen Belastungen, die sich aus der Fortbildungsverpflichtung ergeben. Wir haben hier in Sachsen mit drei großen

Ballungszentren und vielen renommierten Krankenhäusern, mit einer Ärztekammer, die eine Fülle von Fortbildungsangeboten unterbreitet, mit Fortbildungsmöglichkeiten auf der Ebene der Kreiskammern und der jeweils örtlichen fachlichen Kompetenz so viele zumeist kostenlose oder unbedeutend kostenbelastete Fortbildungen, dass der Kostenfaktor aus unserer Sicht als unerheblich angesehen

werden kann. Die Erfahrung lehrt uns, dass auch die Referenten – sofern sie Experten aus unserer Region sind – kaum astronomische Honorare (der Briefschreiber meint, man bekäme Referenten nur für 4-stellige Beträge nebst Reisekosten) fordern.

Der Umgang mit den Fortbildungszertifikaten, die zunehmend von der sächsischen Ärzteschaft erworben

werden, zeigt, dass man ohne große Schwierigkeiten und mit minimalem materiellem Aufwand zu den 50 Fortbildungspunkten pro Jahr, die der Gesetzgeber in einem 5-Jahreszeitraum fordert, kommen kann.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
14.5.2008

Ärztekammer für Medizinstudenten – Zukunftschancen in Sachsen

Wohin nach dem Studium? Diese Frage beschäftigt alle Studierenden früher oder später. Der Vor-



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller im Gespräch mit Medizinstudenten

stand der Kreisärztekammer Stadt Leipzig und die Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig luden am 18. Juni 2008 bereits zum dritten Mal angehende Mediziner des 4. bis 6. Studienjahres der Universität Leipzig ein, sich über ihre Zukunftschancen in Sachsen zu informieren. Mehr als 100 Studierende folgten der bereits traditionellen Einladung in den gemütlichen Biergarten des „Hopfenspeicher“ in Leipzig. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig, und Dr. med. Claus Vogel, Mitglied der Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig, begrüßten ihre wissbegierigen Gäste und stellten in wenigen Worten die berufs- und gesundheitspolitischen Aufgaben der beiden Körperschaften und ihren Wirkungskreis vor. Danach setzten sich die anwesenden Mitglieder bei-

der Körperschaften sowie der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig zu den Studierenden und beantworteten bei schönstem Sommerwetter und Livemusik locker und aus ganz persönlicher Erfahrung heraus deren vielfältige Fragen rund um den Einstieg in den Arztberuf, die Zukunftschancen für junge Mediziner in Sachsen und aktuelle Entwicklungen der Berufs- und Gesundheitspolitik. Unterstützt werden die Informationsveranstaltungen bereits von Anfang an von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, dem INTER Ärzte Service und der NAV-Wirtschaftsdienst GmbH.

Anja Miesner
Referentin für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Am 25. Juni 2008 fand die 5. Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte im Medizinisch-theoretischen Zentrum der TU Dresden mit freundlichen Unterstützung der deutschen Apotheker- und Ärztebank, statt. Zu dieser Veranstaltung hatte erneut das Sächsische Staatsministerium für Soziales, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,

die Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingeladen.

Herr Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, berichtete, dass das Medizinstudium nach wie vor in Deutschland sehr gefragt ist. Um einen Studienplatz bewerben sich vier Abiturienten. Die Abwanderung von Ärzten in andere Berufe liegt in Sachsen bei drei Prozent. Herr Hommel forderte die Jungärzte auf,

im Freistaat Sachsen zu arbeiten, auch wenn die Arbeitsbedingungen noch nicht so ideal sind wie zum Beispiel in der Schweiz.

Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, stellte den Medizinstudenten die Entwicklung, die Struktur, die Organisation, die zentralen Aufgaben der Ärztekammern und insbesondere die ärztliche Weiter- und Fortbildung an der Sächsischen Landesärztekammer vor. Sachsen braucht insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Augenheilkunde, für Kinder- und Jugend-

medizin, für Hautkrankheiten, für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Herr Rene Schubert erläuterte den Auftrag der Krankenhausgesellschaft Sachsen als zentraler Ansprechpartner für alle Fragen im sächsischen Krankenhauswesen und als die Interessenvertretung der sächsischen Krankenhäuser. Er stellte das Sächsische Krankenhausregister vor. Unter www.krankenhausregister-sachsen.de sind unter anderem Informationen zu aktuellen Stellenangeboten und Weiterbildungsangebote nachzulesen.

Herr Dr. med. Johannes Baumann, Facharzt für Allgemeinmedizin in Coswig und Leiter der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), berichtete über die Aufgaben der KVS, über die Beratung von Praxisgründern, über neue Aspekte im Vertragsarztrecht, über Förderung von Weiterbildungsassistenten in der All-

gemeinmedizin und in anderen Fachrichtungen und über die Förderung von Medizinstudenten ab dem dritten Studienjahr, wenn sie sich perspektivisch verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums in Sachsen als Hausarzt zu arbeiten.

Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Leiterin des Gesundheitsamtes Meißen, stellte den Öffentlichen Gesundheitsdienst und seine spezifischen Aufgaben vor. Die wichtige dritte Säule des Gesundheitswesens bedarf dringend ärztlichen Nachwuchts.

Herr Raimund Pecherz, Leiter der Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, präsentierte die Leistungsfunktionen dieser Bank für Medizinstudenten, Jungärzte, angestellte Ärzte und für Ärzte in eigener Niederlassung.

Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Erik Bodendieck, Facharzt für Allgemeinmedizin, moderierte die Informationsver-



Rege Diskussionen an den Ständen der Krankenhäuser

staltung und warb betont um Fachärzte für „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“.

In persönlichen Gesprächen mit den Mitarbeitern an den Informationsständen der Körperschaften und der anwesenden Krankenhäusern informierten sich die Teilnehmer über aktuelle Themen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Forschungspreis der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V.

Der Forschungspreis der SGAM zeichnet die beste eingereichte, abgeschlossene wissenschaftliche Arbeit mit einem Preisgeld von 500 EUR und dem SGAM-Pokal aus Meißner Porzellan aus.

Der Preis wird jährlich vergeben, vorausgesetzt, dass eine oder mehrere Arbeiten eingereicht und für die Preisvergabe als würdig angesehen werden. Die Beurteilung obliegt dem Wissenschaftlichen Beirat der SGAM sowie dem Präsidium der SGAM. Für eine hausärztliche Forschung sind neben randomisiert – kontrollierte Studien und anderen methodischen Ansätzen (zum Beispiel epidemiologi-

sche Querschnittsstudie, Intention-to-treat-Analyse oder N-of-1-Trial) qualitative Methoden geeignet. Die wissenschaftlich Thematik muss folgenden Kriterien genügen:

Die untersuchte Forschungsfrage ist typisch für die hausärztliche Grundversorgung, das heißt, dass häufige und relevante Beratungsanlässe im Mittelpunkt stehen.

1. Die untersuchte Forschungsfrage ist typisch für die hausärztliche Grundversorgung, das heißt, dass häufige und relevante Beratungsanlässe im Mittelpunkt stehen.
2. Die Forschungsergebnisse sollen einen relevanten Bezug zur hausärztlichen Tätigkeit aufweisen, praxisnah und mit einem Erkenntnisgewinn verbunden sein. Versorgungsepidemiologische Prob-

lemstellungen können ebenfalls Inhalt der eingereichten Arbeit sein.

3. Es müssen bereits abgeschlossene wissenschaftliche Arbeiten sein (Promotionen, Habilitationen, Masterarbeiten, Diplomarbeiten, allgemeinmedizinische Studien).
4. Hausärzte waren bei der Entwicklung des Designs der Studien und bei der Durchführung maßgeblich beteiligt.
5. Eine Publikation der eingereichten Arbeiten wird angestrebt.

Informationen, detaillierte Teilnahmebedingungen, Anmeldung unter: Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM e.V.), Präsident Dr. med. Johannes Dietrich, Obere Hauptstraße 1, 09241 Mühlau.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 08/C032

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)

Reg.-Nr. 08/C033

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 08/C034

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/C035

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/C036

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.08.2008 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 Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin-fachärztlich

Anstellungssitz in einem Medizinischen Versorgungszentrum

Reg.-Nr. 08/D044

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 08/D045

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Facharzt für Radiologie

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/D046

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 08/D047

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 08/D048

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 08/D049

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.08.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

schnellstmögliche Nachbesetzung vorgesehen

Reg.-Nr. 08/L065

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L066

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/L067

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 08/L068

Leipziger Land

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)

Reg.-Nr. 08/L069

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 08/L070

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L071

Facharzt für HNO-Heilkunde

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/L072

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 08/L073

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.08.2008 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 Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresden-Ost

Praxisabgabe geplant: Ende II/2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresden-Südost

Praxisabgabe geplant: Januar 2009

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxis in Görlitz

Praxisabgabe geplant: nach Vereinbarung

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

Peyton Rous

Vor 101 Jahren: Peyton Rous, ein zukünftiger Nobelpreisträger, im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt

Wenn ein Forscher oder eine Forscherin den Nobelpreis erhalten hat, so ist es üblich, wichtige Details seiner oder ihrer Biografie für das (heute auch im Internet zugängliche) Nobel-Museum festzuhalten. In der dort dargestellten Biografie des US-amerikanischen Medizin-Nobelpreisträgers und Pathologen Francis Peyton Rous (1879 bis 1970), der 1966 für die Entdeckung von Krebs-induzierenden Viren geehrt wurde, heißt es: Er hatte die Chance, im Sommer 1907 „in ein bestimmtes Hospital in Dresden zu gehen, wo die morbide Anatomie gelehrt wurde“. Näheres wurde nicht mitgeteilt, so dass es unklar blieb, welche Einrichtung mit der Bezeichnung „bestimmtes Hospital“ gemeint war. Nachforschungen haben nun ergeben, dass sich Rous vor 100 Jahren in dem von Professor Georg Schmorl (1861 bis 1932) geleiteten Pathologisch-Anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt aufgehalten hat. Rous erinnerte sich später an diese Zeit mit den Worten „Dresden in 1907! Eine exquisite Stadt in einem exquisiten Land!“.

Es wird sein damaliger Vorgesetzter gewesen sein, der den jungen Rous auf Dresden aufmerksam gemacht hat. Jedenfalls eröffnete er ihm die Möglichkeit, die Kosten für die Reise und den Aufenthalt in dieser Stadt aufzubringen. Rous hatte 1905 promoviert und war in Ann Arbor an der University of Michigan als Instruktor für Pathologie mit sehr kargem Gehalt angestellt. Sein Chef, Professor Aldred Scott Warthin (1866 bis 1931), ein ebenso weit gereister wie kunstsiniger und als Pathologe sehr erfolgreicher Mann – mit seinem Namen verbunden sind z.B. der Warthin'sche Tumor (gutartiges Adenolymphom), die Warthin-Finkeldey-Riesenzellen (bei Masern), die Warthin-Starry-Silberfärbung (auf Bakterien), aber auch die frühe Beschreibung von familiärem Krebs –, bot

Rous an, an Warthin's Stelle bei einer Sommerschule zu unterrichten, wenn er das dort zu erwartende Honorar dafür verwenden würde, intensiv die deutsche Sprache zu erlernen und für einige Monate nach Deutschland zu gehen. Rous nahm diesen Vorschlag gerne an und blieb seinem Förderer für dessen Generosität lebenslang dankbar.

Das Pathologisch-Anatomische Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt bestand seit 1849 und war seit 1894 in einem großzügigen Neubau (dem heutigen Institut für Pathologie „Georg Schmorl“) untergebracht. Es war Wirkungsstätte namhafter Pathologen, darunter Albert von Zenker (1825 bis 1898), Felix Victor Birch-Hirschfeld (1842 bis 1899) und Adolf Neelsen (1854 bis 1894). Seit 1894 leitete Schmorl das Institut und verhalf der schon zuvor sehr attraktiven Einrichtung zu besonderer Ausstrahlung. Immer wieder kamen Ärzte aus vielen Ländern nach Dresden, um bei Schmorl zu arbeiten. Auch Warthin, der übrigens gut deutsch sprach, war im Sommer 1898 Gast des Instituts gewesen, wie jetzt aufgefundenen Sektionsprotokolle mit seiner Unterschrift beweisen.

Eine Recherche in den Journalen des Pathologisch-Anatomischen Instituts des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt hat weiterhin ergeben, dass auch Rous dort im Zeitraum von Anfang Juli bis Ende August 1907 dreiundzwanzig Sektionen durchgeführt hat (siehe Abbildung). Augenscheinlich war auch er der deutschen Sprache mächtig. Es ist darüber hinaus ein Foto erhalten, das Rous und andere Ärzte zusammen mit Schmorl zeigt. Für Rous bedeutete der Aufenthalt in Dresden den Abschluss seiner Ausbildung: wenige Monate danach begann er seine außergewöhnlich erfolgreiche Laufbahn als eigenständiger Forscher.

Warthin war es auch, der für seinen Protegé nach dessen Rückkehr aus Deutschland einen Kontakt zum Rockefeller Institute for Medical Research (heute Rockefeller University) in New York City vermittelte. An diesem Institut, das damals von dem

Pathologen Simon Flexner (1863 bis 1946) geleitet wurde, hat Rous dann ab 1909 bis zu seiner Emeritierung und weitere 25 Jahre danach gearbeitet. Unter dem Einfluss von Warthin und gegen den Rat seiner Freunde begann er sich mit Krebsforschung zu befassen, die sich damals noch in den ersten Anfängen befand. So war es beispielsweise noch nie gelungen, experimentell Tumoren zu erzeugen.

Doch Rous hatte das Glück des Tüchtigen: Noch im Jahre 1909 wandte sich ein Geflügelzüchter an ihn, der bei einem seiner Hühner eine große Geschwulst in der Brust beobachtet hatte. In der Sorge, dass dies eine Gefahr für andere Hühner des Bestandes darstellen könnte, hatte der Züchter verschiedene Pathologen ohne Erfolg konsultiert. Erst Rous erkannte, dass es sich um ein Spindelzellsarkom handelte. Dieser maligne Tumor diente Rous in der Folgezeit als Modell für fundamentale Untersuchungen; er wurde deshalb später als Rous-Sarkom (klassisches Hühnersarkom) bezeichnet. Zunächst gelang ihm zum ersten Mal die Überimpfung eines Geflügeltumors auf gesunde Tiere; allerdings nur dann, wenn als Empfänger genetisch kompatible Tiere verwendet wurden. Wurde ein Homogenisat derartiger Tumoren durch Filter passiert, die weder für Zellen noch Bakterien durchlässig waren, so erzeugte das Filtrat nach Inokulation an gesunde Küken wiederum Spindelzellsarkome, die Rous als erfahrener Pathologe eindeutig identifizieren konnte. Obwohl er den Begriff Virus zur Erklärung seines Ergebnisses zunächst nicht verwendete, ließ die gewählte Versuchsanordnung keine andere Interpretation zu: erstmals war für einen „echten“ Tumor (Leukämien, bei denen es ähnliche, von Vilhelm Ellermann (1871 bis 1924) und Oluf Bang (1881 bis 1937) mitgeteilte, aber weniger aussagekräftige Ergebnisse gab, wurden damals noch nicht zu den neoplastischen Erkrankungen gezählt) gezeigt worden, dass er durch ein infektiöses Agens, wahrscheinlich ein Virus, hervorgerufen werden kann. Viren als neuartige biologische Entitäten waren in den

Sektionsprotokoll Nr. 555. 1907.

Name: ██████████ Friedrich Wilhelm Alter: 42 Stand: Cigarren-händler

Tag und Stunde des Todes: 15/VIII/07 3/9 U. der Sektion: 16/VIII/07

Klinische Diagnose: Perirethraler Abscess. Pyämie.

Sektionsdiagnose: Perirethraler Abscess. Pyämie. Thrombophlebitis in Plexus Pelvicus, Mult. embol. Lung. Abscess. Eitr. Pleuritis d. Multif. Colic. Pneumonia p. Bronchitis. Schlofferbrunsten. Herz, Allgemeines. Anämie.

Name des Obduzenten: F. Pylon Rous

A. Äußere Befichtigung.

Körperbau:	Gross-kraftig
Haut:	Brau-weiß, nicht runzlig. [Für Schnitt siehe unter Geschlechtsorgan.]
Fettgewebe:	Gut entwickelt, klar-gelb, fest.
Muskeln:	Dunkel-fleisch-rot. Mäßige Tonusstärke.

B. Innere Befichtigung.

I. Kopfhöhle.

Weiche Kopfbedeckung und Schädel:	Ohne Befund.
Harte Hirnhaut, Blutleiter:	Nicht verdickt. Ohne festes Hämmel, enthalten flüssiges Blut.
Weiche Häute, Gefäße der Hirnbasis, Hirnnerven:	In v. frontaleschen Gegent ein wenig trüb u. dick. Enthalten flüssiges Blut. Wandung zart, ohne Verdickung. Brau-weiß, symmetrisch, ohne Blutung
Großhirn:	Windungen u. Furchen stark ausgebildet. Schnittfläche zeigt sehr wenig Blutpunkte, ist ähnlich an den beiden Seiten.
Gehirnhöhlen:	Nicht dilatiert. Enthalten in wenig klare Flüssigkeit. Ependym nicht infiziert.
Gehirnknoten, Hirnschenkel:	Ähnlich an den beiden Seiten.
Kleinhirn, Brücke, verl. Mark:	Keine Blutung oder Verschwelzung. Wie beiden Seiten sind ähnlich.
Rückenmark:	Nicht seciert

Auszug aus einem eigenhändig von Rous angefertigten Sektionsprotokoll (Quelle: Archiv des Instituts für Pathologie „Georg Schmorl“, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt).

Jahren 1892 bis 1898 durch Dmitri A. Ivanowski (1864 bis 1920) und Martinus W. Beijerinck (1851 bis 1931) an ihrer Eigenschaft erkannt worden, bakterienreiche Filter unter Erhaltung der biologischen Aktivität zu passieren. Im Jahre 1911 veröffentlichte Rous seine Ergebnisse. Es gelang ihm bald, das Agens auf der

Chorioallantoismembran der Hühner auch zu züchten. Wenig später wies er für zwei weitere distinkte Hühnersarkome ebenfalls eine Virusätiologie nach. Heute umfasst der Begriff Rous-Sarkomvirus (RSV) nicht nur die originalen Isolate von Rous, sondern zahlreiche unabhängig voneinander isolierte Hühnerviren, die Sarkome durch einen ähnlichen genetischen Mechanismus wie das originale Isolat induzieren. Das RSV war das erste bekannte Tumorstoff und der erste Vertreter der Retroviren. Zu dieser Virusfamilie zählt auch das 1983 entdeckte humane Immundefizienzvirus HIV-1.

Einer anfänglichen Euphorie über die Entdeckung von Rous folgte bald die Ernüchterung. Generell verantwortlich für die Induktion von Tumoren waren Viren offensichtlich nicht. Auch war die Virustheorie mit den zeitgenössischen Vorstellungen über die Krebsentstehung kaum in Einklang zu bringen. Zudem musste sich Rous mit dem Ausbruch des ersten Weltkrieges anderen Themen zuwenden. Die Arbeiten auf diesem Gebiet wurden erst 1933 wieder aufgenommen, nachdem Richard E. Shope (1901 bis 1966) Papillome einer bestimmten Kaninchenart zellfrei übertragen hatte. Shope überließ seinem Kollegen Rous den mutmaßlichen Virustumor für weitere Experimente. Das Modell gab Rous die Möglichkeit, viele Charakteristika der natürlichen Entwicklung von Tumoren zu studieren. Unter besonderen Bedingungen entstanden aus den Papillomen maligne Carcinome. Rous stellte fest, dass sich die Tumorbildung schrittweise vollzieht. Auf eine Phase der Tumorentstehung folgen Phasen der Promotion und Progression bis hin zum voll entwickelten, metastasierenden Tumor. Dabei kann es zu einer synergistischen Wirkung von Viren und chemischen Cancerogenen kommen. Die Begriffe „latente oder schlafende Tumorzellen“ und „Krebs als multifaktorielle Erkrankung“ führte Rous auf der Grundlage dieser Versuche damals ebenfalls ein. Der eigentliche Durchbruch der Virustheorie des Krebses geschah dann in den 1950-er Jahren.

Ludwik Gross (1904 bis 1999) in New York und Arnold Graffi (1910 bis 2006) in Berlin konnten 1951 bzw. 1954 Viren als Ursache der lymphatischen bzw. myeloischen Leukämie bei Mäusen nachweisen. Es folgten bei diversen Tierspezies zahlreiche weitere Isolierungen von DNA- oder RNA-haltigen tumor erzeugenden Viren, von denen viele hervorragende Modelle der aufstrebenden Molekularbiologie wurden. Aber auch für die Humanpathologie gewannen derartige Viren an Bedeutung, darunter das Epstein-Barr-Virus, einige Typen der humanen Papillomviren oder das Hepatitis B-Virus. Heute ist davon auszugehen, dass etwa 15% der Tumoren des Menschen unter Beteiligung von Viren entstehen. In einigen Fällen waren Vakzinierungen gegen bestimmte Tumorstoffe erfolgreich und führten zu einer Senkung der Tumorzinzidenz. Unter den Tumorstoffen des Menschen gehören die humanen T-Zell-Leukämieviren HTLV-1 und HTLV-2 der gleichen Virusfamilie an wie das RSV, allerdings ist bei diesen eine Vakzinierung bisher nicht möglich.

Anfang der 1960er Jahre konnte die große Bedeutung der Tumorstoffe auch von Skeptikern nicht länger bezweifelt werden. 55 Jahre nach der Entdeckung des RSV erhielt Rous den Nobelpreis und war damit der bis heute älteste Preisträger für Medizin. [Einem seiner Schwiegersöhne, dem Physiologen Alan L. Hodgkin (1914 bis 1998), war bereits drei Jahre vor Rous der Medizin-Nobelpreis zuerkannt worden.] Die Wahl des RSV als Modell für grundlegende Forschungen erwies sich dann immer wieder als Glücksfall. Für Untersuchungen, bei denen das RSV eine entscheidende Rolle gespielt hatte, erhielten in den Folgejahren mehrere Gelehrte den Medizin-Nobelpreis: Albert Claude (1899 bis 1983) in 1974 (Methoden der Zellfraktionierung; erste elektronenmikroskopische Darstellung eines Tumorstoffes, des RSV), Howard M. Temin (1934 bis 1994) in 1975 (Entdeckung der Umkehrtranskriptase) sowie Michael J. Bishop (*1936) und Harold

E. Varmus (*1939), beide in 1989 (Entdeckung der Protoonkogene). Auf Einzelheiten zu diesen Untersuchungen, die insgesamt von großer Bedeutung für die Lebenswissenschaften sind, kann hier jedoch nicht eingegangen werden.

Die vielseitige Ausbildung bei Warthin und Schmorl trug dazu bei, dass Rous auch auf anderen Gebieten sehr erfolgreich forschte. Während des ersten Weltkrieges entwickelte er zusammen mit Joseph R. Turner eine Methode zur Langzeit-Konservierung von Blut mittels Citrat und Glukose (Rous-Turner-Lösung). Damit ermöglichte er Oswald H. Robertson (1886 bis 1966), dem Pionier der Transfusionsmedizin, im Jahre 1917 die Etablierung der weltweit ersten Blutbank hinter der Front in Belgien. Rous kooperierte eng mit Robertson, wie an einer Reihe von gemeinsamen Publikationen abzulesen ist. In diesen Jahren galt das Interesse von Rous außerdem den Funktionen von Leber, Gallenblase und Niere. Der Rous-Test auf Hämosiderin im Urin zum Nachweis der Hämosiderose war eines der Resultate seiner damaligen Forschungsarbeiten.

Die Würdigung von Rous wäre unvollständig, wenn nicht auch auf seine Verdienste als langjähriger (von 1922 bis 1970 !) Herausgeber des renommierten Journal of Experimental Medicine hingewiesen würde. Er verwendete viel Zeit und Energie auf diese Aufgabe. Zeitzeugen zufolge betrieb er bis ins hohe Alter das Redigieren von Manuskripten genau so akribisch wie das Experimentieren im Labor, und beides trug ebenso wie seine große Bescheidenheit zu dem außergewöhnlichen Ansehen von Rous bei. Peyton Rous war, um seine Diktion aufzunehmen, „ein exquisiter Forscher von exquisitem Rang!“

Prof. em. Dr. rer. nat. Volker Wunderlich,
Max-Delbrück-Centrum für Molekulare
Medizin (MDC), Berlin-Buch;
Dr. med. Peter Kunze, ehem. Oberarzt im
Institut für Pathologie „Georg Schmorl“
Dresden-Friedrichstadt.

Prof. Dr. med. habil. Friedrich G. Renger zum 90. Geburtstag



Friedrich G. Renger wurde am 26.06.1918 in Bertsdorf bei Zittau als achtens von neun Kindern in einer Bergarbeiterfamilie geboren. Er erlebte eine umsorgte Kindheit, trotz bescheidener wirtschaftlicher Verhältnisse. Gemeinsinn, Fleiß, Disziplin und Toleranz wurden schon in frühen Kindertagen zu Charaktereigenschaften, die durch das ganze Leben trugen. Nach Abitur, Arbeitsdienst und Wehrdienst studierte er ab 1939 an der Universität in Leipzig Medizin und leistete Dienst in der Luftwaffe. 1944 schloss er das Studium ab und promovierte zum Doktor medicinae. Das Kriegsende erlebte er als Marinearzt. Danach arbeitete er im Städtischen Krankenhaus Wittenberge, wurde 1947/48 Leiter der Tuberkulose-Fürsorge in Wittenberge und wechselte 1948 an die II. Medizinische Klinik der Charité Berlin. Dort erhielt er unter Alfons Krautwald die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin. Er habilitierte 1957 mit einer experimentellen Arbeit zur Sensibilität abdomineller Organe und Gewebe. 1958 stieg er zum Oberarzt auf, wurde zum Dozenten für Innere Medizin berufen und erhielt 1962 eine Professur mit Lehrauftrag.

Mauer und Minengürtel rissen Deutschland 1961 in zwei Teile. Doktrinärer Staatssozialismus einerseits und demokratischer kapitalistischer Sozialstaat andererseits rangen um die Vormacht auf deutschem Boden.

Wer östlich des Todesstreifens lebte, musste sich anders einrichten, als jene, die westlich davon alle demokratischen Freiheiten genießen konnten. Wer darf heute darüber urteilen, wie den Mächtigen der DDR hätte entgegen getreten werden sollen? Durfte man sich am Aufbau einer sozial gerechten, humanen Gesellschaftsordnung beteiligen, wie von Partei und Regierung heftig propagiert, oder wären die Aufrechten zu kompromisslosem Widerstand verpflichtet gewesen? Friedrich Renger blieb im Lande und verschrieb sich einer neuen Gesellschaft, die besser sein wollte als das Vergangene.

Nach der Emeritierung von Wilhelm Crecelius 1965 wurden an der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden zwei Lehrstühle für Innere Medizin eingerichtet. Den Lehrstuhl II übernahm Friedrich Renger und Gerhard Heidelberg aus Meiningen folgte auf den Lehrstuhl I.

Wir erlebten Friedrich Renger als hochgebildeten, weltoffenen, polyglotten, energischen, mitreißenden Lehrer und Klinikchef. Er verkörperte eine neue Generation von Internisten und lehrte uns, in strengen pathophysiologischen Zusammenhängen zu denken. Seine Vorlesungen und Vorträge waren fachlich prägnant und rhetorisch geschliffen. Fundierte Fachdiskussionen prägten Visiten und Klinikkonferenzen. Er entwickelte vor mehr als 40 Jahren mit seinem Team Diagnostik- und Therapiestandards in der Gastroenterologie, die den heutigen Leitlinien in Qualität nicht nachstanden. Er trieb die Ultraschall-diagnostik der Abdominalorgane und den Aufbau der Hämodialyseabteilung voran. Seine vielfältigen Formen ärztlicher Fortbildung im Bezirk Dresden strahlten auch auf die Nachbarbezirke Cottbus und Karl-Marx-Stadt aus.

Trotz großer Verdienste um den ärztlichen Nachwuchs galt sein besonderes Interesse der klinischen Forschung, vorzüglich auf dem Gebiet der Hepatologie. 1977 gelang ihm mit K.-H. Frank in der Abt. für Immunologie im Institut für Gerichtsmedi-

zin und Mitarbeitern der immunologische Nachweis des Erregers der Virus-Hepatitis-C. Er hatte außerdem einen respektablen Anteil an der ersten erfolgreichen Lebertransplantation innerhalb der sozialistischen Länder, die Helmut Wolff 1978 in der Chirurgischen Klinik geglückt war. Mehr als 300 wissenschaftliche Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften, 8 Monografien und 14 Lehrbuchbeiträge entstammen seiner Feder und er hielt über 400 Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen.

Er war in nationalen und ausländischen medizinischen Fachgesellschaften aktiv. Sein Interesse galt aber auch gesundheitspolitischen Aspekten. Die aktive Teilnahme an den Weltgesundheitsversammlungen in Genf von 1973 bis 1979 bezeugt dies. Er erhielt zahlreiche staatliche Auszeichnung und Ehrenmitgliedschaften in Fachgesellschaften des In- und Auslands. 1979 folgte er dem Ruf als Direktor der Medizinischen Klinik „Theodor Brugsch“ der Berliner Charité. Ihm fiel die kolossale Aufgabe zu, die beiden Medizinischen Kliniken, die noch vor dem ersten Weltkrieg errichtet worden waren, zu einer Institution zu vereinen. Er unterzog sich dieser Aufgabe mit großem Engagement und Erfolg. 1983 wurde er ehrenvoll emeritiert.

Sein Credo – nur wer am Bestehenden zweifelt und nach neuen Lösungen sucht, ist auf dem Weg zur Wahrheit – hat uns alle geprägt. Die einschneidenden Erlebnisse aus Kindheit und Krieg schürten sein Bemühen um eine sozial gerechtere und humanere Gesellschaft. Das allerdings ist sorgfältig zu scheiden von einer Systemnähe zum Unrechtsstaat DDR.

Wir gratulieren unserem ehemaligen Lehrer in großer Verehrung und Verbundenheit. Wir danken für wertvolle gemeinsame Jahre und wünschen dem Jubilar weiterhin gute Gesundheit und große Lebensfreude.

In Vertretung vieler Schüler,
Freunde und Kollegen
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze und
Dr. med. habil. Gottfried Hempel

Dr. med. Thomas Fritz zum 65. Geburtstag



Thomas Fritz ist ein hochgeschätzter, beliebter und engagierter „all round“-Internist. Er studierte Medizin in Leipzig und begann seine ärztliche Tätigkeit zunächst am Institut für klinische Pharmakologie in Dresden. Seine Facharztausbildung absolvierte er an der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Dresden. Über drei Jahrzehnte hat sich Dr. Fritz am Universitätsklinikum sowohl im stationären wie auch im ambulanten Versorgungsbereich hoch verdient gemacht.

Dabei galt seine besondere Liebe zunächst der Intensivmedizin und dem Aufbau einer interdisziplinären internistischen Intensivstation. Später übernahm er die Leitung der internistischen Aufnahmestation und zugleich die ärztliche Verantwortung für eine neu errichtete Akutgeriatrische Station der Medizinischen Klinik. Hervorzuheben ist seine kompetente, empathische und nachhaltige

ärztliche Tätigkeit, die Dr. Fritz zum gesuchten Personal- und Prominentenarzt machten.

Er gehörte zu einer kleinen Gruppe ärztlicher Kollegen, die bereits kurz nach der politischen Wende 1989/90 wesentliche Ideen und Impulse zur Neugestaltung der medizinischen Versorgung und bei der Regelung berufspolitischer Angelegenheiten in Sachsen beitrugen.

Parallel zu seinen Aktivitäten bei der dringend notwendigen Hochschulerneuerung leistete Dr. Fritz wichtige Beiträge im Vorstand des „Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsen“ – einer berufspolitischen Sammlungsbewegung der damals verunsicherten Ärzteschaft. Zu den Zielen dieses freien ärztlichen Verbandes, der sich als Vorläuferorganisation der Sächsischen Landesärztekammer begriff, gehörte die Entwicklung eines selbstverwalteten freiheitlichen und reformierten Gesundheitssystems ebenso, wie auch die Schaffung einer starken Tarifrechtsvertretung der Ärzte.

Sein Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung hält bis heute an. Von 1995 bis 2007 war Dr. Fritz Mitglied der Kammerversammlung. Sein wohl abgewogener Rat und seine fundierte Meinung waren in der sächsischen Kammerversammlung hoch geschätzt. Seit 1999 ist er zudem Delegierter zum Deutschen Ärztetag, wo er aktiv die Interessen der Sächsischen Ärzteschaft vertreten hat. Und seit fast zehn Jahren ist Dr. Fritz Mitglied des Ausschusses Finanzen. 2007 schied er nach 12 Jahren aus dem Ausschuss Krankenhaus aus. Er ist auch der langjährige Vertreter der

Sächsischen Landesärztekammer im Krankenhausplanungsausschuss beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer verlieh Herrn Dr. Thomas Fritz für seine Verdienste um die sächsische Ärzteschaft 1997 die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille.

Als langjähriger Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen und als Vorstandsmitglied des Marburger Bundes bewältigte Dr. Fritz in vorbildlicher Weise ein großes Arbeitspensum – oft als streitbarer, doch immer als kompetenter Vertreter der angestellten Ärzte in berufs- und tarifrechtlichen Angelegenheiten.

Um den Übergang in den (Un-) Ruhestand nicht zu abrupt zu erleben, wird Thomas Fritz seine reichen ärztlichen Kenntnisse und Erfahrungen noch einige Zeit dem Medizinischen Versorgungszentrum am Uniklinikum zur Verfügung stellen. Wir hoffen, dass er sich auch weiterhin aktiv in seinen ehrenamtlichen Funktionen in die Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer einbringen wird und wir die jahrelange sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit fortführen können.

Für die kommenden Jahre wünschen wir Dir, lieber Thomas und Deiner lieben Birgit, Glück, Gesundheit und Gottes Segen, frohe Stunden mit Kindern und Enkeln sowie Musestunden in Natur und Literatur.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Prof. Dr. med. habil. Egbert Schröder

Unsere Jubilare im August – wir gratulieren!

60 Jahre

04. 08. Dipl.-Med.
Fritsche, Christine
02796 Kurort Jonsdorf
04. 08. Dr. med.
Naumann, Christine
08541 Großfriesen
06. 08. Dipl.-Med. Winkler, Helga
09337 Hohenstein-Ernstthal
10. 08. Dr. med. Götzke, Anne-Rose
01277 Dresden
11. 08. Dr. med. Kiefer, Hannes
04435 Schkeuditz
13. 08. Dr. med. Naumann,
Margit-Maria
01445 Radebeul
14. 08. Nestorjuk, Wassili
01067 Dresden
15. 08. Dipl.-Med. Lützkendorf, Eva
01809 Dohna
17. 08. Dr. sc. med. Klinger, Frank
01917 Kamenz
18. 08. Dr. med. Müller, Stephan
01723 Kesselsdorf
19. 08. Dipl.-Med. Hilbert, Cornelia
02999 Groß Särchen
20. 08. Dr. med. Werner, Johannes
09405 Zschopau
21. 08. Dipl.-Med. Brunner, Monika
04275 Leipzig
22. 08. Geipel, Reginé
08066 Zwickau
26. 08. Dipl.-Med. Gericke, Ulrich
08297 Zwönitz
27. 08. Dr. med. Heubaum, Frank
01326 Dresden
27. 08. Dipl.-Med. Kautz, Sibylle
02826 Görlitz
29. 08. Dipl.-Med. Hennig, Bärbel
09599 Freiberg
31. 08. Dr. med. Gepp, Gudula
01979 Lauchhammer

65 Jahre

01. 08. Dr. med. Karl, Hartmut
09423 Gelenau
01. 08. Dr. med.
Schauzu, Hans-Günter
04105 Leipzig
02. 08. Dr. med. Tomesch,
Hans-Werner
08427 Fraureuth
03. 08. Dr. med. Paschke, Peter
04838 Eilenburg

04. 08. Dr. med. Bischof, Bernd
01309 Dresden
05. 08. Dr. med. Gräßler, Wolfgang
09669 Frankenberg
06. 08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Standke, Ehrenfried
08527 Straßberg
07. 08. Dr. med.
Hasenfelder, Wolfgang
02826 Görlitz
07. 08. Dr. med. Leonhard, Thomas
01445 Radebeul
08. 08. Dr. med. Sauermann, Karin
01445 Radebeul
09. 08. Dr. med. Rieger, Winfried
02730 Ebersbach
11. 08. Dr. med. Fischer, Ulf
04703 Leisnig
12. 08. Dr. med. Neumann, Jürgen
01277 Dresden
13. 08. Dr. med. Schneider, Brigitte
01855 Sebnitz
14. 08. Werker, Walther
02994 Bernsdorf
18. 08. Dr. med. Langer, Raimund
08289 Schneeberg
18. 08. Dr. med. Soukup, Gottfried
02763 Zittau
20. 08. Dr. med. Dinger, Winfried
08060 Zwickau
21. 08. Dr. med. Kaps, Jutta
09423 Gelenau
22. 08. Dr. med. Hellmich, Gunter
01217 Dresden
23. 08. Dipl.-Med.
Großmann, Friedrun
01589 Riesa
24. 08. Dr. med. Bolomsky, Dieter
09405 Zschopau/
Krumhermersdorf
24. 08. Dr. med. Liebscher, Lutz
04720 Döbeln
24. 08. Dr. med. Reuther, Bernd
09126 Chemnitz
25. 08. Dr. med. Jaeckel, Matthias
08228 Rützingrün
27. 08. Dr. med. Böhme, Ursula
04347 Leipzig
27. 08. Dr. med. Grahl, Lothar
04289 Leipzig
28. 08. Dr. med. Baumann, Gunter
09117 Chemnitz
28. 08. Dr. med. Bley, Uta
09117 Chemnitz
28. 08. Dr. med. Dunsch, Monika
04207 Leipzig
28. 08. Dr. med. Grove, Klaus
09116 Chemnitz

29. 08. Dr. med. Wolf, Dieter
01445 Radebeul
30. 08. Dr. med. Amenda, Gisela
04564 Böhlen
- ### 70 Jahre
04. 08. Dr. med. Arndt, Wilhelm
04209 Leipzig
04. 08. Prof. Dr. med. habil.
Kunze, Dietmar
01189 Dresden
05. 08. Dr. med. Hahn, Rosemarie
04229 Leipzig
07. 08. Dr. med. Rüger, Klaus
09350 Lichtenstein
10. 08. Dr. med. Haselhoff, Bärbel
04416 Markkleeberg
10. 08. Dr. sc. med. Hubrich, Walter
01259 Dresden
11. 08. Dr. med. Croy, Ingeburg
04178 Leipzig
12. 08. Dr. med.
Bollwahn, Gotthard
04657 Narsdorf
14. 08. Dr. med. Göbel, Ute
04105 Leipzig
17. 08. Dr. med. Eckardt, Reiner
01277 Dresden
17. 08. Dr. med. Salomon, Helmut
01814 Krippen
17. 08. Dr. med. Schröfel, Günter
01587 Riesa
18. 08. Dr. med. Jacobi, Helga
01326 Dresden
18. 08. Dr. med. Pfeifer, Ursula
04155 Leipzig
18. 08. Dr. med. Wilhelm, Klaus
04509 Löbnitz
20. 08. Dr. med. Knoppik, Hubert
09557 Flöha
21. 08. Leichsenring, Johannes
09618 Brand-Erbisdorf
23. 08. Dr. med. Matz, Raglind
08412 Werdau
24. 08. Dr. med. Erben, Angela
01109 Dresden
25. 08. Dr. med. Henning, Gert
08393 Meerane
26. 08. Dr. med. Braun, Karl
08058 Zwickau
26. 08. Dr. med. Jetter, Hans
04329 Leipzig
26. 08. Dr. med. Leeder, Uta
09599 Freiberg
26. 08. Dr. med. Schwarzbauer,
Edelburg
04680 Colditz
26. 08. Dr. med. Spann, Brigitte
09599 Freiberg

28. 08. Dr. med. Walter, Annemarie
08129 Mosel

75 Jahre

05. 08. Dr. med. Schönlebe, Ulrike
04157 Leipzig

06. 08. Dr. med. Reichel, Manfred
08228 Rodewisch

11. 08. Dr. med. Hirche, Margot
01277 Dresden

13. 08. Dr. med. Hofmann, Hans
01809 Röhrsdorf

14. 08. Dr. med. Wichmann, Erika
01328 Dresden

16. 08. Dr. med. Schmidt, Christian
08541 Plauen-Großfriesen

24. 08. Doz. Dr. med. Dr. sc. techn.
Grohmann, Werner
09224 Mittelbach

27. 08. Dr. med. Langer, Heinz
01324 Dresden

30. 08. Prof. Dr. med. habil.
Schwarzer, Rudolf
08060 Zwickau

31. 08. Dr. med.
Hartmann, Hannelore
01279 Dresden

80 Jahre

05. 08. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Martin
04425 Taucha

20. 08. Dr. med. Wenger, Gerd
04277 Leipzig

81 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

82 Jahre

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

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

83 Jahre

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

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

84 Jahre

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

85 Jahre

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

86 Jahre

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

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

88 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

89 Jahre

15. 08. Knauer, Heini
08645 Bad Elster

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

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

90 Jahre

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

91 Jahre

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

92 Jahre

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

94 Jahre

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

96 Jahre

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

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: redaktion@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-Gruner-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-Johne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2008 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 93,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,85 € 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Verstorbene Kammermitglieder

16. 6. 2007 – 2. 6. 2008

*Außer der Zeit gehört mir nichts.
Seneca*

Annemarie Ackermann

Markkleeberg

Dr. med. Alfred Adolphs

Leipzig

Dr. med. Friedrich Ahnert

Leipzig

Dr. med. Marion Ambros

Cottbus

Prof. Dr. med. habil. Helmtraut

Arzinger-Jonasch

Leipzig

Dr. med. Klaus Bartsch

Plauen

Dr. med. Karl Baumann

Lengenfeld

Dr. med. Günter Bindernagel

Freiberg

Dr. med. Klaus Birke

Arnsdorf

Dr. med. Frieder Braun

Zwickau

Dr. med. Manfred Bressau

Meerane

Dr. med. Hans-Joachim Brux

Neustadt/Sa.

Dr. med. Wolfgang Creutziger

Aue

Helga Echtermeyer

Leipzig

Dr. med. Klaus Femmer

Dresden

Hubertus Feydt

Dresden

Dr. med. Rudolf Gautsch

Brettnig-Hauswalde

Dr. med. Joachim Gawantka

Scheibenberg

Dr. med. Hans Geuder

Dresden

Dr. med. Gottfried Gläsel

Bad Elster

Dr. med. Sigrid Gneipel

Mulda

Dipl.-Med. Wolfram Götze

Pretzschendorf

Dipl.-Med. Andrea Gräfner

Gröditz

Dr. med. Gerhard Gruner

Kurort Oybin

Dr. med. Jörg Gruner

Chemnitz

Dr. med. Klaus Hanke

Glauchau

Dr. med. Margot Heimann

Zwickau

Dr. med. Gerhard Hochmuth

Crimmitschau

Dipl.-Med.

Kurt-Rüdiger Hoffmeier

Schönwölkau

Dr. med. Heinrich Illing

Marienberg

Roland Jahn

Leipzig

Dr. med. Günther Janke

Zwickau

Dr. med. Heinrich John

Bautzen

Gerhard Köhler

Beiersdorf

Rosemarie Köhler

Radebeul

Dr. med. Helmut Kohlmann

Leipzig

Dr. med. Hans-Joachim Koraus

Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Erich Köstler

Dresden

Brigitte Krabes

Leipzig

Dr. med. Wilfried Krickau

Dresden

Monika Kukol

Dresden

Dr. med. Hans-Peter Lauschke

Königshain

Dr. med. Ilse Ludwig

Neustadt

Dr. med. Klaus Lungwitz

Werdau

Dr. med. Gert Malzdorf

Eibenstock

Prof. Dr. med. habil.

Marion Marré

Dresden

Dr. med. Wolfgang Michaelis

Stollberg

Dr. med. Rolf Möckel

Lichtentanne

Dr. med. Günther Mucke

Dresden

Dr. med. Sigrid Müller

Freital

Dr. med. Gerhard Peschel

Chemnitz

Prof. em. Dr. med. habil.

Lothar Pickenhain

Leipzig

Günther Popella

Kirschau

Michal Przewlocki

Leipzig

Dr. med. Gerhard Raasch

Dresden

Dr. med. Alfred Rockel

Chemnitz

Prof. Dr. med. habil.

Wolfgang Rotzsch

Markkleeberg

Dr. med. Christine Rühmer

Falkenstein

Prof. Dr. sc. med.

Rudolf Sachsenweger

Leipzig

Dr. med. Wolf Schaeffer

Freital

Dr. med. Jörg Schäffner

Grimma

Rainer Schmidt

Ellefeld

Dr. med. Sieglinde Söllner

Dresden

Dr. med. Dipl.-Psych.

Hellmut Starke

Leipzig

Dr. med. Rainer Stumpf

Neukieritzsch

Dr. med. Karl Thomas

Dresden

Erika Vogel

Dresden

Dr. med. Gerd Wenger

Leipzig

Dr. med. Bernd Winter

Leipzig

Dr. med. Frieder Wünsch

Zwickau

Medizinische Versorgung in einem Flüchtlings-Camp der Shan People an der burmesischen Grenze

Eine 24-stündige Reise mit Bahn, Bus und Jeep von Bangkok in den Norden an die burmesische Grenze liegt hinter uns. Vom letzten kleinen Ort auf thailändischer Seite aus werden wir noch eine Stunde auf Motorrädern über die Grenze nach Loi Kaw Wan gefahren. Unsere großen Rucksäcke, die mit medizinischem Material vollgepackt sind, werden mühsam festgeschnallt. Der schmale, unbefestigte und streckenweise nur in den lehmigen Berghang geschlagene Weg ist immer wieder zu steil zum Fahren, so dass wir absteigen und schieben müssen. Während der Regenzeit werden die Pfade teilweise unpassierbar. Hinter den thailändischen Grenzposten liegt im Niemandsland vor den burmesischen Grenzsoldaten auf 1300 m Höhe Loi Kaw Wan, eines der zahlreichen IDP camps (interdisplaced people) der Shan people. Im nordöstlichen Burma (heute Myanmar) etablierten sich in präkolonialer Zeit die Shan-Königreiche, die später unter britischer Herrschaft weitgehend ihre Autonomie behielten. Schon kurz nach der Unabhängigkeit Burmas im Jahr 1948 wurde der Shan State als Teil Burmas von der neuen Regierung in Rangoon zunehmend unterdrückt. Die 80-er und 90-er Jahre waren von wiederkehrenden gewaltsamen Unruhen und Protesten

der ethnischen Minderheiten gegen die Militärjunta geprägt, was zu Flüchtlingswellen in die thailändischen Grenzgebiete führte.

Die Regierung von Myanmar (Burma) wurde im September 2007 weltweit durch das gewaltsame Vorgehen gegen die von buddhistischen Mönchen geführten Demonstranten in Yangon (Rangoon) kritisiert. Tausende wurden inhaftiert, Dutzende verschwanden bis heute oder wurden getötet. Ein wirksames Einschreiten der internationalen Staatengemeinschaft blieb bislang aus. Die Durchsetzung der Menschenrechte scheint auch hier den nationalen Interessen einzelner Staaten an den reichen Rohstoffvorräten des Landes weichen zu müssen, so dass die Militärdiktatur in Myanmar noch unverändert besteht.

Das Flüchtlings-Camp Loi Kaw Wan besteht seit 2001. Etwa 2600 Menschen leben derzeit hier. Die Mehrheit der Menschen hier sind Buddhisten, eine kleine katholische Gemeinde ist gut in das Camp integriert. Die meisten Hütten sind aus Bambus gebaut. In der Regenzeit zieht die schwülwarme Feuchtigkeit in die letzten Ritzen, während in der Trockenzeit die Nächte mit knapp über Null Grad bei sternklarem Himmel bitterkalt werden können. In Selbstversorgungswirtschaft werden Hühner, vereinzelt auch Schweine gehalten. An den steilen Hängen wird mühsam Gemüse oder Tee angebaut. Letzterer wird über die Grenze geschmuggelt und in Thailand verkauft, um etwas Bargeld zu bekommen.



Im IDP camp Loi Kaw Wan (IDP = interdisplaced people) an der burmesisch-thailändischen Grenze leben etwa 2600 Menschen.

Die anfänglich sehr zurückhaltenden Menschen werden rasch zugänglich und lassen uns an ihrer großen Gastfreundschaft teilhaben. Zu Beginn der Trockenzeit finden zahlreiche Erntedankfeste statt, an denen der neu geerntete, ungeschälte Reis auf Bananenblättern gereicht wird.

Die Clinic von Loi Kaw Wan besteht aus einer großen aus Bambus gebauten Halle und ein paar kleinen Hütten, die als Ambulanz, Medikamentenlager und kleines Labor fungieren. Während der Regenzeit liegen 40, manchmal 60 Patienten hier. Es dominieren Infektionskrankheiten: Enteritiden, Pneumonien, Harnwegsinfekte, Hautinfektionen. Mehrere Männer sitzen in einfach konstruierten Rollstühlen im Eingang. Ihnen fehlt ein Bein, bei einem ist auch der linke Arm verstümmelt: Opfer von Landminen. In der hinteren Ecke des Krankensaals liegt ein junger Mann, 25 Jahre alt, abgegrenzt von den anderen durch ein paar aufgehängten Tücher. Vor vier Monaten stürzte er beim Ernten von einem Baum und ist seither querschnittsgelähmt. Er ist alleine, seine Familie kam während der Übergriffe der burmesischen Armee Ende der 90er Jahre ums Leben. Vom langen Liegen auf der Holzpritzsche ist der Rücken wund, über dem Steiß sehen wir bereits eiterbedeckte Nekrosen.

Einen Arzt gibt es nicht. Das nächste Krankenhaus liegt drei Stunden entfernt in Thailand. Die Gesundheitsversorgung vor Ort übernehmen Health Worker, die sogenannten Medics. Nach einer etwa halbjährigen, mehr oder minder an einer Art Lehrplan orientierten Ausbildung übernehmen



„Untersuchungskurs“ der Medics

diese in der Klinik die Aufgaben von Krankenschwestern bzw. Pflägern, untersuchen die Patienten in der Ambulanz und verordnen Medikamente. Ein Teil von ihnen besucht als sogenannte Rucksacksanitäter die entlegenen Bergorte. Die Rucksacksanitäter sind hierbei bis zu einem halben Jahr unterwegs.

Die Untersuchungsmöglichkeiten in der Clinic sind sehr eingeschränkt. Dank einer Spende ist ein mit Solarenergie betriebenes Mikroskop vorhanden, mit dem neben Blutbildern auch eine Sputumdiagnostik auf Tuberkelbakterien gemacht werden kann. Urin-Stix werden von uns mitgebracht, ebenso ein Blutzuckermessgerät. Bildgebende Diagnostik gibt es nicht. Spezielle Laboruntersuchungen können in thailändischen Kliniken angefordert werden, sind aber in vielen Fällen nicht bezahlbar.

Die Versorgung mit Medikamenten hängt vor allem auch von Sachspenden ab. So kommt es, dass eine große Kiste mit Erythromycin vorhanden ist, jedoch kein einziges Cephalosporin. Große Mangel herrscht an Antibiotika und Schmerzmitteln in Saftzubereitungen für Kinder sowie sterilen Materialien. Erschwerend kommen die klimatischen Bedingungen hinzu, durch die die Verwendungsdauer vieler Geräte und einmal offener Medikamentenpackungen schnell eingeschränkt ist.

Unsere Hauptaufgabe wird neben der Betreuung einiger Patienten vor allem die Fortbildung der Medics. Manche von ihnen sehen während ihrer gesamten Ausbildungszeit kei-



Die Clinic in Loi Kaw Wan

nen Arzt. Die neue Medics-Klasse besteht aus 16 Schülern und einer Schülerin. Die meisten sind um die 20 Jahre alt, einzelne aber auch schon 50. Sie suchen nach einer neuen Aufgabe, weil ihre Kinder nun eigene Familien haben. Der Verdienst eines ausgebildeten Health Worker beträgt etwa 10 – 18 Euro im Monat. Unterrichtsthemen sind Anatomie und Physiologie, Diagnostik und Therapie der häufigen Infektionskrankheiten wie Enteritis oder Pneumonie, klinische Untersuchung von Abdomen und Lunge, Nähübungen. Der Durst der Schüler nach Wissen erfreut und macht glücklich, erschüttert aber auch zugleich, weil er zeigt, welcher Mangel an fundierter Ausbildung besteht. Viele Fragen kommen zu HIV und AIDS. Bislang wurden in Loi Kaw Wan 7 Patienten HIV-positiv getestet, vermutet werden etwa 50 HIV-positive Menschen (das wären etwa 5 % der Bevölkerung des Camps).

Der Abschied schmerzt. Die Erinnerung an die in Deutschland auf uns wieder wartende Medizin mit i.v.-Therapien, Operationsmöglichkeiten, Hilfsmittelversorgung und sozialer Absicherung lässt die Gegensätze der beiden Welten wachsen. Es scheitert so viel persönliches Engagement und positiver Wille der Medics in Loi Kaw Wan letztlich am Fehlen diagnostischer und therapeutischer Ausstattung und am Wissen über Krankheiten und Behandlung. Neben finanzieller Unterstützung würde sicherlich auch ein längerfristiger Einsatz eines Arztes vor Ort Vieles bewegen und ändern können.

Anschrift des Verfassers:
Matthias K. Bernhard¹⁾ (Korrespondenzautor)
Josephine Wacker²⁾
Miriam Wilhelm²⁾

¹⁾ Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Liebigstr. 20a, 04103 Leipzig
²⁾ Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Anton Graff (1736 – 1813)

Anton Graff – seine künstlerischen Besonderheiten und seine Augenkrankung.

Anton Graff, am 18. 11. 1736 in Winterthur geboren, wurde einer der bedeutendsten und produktivsten Porträtmaler im 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts.

Graff war Sohn eines Handwerkers, eines Zinggießers, in der Schweiz. Winterthur, hier stand die Glas- und Ofenmalerei in großer Blüte, später Augsburg und Süddeutschland waren Anton Graffs Ausbildungsstationen als Maler, insbesondere die Porträtmalerei.

Im Alter von 30 Jahren wurde Anton Graff als Hofmaler in Dresden angestellt. Für einen noch weithin unbekanntem Maler ein recht ehrenvoller

Ruf in die Sächsische Residenz, an die neu gegründete Dresdener Kunstakademie. In den ersten Monaten in Dresden zeichnete und malte Graff gemeinsam mit Adrian Zingg, einem Kupferstecher aus der Schweiz, viele Landschaftsbilder besonders im nahe gelegenen Elbsandsteingebirge.

Da die beiden Künstler hier so sehr an ihre Heimat erinnert wurden, gaben sie dieser Gegend den Namen „Sächsische Schweiz“.



Bild 1: Selbstportrait mit 58 Jahren, 1794. Gemäldegalerie Alte Meister, Dresden.

Das Lehramt an der Akademie in Dresden war für Graff mit den Würden und Bürden eines Hofmalers verbunden. Außer den offiziellen Kurfürstenbildnissen gehörten vorwiegend der Adel und das wohlhabende Bürgertum zu seinen Auftraggebern. Auch war er Maler der Gelehrten- und Künstlertwelt.

Interessant ist bei Graff die Angleichung der dargestellten Aristokratie an den bürgerlichen Geschmack. An



Bild 3: Selbstbildnis vor der Staffelei 1809, Museum der Bildenden Künste, Leipzig. Weitere Selbstportraits mit Brille besitzen das Von der Heydt-Museum, Wuppertal, die Nationalgalerie in Berlin und das Kunstmuseum in Winterthur.

Stelle von Rang, Namen und prunkvoller Uniform wird Charakter und individuelles Wesen der Dargestellten betont.

Er portraitierte die Großen seiner Zeit: Lessing, Mendelssohn, Herder, Schiller, Christoph Willibald Gluck, Heinrich von Kleist und viele andere. Ein bedeutendes Werk ist das Portrait: Friedrich der Große.

Graff erhält von Berlin ein sehr lukratives Angebot, um dort für immer tätig zu sein. Er nimmt aber diese Offerte nicht an, portraitiert wohl viele preußische Persönlichkeiten, bleibt aber den Sachsen treu!

Graff war einer der bekanntesten Portraitmaler seiner Zeit.

Es sind ungefähr 2000 Werke von ihm erhalten.

In seiner späten Schaffensphase wandte sich Graff auch der Landschaftsmalerei zu, Philipp Otto Runge und Caspar David Friedrich ließen sich von seinen Landschaften beeinflussen.

Seit 1802 klagt Graff über Augenbeschwerden. Er schreibt an einen Freund: „Wenn Sie meinen Brief nicht lesen können, so haben Sie mit einem Blindwerdenden Mitleid.“ Einige Monate später heißt es in einem Brief: „Meine Augen machen mir Sorgen.“

Aus diesen Angaben geht nicht hervor, was Graff für eine Augenerkrankung hatte.

Nach 1803 ist nichts mehr über seine Sehstörungen von ihm aufgezeichnet. In seinen Selbstportraits stellt er sich aber nach 1803 mit Brille dar, die für ihn mit Sicherheit so wichtig gewesen ist, dass er sie hervorhebt.

Es ist bekannt, dass er später auch mit einem großen Brennglas arbeitet. Auf seinen letzten Selbstportraits nach 1809 erscheint er nicht mehr mit Brille, dafür aber mit Lichtschutz oder einer Mütze mit vorgezogenem Rand.

Eine Brille scheint er nicht mehr benutzt zu haben, Blendungserscheinungen stehen im Vordergrund.

1811 besucht er nochmals die Schweiz und ein Freund berichtet von dieser Reise, dass er sich durch Tasten in den hellen ungewohnten Zimmern zurechtfinden muss.

Am 22. 6. 1813 stirbt Anton Graff in Dresden. Er war Professor der Dresd-



Bild 2: Der Preußenkönig im Alter von 68 Jahren, gemalt 1780. Stiftung Preußische Schlösser und Gärten Berlin-Brandenburg, Berlin Schloss Charlottenburg.

ner Kunstakademie, Ehrenmitglied der Kaiserlichen Akademie in Wien und Ehrenmitglied der Akademie der Künste in München.

Genaueres über Anton Graffs Augenleiden ist nicht bekannt. Zu vermuten ist, dass er ein gering ausgeprägtes Grauen Star gehabt hat. Eine Operation ist nicht anzunehmen, da bei dem Bekanntheitsgrad seiner Person eine solche Angelegenheit auch öffentlich dargestellt wäre. Zunächst war ihm eine Brille sehr nützlich. Wahrscheinlich hat ein Glaukom vorgelegen, zu damaliger Zeit war diese Erkrankung nicht behandelbar.



Bild 4: Selbstbildnis mit Augenschirm 1812/1813, Alte Nationalgalerie in Berlin.

Beschriebenes Tasten und beschwerliches Zurechtfinden bei seiner letzten Schweizreise 1811 weisen auf größeren Gesichtsfeldverlust hin.

Trotzdem war ihm eine zentrale Sehschärfe geblieben, er war bis zu seinem Lebensende als Künstler tätig. Sein Selbstbildnis in seinem Sterbepjahr 1813 ist von ihm mit hoher Präzision ausgeführt.

Hoch anzuerkennen ist Graffs gewaltige geniale Arbeitsleistung während seines Lebens, verbunden mit vielen Reisen, die ihn nach Leipzig, Halle, Weimar, Dessau, Berlin bis hin zur Schweiz führten. Sollten Portraitgemälde der Goethezeit betrachtet werden, ist es gut möglich, dass eine Arbeit von Anton Graff dabei ist.



Bild 5: Mit grüner Schirmmütze, 1813. Das Bild stammt aus der Gemäldesammlung der Familie Krug v. Nidda und v. Falkenstein, Schloss Frohburg, südlich von Leipzig.

Bildung und Abbild – Schichtung und Geschichte

Frank Bach, Matthias Henniger, Sebastian Quart – Naturobjekte
Roland Borchers – Malerei

Ab Mitte Juli 2008 zeigt die Sächsische Landeärztekammer eine ungewöhnliche Doppelausstellung, die bildhafte Naturobjekte und Malerei vereint. Die unter dem Label InSituArts auftretenden Leipziger Frank Bach (Museologe), Matthias Henniger und Sebastian Quart (beide Geologen) haben in von ihnen erforschten Sedimenten – „der Geschichte unter unseren Füßen“ – neben der naturwissenschaftlichen und naturhistorischen auch die ästhetische Dimension entdeckt und machen sie sichtbar. Dazu entnehmen sie mit einem speziellen, sonst für geologische Untersuchungen genutzten Verfahren Sedimente aus dem Boden und fixieren sie auf einem Bildträger. Die so entstandenen bildhaften Objekte offenbaren gleichermaßen großen ästhetischen Reichtum und spannende Erdentwicklungsgeschichte und sind somit angesiedelt in einem Grenzbereich zwischen Wissenschaft und künstlerischem Anspruch – ein Weg, der heute von beiden Seiten her öfter beschritten wird.

Kein Wunder, dass diese Arbeiten auch bei Künstlern auf Interesse stößen. Zu ihnen gehört der Leipziger Maler Roland Borchers, der an der dortigen Hochschule für Grafik und Buchkunst studierte (1979 –1986) und Meisterschüler Arno Rinks war (1987/89). Es ist nicht die erste Ausstellung, in der Borchers seine abstrakten, nicht der sogenannten „Neuen Leipziger Schule“, sondern eher dem Horizont von Emil Schumacher oder Per Kirkeby verpflichteten Bilder zu den Objekten von InSituArts in Beziehung setzt. Der Geschichte und Natur gleichermaßen verbundene Maler



Buntsandstein

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers
Dr. med. Gottfried Vesper
Harnackstraße 9, 04317 Leipzig
Fotos: Korzer, Zweinaundorfer Straße 11,
04318 Leipzig

Hinweis

Im Beitrag Medizingeschichte „Anton Graff“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2008, Seiten 263 und 264, wurden die Bilder 1, 2, 4 und 5 seitenverkehrt abgedruckt. Deshalb haben wir diesen Artikel mit korrekter Bilddarstellung in diesem Heft nochmals publiziert.

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

zeigt kräftig-pastose, mehrheitlich in Erdtönen – mitunter aber auch einem Meer und Himmel verwandten Blau – gehaltene Bilder. In ihre Farboberfläche sind Zeichen und Formen eingebunden, die wie aus ferner Vorzeit oder großen Erdtiefen stammend, anmuten. Erlebtes und Gesehenes aus vielen Ländern, seien es archäologische Ausgrabungsstätten oder in Norwegen vorkommende Flechten, wurden zu einem gedanklichen „Vorrat“, der sich in Borchers Malerei manifestiert.

Manchmal erscheinen die Bilder den Sediment-Objekten von InSituArts verwandt, etwa wenn man Bezüge zu einer von Trockenheit aufgerissenen Erdkrume oder einer von Ausblühungen überzogenen Felswand zu entdecken glaubt. Natur, Geschichte, Naturgeschichte – diese Begriffe sind ebenso verbindend zwischen den an dieser Ausstellung Beteiligten wie das Streben nach Form, die aus Vorgefundenem „herausgefiltert“ oder inneren Bildern verliehen werden soll.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landeärztekammer vom 16. Juli bis 14. September 2008, Montag bis Freitag 9.00 – 18.00 Uhr.

Vernissage 17. Juli, 19.30 Uhr.