

Editorial	Was bringt uns das Jahr 2009?	4
Berufspolitik	Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit von angestellten und selbstständigen Ärztinnen und Ärzten – Teil III	5
	Prävention in Freiheit	9
	Rehabilitation – Begrifflichkeit und Standortbestimmung	12
	Curriculäre Fortbildung Organspende	14
Gesundheitspolitik	Obduktionsergebnisse Klinikum Görlitz	14
Buchbesprechung	Abrechnung – Der Fall Dr. med. B.	16
Recht	Reformen in Erbrecht und Erbschaftsteuer	17
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Beitragswerte 2009	22
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistenten	21 23
	Impressum	23
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	24
Originalie	Risikofaktor Lipoprotein (a)	25
Verschiedenes	Basistarif in der Privaten Krankenversicherung	27
Tagungsbericht	Hinsehen – und dann? Fachtagung „Häusliche Gewalt“	28
Personalie	Jubilare im Februar 2009	30
	Nachruf für Dr. med. Klaus Zenker	32
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Reinhold Schwarz	33
	Verstorbene Kammermitglieder	34
Kunst und Kultur	Ausstellung: Christina Pohl – „Lustgarten“ in Dresden	35
	Ausstellung: „Dottore“ in Leipzig	35
Einhefter	Jahresinhaltsverzeichnis 2008 Fortbildung in Sachsen – März 2009	



Der Fall Dr. med. B
Seite 16



Fachtagung „Häusliche Gewalt“
Seite 28



Ausstellung: „Lustgarten“ in Dresden
Seite 35



Ausstellung: „Dottore“ in Leipzig
Seite 35

Was bringt uns das Jahr 2009?

Rückschau und Vorschau!



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, die rhetorische Frage in der Überschrift ist nicht leicht zu beantworten. Gesundheitsfonds, Fallpauschalen, elektronische Gesundheitskarte und nicht zu vergessen Gendiagnostikgesetz sowie Patientenverfügung sind nur einige Themen auf der Agenda für das Jahr 2009.

Anhand dieser Aufzählung merken Sie, dass im engeren Sinne ärztliche Themen gegenüber den in erster Linie politischen Themen nach hinten rutschten. Leider, denn Fragen zur Früherkennung und Vorsorge, zur Diagnostik und auch Fragen am Lebensende liegen uns Ärzten näher als Fragen der Krankenversicherung oder der Krankenhausfinanzierung. Dazu kommt der politische Wille des Gesetzgebers, unsere Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung weiter zu unterminieren und die dezentrale Steuerung des Gesundheitswesens zu zerstören. Unter der Devise „divide et impera“ wurde durch drei Gesundheitsreformen in den letzten fünf Jahren eine einheitliche Patientenversorgung in Deutschland abgeschafft und damit die grundsätzliche Einigkeit der Ärzteschaft erschüttert. Mit der Stärkung der Hausarztmedizin, der Öffnung der Krankenhäuser, der sogenannten integrierten Medizin, den DMP und dem Prinzip „Wettbewerb“ werden zwar Partikularinteressen bedient, jedoch die notwendige Gruppen-Koordination bei der Versorgung chronisch Kranker verfehlt, wie das jüngst ein europäischer Acht-Länder-Vergleich belegt hat.

Die Umstellung der Krankenhäuser auf Fallpauschalen wird die finanzielle Belastung der Kliniken nicht nur in Sachsen weiter erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle öffentlichen Einrichtungen dem Druck standhalten können und privatisiert oder insolvent werden. Bereits heute erwirtschaften 30 Prozent der Kliniken in Deutschland Verluste. Das ist in der jetzigen Finanzkrise besonders prekär, denn die Krise führt auch zu Engpässen bei der Bereitstellung von Krediten. Und private Investoren stehen bereits vor der Tür. Dabei gilt für mich die Maxime, Monopolbildungen im Kliniksektor zu vermeiden. Denn Krankenhausmonopole führen zwangsläufig zu Preisdumping und Preisdiktaten mit entsprechenden Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und die Qualität der Versorgung. Die Entscheidungen treffen dann Krankenhausverwaltungen. Die Sächsische Landesärztekammer muss aus diesen Gründen an der Forderung einer ausreichenden Finanzierung der Kliniken durch Bund und Land festhalten. Inbegriffen sind dabei die Tarifsteigerungen für das Personal sowie eine angemessene Abbildung der Weiterbildungskosten.

Im ambulanten Sektor erwarten wir dagegen eine längst überfällige ca. 10-prozentige Honorarsteigerung für sächsische Ärzte sowie die Umstellung auf eine Euro-Gebührenordnung. Hoffentlich haben die niedergelassenen Kollegen dann endlich mehr Klarheit bei der Vergütung der medizinischen Behandlung.

Gegen alle Bedenken der Fachleute hat der Gesetzgeber dagegen ab 2009 die Einführung eines Gesundheitsfonds beschlossen. Der einheitliche Beitragssatz wurde auf 15,5 Prozent festgelegt und ein rechtlicher Rahmen zur Insolvenz von Krankenkassen geschaffen. Damit ist mit einem Wettbewerb unter den Krankenkassen vor allem um Preise und (Mindest-)Leistungen zu rechnen. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich weiter reduzieren und, so das unausgesprochene Ziel der Bundesgesundheitsministerin, vermutlich eine Einheitskrankenkasse herausbilden.

Die Versorgung der Patienten hängt künftig vom Spardiktat der Finanzpolitiker ab, wobei der tatsächliche Versorgungsbedarf völlig aus dem Blick gerät. Und sollte es schon im nächsten Jahr eine Erosion bei den Einnahmen der Krankenkassen geben, wird das zwangsläufig den Rationierungsdruck im Gesundheitswesen weiter erhöhen.

Für 2009, Insider sprechen von 2012, ist auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland vorgesehen. Dieses Prestigeprojekt der Bundesregierung ist mittlerweile um mindestens drei Jahre hinter dem ursprünglichen Zeitplan zurück. Sachsen hat sich von Anfang an konstruktiv an den Tests der neuen Kartengeneration beteiligt, aber den Basisrollout für 2008 abgelehnt. Auf den tatsächlichen medizinischen Nutzen der elektronischen Systeme werden wir also noch eine Weile warten müssen, denn Sachsen wird jetzt als letztes Bundesland mit den elektronischen Gesundheitskarten und der Technik ausgestattet – und das ist gut so!

Alles in allem erwartet uns ein turbulentes und interessantes Jahr 2009. Und mit Blick auf die Bundes- und Landtagswahl können wir schon fast von einem heißen Herbst sprechen. Im Vorfeld werden die Sächsische Landesärztekammer und das Bündnis Gesundheit im Freistaat Sachsen die Gesundheitspolitiker auf Herz und Nieren, sowie auf ihre Versprechungen hin, prüfen. Zu einem Logbuch eines solidarischen und selbstverwalteten Gesundheitswesens muss dabei das „Ulmer Papier“ werden, in dem im vergangenen Jahr die Grundwerte ärztlich-ethischen Anspruchs der Ärzte im Zusammenwirken mit den medizinischen Assistenzberufen fixiert wurden!

Im neuen Jahr bedarf es also umso mehr einer einigen Ärzteschaft, die mit den anderen Heilberufen und den Patienten eine Macht darstellt, an der die Politik nicht vorübergehen kann!

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

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

Teil III: Ergebnisse in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht sowie den medizinischen Fachrichtungen

In vergangenen Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“ wurden methodische Gesichtspunkte der sächsischen Ärztestudie („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008, 368 bis 370) sowie Indikatoren für Gesundheit, berufliche Belastung und Zufriedenheit in Abhängigkeit von der Beschäftigungsart, angestellt oder selbstständig, vorgestellt („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2008, 516f). Die erhobene Gesamtstichprobe erwies sich dabei als repräsentativ für die sächsische Ärzteschaft.

Der Analytestichprobe gehörten 1.160 Frauen (Durchschnittsalter $45,4 \pm 10,6$ Jahre) und 1.074 Männer (Durchschnittsalter $46,3 \pm 11,3$ Jahre) an. Von den befragten Frauen leben 77,9 % in einer festen Beziehung, von den Männern 88,5 %. Dabei nimmt der Anteil allein Lebender mit steigendem Alter tendenziell bei Ärztinnen zu und bei Ärzten ab. Entsprechend stehen 7,3 % allein lebenden Mediziner von über 60 Jahren mehr als ein Drittel (37,3 %) der weiblichen Kolleginnen der gleichen Altersgruppe gegenüber, die Single sind (Vergleich weiterer Altersgrup-

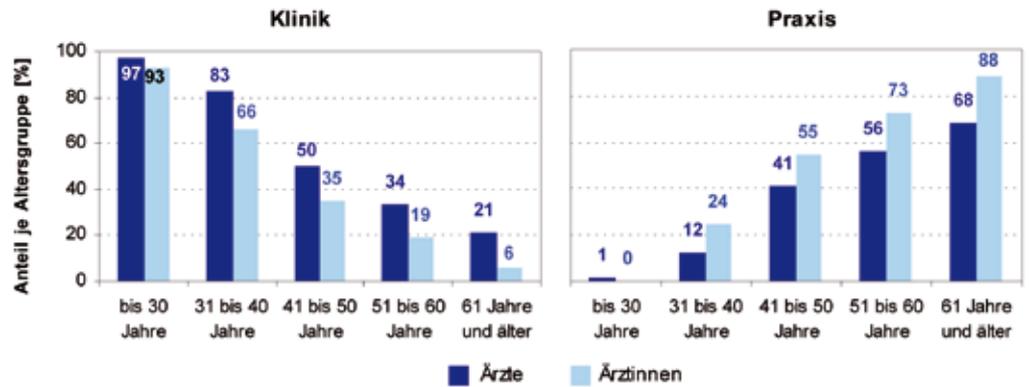


Abb. 1: Verteilung von Ärztinnen und Ärzten über die Altersgruppen in den Tätigkeitsbereichen Klinik und Praxis [Klinik steht hier synonym für den stationären, Praxis für den ambulanten Bereich.]

pen für Ärztinnen vs. Ärzte: 31 bis 40 Jahre 20,0 % vs. 13,9 %; 41 bis 50 Jahre 18,9 % vs. 8,4 %; 51 bis 60 Jahre 18,2 % vs. 6,3 %). Außerdem ist der Anteil geschiedener Ärztinnen über 40 Jahre ungefähr dreimal (über 60 Jahre) bis sechsmal (über 60 Jahre) so hoch wie der der jeweils gleichaltrigen männlichen Kollegen. Keinen festen Partner haben insgesamt 16,6 % aller befragten Ärzte.

Der Anteil männlicher Mediziner im stationären Bereich liegt deutlich über dem der Ärztinnen: 41,3 % der Frauen und 52,8 % der Männer arbeiten ausschließlich in einer Klinik. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich im ambulanten Bereich, für den 47,6 % der befragten Frauen und 36,2 % der Männer angaben, ausschließlich in Praxen tätig zu sein.¹ Der Anteil der Ärzte und Ärztinnen im stationären Bereich nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich ab, der in der Praxis deutlich zu (vgl. Abb. 1).

Insgesamt geben 40,4 % der befragten angestellten Ärzte befristete Arbeitsverträge an, wobei es Unterschiede zwischen Geschlechtern und Altersgruppen gibt. Der Anteil unbefristeter Verträge liegt in den Altersgruppen ab 41 Jahren deutlich über dem der befristeten. Männliche Mediziner haben häufiger unbefristete Verträge als die Ärztinnen.

Der größte Teil der männlichen Kollegen arbeitet Vollzeit oder über 40 Stunden wöchentlich. Ärztinnen arbeiten vor allem in den Altersgruppen über 30 Jahre deutlich häufiger Teilzeit oder unter 40 Wochenstunden. Die entsprechenden Anteile machen in der Altersgruppe 31 bis 40 Jahre 21,1 % aus und sinken bis zur Gruppe der 51- bis 60-jährigen auf 7,2 % ab. Bis zum Alter von 30 Jahren geben nur 2,4 % der befragten Ärztinnen an, Teilzeit oder weniger als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten. Im Mittel tun dies insgesamt 11,5 % der Frauen.

Tab. 1: Medizinische Fachgruppen und deren Anteile an der Analysestichprobe

Fachgruppe		Gesamt	
Allgemeinmedizin	Anzahl (%)	363	(16,1)
Innere Medizin	Anzahl (%)	415	(18,7)
Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl (%)	129	(5,7)
diagnostische Fachrichtungen	Anzahl (%)	75	(3,4)
chirurgische Fachrichtungen	Anzahl (%)	645	(29,2)
organbezogene Fachrichtungen	Anzahl (%)	167	(7,5)
neurologisch / psychiatrische Fachrichtungen	Anzahl (%)	178	(7,9)
Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende Fachrichtungen	Anzahl (%)	54	(2,4)
fehlende oder nicht auswertbare Angaben	Anzahl (%)	208	(9,4)
Gesamt	Anzahl (%)	2234	(100)

Die mittlere Wochenarbeitszeit der vollzeitangestellten Mediziner liegt bei 55,2 Stunden. Die Analyse umfasst aufgrund der notwendigen Beschränkung auf Angestellte nahezu ausschließlich stationär tätige Mediziner. Vollzeitangestellte Männer geben im Mittel eine etwas höhere Wochenstundenzahl (56,7) an als Frauen (53,3). Im Altersgruppenvergleich weisen die 31- bis 40-jährigen den höchsten Wert (55,8) unter den in Vollzeit arbeitenden Angestellten auf.

Die Größe des Tätigkeitsortes wurde anhand der Einwohnerzahl erhoben. Nach Klassifikation (Dorf/Landstadt < 5.000, Kleinstadt 5.000 bis 20.000, Mittelstadt 20.000 bis 100.000, Großstadt > 100.000) ergeben sich keine Geschlechtsunterschiede. Der größte Teil der Befragten (44,0 %) ist in Großstädten tätig, wobei die Anteile kontinuierlich mit der Ortsgröße sinken (Dorf/Landstadt: 9,4 %). Zwischen den Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede, so sind die jüngeren Mediziner (bis 40 Jahre) deutlich häufiger in Großstädten tätig.

Für die Auswertung der Ärztstudie wurden die 32 im Fragebogen angegebenen Fachrichtungen zu neun Gruppen (acht Fachgruppen und eine Kategorie zur Erfassung ungültiger Angaben) zusammengefasst (vgl. Tab. 1).

Zwischen den Fachgruppen zeigen sich deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede. Vor allem in den Gruppen der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin sowie den neurologisch-psychiatrischen Fachrichtungen sind mehr Medizinerinnen tätig, während in der Inneren Medizin und den chirurgischen Fachrichtungen Männer sehr viel häufiger anzutreffen sind. Bezüglich des Alters fällt der hohe Anteil über 60-jähriger in der Allgemeinmedizin auf. In der Altersgruppe bis 30 Jahre ist der hohe Anteil an Internistinnen bemerkenswert, der auch deutlich über dem entsprechenden Anteil der männlichen Kollegen liegt. Insgesamt ist mehr als ein Viertel der befragten Mediziner in operativen Fachrichtungen tätig.

Im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt (Mensink et al. 2005 und Statistisches Bundesamt 2005) weisen die befragten sächsischen Ärzte einen höheren Anteil an Normgewichtigen sowie einen günstigeren Body Mass Index auf. Insgesamt haben 59,4 % der befragten sächsischen Ärzte einen normalen BMI, wobei dieser Anteil mit steigendem Alter sinkt. Adipös (BMI \geq 30) sind 6,9 % der befragten Ärzte. In den Vergleichsstichproben liegt dieser

Anteil bei 18,5 % (telefonischer Gesundheitssurvey 2003) oder 13,6 % (Mikrozensus 2005). Der Prozentsatz normgewichtiger Ärztinnen ist in allen Altersgruppen höher als der der männlichen Kollegen.

Regelmäßig sportlich aktiv (mindestens einmal pro Woche) sind 58,2 % der befragten Ärztinnen und 60,6 % der Ärzte. Dabei verringert sich der Anteil Sporttreibender tendenziell mit steigendem Alter, wobei die Altersgruppe der 41- bis 50-jährigen sich als besonders aktiv erweist: 67,7 % der Männer und 60,0 % der Frauen betätigen sich hier (ein- bis mehrmals) wöchentlich sportlich.

Bezüglich des Genussmittelkonsums geben 90,2 % der Männer und 93,7 % der Frauen einen als risikoarm einzustufenden oder gar keinen Alkoholkonsum an. Dennoch ist über die Altersgruppen hinweg insbesondere bei den Ärzten ein Ansteigen des risikoreichen Alkoholkonsums (Höchstwert: 18,4 % bei den 51- bis 60-jährigen) festzustellen. Außerdem geben 16,7 % der männlichen und 12,1 % der weiblichen Mediziner an zu rauchen, während 22,2 % der Männer und 15,2 % der Frauen mit dem Rauchen aufgehört haben.

Regelmäßige oder häufige Medikamenteneinnahme (ohne Ovulationshemmer) geben insgesamt 33,6 % der Ärzte und 35,8 % der Ärztinnen an. Erwartungsgemäß sind die entsprechenden Anteile in den jüngeren Altersgruppen niedrig und steigen mit dem Alter an. So nehmen über die Hälfte (51,1 %) der 51- bis 60-jährigen und mehr als zwei Drittel (70,0 %) der über 60-jährigen regelmäßig oder häufig Medikamente ein.

Zur Erfassung aktueller Beschwerden wurde die Kurzform des Gießener Beschwerdefragebogens, GBB-24, eingesetzt (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008, S. 368, Tab. 1). Die befragten Ärztinnen weisen einen signifikant höheren Beschwerdedruck auf als die männlichen Untersuchungsteilnehmer, was vor allem durch erhöhte Werte in den Beschwerdekomplexen Erschöpfung und Gliederschmerzen zustande kommt. Insgesamt erhalten übermäßiges Schlafbedürfnis und Müdigkeit (Skala

Erschöpfung) sowie Kreuz- oder Rückenschmerzen und Nacken- oder Schulterschmerzen (Skala Gliederschmerzen) die höchsten Mittelwerte. Im Vergleich zur Normstichprobe (Brähler/Scheer, 1995) fallen außerdem signifikant niedrigere Skalenwerte für Herzbeschwerden sowie signifikant erhöhte Erschöpfungswerte für beide Geschlechter auf. Eine kontinuierliche Alterszunahme des mittleren Beschwerdeausmaßes lässt sich in der Analytestichprobe nicht erkennen (vgl. Abb. 2).

Im Fachgruppenvergleich zeigen sich sehr ähnliche Verteilungen für die Beschwerdekompexe. Relevante Unterschiede konnten nicht nachgewiesen werden. Insgesamt weisen die organbezogenen Fachrichtungen den höchsten mittleren Beschwerdedruck (15,9), wie auch die Höchstwerte in den Bereichen Erschöpfung und Gliederschmerzen auf. Den geringsten mittleren Beschwerdedruck (14,3) erreichen die neurologischen und psychiatrischen Fachrichtungen, unter anderem durch die niedrigsten Werte in den Bereichen Herzbeschwerden und Gliederschmerzen. Den niedrigsten Erschöpfungswert geben die diagnostischen Fachrichtungen an.

Erholungsunfähigkeit (erfasst mit dem FABa nach Richter et al. 1996) gilt als Risikofaktor. Der Mittelwert der Analytestichprobe liegt mit 15,3 im unauffälligen Bereich. Dementsprechend weisen 72,8 % der Ärztinnen und 80,1 % der männlichen Kollegen unauffällige Werte auf. In den Bereich der sehr auffälligen Werte fallen 12,0 % aller befragten Mediziner, wobei der Frauenanteil mit 14,1 % über dem der Männer (9,7 %) liegt.

Im Fachgruppenvergleich treten Werte für sehr auffällig reduzierte Erholungsfähigkeit besonders häufig (16,8 %) in den organbezogenen Fachrichtungen auf. An zweiter Stelle liegt die Gruppe der Kinder- und Jugendmedizin (14,7 %), die auch den höchsten Gesamtanteil bedenklicher Werte (28,7 % für „auffällig“ + „sehr auffällig“) erreicht.

Das Verhältnis von Verausgabung und Anerkennung, erfasst mit dem Fragebogen zu beruflichen Gratifika-

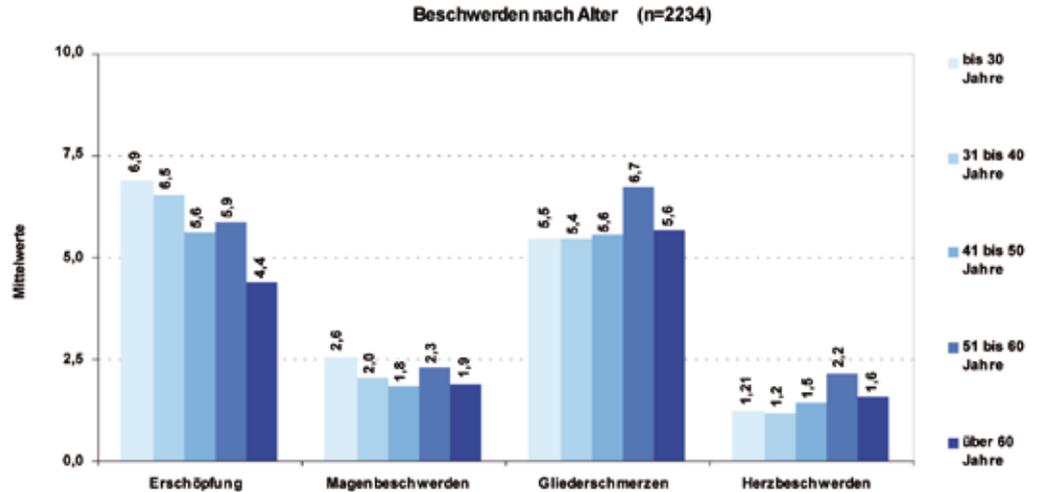


Abb. 2: Mittelwerte (Häufigkeit und Intensität) für Beschwerdekompexe des GBB-24 in Abhängigkeit von der Altersgruppe

tionskrisen (Siegrist 1996), kann bei einem dauerhaften Ungleichgewicht zu Gunsten der Verausgabung zu einem Gesundheitsrisiko werden. Die Berechnung dieser Verhältniszahlen war nur für angestellte Mediziner möglich. Entsprechend der vorgegebenen Klassifizierung weisen ein hohes gesundheitliches Risiko 28,9 % der Angestellten in der Inneren Medizin sowie 26,7 % der Ärzte in den chirurgischen Fächern auf. Damit erreichen diese Fachgruppen die höchsten Anteile. Insgesamt erlebt ca. ein Viertel (25,8 %) der befragten angestellten Ärzte ein relevantes Missverhältnis zwischen Verausgabung und Gratifikationen. Im Geschlechtervergleich ist der Anteil der Männer (28,0 %) mit einem hohen gesundheitlichen Risiko etwas größer als der der Frauen (23,4 %). Die berufliche Belastung wird vom weitaus größten Teil der Befragten als (sehr) hoch eingeschätzt. So

geben 86,8 % der Befragten Werte für eher hohe bis sehr hohe Belastung (Antwortstufen 1 bis 3) an. Dabei tritt die Bewertung „sehr hohe Belastung“ (Antwortstufe 1) mit jeweils 40,1 % am häufigsten in den Altersklassen der über 50-jährigen (51- bis 60-jährige und über 60-jährige) auf. In Bezug auf die Fachgruppen werden in der Allgemein- und der Inneren Medizin (jeweils 90,4 %) am häufigsten hohe Werte (Antwortstufen 1 bis 3) für die berufliche Belastung angegeben.

Dennoch ist die Berufszufriedenheit insgesamt hoch. Überwiegend entspricht der Beruf den Erwartungen. Dieser Aussage stimmt die Altersgruppe der über 60-jährigen mit 80,5 % (Antwortstufen 5 bis 7) am häufigsten zu. Männer und Frauen beurteilen die Erfüllung der eigenen Erwartungen im Arztberuf sehr ähnlich. Über zwei Drittel der Antworten liegen bei beiden Geschlechtern ein-

Tab. 2: Mittlere Angaben (Zentralwert – Median) zur beruflichen Zufriedenheit in Abhängigkeit von der Fachgruppe [Punktwerte 1 bis 7: 1=sehr negative Bewertung, 7=sehr positive Bewertung²; FR: Fachrichtungen]

Item	Fachgruppe (N=2234)								
	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Kinder- & Jugendmedizin	diagnostische FR	chirurgische FR	Organbezogene FR	Neurolog. & psychiatr. FR	Prävention, Gesundheitsförd., Reha & angrenz. FR	fehlende Angaben
Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Einbringen eigener Fähigkeiten im Beruf	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Zufriedenheit mit Gehalt	3	4	4	4	3	3	3	4	3
Sinnerleben in der Arbeit	7	6	7	6	7	7	6	6	7
Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Beruf entspricht Erwartungen	5	5	5	5	5	5	5	5	5

deutig im positiven Bereich. Auch bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verantwortungsumfang fallen 77,8 % aller Antworten in den positiven Bereich (Antwortstufen 5 bis 7). Dieses Item bewerten die chirurgischen Fachrichtungen besonders positiv. Insgesamt werden alle Aussagen zur Zufriedenheit im Durchschnitt positiv bewertet. Negativ fällt ausschließlich das Ergebnis zur Zufriedenheit mit dem Gehalt auf (vgl. Tab. 2):

Über die Hälfte (52,2 %) der befragten Ärzte gibt an, mit dem Gehalt nicht zufrieden zu sein (Antwortstufen 1 bis 3), wobei der Anteil der Frauen etwas höher ist.

In Bezug auf die berufliche Zukunft geben 62,4 % der befragten Ärzte an, sich eine Zukunft ohne den Beruf nicht vorstellen zu können (drei Antwortstufen). Dabei machen Frauen derartige Aussagen etwas häufiger als Männer (64,4 % oder 60,2 % über drei Antwortstufen). Insgesamt verneint mehr als ein Drittel (34,3 %) eine Zukunftsvorstellung ohne den Beruf absolut (Antwortstufe 7). Den höchsten Anteil an positiven Wertungen (68,0 % über drei Antwortstufen) erreicht die Innere Medizin. Auffällig ist bei Fachbereichen in Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation ein relativ hoher Anteil

(20,4 %) von Ärzten, die sich eine Zukunft ohne den Beruf sogar sehr gut vorstellen können.

Generell werden jedoch auch im Bereich der beruflichen Zukunft alle Items überwiegend positiv beantwortet. So kommt für 58,5 % der Befragten ein Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit nicht in Frage (höchste Antwortstufe 7).

Insgesamt schätzen mehr als drei Viertel der befragten Mediziner ihren Gesundheitszustand (76,4 %) sowie ihre berufliche Leistungsfähigkeit (85,7 %) als eher gut bis sehr gut ein (drei Antwortstufen). Dabei geben 17,4 % einen sehr guten Gesundheitszustand an, wobei der Anteil der Männer (18,6 %) etwas über dem der weiblichen Befragten (16,2 %) liegt. Generell machen Ärzte etwas häufiger als Ärztinnen (78,9 % vs. 74,1 % über drei Antwortstufen) positive Angaben zum Gesundheitszustand. Die Anteile positiver Einschätzungen der eigenen Gesundheit nehmen mit steigendem Alter ab. Den höchsten Wert erreicht die Gruppe der bis 30-jährigen (87,1 % über drei Antwortstufen). Auch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit ist ein Sinken der Anteile positiver Einschätzungen (drei Antwortstufen) mit steigendem Alter (von 90,0 %

der bis 30-jährigen auf 74,5 % der über 60-jährigen) zu beobachten. Dabei machen die jüngeren Altersgruppen eher moderat positive Angaben. Den höchsten Anteil in der Antwortkategorie „sehr hohe Leistungsfähigkeit“ erreichten die 51- bis 60-jährigen (26,7 %). Männer beurteilen ihre Leistungsfähigkeit etwas häufiger positiv als Frauen (89,8 % vs. 81,9 % über drei Antwortstufen). In der Inneren Medizin (89,4 %), den organbezogenen (88,6 %) sowie den chirurgischen Fachrichtungen (88,2 %) werden die größten Prozentanteile positiver Antworten (über drei Stufen) bezüglich der Leistungsfähigkeit erreicht.

Zusammenfassung

Als zentrales Ergebnis kann die subjektiv empfundene hohe berufliche Belastung bei gleichzeitig hoher Berufszufriedenheit³ herausgestellt werden. Diese Kombination tritt tendenziell bei beiden Geschlechtern sowie über alle Fachgruppen hinweg auf. Entsprechend sieht ein Großteil der Befragten die eigene berufliche Zukunft weiterhin im medizinischen Bereich.

Gesundheitszustand sowie berufliche Leistungsfähigkeit werden ebenfalls generell eher positiv eingeschätzt. Bezüglich einzelner Gesundheitsindikatoren weisen die befragten Ärzte günstigere Werte als der Bevölkerungsdurchschnitt auf.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift Verfasser:
 Dipl.-Soz. Anja Hübler,
 Prof. Dr. med. Klaus Scheuch,
 Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
 Institut und Poliklinik für Arbeits- und
 Sozialmedizin
 Dipl.-Ing. Gabriele Müller,
 Prof. Dr. Hildebrand Kunath
 Institut für Medizinische Informatik und Biometrie,
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

¹ Die restlichen Prozente entfallen auf Kombinationen mehrerer Tätigkeitsbereiche, andere Bereiche sowie fehlende Angaben.

² Diese Antwortskala ist Basis für alle dargestellten Globalurteile bezüglich der Belastung in der Arbeitstätigkeit, der Zufriedenheit und beruflichen Zukunft sowie des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit.

³ Eine Ausnahme stellt die Zufriedenheit mit dem Gehalt dar, die über alle Gruppen hinweg mit neutralen oder negativen Werten beurteilt wird.

Prävention in Freiheit

Versuch eines sinnvollen Einsatzes vorbeugender Maßnahmen

Zusammenfassung

In der Prävention stehen sich momentan zwei unterschiedliche Auffassungen gegenüber: die theoretischen Überlegungen fokussieren auf die eigenständige Verantwortung des Individuums, die es zu unterstützen gilt, die praktischen Ansätze arbeiten demgegenüber mit überindividuellen Ansätzen und der Macht-orientierten Aufklärung mithilfe der Angst. In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung des praktischen Ansatzes zunächst historisch nachgezeichnet. Dann werden konkrete Aspekte gesucht, die eine Umsetzung des theoretischen Ansatzes ermöglichen. Dazu zählen: 1. Objektivierung der Präventionsbereiche (Krankheitsverständnis), 2. Subjektivierung der Empfehlungen (individuelle Beratung), 3. Freiheit des Individuums (verantwortungsvolle Autonomie).

„Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten, hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden“. (Hippokrates)
Aus der Erfahrung, dass Krankheit ein Ungleichgewicht von auf und in uns wirkenden Kräften ist, entstand

das Urbild der Medizin, das über lange Zeiten der irdischen Menschentwicklung richtungsweisend für das Handeln heilender Menschen war (Scharfetter C, 1992; Findeisen H und Gehrts H, 1983). Grundlage ist eine energetische und vitalistische Vorstellung aller Systeme auf der Erde, in die der Mensch mit unterschiedlichen Ebenen einbezogen ist (Eliade M, 1975). Neben der körperlichen sind hier die seelische und die geistige Ebene zu nennen, die in ständiger Wechselbeziehung zu ihrer Umgebung verstanden werden müssen. Das Urbild der Medizin bildete aus diesem Verständnis heraus zwei prinzipielle Aufgabenbereiche ab: die Wiederherstellung des Gleichgewichts (Therapie) und Maßnahmen zum Erhalt des Gleichgewichts (Prävention). Insofern ist die Prävention keine neue Entwicklung sondern eine der beiden Standfüße medizinischen Handelns.

Noch in der Antike war der hippokratische Arzt beiden Bereichen verpflichtet. Grundlage bot die von Aristoteles aufgeschriebene Lehre von der Mitte zwischen zwei Extremen. Richtig verstanden ist diese Mitte kein fixer Punkt wie bei einer zweiseitigen Waage, sondern ein breiter Bereich, dessen Abstand zu den polargelegenen Extremen nicht numerisch fixiert (im Sinne von Mittelmaß) werden kann. Die individuelle Mitte hängt von den Rahmenbedingungen ab und kann fast bis zu einem

Extrempol hingeschoben sein. Die Kunst des Arztes bestand darin, das jeweilig individuelle Gleichgewicht eines Menschen zu spüren und ihm Hilfestellungen zu geben, wie er entweder das Gleichgewicht halten oder es wieder herstellen kann. Grundlage war die Vier-Säfte-Lehre, die das allgemeine Gefühl für Energieverschiebungen aus dem Schamanismus in ein naturphilosophisches Konzept überführte (Schöner E, 1964). Der Ratsuchende wusste, dass eine Heilung (ein Ausgleich verschobener Kräfteinflüsse) nur mit seinem Zutun möglich war. Dieses beschränkte sich jedoch nicht auf die Einnahme von Kräutern oder auf körperliche Übungen, sondern beinhaltete eine seelisch-geistige Auseinandersetzung. Gleiches war nötig, um den Gleichgewichtszustand zu erhalten. Die Prävention wurde in diesem Sinn vom Individuum selbst bestimmt, der Arzt fungierte als Ratgeber, der sich durch seinen geleisteten Eid geradezu verpflichtete, keine Macht über den Hilfesuchenden zu erlangen (Schubert C, 2005). Seine Empfehlungen bezogen sich auf die angemessene Bewegung und Ernährung. Der Wunsch nach Macht und Einfluss war es jedoch, der diese idealistische Einstellung zerstörte und damit die Grundvoraussetzung für eine frei entschiedene Prophylaxe. Dabei scheint dieser Machtpuls nicht genuin von der Medizin selbst vorangetrieben, sondern aus den Berei-

chen des öffentlichen Lebens, vornehmlich von der Politik und der kirchlichen Theologie, auf die Medizin übertragen worden zu sein.

Der Einfluss auf die individuelle Selbstbestimmung ist bereits in den frühesten Schriften aus Mesopotamien und Ägypten dokumentiert. So finden sich im Codex Hammurabi strenge Ausschankbestimmungen für Bier (Viel H, 2006) und in einem ägyptischen Papyrus steht: „Ich, dein Vorgesetzter, verbiete dir, in die Taverne zu gehen; denn dort wirst du zum Tier erniedrigt“. (Müller R, 2007) Es werden hier klare Verhaltensregeln genannt, die in den Bereich der Prävention fallen; allerdings findet sich kein Zusammenhang mit medizinischem Agieren.

Die kirchlich-christlichen Machimpulse sind es, die die Medizin instrumentalisieren und für eigene Zwecke entfremden. So wird im frühen Mittelalter erstmalig eine kirchlich geführte intellektuelle Schulmedizin entwickelt (Baader G, 1978; Jankrift KP, 2003) und das parallel dazu existierende lebendige medizinische Wissen mit der Inquisition geächtet. Die Schulmedizin bedient sich zwar noch ihrer überlieferten Wurzeln, ordnet sie jedoch einer christlichen Heilslehre unter. So kann man in den mittelalterlichen Schriften auf der einen Seite alle wichtigen Aspekte zur sinnvollen Prävention finden, gleichzeitig werden sie jedoch moralisiert und global bewertet (Fink KA, 1981). Die Entscheidung der Anwendung soll nicht mehr dem Individuum überlassen werden, sondern obliegt der Kirche als alleinige Vertretung göttlich begründeten Wissens. Auch die weltlichen Machthaber greifen in die individuelle Prävention ein und erkennen die potentielle Möglichkeit, mit Hilfe der Prävention ihren Einfluss zu vergrößern. Da es nach der ursprünglichen Lehre von der Mitte jedoch keine absolut schlechten Stoffe und Handlungen gibt, müssen diese zunächst eingeführt und stigmatisiert werden. Beispiele hierfür sind der Hexenwahn im Mittelalter (kirchlich-christlich), Masturbation und Homosexualität (zunächst kirchlich, dann auch weltlich), Kaffee-, Tabak- und Alkoholkonsum im 16.

und 17. Jahrhundert in arabischen Ländern und Russland (weltlich und kirchlich-islamisch), genetische Minderwertigkeit als Folge des Sozialdarwinismus im 19. und 20. Jahrhundert, Alkohol- und Drogenkonsum im 20. Jahrhundert in den USA (weltlich). Ist ein Stoff oder eine Handlung als ‚moralisch schlecht‘ definiert, so können als Folge Ziele gesetzt werden, um das ungewünschte Verhalten zu steuern und zu unterdrücken. Wie die Beispiele nahe legen, sucht man sich dazu Verhaltens- oder Wesenselemente, die möglichst weit verbreitet oder nur unscharf definierbar sind, um auf eine größere Menge von Menschen Einfluss und Macht auszuüben.

Die Schulmedizin übernimmt in diesem Zusammenhang die Rolle der bestätigenden Autorität und ist stolz darauf, ‚wissenschaftliche‘ Erklärungen für die ‚Fehlhandlungen‘ zu liefern und diese dann mit zu ‚bekämpfen‘. Nachdem jedoch die Macht durch andere Institutionen ausgeübt wird, zieht sich die Schulmedizin auf ihre unangetasteten Themenbereiche zunächst zurück: Vorbeugung von Erkrankungen. Parallel zu der oben entwickelten Voraussetzung für Präventionsansätze muss in der Medizin zunächst ein krankmachendes Agens definiert werden; die allgemeine energetische Vorstellung kann diese Voraussetzung nicht erfüllen und wird deshalb aufgegeben, ja sogar geächtet. Das krankmachende Agens wird im 19. Jahrhundert in der Zelle (Zellulärpathologie) bzw. in den Mikroben sichtbar gemacht (Virchow R, 1858; Schlegel HG, 2004). Damit entsteht die Möglichkeit, gegen diese Strukturen gezielt therapeutisch und prophylaktisch vorzugehen. Indem eine (wissenschaftlich fundierte) Diagnose gestellt werden kann, schafft sich der Arzt Macht und Autorität über den Patienten. Er alleine weiß kraft seiner Ausbildung und Gesellschaftsstellung, wie man die in dieser Form instrumentalisierte Erkrankung behandeln und eventuell beseitigen kann. Diese Haltung überträgt sich auch auf die Prävention: es wird ‚Aufklärung‘ mit Angst betrieben, das menschliche Verhalten soll durch Gebote und Verbote kontrol-

liert, und da aufgrund der selbst definierten Erkrankungen keine allgemeine Akzeptanz erreicht werden kann, soll die Prävention gesetzlich geregelt werden.

Heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, steht die autoritäre medizinische Haltung in weiten Teilen der Schulmedizin an erster Stelle. Im Zeitalter der Mündigkeit des Patienten wird sie jedoch den Bedürfnissen der Menschen und ihren eigenen Forderungen damit nicht mehr gerecht. Besonders für die Prävention gilt, dass eine Rückbesinnung auf die originären Grundsätze erfolgen muss, wenn man sie sinnvoll einsetzen will. Die entscheidenden Kernelemente sind dabei:

1. Objektivierung der Präventionsbereiche (Krankheitsverständnis)

Um Prävention zu betreiben, benötigt man eine inhaltliche Beschreibung von dem, was vermieden oder erhalten werden soll. Dies ist in der Medizin der Kanon an Erkrankungen, wie er in jeweils seiner Zeit formuliert wird. Die gegenwärtigen Krankheiten gehen von einer quantifizierbaren Normgröße aus, die in die eine oder andere Richtung verändert ist. Dabei wird überwiegend auf die Grenzen geschaut und diese in der Beurteilung gesund – krank angewendet. Dass diese Grenzen nur ein subjektiv (im Sinne von willkürlich) gewähltes quantitatives Merkmal sind, ist zwar theoretisch bekannt, wird jedoch praktisch kaum berücksichtigt. Außerhalb der Norm liegende Parameter werden pathologisiert, krankhafte Bedingungen im Normbereich bagatellisiert oder übersehen. Besonders eklatante Beispiele sind in diesem Zusammenhang Cholesterin und Jod. Verlässt man jedoch den auf Quantität beruhenden Ansatz und versucht qualitative Elemente einzusetzen, dann fehlen sehr schnell Erkenntnisse und wissenschaftliche Daten. Dies zeigt einen hohen Bedarf an zu leistender wissenschaftlicher Arbeit, die bisher kaum angegangen und gefördert wird. Mit der Einführung qualitativer Elemente verschieben sich aber auch die ursächlichen Ideen für Krankheit.

So muss das Krebsgeschehen nicht mehr als isolierte Wucherung im sonst gesunden Organismus verstanden werden (wie heute noch allgemein üblich), Infektionserkrankungen entstehen nicht genuin im Befall von außen, genetische Muster sind nicht der Wesenskern von Erkrankungen. Die Inhalte der Prävention werden somit radikal hinterfragt und aus den dogmatischen Ansichten der herrschenden Lehrmeinung herausgelöst und somit objektiviert.

2. Subjektivierung der Empfehlungen (individuelle Beratung)

Eines der größten Probleme in der Prävention liegt in der individuellen Überzeugung und Risikoabschätzung, die essentiell für die Umsetzung der gewünschten Maßnahme ist. Die Mehrheit präventiver Maßnahmen wird für eine Population oder eine Gruppe in der Population ausgesprochen. Diese Verallgemeinerung bedeutet jedoch, dass absehbare Probleme in Kauf genommen werden, um einen Gesamtauftrag zu realisieren, den man sich gesetzlich absichern lässt, um sich so dem Zorn der Geschädigten zu entziehen. Mahnendes Beispiel ist die globalisierte Jodprophylaxe, die die Zahl an Erkrankungen verschoben aber nicht reduziert hat. In der Hoffnung, Entwicklungsstörungen und Kropfbildung zu verhindern, hat man ein neues Krankheitsbild der Jodempfindlichkeit geschaffen, das erstaunlich weit verbreitet ist. Gerade bei diesem Beispiel wäre es viel sinnvoller gewesen, die in den Händen der Ärzte gewesene Jodprophylaxe für spezielle Gruppen (zum Beispiel Schwangere) zu belassen, also eine individuelle (subjektive) Empfehlung zu geben. Statt mit Zahlen zu jonglieren wäre es notwendiger, sich inhaltlich mit dem Element Jod auseinanderzusetzen um seine Bedeutung für den menschlichen Körper zu verstehen. Auch die pauschale Gabe von Vitamin D oder Fluor an sich nicht wehren könnende Kinder fällt in diesen Bereich. Eine individuelle Betreuung erfordert natürlich ein genaueres Hinsehen und Beobachten, eine Fähigkeit, die sich die Ärzte oftmals nicht mehr ‚leisten‘.

3. Freiheit des Individuums (verantwortungsvolle Autonomie)

Die Stärkung der Autonomie des einzelnen ist wahrscheinlich die nachhaltigste und wirkungsvollste Aufgabe im Rahmen der Prävention. Die ärztliche Aufgabe dabei ist es, dem Einzelnen Mut zu machen, dass er die richtigen Entscheidungen trifft (und nicht Angst, dass er fahrlässig agiert wenn er nicht alle Vorschriften einhält). Je freier der einzelne sich bei der Entscheidung fühlt, ob und in welchem Umfang er präventive Maßnahmen durchführen will, desto überzeugter und besser wird er vorgeschlagene Empfehlungen auch umsetzen. Dabei ist nicht so sehr eine objektive Informationsvermittlung, sondern eine individuelle Diskussion mit Alternativen nötig. Grund-

lage für einen solchen Ansatz bietet auch eine nach Luhmann adaptierte Präventionstheorie, bei der sich herauskristallisiert: Strukturveränderungen können sowohl bei Menschen als auch bei sozialen Systemen nicht von außen aufgezwungen, sondern nur durch diese Systeme selbst realisiert werden (Hafen M, 2000).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Christian Albrecht May
Anatomisches Institut der
Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel. 0351 4586105
Fax. 0351 4586303
E-Mail. Albrecht.May@mailbox.tu-dresden.de

Rehabilitation

Zur gegenwärtigen Situation der Begrifflichkeit und Standortbestimmung

Wer von Ihnen wurde nicht schon mit der bunten Sprachvielfalt konfrontiert, wenn es um Maßnahmen von Vor- und Nachsorge, also um den Teil der Medizin geht, der sich bemüht, Krankheitsentstehung zu verhindern oder deren Verlauf langfristig günstig zu beeinflussen. Im täglichen Kontakt mit Patienten und Kostenträgern fallen Bezeichnungen wie „Vorsorgekur, Vorsorgeleistung, Rehakur, Badekur, Heilbehandlung, Heilverfahren, Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation...“. Wenn gewünscht, kann man für diese Begrifflichkeiten ein eigenes Literaturverzeichnis erstellen.

Deswegen ist es gerechtfertigt, trotz der Komplexität der Prozesse, den Versuch zu unternehmen, auf dem Boden der Struktur unseres Gesundheitswesens eine praxisnahe und verständliche Gliederung zu erstellen, die mit dieser babylonischen Sprachverwirrung aufräumt.

Das deutsche Gesundheitssystem ist von den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliation geprägt.

Angesichts der demographischen Entwicklung und der steigenden Morbidität wird der Rehabilitation künftig ein immer grösserer Stellenwert zukommen (Stichwort: „Reha vor Pflege“).

Die Rehabilitation hat sich im Sinne eines ganzheitlichen Therapieansatzes der Behandlung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen verschrieben. Ihre Maßnahmen betten sich in die bereits bekannte und häufig modifizierte Gliederung verschiedener Präventionsbemühungen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) ein. Präventionsarbeit lässt sich jedoch im Grunde genommen nicht nach dem Interventionszeitraum gliedern. So überlappen sich zum Beispiel Inhalte von Sekundär- und Tertiärprävention in so weiten Teilen, dass im europäischen Kontext eine eigenständige Differenzierung kontrovers diskutiert wird. Legt man die genannte Einteilung zugrunde, so beschäftigt sich

Rehabilitation schwerpunktmäßig mit Maßnahmen der Sekundärprävention. Sie arbeitet auf dem Boden des ganzzeitlichen Modells, ist ressourcenorientiert und die klassische Frage lautet:

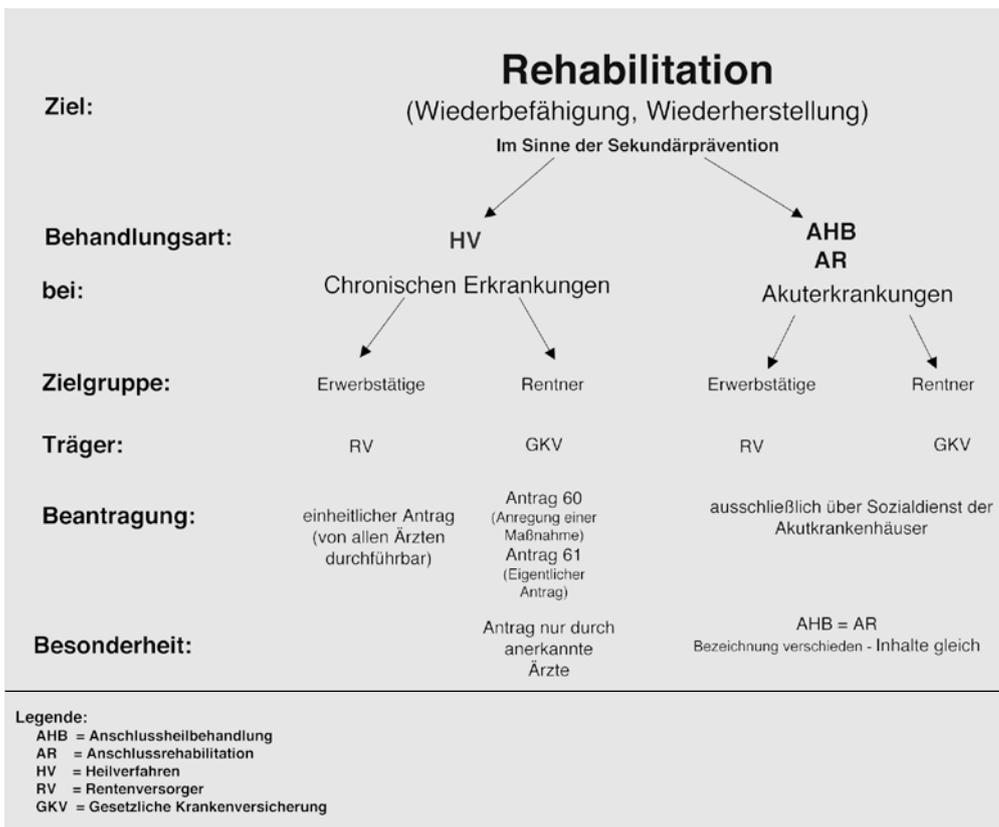
„Was ist (noch) vorhanden? Wie/Was kann aktiviert/reactiviert werden?“

Die zu Beginn benannten Begrifflichkeiten wie „Vorsorgekur, Vorsorgeleistung...etc“ sind methodisch und inhaltlich weder eindeutig definiert noch gar evidenzbasiert. Sie werden je nach Sichtweise und Wertung der Beteiligten (Krankenversicherung, Sozialversicherung, Ärzte, Versicherte) ganz unterschiedlich interpretiert.

Nicht so bei den Leistungen in der Rehabilitation, deren wissenschaftliche Grundlage nicht nur erwartet, sondern von Kostenträgerseite aus gefordert wird und mittlerweile evidenzbasiert vorliegt. Die Rehabilitationsleistungen orientieren sich an den Vorgaben einer umfassenden Behandlung nach WHO. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechen den Leitlinien der jeweiligen Fachverbände (LL Risikoadjustierte Prävention 09-2007 und DLL-KardReha 06-2007).

Nachfolgend soll auf die Flowchart zum Antragsverfahren einer rehabilitativen Maßnahme und auf „Ergänzende Hinweise“ aufmerksam gemacht werden. Sie sollen zum besseren Verständnis von Organisationsablauf und Zuständigkeiten beitragen.

Abschließend sei daran erinnert, dass ein erfolgreiches, hilfreiches und für alle Seiten zufriedenstellendes Ergebnis nur durch eine Kooperation aller Beteiligten im Sinne eines echten integrativen Behandlungsansatzes möglich ist, dessen Umsetzung im Alltag eine grosse Herausforderung bedeutet.



Ergänzende Hinweise

1. Ein HV bei Erwerbstätigen (auch Arbeitslose, also potentiell Erwerbstätige) kann von allen Ärzten wie bisher zu Lasten der Rentenversicherer beantragt werden. Die Formulare sind über die Website von DRV-Bund zu beziehen.
2. Ein HV bei Rentnern ist seit Inkrafttreten des GKV-WSG im April 2007 Pflichtleistung der Kassen geworden, die im Risikostrukturausgleich berücksichtigt wird. Antragsberechtigt sind allerdings nur Ärzte, die eine rehabilitationsmedizinische Qualifikation nachweisen können! Das Antragsverfahren läuft zweistufig über die Einleitung mit Formular 60 und dem eigentlichen Antrag mit Formular 61. Formular 60 kann bei den Kassen oder der KV bezogen werden, Formular 61 wird nach Einleitung des Verfahrens automatisch an die Versicherten versandt.
3. Alle genannten Verfahren können ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Dr. med. Albrecht Charrier
Für den Ausschuss Prävention und
Rehabilitation der Sächsischen
Landesärztekammer
Ärztlicher Leiter des Zentrums für ambulante
kardiologische Rehabilitation und Prävention
Forststraße 5, 01099 Dresden
E-Mail: albrecht.charrier@
praevention-rehabilitation-dresden.de

Curriculäre Fortbildung Organspende

Trotz eines positiven Trends in den letzten Jahren, ist die aktuelle Situation der Organspende in der Region OST noch nicht befriedigend. In den Krankenhäusern sollte das Wissen und die Aufklärung um eine Organspende noch intensiver durchgeführt werden.

Vorrangiges Ziel ist es, die Situation der Organspenden in unserer Region zu verbessern. Die Ärztekammern der Region Ost (Sachsen-Anhalt, Thüringen, Sachsen) haben in Zusammenarbeit mit der DSO es sich zur Aufgabe gemacht, die Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern und andere interessierte Ärzte/-innen sowie Pflegekräfte, die mit dem Thema „Organspende“ befasst sind, in diesem Bereich zu qualifizieren.

Die Akademien der Ärztekammern Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen bieten 2009 erstmalig diesen Kurs auf der Basis eines Curriculums der Bundesärztekammer zu diesem Themenbereich an. Bestandteil des Kurses sind eine 16-stündige theoretische Fortbildung, ein 8-stündiges Seminar zur „Krisenintervention“ (Hilfestellung im zwischenmenschlichen Umgang mit Angehörigen und Mitarbeitern in der Situation der Organ-

spende/Transplantation) und die Teilnahme an einem Organspendeprozess.

Die 16-stündige Fortbildung wird am 6. 3./7. 3. 2009 in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt in Magdeburg, Doctor-Eisenbart-Ring 2, durchgeführt werden. Die Teilnahmegebühr am theoretischen Teil (16 Stunden) beträgt für Ärztinnen und Ärzte 200 Euro und 100 Euro für nichtärztliche Mitarbeiter. Die übrigen beiden Kurs-teile werden im April/Mai 2009 angeboten werden.

Das Anmeldeformular können sie unter www.aeksa.de – Kapitel Fortbildung downloaden.

Die Fortbildung dient dazu, die Kenntnisse im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur Organspende und der erfolgreichen Abwicklung des Organspendeprozesses zu verbessern sowie zur Steigerung der Handlungssicherheit in diesem intensiv-medizinisch und emotional anspruchsvollen Feld beizutragen.

Sie soll die Teilnehmer/-innen befähigen, als Verantwortliche die Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe und Bestandteil des Versorgungsauftrages in den Krankenhäusern zu etablieren.

Ziel des Curriculums ist es, bei den Teilnehmer/-innen:

- die Sensibilität für den hohen medizinischen Stellenwert der Organspende zu wecken;
- das notwendige Fachwissen zu schaffen, damit die Organspende

als qualitätsgesicherte Prozedur in jedem Krankenhaus eingeführt wird;

- die Unterstützungsmaßnahmen der DSO bekannt zu machen;
- die Multiplikatorenwirkung auszubauen und
- die unabdingbare persönliche Motivation zu erhalten.

Korrespondenzadresse:
Peter Jonzeck,
Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Akademie für medizinische Fort- und
Weiterbildung
Doctor-Eisenbart-Ring 2,
39120 Magdeburg,
E-Mail: akademie@aeksa.de

Im September 2009 wird der Kurs „Curriculäre Fortbildung Organspende“ in der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt.

Obduktions- ergebnisse

Unter dem Aspekt der Qualitäts- berichte – Jahresanalysen aus dem Klinikum Görlitz

Einleitung

Der von den Krankenhäusern gesetzlich abverlangte Qualitätsbericht besteht überwiegend aus Leistungsdaten und enthält zum weitaus geringeren Teil ausgewählte Qualitätsindikatoren aus der externen Qualitätssicherung der BQS. Weder die Sektionsfrequenz noch Ergebnisse der Obduktionen werden gefordert, es sei denn, dass sie fakultativ Erwähnung finden. Dennoch besteht an dem Stellenwert einer Autopsie für die Qualitätssicherung kein Zweifel, unabhängig von den möglichen epidemiologischen Aussagen bei entsprechender Sektionsfrequenz um 30 % und mehr.

Anhand einer aktuellen Obduktionsstudie bei einer Sektionsfrequenz bis zu 36 % im Jahre 2007 wird im Vergleich zu den zurückliegenden Jahren am Klinikum Görlitz zur Aussage einer Obduktionsstatistik erneut Stellung genommen. Dabei werden die Ergebnisse von heute mit denen von vor 20 Jahren (1987), aus der sogenannten „Görlitzer Studie“, bei einer damaligen Sektionsfrequenz von 97 % verglichen.

Material und Methode

Es wurden insgesamt 592 Sektionen der Jahre 2005 bis 2007 (Sektionsfrequenz 32 – 36 %) im Vergleich mit 1023 Autopsien aus dem Zeitraum 1987 (Sektionsfrequenz 97 %)

am Klinikum Görlitz analysiert. 1987 betrug das Geschlechterverhältnis Männer (ml):Frauen (wbl) 1:1,5. Im Jahr 2007 war es fast umgekehrt mit 1,4:1,0 (ml:wbl). Das Durchschnittsalter der Männer lag 1987 bei 69, das der Frauen bei 77 Jahren. Im Sektionsgut betrug 2007 das Durchschnittsalter der Männer 70 und das der Frauen 76 Jahre.

Die wesentlichsten Fragestellungen waren, die nach den häufigsten zum Tode führenden Krankheitsgruppen nach ICD 10 und die nach Übereinstimmung zwischen der klinischen Diagnose und dem Obduktionsbefund. Krankenakten wie Epikrisen waren in die Analysen mit einbezogen. Die statistische Auswertung erfolgte EDV-gestützt.

Ergebnisse

Vor 20 Jahren (Görlitzer Studie 1987) lag die volle Übereinstimmung zwischen der klinischen Diagnose und dem Obduktionsbefund bei 41 %, in 37 % der Fälle gab es keine Übereinstimmung- also Fehleinschätzung- und in 15 % aller Fälle fand sich eine teilweise Übereinstimmung.

20 Jahre später, das heißt in den Jahren 2005, 2006 und 2007 betrug die volle Übereinstimmung bei den Todesursachen um 60 – 62 %.

Im Jahre 2007 war der Anteil der Fehleinschätzungen (keine Übereinstimmung) erstmals auf 18 % gesunken. Der Anteil der teilweisen Übereinstimmung bewegte sich um 20 % (Tab. 1).

Zur Frage des möglichen Selektionsfaktors bei der Autopsiebeantragung bezogen auf die Krankheitsgruppen-

zeigte der Vergleich zu 1987, dass es hinsichtlich der Häufigkeit der obduzierten Krankheitsgruppen keine wesentlichen Verschiebungen gab. So starben an Herz- Kreislauferkrankungen vor 20 Jahren, 40 % und im Jahre 2007 33 %. Die Herzkreislauferkrankungen einschließlich der vasculären Läsionen des ZNS sind klinisch wie auch im Obduktionsgut die häufigsten zum Tode führenden Krankheiten (Tab. 2).

Die als Todesursache nachgewiesenen malignen Neoplasien lagen vor 20 Jahren wie auch 2007 an zweiter Stelle (zwischen 25 % und 30 %). An dritter Stelle folgen relativ konstant seit 40 Jahren die Infektionen und entzündlichen Erkrankungen mit einer Häufigkeit von 14 %.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Selektionsfaktor bei einer Sektionsfrequenz von mehr als 30 % statistisch gesehen abnimmt. Dennoch ist aufgrund des zugunsten des männlichen Geschlechts verschobenen Geschlechterverhältnis (männlich zu weiblich 1,4:1) ein gewisser Selektionsfaktor im Obduktionsgut anzunehmen, der durch die im häuslichen Milieu Verstorbenen noch verstärkt sein dürfte.

Unter den malignen Neoplasien ist das Bronchialkarzinom (24 %) im Obduktionsgut, das am häufigsten zum Tode führende Geschwulstleiden, gefolgt vom kolorektalen Karzinom (14%) und den systemischen Hämatoblastosen bzw. Lymphomen (11 %).

Das Prostatakarzinom hat als Todesursache (12 %) gegenüber 1987 (13 %) nicht eindeutig zugenommen, nicht so jedoch das Magenkarzinom, das als Todesursache mit 6 % im Jahre 2007 wesentlich seltener im Obduktionsgut zu finden ist als noch vor 20 Jahren mit 17 %. Entsprechend der amtlichen Todesursachenstatistik deutet sich auch in der Obduktionsstatistik eine Zunahme des Pankreaskarzinoms als Todesursache mit 6 % gegenüber 4 % von 1987 an. Ein zum Tode führendes Mammakarzinom fand sich 2007 mit 14 % gegenüber 20 % von 1987. Ob es sich hierbei um eine echte Reduzierung des tödlichen Mamma-

Tabelle 1: Diagnosesicherheit bei Todesursachen 1987 bis 2007

Jahr	Übereinstimmung zwischen Klinik und Sektion in %		
	Voll	Teilweise	keine
Sektionsfrequenz Anzahl			
2007 36%, n = 198	62	20	18 n = 35
2006 36%, n = 211	63	16	21 n = 45
2005 32%, n = 183	60	19	21 n = 38
1987 97%, n = 1023	41	15	37 n = 369

Tabelle 2: Die häufigsten zum Tode führenden Krankheitsgruppen von 1987 bis 2007 am Institut für Pathologie Görlitz

Jahrgang	Herz-Kreislauf- erkrankungen incl. Hirngefäße	Maligne Neoplasien	Entzündungen Infektionen incl. Pneumonien und Sepsis	Atmungs- organe COPD ohne Pneumonie	Magen- Darm- Erkrankungen	Verletzungen Intoxikationen	Harnblasen- Nieren- Erkrankungen
	%	%	%	%	%	%	%
2007 n = 198	33	30	14	7	6,5	4,5	2,5
2006/ 2005 n = 394	32	28	13	4	7,5	4	1,5
1987 n = 1023	40	25	14	13	7	9	3,5

karzinoms handelt ist noch offen zu lassen, zumal keine Signifikanz nachgewiesen werden konnte und klinische Selektionsfaktoren eine Rolle spielen dürften.

Die Häufigkeit eines zum Tode führenden Leberkarzinoms betrug im Jahre 2007 5,7 % und hat somit im Vergleich zu 1987 (2%) zweifelsohne eine steigende Tendenz.

Bekanntlich gehen nicht alle malignen Neoplasien in die Sterblichkeitsstatistik ein, denn in 6,5 % der Autopsien finden sich maligne Neoplasien als Nebenbefund und nicht als Todesursache. Bei 12 % aller Geschwulsterkrankungen bestehen sogar mehrfache Neoplasien, das heißt Zweit- und Drittgeschwulstleiden.

Von Interesse ist die bekannte Problematik zur klinischen Diagnostik des tödlichen Myokardinfarkts (AMI). So wurden vor 20 Jahren 33 % und 2007 35 % des AMI klinisch als solcher nicht diagnostiziert. 70 % dieser 2007 nicht erkannten wiesen schwerwiegende Begleitiden auf. In allen Fällen hatten EKG-Diagnostik, Echokardiographie und die paraklinischen Laborparameter keine eindeutigen Befunde geliefert, die auf einen akuten Myokardinfarkt hingewiesen hätten.

Bei der Geschlechtsverteilung bestimmter Krankheiten zeigen die letzten 20 Jahre im Autopsiegut deutliche Abweichungen. So hat das Bronchialkarzinom bei den Frauen als Todesursache deutlich zugenommen (1987 ml:wbl mit 6:1; 2007 ml:wbl 1,5:1). Anders dagegen der akute Myokardinfarkt, bei dem das Geschlechtsverhältnis ml:wbl mit 2:1 annähernd konstant geblieben ist.

Diskussion

Die gesetzliche Regelung und damit die Zulassung zur Obduktion (innere Leichenschau) ist in der BRD Länderaufgabe. Häufig findet die innere Leichenschau (Sektion) in einem Friedhof- und Bestattungsgesetz des jeweiligen Landes ihren gesetzlichen Niederschlag, so auch in Sachsen. Diese Gesetze sind von Land zu Land etwas unterschiedlich und wurden seit 1990 einige Male geändert und/oder ergänzt. Allen ist gemeinsam, dass einzuholende Einverständnis der Angehörigen zur Sektion, von wenigen Ausnahmen abgesehen. Der Umfang der gesetzlich angegebenen Indikation ist unterschiedlich, zum Beispiel das wissenschaftliche Interesse an einer relativ seltenen Krankheit und nicht nur an der direkten Todesursache.

Allgemeine neue Vertragsbedingungen an den Krankenhäusern beziehen sich so auf das Landesgesetz und auch zum Teil auf Urteile der Oberlandesgerichte wie auch des Bundesgerichtshofes indem sie den Modus der Zustimmungsregelung – das Wie und das Wann – unterschiedlich festschreiben.

In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der Leichenöffnungen an deutschen Krankenhäusern um weit mehr als die Hälfte zurückgegangen und an einigen Einrichtungen sogar fast auf Null gesunken; auch in der Neonatologie. Der Rückgang der Sektionen hat viele Ursachen zumal sich die Gesetzessituation nicht fördernd auswirkt.

In der Bevölkerung ist es der Wandel in der Einstellung zur Krankheit und zum Tod als Störfaktor eines auf

Konsum und Forderungen eingestellten Lebens. Unumstritten ist auch, dass nicht wenig von der Einstellung der Ärzte und der ihrer Lehrer zur Obduktion abhängt. So werden allein in 30 % der Fälle keine Anträge gegenüber Angehörigen ausgesprochen und nicht selten wird das Gespräch dem jüngsten Assistenten überlassen.

Außerhalb der Krankenhäuser werden Obduktionen von den Gesundheitsämtern (früher sogenannte Verwaltungssektionen) auf Grund von Kostenfragen nicht beantragt. Private Anträge der Angehörigen sind durchaus möglich, gibt es auch, aber selten. Natürlich ist eine Sektion mit Kosten verbunden, doch da durchweg alle Pathologen nicht kostendeckend ihre Obduktionen berechnen, sondern im Interesse der Qualitätssicherung wesentlich darunter liegen, ist und kann nachweislich die Kostenfrage kein wesentlicher Grund sein an der gesunkenen Sektionszahl. Dennoch, die Forderung nach einer eindeutigen, verbesserten und einheitlichen gesetzlichen Regelung ist letztlich aufrecht zu halten. Allein die Existenz eines Transplantationsgesetzes auf Bundesebene ohne direkten Bezug zu einem Obduktionsgesetz ist paradox. Nicht von ungefähr hat auch die Rechtsmedizin seit Jahren die Situation der äußeren sowie inneren Leichenschau hinterfragt. Bis heute ist auf diesem Gebiet kein angemessenes Gleichgewicht zwischen den persönlichen Rechten und sozialen Grundpflichten hergestellt (Denecke, I.F.V. Dtsch. Ärztebl. 88 (1991) Heft 15). Die Obduktion bleibt eine letzte ärztliche Handlung

zu Gunsten des Patienten und der Allgemeinheit und damit eine Fortsetzung der Kontrolle über den Tod als Angelegenheit menschlicher Würde.

In Sachsen lag die Sektionsfrequenz in den letzten Jahren im Durchschnitt um 6 % und darunter. Aus diesem Grunde können allein nur regional- oder institutseigene Obduktionsstatistiken von Bedeutung sein, besonders dann, wenn sie eine Sektionsfrequenz von 30 % und mehr erreichen. Bei einer Sektionsfrequenz von über 30 % kann nach einem Intervall von 20 Jahren aufgrund eigener Studien ausgesagt werden, dass die Qualität der klinischen Diagnostik zweifelsohne zugenommen hat, d. h. dass die diagnostischen Fehleinschätzungen zu Lebzeiten Dank der modernen Verfahren und Methoden geringer geworden sind. Dennoch stimmen nach dem Obduktionsgut bis zu 18 % der klinischen Diagnosen nicht mit dem Sektionsbefund überein. Vergleiche mit der Literatur zeigen ähnliche, zum Teil sogar schlechtere Ergebnisse. So berichten Perkins aus den USA (2003) über 39 % Fehlerquoten und Pastores (2007) ebenfalls aus den USA über 26 % Fehlerquoten.

Epidemiologisch ist die amtliche Totenscheinstatistik zu hinterfragen. So beträgt der Anteil der zum Tode führenden Herz-Kreislaufkrankungen im Autopsiegut 33 – 40 % und nicht entgegen offiziellen Mitteilungen über 50 %. Infektionen und Ent-

zündungen stehen seit Jahren in der Obduktionsstatistik als Todesursache mit 14 % an 3. Stelle.

Bei aller Problematik der Autopsie, bezogen auf die allgemein weitaus zu niedrige Sektionsfrequenz, stellt sich dennoch die Forderung, dass zukünftig Aussagen zur Sektionsfrequenz und den Autopsieergebnissen in den klinischen Qualitätsbericht gehören.

Auch wenn die Zielrichtungen der Qualitätssicherung einer nachweisbaren Qualitätsverbesserung auf unterschiedlichen Ebenen gelten, steht doch letztlich die Frage nach der Qualitätssicherung der Diagnostik als Grundlage jeglicher therapeutischer Konsequenz im Mittelpunkt.

Diese Diagnosesicherheit ist einer der Gründe, dass der Autopsiereport Teil des offiziellen klinischen Qualitätsberichtes sein muss!

Bei aller Problematik zur Obduktion in der BRD sind klinische Einrichtungen ohne jegliche Autopsie im Qualitätsbericht zu hinterfragen, auch wenn sich in den letzten 20 Jahren eine Zunahme der Qualität in der Diagnostik abzeichnet.

Zusammenfassung

Die Obduktionsergebnisse der Jahre 2005, 2006 und 2007 bei einer Sektionsfrequenz von 32 – 36% werden denen von 1987, der so genannten Görlitzer Studie mit einer Sektionsfrequenz von 97% gegenübergestellt. Hauptaugenmerk galt der Diagnosenqualität bei den zum Tode

führenden Krankheiten und der Häufigkeit von Krankheitsgruppen nach ICD 10. Der 20-jährige Rückblick lässt eine positive Tendenz hinsichtlich der Diagnosesicherheit erkennen. Während 1987 noch 37% der klinisch angenommenen Todesursachen keine Übereinstimmung mit dem Obduktionsbefund aufwiesen, waren es 2007 nur noch 18%. Innerhalb der vier häufigsten zum Tode führenden Leiden veränderte sich epidemiologisch die Reihenfolge nicht. Die Herzkreislaufkrankungen stehen erwartungsgemäß an 1. Stelle, gefolgt von den malignen Neoplasien. Infektionen und Entzündungen stellen die dritthäufigste Todesursache dar, danach folgen an 4. Position Erkrankungen der Atmungsorgane ohne Pneumonien. Der Vergleich zeigte, dass Autopsiestudien bei einer Sektionsfrequenz von 30% und mehr durchaus repräsentativ sein können, da der Selektionsfaktor mit der steigenden Obduktionsfrequenz deutlich abnimmt. Aus den Ergebnissen wird die Forderung abgeleitet, dass Angaben zur Sektionsfrequenz und den Obduktionsanalysen in die geforderten Qualitätsberichte gehören, da sie ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherung sind.

Literaturanfragen bei den Verfassern

Schrift für die Verfasser:
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Institut für Pathologie am Klinikum Görlitz
Girbigsdorfer Straße 1 – 3
02828 Görlitz

Abrechnung – Der Fall Dr. med. B.

Tatsachenbericht einer „Ärzteverfolgung“

Ingo Deris
159 Seiten
19,95 EUR
ISBN 978-3-7691-1275-7

Spannend, erschütternd, lehrreich – wenn Gerechtigkeit für Sie ein hohes Gut ist, werden Sie dieses Buch an einem Wochenende verschlingen. 17 Jahre lang wurde der Arzt Dr. med. B. von der Staatsanwaltschaft wegen

angeblichen Abrechnungs Betrugs verfolgt. Hintergründe und Details verdeutlichen das unfassbare Vorgehen der verfolgenden Behörde. Unterstützt wurde sie von Politikern und willfährigen Medien, sodass eine in dieser Ausprägung bisher nicht gekannte „Ärzteverfolgung“ ihren Lauf nahm. Für Ärzte und alle im Bereich Gesundheitswesen Tätige ist die Lektüre ein Muss, für Juristen eine Pflicht, damit sich vergleichbares Unrecht nie wieder ereignet.

Knut Köhler M.A.



Anordnung der Ausgleichung bei Pflegeleistungen von Abkömmlingen

Die bisherige Gesetzeslage sieht vor, dass bei der Verteilung des Erbes zwischen Kindern berücksichtigt wird, dass eines der Kinder den Erblasser vor seinem Tode aufopferungsvoll gepflegt hat. Eine Ausgleichung von Pflegeleistungen kann dann erfolgen, wenn Kinder den Nachlass als gesetzliche Erben erhalten. Voraussetzung dafür ist jedoch bislang, dass ein Kind die Pflege unter Verzicht auf ein berufliches Einkommen geleistet hat.

Diese gesetzliche Regelung ist wenig praxisnah. Oft werden im Familienkreis erhebliche Pflegeleistungen nicht nur von Kindern übernommen, sondern z.B. auch von Geschwistern, Neffen, Nichten oder Ehegatten. Dieser Personenkreis blieb bislang bei der Ausgleichung von Pflegeleistungen außen vor. Die Reform im Erbrecht bezieht diese Personen künftig mit ein, wenn sie als gesetzlicher Erbe in Frage kommen. Es ist dann nicht mehr erforderlich, den Erblasser unter Verzicht auf berufliches Einkommen zu pflegen. Nach der bisherigen Regelung ist z.B. die Pflegeleistung einer Tochter nicht zu berücksichtigen, wenn die Tochter Hausfrau ist und ohnehin kein Einkommen hat. Dann liegt kein Verzicht auf ein berufliches Einkommen vor und die Tochter geht leer aus.

Die Erbrechtsreform wird hier mehr Gerechtigkeit schaffen, indem Pflegeleistungen durch Hausfrauen, Arbeitslose oder Rentner anerkannt werden, auch wenn diese Pflegeperson keinen Einkommensverzicht hinnehmen muss. Eine Pflegeleistung wird ebenfalls anerkannt, wenn diese neben einer beruflichen Tätigkeit geleistet wird.

Dabei wird man sich bei der Bewertung der Pflegeleistungen vermutlich an der Höhe der Pflegesätze im Sozialrecht orientieren, so dass damit endlich ein praxistauglicher Maßstab für Umfang und Bewertung der entsprechenden Pflegeleistungen vorgegeben wird.

Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsprechung es wertet, wenn nicht der gesetzliche Erbe selbst gepflegt hat, sondern beispielsweise dessen Ehegatte oder ein anderes Familienmitglied.

Verwirrender Paragraph im Erbrecht (§ 2306 BGB)

Ein bislang sehr verwirrender Paragraph im Erbrecht (§ 2306 BGB) regelt sehr missverständlich, unter welchen Umständen ein Pflichtteilsberechtigter das Erbe ausschlagen konnte, um den Pflichtteil verlangen zu können. Ist der dem Pflichtteilsberechtigten zugedachte Erbteil kleiner als sein Pflichtteil, fallen vom Erblasser auferlegte Beschränkungen, wie z.B. Vermächnisse oder Testamentsvollstreckung automatisch weg. Wer ohnehin nur den Pflichtteil erhält, muss nicht auch noch dulden, dass ihm Beschränkungen auferlegt werden.

Ist der dem Pflichtteilsberechtigten zugedachte Erbteil jedoch größer als der Pflichtteil, hat er die Wahlmöglichkeit, entweder den mit Beschränkungen belasteten Erbteil anzunehmen oder das Erbe auszuschlagen und den Pflichtteil zu verlangen.

Probleme mit dieser Regelung traten immer dann auf, wenn sich der pflichtteilsberechtigten Erbe über die Höhe seines Erbteils geirrt hat. Nicht immer ist einem Testament klar zu entnehmen, wie hoch die Erbquote ist. Hatte sich der pflichtteilsberechtigten Erbe nach der alten Regelung bei der Berechnung geirrt und das Erbe fälschlicherweise ausgeschlagen, um den Pflichtteil zu verlangen, konnte er völlig leer ausgehen und erhielt nicht einmal den Pflichtteil.

Diese unübersichtliche, schwer verständliche und in sich unlogische Norm war seit Einführung des BGB vor über 100 Jahren immer wieder kritisiert worden. Die Reform im Erbrecht wird eine übersichtliche und klare Regelung schaffen. Dann kann künftig jeder pflichtteilsberechtigten Erbe das ihm testamentarisch zugewandte Erbe ausschlagen und den Pflichtteil verlangen, wenn ihm Be-

schränkungen wie z.B. Auflagen, Vermächnisse oder Testamentsvollstreckung auferlegt werden, unabhängig davon, ob der Erbteil größer oder kleiner als der Pflichtteil ist.

Änderungen im Pflichtteil

Viele hatten gehofft, dass mit einer Reform im Erbrecht der Pflichtteil abgeschafft oder quotenmäßig reduziert wird. Diese Hoffnung wird sich nicht erfüllen. Einige Änderungen zum Pflichtteil werden dem Erblasser jedoch den Umgang mit dem Pflichtteil deutlich erleichtern.

Künftig soll es möglich sein, nachträglich in einem Testament anzuordnen, dass sich ein Abkömmling ein früher erhaltenes Geschenk auf den Pflichtteil anrechnen lassen muss. Dies ist derzeit nach der alten Regelung jeweils nur im Zeitpunkt der Schenkung möglich.

Dies kann wichtig sein, wenn ein Erblasser einem seiner Kinder ein wertvolles Geschenk gemacht hat und es mit diesem Kind später Streit gibt. Wenn der Erblasser das beschenkte Kind enterbt, ist es in jedem Fall pflichtteilsberechtigt. Wurde die Anrechnung nicht angeordnet, kann das beschenkte Kind von den Erben den Pflichtteil verlangen. Kann der Erblasser die Anrechnung auf den Pflichtteil nachträglich anordnen, muss vom Wert der Pflichtteilsansprüche des Kindes das Geschenk abgezogen werden, so dass das beschenkte Kind am Ende nichts oder weniger erhält.

Eine wesentliche Erleichterung im Umgang mit dem Pflichtteil wird die Einführung der gleitenden 10-Jahresfrist für Pflichtteilsergänzungsansprüche bringen. In die Pflichtteilsberechnung wird nicht nur der am Todestag des Erblassers vorhandene Nachlass einbezogen, sondern auch die Schenkungen, die der Erblasser in den letzten 10 Jahren seines Lebens gemacht hat (für Schenkungen an Ehegatten oder Schenkungen unter Nießbrauchsvorbehalt gelten Sonderregelungen). Sind jedoch mehr als 10 Jahre nach der Schenkung ver-

strichen, wird das Geschenk nicht mehr in die Berechnung einbezogen. Das bedeutet, dass z.B. nach 9 1/2 Jahren das Geschenk noch in vollem Umfang in die Pflichtteilsberechnung eingestellt wird. Sind jedoch 10 Jahre und 1 Tag seit der Schenkung verstrichen, ist das Geschenk sozusagen herausgewachsen und wird in keiner Weise mehr berücksichtigt. Diese Pflichtteilsergänzungsansprüche können gegenüber dem Erben bzw. dem Beschenkten geltend gemacht werden.

Die Reform wird hier eine deutliche Erleichterung bringen. Künftig werden jeweils pro Jahr 10 % vom Wert des Geschenkes aus der Berechnung herausfallen. Ist der Erblasser beispielsweise 3 Jahre nach der Schenkung verstorben, werden lediglich 70 % vom Wert des Geschenkes für die Berechnung einbezogen. Ist er nach 9 Jahren verstorben, beträgt der einzustellende Anteil nur noch 10 %.

Nach der jetzigen Regelung ist eine Schenkung zur Minderung von Pflichtteilsansprüchen bei Personen im fortgeschrittenen Alter eine Art „Zitterpartie“. Zum Zeitpunkt der Schenkung kann niemand vorhersehen, ob der Schenker noch mehr als 10 Jahre leben wird. Dieses Problem wird mit der Reform seinen Schrecken verlieren. Auch ein hochbetagter Erblasser kann dann zur Pflichtteils-minderung eine Schenkung in Angriff nehmen. Sollte der Erblasser die 10-Jahres-Frist nicht überleben, führt auch ein Verstreichen von einigen Jahren zumindestens zu einer deutlichen Reduzierung der Pflichtteilsergänzungsansprüche.

Ferner wird die Reform die Möglichkeiten der Entziehung des Pflichtteils erweitern und die Entziehungsgründe vereinheitlichen. Nach der jetzigen Regelung wird differenziert, ob einem Kind, einem Ehegatten oder Elternteil der Pflichtteil entzogen werden soll. Die Gründe beruhen z.T. auf antiquierten Vorstellungen. So kann z.B. ein Vater seinem Sohn den Pflichtteil entziehen, wenn der Sohn den Vater schwer körperlich misshandelt hat. Hatt jedoch der

Vater den Sohn schwer körperlich misshandelt, ist dies z.Z. kein Grund, um dem Vater den Pflichtteil zu entziehen.

Durch die Erbrechtsreform wird einheitlich für alle Pflichtteilsberechtigten geregelt, dass der Pflichtteil entzogen werden kann, wenn der Betroffene dem Erblasser, dessen Ehegatten, einem anderen Abkömmling oder einer dem Erblasser nahestehenden Person nach dem Leben trachtet oder gegenüber dieser Person ein schweres Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen begeht. Weitere Entziehungsgründe sind die böswillige Verletzung einer Unterhaltspflicht und die Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von mindestens 1 Jahr wegen einer vorsätzlichen Straftat, auch wenn sich diese gegen andere Personen gerichtet hat.

Abkürzung von Verjährungsfristen

Mit der Reform werden für viele erbrechtlichen Ansprüche die Verjährungsfristen abgekürzt. In der Praxis trifft dies in erster Linie die Verjährung von Ansprüchen des Vermächtnisnehmers. Nach der jetzigen Rechtslage hatte dieser 30 Jahre Zeit, das Vermächtnis geltend zu machen. Künftig soll diese Frist lediglich 3 Jahre betragen. Die Frist wird gerechnet ab Kenntnis vom Todesfall, dem Testament und derjenigen Person, die verpflichtet ist, das Vermächtnis zu erfüllen. Für noch nicht verjährte

Vermächtnisansprüche wird es Übergangsregelungen für die Berechnung der Frist geben.

Eine weitere Änderung ist bei der Verjährung von Pflichtteilsansprüchen minderjährigen Kindern geplant. Richten sich Pflichtteilsansprüche eines minderjährigen Kindes gegen einen Elternteil, wird bisher sozusagen die Zeit angehalten. Die 3-jährige Verjährungsfrist für den Pflichtteil beginnt erst zu laufen, wenn das Kind 18 Jahre alt wird. Da Kinder in der heutigen Zeit in aller Regel durch ihre Ausbildung längere Zeit von den Eltern wirtschaftlich abhängig sind, wird nunmehr mit der Reform der Zeitpunkt des Beginns dieser Verjährungsfrist auf das 21. Lebensjahr hinausgeschoben.

II. Reformen in Erbschafts- und Schenkungssteuer

Obwohl viele Gesichtspunkte für eine gänzliche Abschaffung der Erbschafts- und Schenkungssteuer gesprochen hätten, war diese Steuerart unserem Gesetzgeber nicht auszureden und ist nunmehr reformiert worden. Diese Reform hat nicht nur das Erbschaftssteuerrecht, sondern auch das Bewertungsrecht geändert. Sie gilt ab 01.01.2009. Für Erbfälle und Schenkungen aus dem Jahr 2008 gibt es Übergangsregelungen. Für Erbfälle (nicht jedoch für Schenkungen) kann danach gewählt werden, ob nach dem alten oder neuen Recht

Bisherige Ungleichbehandlung von Geld und Immobilien			
erbt Geld 300.000,--	Heike	Kerstin	erbt Haus 300.000,--
Mutter			
Heike	300.000,--	Kerstin	200.000,--
Freibetrag	- 205.000,--		- 205.000,--
Zu versteuern	95.000,--		0,--
Steuern 11%	10.450,--		keine Steuern

Bild 2

versteuert werden soll. Die neue Regelung für Freibeträge kann dabei jedoch nicht nach neuem Recht angewendet werden.

Insgesamt ist die Erbschaftsteuerreform ein bürokratisches Monstrum geworden. In vielen Fällen wird die Reform zwar zu einer Steuerersparnis führen, in anderen Fällen jedoch die Steuern erhöht und insbesondere bei der Vererbung/Schenkung von Betriebsvermögen zu Unwägbarkeiten und einem hohen Verwaltungsaufwand führt. Ob die Reform einer erneuten Prüfung vor dem Bundesverfassungsgericht standhalten wird ist fraglich.

Änderungen im Bewertungsrecht

Bisher wurde im Erbfall bzw. bei Schenkung die Bewertung von Geld, Immobilien oder Betriebsvermögen unterschiedlich gehandhabt. Grundstücke wurden nicht mit ihrem Verkehrswert in die Steuerberechnung einbezogen, sondern mit einem herabgesetzten Steuerwert. Dieser entsprach in aller Regel ca. 60 – 80 %

des Verkehrswertes des Grundstückes. Auch bei Betriebsvermögen wurden einige Abschläge gemacht. Dies führte jedoch zu einer ungleichen Behandlung von Geld und Immobilienvermögen, wie folgender Beispielfall verdeutlichen soll (Bild 2): Eine Mutter hinterließ einer ihrer Töchter einen Geldbetrag in Höhe von 300.000,00 €. Die andere Tochter erbt ein Haus im Wert von ebenfalls 300.000,00 €. Bei der Berechnung der Erbschaftsteuer musste diejenige Tochter, die das Geld geerbt hat, Steuern zahlen. Der damalige Freibetrag für Kinder betrug 205.000,00 €. Da die Erbschaft von 300.000,00 € diesen Freibetrag um 95.000,00 € überstieg, musste die Tochter diesen mit 11 % versteuern und zahlt 10.450,00 € Steuern. Die andere Tochter, die das Haus erbt, musste keine Steuern zahlen. Das Haus ging nach der alten Regelung mit dem niedrigen Steuerwert in die Berechnung ein. Dieser lag hier unter dem Freibetrag, so dass diese Tochter im Gegensatz zu ihrer Schwester keine Steuern zahlen musste.

Durch die Reform werden Grundstücke jetzt mit ihrem Verkehrswert bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer eingerechnet. Der Verkehrswert wird vom Finanzamt entweder durch Vergleich mit anderen Grundstücksverkäufen oder entsprechend der Bodenrichtwerttabelle ermittelt. Sollte im Einzelfall das Grundstück einen geringeren Verkehrswert haben als das Finanzamt veranschlagt, bleibt es dem Steuerpflichtigen unbenommen, mit einem von ihm finanzierten Gutachten einen geringeren Verkehrswert nachzuweisen. Es bleibt abzuwarten, ob sich daraus eine „Materialschlacht“ von Gutachten und Gegengutachten entwickelt.

Für selbstgenutzte Objekte ist ein Selbstnutzer-Freibetrag eingeführt worden. Diesen können jedoch nur der überlebende Ehegatte, der eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner oder Kinder nutzen. Für Mehrfamilienhäuser gilt er nicht. Wohnt der entsprechende Erbe 10 Jahre lang in der Immobilie, ist er von der Erbschaftsteuer befreit. Für Kinder gilt jedoch eine Höchstgrenze von 200 Quadratmetern Wohnfläche, Ehegatten können den Freibetrag auch dann erhalten, wenn die Wohnfläche größer ist. Während dieser 10-Jahres-Frist darf der Erbe das Haus nicht vermieten oder verpachten. Auch eine Nutzung als Zweitwohnsitz führt zum Verlust des Freibetrages.

Diese 10-Jahres-Frist ist ein langer Zeitraum, in dem viel geschehen kann. Muss z.B. eine Witwe bereits nach 5 Jahren in ein Pflegeheim umziehen, bleibt ihr der Freibetrag erhalten. Zieht sie dagegen in das Haus ihrer Tochter und wird von der Tochter gepflegt, ist unklar, was mit dem Freibetrag wird. Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsprechung dies wertet.

Die Bewertung von Betriebsvermögen und Anteilen an Kapitalgesellschaften hat sich ebenfalls geändert. Die bislang schon nicht einfachen steuerlichen Bewertungsmaßstäbe wurden durch die Reform weiter kompliziert. Grundsätzlich wird bei Betrieben vom Verkehrswert ausgegangen.

Persönliche Freibeträge:

- Ehegatten **500.000,00 €**
- Kinder **400.000,00 €**
- Enkel **200.000,00 €**
- sonstige Personen Steuerklasse I **100.000,00 €**
- Personen der Steuerklasse II und III: **20.000,00 €**

Bild 3

Wert des steuerpflichtigen Erwerbs bis einschließlich	Steuerklassen	
	I	II + III
75.000,00 €	7 %	30 %
300.000,00 €	11 %	30 %
600.000,00 €	15 %	30 %
6.000.000,00 €	19 %	30 %
13.000.000,00 €	23 %	50 %
26.000.000,00 €	27 %	50 %
und darüber	30 %	50 %

Bild 4

Für die Vererbung von Betriebsvermögen werden zwei Varianten unterschieden:

a) Der Erbe führt den Betrieb 10 Jahre fort. Die Lohnsumme sinkt nicht unter die Summe zum Zeitpunkt des Erbfalls. Außerdem müssen mindestens 90% des Betriebsvermögens in die Produktion eingebunden sein. Dann wird der Betrieb von der Steuer befreit.

b) Der Erbe führt den Betrieb 7 Jahre fort. Die Lohnsumme sinkt nicht unter 65% der Lohnsumme zum Zeitpunkt des Erbfalls. Dann muss der Erbe nur 15% des Betriebsvermögens versteuern.

Das bedeutet, dass das Finanzamt 7 bzw. 10 Jahre lang die Einhaltung der Lohnsummen kontrollieren muss. Schafft es der Erbe nicht, den Betrieb den vollen Zeitraum entsprechend weiter zu führen, zahlt er anteilig Steuern entsprechend der verstrichenen Zeit. Hat der Erbe den Betrieb z.B. nach 9 Jahren verkauft oder die Lohnsumme ist gesunken, sind 90% des Betriebsvermögens auf der sicheren Seite. Die befürchtete „Fallbeilregelung“ ist glücklicherweise nicht in das Gesetz übernommen worden.

Änderungen in der Erbschaftsteuer

Für Mitglieder der Familie im engeren Sinne haben sich die Freibeträge deutlich erhöht. Verlierer dieser Reform sind jedoch Nichten, Neffen, entferntere Verwandte oder Lebensgefährten. Die Steuerfreibeträge für

Erbschaft von Tante nach altem und neuem Recht

erbt ½ Haus 150.000,--		Heike	Kerstin	erbt ½ Haus 150.000,--	
		Tante			
Heike/Kerstin je	100.000,--			150.000,--	
Freibetrag	- 10.300,--			- 20.000,--	
Zu versteuern	89.700,--			130.000,--	
Steuern 17%	15.249,--	Steuern 30%		43.333,--	

Bild 5

die einzelnen Personengruppen und die neuen Steuersätze ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle: (Bild 3 und 4)

In der Kernfamilie mit Eltern und Kindern wirkt sich die Anhebung der Freibeträge positiv aus und gleicht weitgehend die höhere Bewertung von Immobilien aus. Zu dem persönlichen Freibetrag einer Person kann bei einer Immobilie der Selbstnutzer-Freibetrag kommen. Drastische Verschlechterungen kann es jedoch geben, wenn z.B. nach einer kinderlosen Tante geerbt wird.

Obwohl der Freibetrag für Neffen und Nichten von reichlich 10.000,00 € auf 20.000,00 € angehoben wurde, schlägt hier die höhere Bewertung von Immobilien schwer zu Buche. Einen Selbstnutzer-Freibetrag hat das Gesetz für diese Personengruppe nicht vorgesehen. Darüber hinaus müssen Neffen und Nichten diejenigen Beträge, die ihren Freibetrag

übersteigen mit 30% versteuern. Wenn eine Immobilie in den Nachlass fällt, kann dies dazu führen, dass die Immobilie verkauft werden muss, nur um die Erbschaftssteuer zu zahlen. Es ist zu erwarten, dass Erwachsenenadoptionen zunehmen werden, mit denen z.B. eine Nichte von der Tante adoptiert wird, um den günstigen Freibetrag eines Kindes zu erhalten. Adoptionen sind jedoch nur gerechtfertigt, wenn tatsächlich ein Eltern-Kind-Verhältnis vorliegt. Keinesfalls sollten sie zur Steuerersparnis missbraucht werden (Bild 5). In Zukunft wird der eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner nicht mehr wie ein Fremder im Erbschaftssteuerrecht behandelt. Ihm wird der gleiche Freibetrag wie einem Ehegatten zugedacht. Was jedoch über den Freibetrag hinausgeht, muss er mit 30% versteuern.

Dr. Constanze Triltsch
Fachanwältin für Erbrecht

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 1. Februar 2009
11.00 Uhr – Junge Matinee
Aus Lied, Oper und Operette
Den Korrepetitoren über die Schulter geschaut, Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber
Dresden

Festsaal, Sonntag, 1. März 2009
11.00 Uhr – Junge Matinee
Das junge Streicherensemble musiziert
Leiter: KV Prof. Volker Dietzsch
Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Dresden Carl Maria von Weber

Ausstellung
Foyer und 4. Etage
Christina Pohl
Lustgarten

14. 1. 2009 bis 15. 3. 2009
Vernissage: Donnerstag, 15. 1. 2009,
19.30 Uhr
Einführung: Frizzi Krella,
Kunsthistorikerin, Berlin

Sächsische Ärzteversorgung
Ausstellung, 2. Etage
Beate Bilkenroth
Malerei – „WBS 70“
bis 31. 3. 2009

Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2009

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle

Bundesländer:	19,90 %
Arbeitgeberanteil:	9,95 %
Arbeitnehmeranteil:	9,95 %

2. Beitragsbemessungsgrenze:	neue Bundesländer	alte Bundesländer
gültig ab 01.01.2009	4.550,00 EUR/Monat	5.400,00 EUR/Monat
	54.600,00 EUR/Jahr	64.800,00 EUR/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Regelbeitrag	905,45 EUR/Monat	1.074,60 EUR/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Höchstbeitrag)	90,55 EUR/Monat	107,46 EUR/Monat
3) halber Mindestbeitrag	45,28 EUR/Monat	53,73 EUR/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV)	2.263,63 EUR/Monat	2.686,50 EUR/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 2008 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2009 zugeschickt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	neue Bundesländer	alte Bundesländer
1) Beitragssatz	15,50 %	15,50 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	3.675,00 EUR/Monat	3.675,00 EUR/Monat

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,95 %	1,95 %
2) Beitragssatz für Kinderlose	2,20 %	2,20 %
3) Beitragsbemessungsgrenze	3.675,00 EUR/Monat	3.675,00 EUR/Monat

Lastschriftverfahren 2009 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2009 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2009
Februar	27.02.2009
März	31.03.2009
April	30.04.2009
Mai	29.05.2009
Juni	30.06.2009
Juli	31.07.2009
August	31.08.2009
September	30.09.2009
Oktober	30.10.2009
November	30.11.2009
Dezember	29.12.2009

Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	31.03.2009
II. Quartal	30.06.2009
III. Quartal	30.09.2009
IV. Quartal	29.12.2009

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer beim jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistenten

Zukunft in Sachsen – Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Die Veranstaltung findet am **17. Januar 2009** von 11.00 Uhr bis 14.30 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt.

Die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank laden alle Weiterbildungsassistenten in Sachsen und junge Fachärzte herzlich dazu ein. Die Sächsische Landesärztekammer bietet insbesondere eine Beratung für die Weiterbildungsassistenten zur Gestaltung ihrer Weiterbildung an.

Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser informieren und beraten zu Chancen, Perspektiven und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- öffentlichen Gesundheitsdienst,

und zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Gesprächsführung/Bewerbung und
- Fördermöglichkeiten.

Die Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat erfolgt mit vier Punkten.

Vorträge 11.00 – 12.30 Uhr

- 11.00 – 11.05 Uhr
Begrüßung
- 11.05 – 11.15 Uhr
Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen
Jürgen Hommel
- 11.15 – 11.30 Uhr
Ärztliche Weiterbildung in Sachsen
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
- 11.30 – 11.45 Uhr
Ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst
Dipl.-Med. Petra Albrecht
- 11.45 – 12.00 Uhr
Krankenhäuser in Sachsen
Dr. Stephan Helm
- 12.00 – 12.15 Uhr
Ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Betreuung
Dr. med. Johannes Baumann
- 12.15 – 12.30 Uhr
Finanzierbarkeit der eigenen Niederlassung
Raimund Pecherz

Moderation: *Erik Bodendieck*

Workshops jeweils 13.00 Uhr und 13.45 Uhr

- Von der Standortplanung einer Praxis bis zur Niederlassung
Dr. Burkhard Hentschel
- Finanzierung einer Arztpraxis:
Raimund Pecherz
- Warum eine Bewerbung das Spiegelbild der Persönlichkeit ist:
Gisela Dericks
- Vereinbarkeit von Familie und Praxis
Karin Thein

Beratung und Jobbörsen ab 12.30 Uhr

Um Anmeldung wird gebeten:

Das Anmeldeformular und das ausführliche aktuelle Programm können über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de abgerufen werden. Fragen bitten wir an die E-Mail: Zukunft-in-Sachsen@slaek.de zu richten.

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

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 vom 1.1.2009 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 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei 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.

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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C001
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009

Zwickau-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 09/C002

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 09/C003
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C004
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009

Freiberg

Psychologische Psychotherapie
Reg.-Nr. 09/C005

Döbeln

Psychologische Psychotherapie
Reg.-Nr. 09/C006

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C007
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.02.2009 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/Rheumatologie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/D001
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D002
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2009
Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 09/D004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.02.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L001
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L002
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L003

Leipziger Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L004

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L005
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L006
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 01.02.2009

Torgau-Oschatz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/L007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.02.2009 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*)
Praxisabgabe geplant: 01.07.2009
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Praxisabgabe geplant ab 2009

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Hoyerswerda-Stadt
Praxisabgabe geplant: September 2009

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

Risikofaktor Lipoprotein (a)

Ein bisher noch zu wenig beachteter Risikofaktor für arteriosklerotische Gefäßerkrankungen, diagnostisches Vorgehen, therapeutische Möglichkeiten
Darstellung auch an Hand einer Kasuistik

S. Fischer, S. R. Bornstein

Einführung

Ein erhöhter Lipoprotein (a) (Lp (a)) – Spiegel ist ein bisher noch zu wenig bekannter, aber wichtiger Risikofaktor für arteriosklerotische Gefäßerkrankungen. Durch die Messung von Lp(a) kann, neben der Bestimmung der etablierten Risikofaktoren, das individuelle Gefäßrisiko eines Patienten besser abgeschätzt werden. Auch an Hand der nachfolgenden Kasuistik sollen Bedeutung, diagnostisches Vorgehen und therapeutische Konsequenzen dargestellt werden.

Patientenkasuistik

Pat. A. S., geb. 1963

Familienanamnese:

Die Großmutter mütterlicherseits litt an einem Diabetes mellitus, die Mutter starb 59-jährig an Krebs. Der Vater verstarb mit 53 Jahren an einem Herzinfarkt. Die Patientin hat 5 Geschwister, wobei eine Schwester im Alter von 33 Jahren einen Aplex erlitt und eine andere Schwester an einem Diabetes mellitus erkrankt ist.

Die Patientin hat 5 Kinder, bei 3 Kindern wurden bereits erhöhte Fettwerte festgestellt.

Eigenanamnese:

Seit dem 34. Lebensjahr (1997) besteht bei der Patientin eine Hypertonie, seit dem 38. Lebensjahr (2001) ist ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt, die Patientin spritzt viermal täglich Insulin (intensivierte Insulintherapie). Erhöhte Fettwerte sind seit 2007 bekannt.

2001 musste eine Thrombendarteriektomie (TEA) der rechten Beckenarterie durchgeführt werden. 2004

erfolgten rechts eine aorto-iliacale Y-Prothesen-Einlage und eine femoro-popliteale Bypass-Operation. Im November 2004 wurde eine Beckenarterien-Thrombendarteriektomie mit Erweiterungspatchplastik der Femoralisgabel rechts wegen einer Stenose der Arteria femoralis communis und einer Claudicatio-Distanz unter 100 Metern durchgeführt. Im Juli 2005 musste ein iliocofemorale Bypass links angelegt werden. 2007 erfolgte wegen einer hochgradigen (ca 80%-igen) Stenose der rechten Arteria carotis interna eine Thrombendarteriektomie.

Weiterhin ist eine Schrumpfniere links bekannt.

Klinischer Befund:

44-jährige Patientin, Gewicht 93 kg, Größe 1,70 m, BMI 32 kg/m², WHR 0,97.

Keine Xanthome, keine Xanthelasmata.

Blutdruck bei Erstvorstellung 200/100 mmHg, (rechter und linker Arm), später dann im normotonen, zum Teil eher hypotonen Bereich.

Cor et Pulmo physikalisch ohne pathologischen Befund. Keine kardialen Dekompensationszeichen.

Leber 2 Querfinger unter dem Rippenbogen palpabel.

Pulsstatus: A. carotis bds. palpabel, A. radialis bds. palpabel, A. tibialis posterior bds. nicht tastbar, A. dorsalis pedis bds. palpabel.

Lipidsenkende Medikation:

Simvastatin 80 mg 0 – 0 – 1
 Niaspan 1.000 mg 0 – 0 – 0 – 1
 (Versuch der Steigerung auf 1.500 bis 2.000 mg täglich)

Antidiabetische Medikation:

Früh 10 IE Humalog
 Mittags 14 IE Humalog
 Abends 10 IE Humalog
 zur Nacht 22 IE Lantus

Weitere Medikation:

Clopidogrel 75 mg 1/0/0
 Ramipril 10 mg 1/0/0
 CoAprovel® 150/12,5 mg 1/0/0
 Amlodipin 5 mg 1/0/1
 Moxonidin 0,3 mg 1/0/0/1
 Pentoxifyllin 600 mg 1/0/0
 Omeprazol 20 mg 1/0/0

Laborwerte:

Kreatinin 94 µmol/l, glomeruläre Filtrationsrate 59,71 ml/min/1,73 m², Harnstoff 5,4 mmol/l

ALAT 0,46 µmol/l*s, GGT 0,63 µmol/l*s, CK 0,88 µmol/l*s, Harnsäure 261 µmol/l, **Lp(a) 3196 mg/l (Ref.-Bereich <250)**, Triglyzeride 2,88 mmol/l, Gesamtcholesterin 4,16 mmol/l, HDL-Cholesterin 0,74 mmol/l, LDL-Cholesterin 2,51 mmol/l (unter lipid-senkender Therapie mit Inegy 10/40 mg[®]) HbA1c 7,0%

TSH 0,70 mU/l, fT3 4,26 pmol/l, fT4 19,37 pmol/l

Mikroalbumin im Urin im Normbereich.

Endokrinologische Diagnostik:

Nach den vorliegenden Laborparametern, die allerdings unter einer Therapie mit ACE-Hemmern und AT-I-Blockern durchgeführt wurden, besteht kein Hinweis für einen sekundären Hyperaldosteronismus (Quotient Renin/Aldosteron im Normbereich). Die Metanephrine und Normetanephrine lagen im Normbereich, damit ist ein Phäochromozytom auszuschließen. Ebenso lag der Cortisolspiegel im Serum im Normbereich.

Kardiologische Befunde:

EKG: Sinusrhythmus, Linkstyp, keine spezifischen Repolarisationsstörungen. Echokardiografie: Gute Linksventrikelfunktion ohne regionale Kontraktilitätsstörungen. Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Zeichen einer diastolischen Funktionsstörung. Klappebefunde, soweit bei schwieriger Untersuchung beurteilbar, unauffällig. Keine Zeichen der Rechtsherzbelastung.

Ergometrie: Abbruch wegen Blutdruckanstieg, damit keine sichere Aussage zu einer eventuellen Ischämie möglich.

Farbkodierte Duplexsonografie der Nierenarterien: Nach indirekten Kriterien kein Hinweis für eine hämodynamisch relevante Nierenarterienstenose rechts. Links Schrumpfniere ohne Flussnachweis.

Augenärztliche Untersuchung:

Fundus hypertonicus Stadium II, keine diabetische Retinopathie.

Vorstellung der Patientin bei uns zur Optimierung der Lipidparameter bei fortgeschrittenen Gefäßkomplikationen.

Bei der Patientin liegen mehrere schwere Risikofaktoren für arteriosklerotische Gefäßkomplikationen vor. Trotzdem sind die bereits bestehenden manifesten Gefäßkomplikationen im Bereich der hirnversorgenden Gefäße und der peripheren Strombahn in Anbetracht des Alters und des Geschlechts der Patientin als sehr ausgeprägt anzusehen. Bemerkenswert ist, dass bei der Patientin bisher keine koronare Herzkrankheit nachweisbar ist, wobei allerdings aktuell eine Ergometrie wegen Blutdruckanstiegs nicht durchgeführt werden konnte und eine typische Angina pectoris Symptomatik infolge einer möglichen autonomen diabetischen Polyneuropathie bei einem Langzeit-Diabetes fehlen kann.

Die Patientin hat bis 2000 geraucht. Es besteht eine Adipositas Grad I mit einem BMI von 32 kg/m². Der Diabetes ist zum jetzigen Zeitpunkt relativ gut eingestellt. Die HbA1c-Werte lagen mit 6,9 % (Januar 2007), 7,0 % (November 2007) und 7,6 % (April 2008) an der Grenze zum therapeutischen Zielbereich bzw. sind mäßig erhöht. Die Hypertonie neigt besonders unter Stressbedingungen zu Entgleisungen, während unter stationären Bedingungen absolut im Zielbereich liegende, eher hypotone Blutdruckwerte gemessen wurden. Der Hochdruck bedurfte einer weiteren Abklärung, die stationär erfolgte, es wurden ein Phäochromozytom, ein sekundärer Hyperaldosteronismus, ein Mb. Cushing und eine Nierenarterienstenose rechts ausgeschlossen. Für den schwer einstellbaren Hypertonus ist sicher auch die bekannte Schrumpfnieren bedeutsam.

Die Lipidparameter lagen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei uns unter einer täglichen Therapie mit Inegy 10/40 mg im leicht pathologischen Bereich (Triglyzeride 2,88 mmol/l, Gesamtcholesterin 4,16 mmol/l, HDL-Cholesterin 0,74 mmol/l, LDL-Cholesterin 2,51 mmol/l). Auffällig war ein hochpathologischer Lipoprotein (a)-Wert von 3.196 mg/l (Ref.-Bereich <250 mg/l). Dieser Wert dürfte ein entscheidender Risikofaktor für die fortgeschrittenen Gefäßkomplikationen der Patientin sein. Unter Beachtung der bei der Patientin bestehen-

den Risikofaktoren und Gefäßkrankungen ist von einer Hochstrisikokonstellation auszugehen und es sind folgende Zielwerte anzustreben: Triglyzeride < 1,7 mmol/l, HDL-Cholesterin > 1,2 mmol/l, LDL-Cholesterin < 1,8 mmol/l. In Kenntnis des massiv erhöhten Lipoprotein (a)-Wertes erfolgte eine Therapieumstellung von Inegy auf Simvastatin plus Niaspan® (Nikotinsäurederivat). Die LDL-Apherese ist für die Patientin beantragt.

Diagnosen:

- gemischtförmige Fettstoffwechselstörung
- massiv erhöhtes Lipoprotein (a)
- Diabetes mellitus Typ 2, insulinbehandelt
- essentielle Hypertonie
- Adipositas Grad I
- beginnende Niereninsuffizienz, Schrumpfnieren links
- Hochgradige Stenose der A. carotis interna, TEA März 2007
- periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium IIa
- Y-Prothese aorto-iliacal u. femoropoplitealer Bypass rechts 2004
- ileofemorale Bypass links 2005
- ungünstige Familienanamnese

Studienlage und Konsequenzen für die Praxis

Die Kenntnisse zur Pathophysiologie von Lipoprotein (a) sind bisher lückenhaft. Lipoprotein (a) ist ein LDL-ähnliches Lipoprotein, es enthält neben Apoprotein B-100 das Lp(a)-spezifische Glykoprotein Apolipoprotein (a). Wahrscheinlich wird Apolipoprotein (a) von den Leberzellen sezerniert und erst extrazellulär, wahrscheinlich an der Plasmamembran, an ein LDL-Partikel gebunden. Lipoprotein (a) wird wahrscheinlich über die Nieren abgebaut.

Lipoprotein (a) ist ein stark genetisch geprägter Risikofaktor, deshalb ist die Bestimmung einmal im Leben ausreichend. Unter einer Therapie mit einem Nikotinsäurederivat ist eine Verlaufskontrolle sinnvoll, um den Effekt dieser Therapie beurteilen zu können.

Prospektive und genetische Studien haben gezeigt, dass ein hoher Lipoprotein (a) – Spiegel ein wichtiger unabhängiger, genetisch determi-

nierter Risikofaktor für arteriosklerotische Gefäßkrankungen ist. Deshalb muss Lipoprotein (a) bei allen Patienten mit einer bezüglich Gefäßkrankheiten ungünstigen Familienanamnese, mit Stoffwechselerkrankungen oder manifesten Gefäßkrankungen bestimmt werden. Wir konnten an Hand der bei uns behandelten Patienten zeigen, dass ein erhöhter Lipoprotein (a)-Spiegel das Risiko für Gefäßkrankungen signifikant steigert (Tselmin, Fischer, Bornstein, DDG München 2008). In einer Metaanalyse von prospektiven Studien, die über mindestens ein Jahr liefen, wurden ebenfalls Beziehungen zwischen Lipoprotein (a) und der KHK nachgewiesen. In der Göttingen Risk, Incidence and Prevalence (GRIPS)-Studie war LDL-Cholesterin der wichtigste Risikofaktor für einen Herzinfarkt. Weitere Risikofaktoren waren neben der Familienanamnese bezüglich Herzinfarkt Alter, Rauchen, systolischer Blutdruck, HDL-C, Plasmaglukose und Lipoprotein (a). Auch Daten der Framingham Offspring Cohort Study zeigten Beziehungen zwischen erhöhtem Lipoprotein (a) und einer frühzeitigen KHK. Bei Patienten im Alter von 70 bis 82 Jahren war ein erhöhter Lipoprotein (a)-Spiegel ein Prediktor für kombinierte kardiovaskuläre Ereignisse (PROSPER-Studie). In der Bruneck-Studie wurden Beziehungen zwischen arteriosklerotischen Veränderungen an der Arteria carotis und einem erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegel gesehen. Allerdings gibt es auch Studien, die keine Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegel und Gefäßkrankungen gefunden haben. Die Behandlungsmöglichkeiten eines erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegels sind begrenzt. Als einziges Medikament senken die Nikotinsäurederivate den Lipoprotein (a)-Spiegel, allerdings nur um ca. 20 – 30%. Dazu sind hohe Dosen notwendig. Nikotinsäurederivate vermindern wahrscheinlich die Lipoprotein (a)-Syntheserate in der Leber. Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten, Statine, Fibrate, Anionenaustauscherharze und Ezetrol beeinflussen den Lipoprotein (a)-Spiegel nicht. Eine effektive Lipoprotein (a)-Senkung ist nur mittels der

Lipidapherese möglich, je nach Verfahren wird der Lipoprotein (a)-Spiegel um 70 – 75% abgesenkt. **Erfreulicherweise hat der gemeinsame Bundesausschuss im Juni 2008 beschlossen, dass die LDL-Apherese bei Patienten mit erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegeln und progredienter kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen) eine GKV-Leistung ist. Damit können Patienten mit dieser Indikation mittels LDL-Aphe-**

rese behandelt werden, was für diese Patienten entscheidend prognoseverbessernd ist.

Die wichtigste Maßnahme bei Patienten mit deutlich erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegeln ist die optimale Einstellung aller Risikofaktoren, besonders die Absenkung des LDL-C-Spiegels auf <2,6 mmol/l, bei sehr hohem Risiko auch auf <1,8 mmol/l.

Von einem besonders hohen Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall ist bei Personen mit sowohl hohen LDL-C-Spiegeln als auch hohen Lipopro-

tein (a)-Konzentrationen auszugehen, wie Studiendaten gezeigt haben.

Bei allen Patienten mit erhöhten Lipoprotein (a)-Spiegeln sind regelmäßige kardiologische Untersuchungen zum Ausschluss einer KHK sowie duplexsonografische Untersuchungen der Halsgefäße einschließlich der Messung der Intima-Media-Dicke erforderlich.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

PD Dr. med. Sabine Fischer
Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus
Medizinische Klinik und Poliklinik III
01307 Dresden, Fetscherstraße 74

Basistarif in der Privaten Krankenversicherung

Basistarif – eine „GKV“ in der PKV?

Im Zuge der vom Gesetzgeber beschlossenen Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde zum 1. Januar 2009 der brancheneinheitliche Basistarif eingeführt. Aufgrund der strengen gesetzlichen Vorgaben beinhaltet dieser Tarif eine Reihe von Besonderheiten, die ihn – im Vergleich zur klassischen PKV-Welt – in zentralen Bereichen wenig attraktiv machen:

Merkmale des Basistarifs

- Die Leistungen des Basistarifs sind nach Art, Umfang und Höhe mit den GKV-Leistungen vergleichbar. Auch die Vergütung für die behandelnden Ärzte und Zahnärzte soll in etwa dem Erstattungsniveau der GKV entsprechen. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen der GKV können auch auf den Basistarif übertragen werden.
- Der Basistarif ist sehr teuer, denn: Bislang nichtversicherte Personen, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind und die auch keine Sozialhilfe beziehen, müssen in den Basistarif aufgenommen werden, ohne dass ein Risikozuschlag erhoben werden darf – auch nicht im Falle schwerster Vorerkrankungen. Gleiches gilt unter gewissen Voraussetzungen auch für PKV-

Neukunden ab dem 01.01.2009, freiwillig gesetzlich Versicherte, privat versicherte Rentner und ältere Personen. Zudem werden – anders als in der klassischen PKV-Welt – Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nach Ablauf der tariflich vorgesehenen Wartezeit in den Versicherungsschutz einbezogen.

Um dies insgesamt auszugleichen, muss ein erhebliches pauschales „Überrisiko“ in die Beiträge eingerechnet werden.

- Der Basistarif wird in fünf Selbstbehaltstufen (0, 300, 600, 900, 1.200 EUR pro Jahr) angeboten. Für beihilfeberechtigte Personen sind beihilfekonforme Varianten des Basistarifes vorgesehen. Die Selbstbehalte werden in diesen Fällen dem Beihilfesatz entsprechend anteilig angesetzt. Eine Umstufung zwischen den Selbstbehaltstufen ist erst nach dreijähriger Mindestbindungsfrist möglich.
- Der Basistarif wird nach der Kalkulationsmethode der PKV, also mit Alterungsrückstellungen, kalkuliert. Der Beitrag darf aber nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur GKV (ab dem 01.01.2009 voraussichtlich ca. 570 EUR), ansonsten erfolgt eine Kappung auf diesen Höchstbeitrag. Bei Hilfebedürftigkeit (nach SGB II bzw. SGB XII) reduziert sich der zu zahlende Beitrag um 50 Prozent. Wegen des eingerechneten Überrisikos wird der Zahlbeitrag im Basistarif in vie-

len Fällen, also auch bereits in jüngeren Altern, dem GKV-Höchstbeitrag entsprechen.

Problematik des Basistarifs

Ursprünglich gedacht als „Sozialtarif“ für bislang nichtversicherte oder einkommensschwache Personen, wird der Basistarif aufgrund seines hohen Beitragsniveaus dieser Rolle nicht mehr in vollem Umfang gerecht.

Die Beitragsbegrenzungen im Basistarif müssen von allen PKV-Vollversicherten durch einen Zuschlag in ihrem jeweiligen Tarif mitfinanziert werden. Je mehr Versicherte im Basistarif versichert sind, desto größer wird der Subventionsbedarf, desto größer der Zuschlag in allen Tarifen der PKV-Vollversicherung.

Die Gesundheitsreform beschneidet somit die bestehenden Verträge aller Versicherten und zwingt sie ungerne gerechtfertigterweise, den Basistarif durch ihre Beiträge mitzufinanzieren. Unter anderem deswegen haben 30 private Krankenversicherer, die zusammen 95 Prozent aller Privatversicherten repräsentieren, zum Schutz des Bestandes Verfassungsbeschwerde gegen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingelegt.

Von der Leistungsseite her entspricht der Basistarif bereits der GKV. Von daher sehen einige Entscheidungsträger der Politik im Basistarif einen Wegbereiter für die Einheitsversicherung und somit für die Abschaffung der PKV als Vollversicherung.

Dazu darf es nicht kommen, denn der Basistarif schwächt die finanzielle Ausstattung des gesamten Gesundheitswesens mit entsprechenden Folgen für alle – dies umso stärker, je mehr Personen im Basistarif versichert sind.

Da die Vergütung nur auf GKV-Niveau erfolgt, stehen den Ärzten und Krankenhäusern von diesen „Privatpatienten“ keine zusätzlichen Einnahmen für die Modernisierung ihrer Einrichtungen zur Verfügung.

Geringe Attraktivität für die Versicherten

Der Basistarif-Versicherte stellt sich nicht besser als ein gesetzlich Versicherter – mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen: keine garantierten Leistungen, nur begrenzte Teilnahme am medizinischen Fortschritt, keine freie Krankenhauswahl usw.

Noch geringere Attraktivität für Ärzte

Die Vergünstigungen in den Arzttarifen der klassischen PKV-Welt (niedrige Beiträge aufgrund von Eigenbehandlung und kostengünstiger Kollegenbehandlung) finden im Basistarif keinen Niederschlag. Es gibt keinen Spezial-Basistarif für Ärzte.

Fazit: Hohe Beiträge für niedrige Leistungen!

Vor diesem Hintergrund kann das Interesse der Versicherten, der Ärzte und des gesamten Gesundheitswesens nur sein, möglichst wenige Personen im Basistarif zu versichern. Er wird sich lediglich als Auffangbecken für bisher Nichtversicherte und – wegen der Beitragskappung – für Hilfebedürftige etablieren.

Für alle anderen Kunden bzw. Interessenten werden auch im Jahr 2009 und darüber hinaus die klassischen PKV-Tarife die erste Wahl darstellen. Denn das klassische PKV-Geschäftsmodell hat sich bewährt und ist zukunftssicher. Seine Vorteile, die nur die PKV bieten kann, werden verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit treten:

- Lebenslange Leistungsgarantie
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Spontane Teilnahme am (kostenintensiven) medizinischen Fortschritt
- Versorgung mit Innovationen
- Budgetfreie, rationierungsfreie „Zone“
- Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Vor diesem Hintergrund stellt zum Beispiel die INTER als berufsständischer Versicherer der Ärzte insbesondere die Interessen ihrer Gruppenver-

sicherungspartner, zu denen auch die Sächsische Landesärztekammer gehört, in den Vordergrund.

So ist die PKV ein Garant für Wahlfreiheit und Selbstbestimmung im Gesundheitswesen.

Ohne die in den klassischen Tarifen versicherten Personen stehen dem Gesundheitssystem rund 10 Mrd. Euro p.a. weniger zur Verfügung. Wenn dieses Geld im System fehlt, wird sich das für alle Versicherten – gesetzlich und privat Versicherte – spürbar negativ auswirken.

Ganz obendrein ist die PKV durch die Bildung von Alterungsrückstellungen auch noch generationengerecht finanziert.

Die demographische Entwicklung, die Überalterung der Bevölkerung wird mehr und mehr zum Hauptproblem der GKV, die auf der Basis des Umlageverfahrens arbeitet und keine Rückstellungen bildet. Die GKV wird alleine von daher bereits kurz- bis mittelfristig Leistungen massiv kürzen, rationieren und budgetieren müssen. Das Hauptziel der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG), nämlich eine nachhaltige Finanzierung der GKV zu sichern, wurde nicht einmal ansatzweise erreicht.

Bernd Jansen
Vorstandsvorsitzender der
INTER Krankenversicherung aG
Erzbergstraße 9 – 15, 68165 Mannheim

Fachtagung „Hinsehen – und dann?“

Psychische Folgen häuslicher Gewalt und erstes Treffen „Traumazentrum Sachsen“

Genau hinsehen, fachlich handeln und Betroffenen helfen waren inhaltliche Schwerpunkte und Zielstellung einer Fachtagung zum Thema „Psychische Folgen häuslicher Gewalt“ am 5. September 2008 im Deutschen Hygienemuseum Dresden. **Die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Dresdner Universitätsklinikums Carl Gustav Carus und das Säch-**

sische Staatsministerium für Soziales luden Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie aus Therapie-, Hilfs- und Beratungseinrichtungen ein, um über Hintergründe, Ursachen, Folgen und aktuelle Betroffenenzahlen zu informieren. Erfreulicherweise nutzten über 260 Teilnehmer der verschiedensten Professionen aus ganz Sachsen die Gelegenheit zum kollegialen Austausch und zur Bekräftigung weiteren Handlungs- und Forschungsbedarfs.

Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Christine Clauß, eröffnete die Tagung und machte eindringlich

auf die größer werdende politische Bedeutung des Themas „häusliche Gewalt“ aufmerksam. Sachsenweit gibt es 18 Frauen- und Kinderschutzeinrichtungen, sieben Interventions- und Koordinierungsstellen und drei Täterberatungsstellen. In den sächsischen Interventions- und Koordinierungsstellen wurden 2007 1099 Opfer häuslicher Gewalt beraten. 95,5 Prozent waren Frauen. Die sächsische Polizei registrierte im Jahr 2007 insgesamt 1.790 Fälle von Straftaten im häuslichen Umfeld. Hier waren 82 Prozent der Opfer Mädchen und Frauen. Als oftmals erste Ansprechpartner für Opfer häuslicher Gewalt kommt Ärzten eine besonders wichtige Rolle im Hilfesystem für Betroffene zu. Doch obwohl jede

fünfte in Deutschland lebende Frau im Laufe ihres Lebens häusliche Gewalt erleidet, berücksichtigt das deutsche Gesundheitssystem die damit einhergehenden gesundheitlichen Folgen bislang zu wenig.

Prof. Dr. med. Detlev Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, zeigte sich bei seiner Begrüßung der Tagungsgäste vom großen Interesse und von der Interdisziplinarität des Publikums beeindruckt. Er unterstrich die Anstrengungen des Universitätsklinikums, die Aktivitäten des „Traumanetz Sachsen“ nach Kräften unterstützen zu wollen. Prof. Dr. med. Peter Joraschky, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, schloss die Tagungseröffnung. Er fokussierte die Bedeutung des Themas Gewalt für die Entstehung von physischen und psychischen Krankheiten.

Möglichkeiten der Sensibilisierung des Gesundheitssystems

Begegnet wurde diesem Problem in Deutschland erstmals vor fünf Jahren, als das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm seine Arbeit aufnahm. In diesem Modellprojekt wurde am Berliner Universitätsklinikum Charité die Fortbildung pflegerischen und medizinischen Fachpersonals zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt erfolgreich erprobt. In ihren Vorträgen schilderte die wissenschaftliche Leiterin dieses Projektes, Hildegard Hellbernd, mit welchen gesundheitlichen Folgen Opfer häuslicher Gewalt konfrontiert sind, was sich für Anforderungen an das Gesundheitssystem ergeben und welche Erfahrungen im S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gesammelt worden sind.

Psychische Gewaltfolgen

Die psychischen Folgen häuslicher Gewalt und anderer Traumata erläuterte der begeistert aufgenommene Vortrag von Lutz-Ullrich Besser, Traumatherapeut und Leiter des Traumazentrums Niedersachsen (ZPTN). Lutz-Ullrich Besser, einer der Pioniere der Traumatherapie in Deutschland, unterstrich die Wichtigkeit gezielter

und fachgerechten Handels, um eine Chronifizierung des Leidens der Betroffenen zu verhindern. Neurobiologisches und bindungstheoretisches Wissen hilft die komplexe Symptomatik des Ausblendens oder Isolierens von Erinnerungsanteilen zu verstehen (dissoziative Anteile). Diese Erinnerungsanteile werden dadurch zwar zunächst weggeschoben (eingefroren), können so aber ein Eigenleben führen. Kleine Erinnerungskonfrontationen im Alltag eines Menschen aktivieren sie ohne eindeutigen Zusammenhang. Gerade dadurch wird die Katastrophe des Traumas immer wieder neu aktualisiert. Solche Reaktionen gemeinsam als „normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“ zu verstehen, vorhandene Fähigkeiten und Stärken des Opfers wieder zu entdecken und nutzbar zu machen und sich den traumatischen Erlebnissen zu stellen, das heißt auch um Verlorenes zu trauern, ist Schwerpunkt spezieller Therapie. Unterschätzt werden die Behandlungserfolge, die dann möglich sind.

Verbesserung der Versorgungssituation in Sachsen

Der Nachmittag der Tagung widmete sich der Vernetzungsarbeit in der Versorgung traumatisierter Menschen, einer Initiative der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus. Traumanetz Sachsen versteht sich als Hilfsmittel, um Betroffenen von traumatischen Ereignissen auf kurzem Weg fachgerechte Hilfe zukommen zu lassen. Eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der verschiedenen Arbeitsbereiche von „Traumanetz Sachsen“ und anschließende Arbeitsgruppen als Diskussionsforen zu den Themen häusliche Gewalt, Kinder, Unfall und Gewaltverbrechen, psychosozialer Notfall, Migration und Opfer rechtsextermer Gewalt erarbeiteten Perspektiven und Horizonte für eine gewinnbringende Netzwerkarbeit. Für die effiziente Hilfe und um eine Chronifizierung des Leidens der Betroffenen zu verhindern, ist es wichtig, dass die einzelnen Netzwerkteilnehmer über die Arbeit und Möglichkeiten der anderen Netzwerkteilnehmer infor-



Sächsische Staatsministerin für Soziales, Christine Clauß, Foto: Katja Bittmann

miert sind. Hierfür steht die Internetseite www.traumanetz-sachsen.de als Informationsplattform und Datenbank sowohl für Betroffene als auch für Helfer zur Verfügung.

Modellprojekt

Geplant sind weitere Netzwerktreffen und konkrete themenspezifische Projekte. Ein Modellprojekt häusliche Gewalt betreffend „Hinsehen – Erkennen – Handeln (aktive Hilfen) im Gesundheitssystem“ konnte bereits am 1. August 2008 seine Arbeit aufnehmen. Durchgeführt und wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik und das Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Das Projekt wird vom Sächsische Staatsministerium für Soziales gefördert und von der Gesellschaft für Wissens- und Techniktransfer der TU Dresden (GWT-TUD GmbH) unterstützt. Ziel ist, Fachkräften im Gesundheitswesen (Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, usw.) die Angst zu nehmen, im Verdachtsmoment nachzufragen und im Bedarfsfall in eine leitliniengerechte Beratung und Behandlung zu vermitteln. Sie sollen erkennen, dass Hinsehen keine Arbeit macht, wenn die bestehenden Hilfseinrichtungen bekannt sind und genutzt werden.

Korrespondenzanschrift:
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Dr. med. univ. Julia Schellong
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Unsere Jubilare im Februar 2009 – Wir gratulieren!

60 Jahre

- 03.02. Dr. med. Lassmann, Astrid
04207 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Kraus, Eduard
08523 Plauen
- 09.02. Klotz, Christian
09423 Gelenau
- 10.02. Prof. Dr. med. Reichert,
Wolfgang
02977 Hoyerswerda
- 11.02. Dr. med. Waas, Erdmuth
02747 Herrnhut
- 14.02. Dr. med. Schmidt, Bernd
01328 Dresden/Schönfeld
- 16.02. Teister, Henryk
02625 Bautzen
- 17.02. Dipl.-Med. Doerfel, Ulrich
09648 Mittweida
- 19.02. Dipl.-Med. Otto, Gisa
01324 Dresden
- 19.02. Sälzer, Joachim
02625 Bautzen
- 23.02. Dr. med.
Rieder, Christa-Maria
04808 Wurzen
- 24.02. Geisler, Annegret
02827 Görlitz
- 24.02. Dr. med. Lachmann, Peter
01665 Klipphausen
- 25.02. Dr. Dauber, Christoph
04103 Leipzig

65 Jahre

- 02.02. Dr. med. Huhle, Monika
01219 Dresden
- 02.02. Kanig, Erdmuth
02625 Bautzen
- 02.02. Schindler, Eckard
01326 Dresden
- 03.02. Beier, Friederike
01099 Dresden
- 04.02. Dr. med. Schaaf, Gisa
09217 Burgstädt
- 04.02. Dipl.-Med. Weber, Annelie
01445 Radebeul
- 06.02. Bolz, Hartmut
01796 Pirna
- 09.02. Dr. med. Güldner, Gundela
01809 Heidenau
- 09.02. Dr. med. Schallawitz, Steffi
04651 Bad Lausick
- 10.02. Dr. med.
Herschelmann, Brunhild
04155 Leipzig

- 11.02. Dr. med. Petzold, Joachim
04316 Leipzig
- 11.02. Dr. med. Stephan, Gudrun
08248 Klingenthal
- 11.02. Dipl.-Med. Voigt, Marlies
01468 Moritzburg
- 13.02. Dr. med. Klose, Gerd
04683 Naunhof
- 14.02. Dr. med. Paschmionka, Rita
04316 Leipzig
- 15.02. Dr. med. Müller, Dietmar
09128 Kleinolbersdorf-
Altenhain
- 16.02. Dr. med.
Dünnebier, Rosemarie
01683 Nossen
- 16.02. Dr. med. Hesse, Christian
01776 Hermsdorf
- 16.02. Dr. med. Schramm, Ines
04275 Leipzig
- 17.02. Dr. med. Schmidt, Bernd
08340 Schwarzenberg
- 18.02. Dipl.-Med. Vodel, Karin
08248 Klingenthal
- 19.02. Dr. med. Fiedler, Edith
09128 Chemnitz
- 20.02. Dipl.-Med. Wobst, Frank
01558 Großenhain
- 21.02. Kitzbichler, Hans-Peter
08209 Auerbach
- 23.02. Strunz, Jürgen
08107 Hartmannsdorf
- 25.02. Dr. med. Behnert, Christine
08058 Zwickau
- 27.02. Dr. med. Ostertag, Karoline
01187 Dresden
- 27.02. Schleif, Christine
04155 Leipzig
- 28.02. Dr. med. Gneuß, Hannelore
08485 Lengenfeld
- 28.02. Dr. med. Seifert, Werner
02827 Görlitz
- 29.02. Bayer, Petra
04155 Leipzig
- 29.02. Dipl.-Med.
Hoffmann, Brigitte
04129 Leipzig

70 Jahre

- 02.02. Dr. med. Möckel, Harald
08118 Hartenstein
- 02.02. Dr. med. Peter, Friedmar
09468 Tannenberg
- 03.02. Dr. med. Melzer, Hubert
09419 Thum
- 05.02. Dr. med. Heider, Alfons
04720 Zschwitz
- 05.02. Dr. med. Töpfer, Frithjof
01328 Dresden

- 06.02. Dr. med. Schwabe, Isolde
09112 Chemnitz
- 06.02. Dr. med. Winter, Bernd
04179 Leipzig
- 08.02. Dr. med.
Reinhardt, Roswitha
08115 Lichtentanne
- 09.02. Gottschalk, Rosemarie
09526 Olbernhau
- 11.02. Dr. med. Frenzel, Eberhard
09575 Eppendorf
- 11.02. Dr. med. Göhler, Helga
04451 Borsdorf
- 12.02. Otto, Ute
04838 Laußig
- 12.02. Dr. med. Uhlmann, Volkmar
09221 Neukirchen
- 18.02. Dr. med. Förster, Peter
09544 Neuhausen
- 18.02. Dr. med. Schreyer, Christel
04289 Leipzig
- 19.02. Dr. med. Martin, Jochen
09131 Chemnitz
- 19.02. Dr. med. Reichert, Brigitte
04318 Leipzig
- 20.02. Prof. Dr. med. habil.
Frank, Karl-Heinz
01309 Dresden
- 20.02. Dr. med.
Heydenreich, Rudolf
04758 Oschatz-Thalheim
- 20.02. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Tauchert, Hermann
04277 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Krauskopf, Ulrike
04229 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Werner, Johannes
08340 Schwarzenberg
- 22.02. Dr. med.
Wünsche, Wolfgang
01099 Dresden
- 23.02. Dr. med. Wolf, Peter
01462 Ockerwitz
- 24.02. Meyer, Erich
09337 Callenberg/
Langenchursdorf
- 24.02. Prof. Dr. med. habil.
Naumann, Dieter
09127 Chemnitz
- 24.02. Dr. med. Schlicker, Gisela
01129 Dresden
- 24.02. Starke, Steffen
01796 Pirna
- 24.02. Dr. med. Städtner, Jochen
08371 Glauchau
- 25.02. Dr. med. Roloff, Dorothea
01768 Reinhardtsgrimma
- 26.02. Dr. med. Nüßgen, Reiner
01099 Dresden

- 26.02. Dr. med. Riedel, Klaus
08060 Zwickau
28.02. Dr. med. Flieger, Jan
01909 Bühlau
28.02. Dr. med. Langer, Elisabeth
08056 Zwickau

75 Jahre

- 02.02. Dr. med. Wildenhain, Rolf
08058 Zwickau
03.02. Dr. med.
Niescher, Wolfgang
02797 Oybin
04.02. Dr. med. Starke, Siegfried
01237 Dresden
05.02. Dr. med. Raatzsch, Isolde
01328 Dresden
07.02. Dr. med. Maier, Liane
01069 Dresden
08.02. Hantzsch, Siegfried
01847 Lohmen
08.02. Dr. med. Meister, Eva-Maria
04107 Leipzig
15.02. Dr. med. Scholbach, Lilli
04105 Leipzig
15.02. Dr. med. Wolz, Herta
01237 Dresden
16.02. Dr. med. Scharfe, Egbert
01774 Höckendorf
26.02. Dr. med. Gottschalk, Horst
04277 Leipzig

80 Jahre

- 12.02. Dr. med.
Schuster, Johannes
08261 Schöneck
18.02. Dr. med. Meier, Wolfgang
08485 Lengenfeld

- 23.02. Dr. med. Kissing, Wolfgang
01328 Dresden
26.02. Dr. med. Heinrich, Gerhard
01796 Pirna
28.02. Dr. med. Kinzer, Wera
09119 Chemnitz
28.02. Dr. med. Neumerkel, Horst
02977 Hoyerswerda

81 Jahre

- 03.02. Dr. med. Eysold, Regina
01237 Dresden
23.02. Dr. med. Görner, Eberhard
04680 Zschadraß
28.02. Prof. Dr. med. habil.
Göhler, Werner
04275 Leipzig

82 Jahre

- 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz

83 Jahre

- 02.02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
09.02. Doz. Dr. med. habil.
Dietel, Klaus
09131 Chemnitz
22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau
28.02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig

84 Jahre

- 16.02. Dr. med. Löffler, Herbert
08280 Aue
16.02. Dr. med. Stephan, Christine
04103 Leipzig
18.02. Prof. Dr. med. habil.
Crasselt, Carl
01324 Dresden

- 18.02. Dr. med.
Schmiedel, Annelies
01326 Dresden
19.02. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau

85 Jahre

- 01.02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig
08.02. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig
18.02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig

86 Jahre

- 24.02. Dr. med. Kunze, Irmgard
08258 Wernitzgrün

87 Jahre

- 07.02. Dr. med. Kreihls, Werner
02708 Löbau

88 Jahre

- 06.02. Prof. Dr. med. habil.
Seyfarth, Harro
04288 Leipzig
10.02. Dr. med.
Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
23.02. Dr. med. Klöppel, Eva
04275 Leipzig
26.02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden

93 Jahre

- 17.02. Nawka, Joachim
02627 Radibor



Foto: K. Wolf

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, die Geschäftsführung und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen allen sächsischen Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern im Jahr 2009 gute Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit, Schaffenskraft, Freude am Leben, Erfolg und Zeit für sich!

Nachruf für Dr. med. Klaus Zenker



Am 28. 10. 2008 ist Herr Dr. med. Klaus Zenker, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Klinikums Görlitz von 1971 bis 1995, im 80. Lebensjahr nach längerer Krankheit verstorben. Wir erinnern uns seiner in Achtung und Dankbarkeit.

Sein ganzes Leben war Herr Dr. Zenker fest in der Stadt Görlitz verwurzelt. Sein 40-jähriges Wirken als Arzt war an das Bezirkskrankenhaus/die Poliklinik und später das Klinikum Görlitz gebunden. Gedanken, die Stadt zu verlassen, wies er konsequent zurück, auch zu einer Zeit, als viele Menschen wegen der schlechten politischen und wirtschaftlichen Lage dem Osten Deutschlands den Rücken kehrten.

Nach dem Studium der Humanmedizin in Heidelberg wurde er Facharzt für Innere Medizin in der damaligen II. Medizinischen Klinik. Rasch erfolgte die Ernennung zum Oberarzt und ab 1971 war er Chefarzt der I. Medizinischen Klinik.

Schon als Oberarzt der II. Medizinischen Klinik leistete er Pionierarbeit für die Nephrologie in Görlitz. Er baute eine moderne Nierenfunktionsdiagnostik auf und führte 1963 die ersten Nierenbiopsien durch. Es gelang ihm, unter schwierigen äußeren Bedingungen durch Eigeninitiative, Auswahl geeigneter Mitarbeiter und Durchsetzungsvermögen eine Dialyseabteilung in Görlitz zu etab-

lieren, die es damals noch nicht einmal an allen Universitätskliniken gab. Seine Sorge blieb in den folgenden Jahren trotz gelungener Erweiterungsbauten die fehlende Kapazität zur Vollversorgung aller dialysepflichtigen Patienten. Diese wurde erst nach der Wende durch seine erfolgreiche Verhandlung und Zusammenarbeit mit dem KfH-Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. ermöglicht.

Seinem Engagement ist es zu verdanken, dass nach kurzer Zeit weitere spezialisierte Teilgebiete der Inneren Medizin in seiner Klinik vertreten waren (Gastroenterologie, Diabetologie, Hämatologie/Onkologie, Angiologie, internistische Intensivmedizin). Als Arzt war es einer seiner Grundsätze, den Kranken als ganzen Menschen zu sehen. Es gelang ihm, mit wenigen Mitteln zu einer Diagnose zu kommen. Er war bestrebt, neue Erkenntnisse möglichst rasch in die Praxis umzusetzen. Bemerkenswert war seine Gabe, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und dabei das Besondere nicht aus den Augen zu verlieren. Neben fachlicher Qualität der Therapie legte er großen Wert auf menschliche Gesichtspunkte: Wir müssen die Apparatemedizin beherrschen, nicht sie uns! Das technisch Machbare darf nicht alleinige Maxime des ärztlichen Handelns sein! Bei Abwägen zwischen „Machbarem“ und menschlich „Sinnvollem“ strebte er immer eine gemeinsam zu tragende Entscheidung an.

Dr. Zenker konnte Wissen und Fähigkeiten gut vermitteln, der Nachwuchs lag ihm besonders am Herzen. 15 Fachärzte für Innere Medizin wurden in seiner Klinik ausgebildet, er begleitete 23 Dissertationen und war seinen Schülern oft väterlicher Freund und Ratgeber.

Sein wissenschaftliches Interesse belegt die Mitgliedschaft in einigen Gesellschaften (unter anderem die Internationale Gesellschaft für Nephrologie, EDTA, Gesellschaft für Nephrologie der DDR, in der er 12 Jahre Vorstandsmitglied war; Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie, Deutsche AG für Klinische Nephrologie). Er hielt 84 Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen und

veröffentlichte 24 Publikationen. Er selbst organisierte und leitete in Görlitz zwischen 1972 und 1988 12 Nephrologentagungen, die nach der Wende in deutsch-polnisch-tschechische Symposien ihre Fortsetzung fanden.

Dr. Zenker war zu keiner Zeit Mitglied einer Partei, aber er war keineswegs ein unpolitischer Mensch. Er mischte sich ein und fand durch fachlich fundierte Argumentation Gehör für die Verwirklichung fortschrittlicher Ideen. So wurde ihm 1980 die Leitung einer neuen „Arbeitsgruppe Dialyse“ beim Bezirksarzt in Dresden übertragen und er war damit auch Mitglied der „Expertenkommission Nephrologie/Dialyse“ des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR.

In der Wendezeit war er es, der dafür sorgte, dass im Klinikum rasch ein Kuratorium aus Mitarbeitern gewählt wurde, das die Geschicke des Krankenhauses nach Abtreten des damaligen Ärztlichen Direktors und der Parteiführung leitete.

Auch in der Stadt Görlitz engagierte er sich in der Zeit der Wende maßgeblich als Gründungsmitglied der Initiative „Aktionskreis, rettet die Stadt Görlitz“ (jetzt Aktionskreis für Görlitz e.V.). Vieles, was heute verwirklicht ist, hatte seinen Ursprung in den „Zenkerschen Ideen“ und Aktivitäten.

Für sein herausragendes ärztliches Wirken, aber auch für sein beachtenswertes ehrenamtliches Engagement wurde Dr. Zenker im Januar 2004 das Verdienstkreuz I. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Wir, seine ehemaligen Mitarbeiter, sind vom Tod unseres langjährigen Chefarztes und klinischen Leiters sehr betroffen. Er hat durch sein Wirken viele Menschen bereichert und geprägt. Er wollte nie im Mittelpunkt stehen, er war einfach Mittelpunkt. Wir sind davon überzeugt, dass die Ärzte der Region, viele Patienten und seine ehemaligen Mitarbeiter ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren werden.

Dr. med. Rentsch
Dr. med. Lincke

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Reinhold Schwarz



Die Universität Leipzig und ihre Medizinische Fakultät trauern um Professor Dr. Reinhold Schwarz, Leiter der Selbständigen Abteilung Sozialmedizin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, der am 20. November 2008 plötzlich und unerwartet aus einem arbeitsreichen Leben gerissen wurde.

„Professor Schwarz hatte maßgeblichen Anteil an der Etablierung der psychosozialen Onkologie an der Universität Leipzig sowie an der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten und deren Angehörigen“, sagte der Rektor der Universität Leipzig, Professor Dr. Franz Häuser. „Die Universität verliert einen engagierten Hochschullehrer, hervorragenden Wissenschaftler und geachteten Abteilungsleiter.“

Der Dekan der Medizinischen Fakultät, Professor Dr. Joachim Thiery, hob besonders die Kollegialität und integre Persönlichkeit von Prof. Schwarz hervor: „Er war immer voll Fürsorge für seine Patienten und für uns Vorbild im Umgang mit Kollegen, Studierenden und seinen Doktoranden. Er motivierte alle, ihr Bestes zu geben. Mit Professor Schwarz verlieren wir nicht nur einen hochgeschätzten Arzt, sondern auch eines der wissenschaftlich erfolgreichsten Mitglieder unserer Fakultät.“

Wir sind mit seinen Patienten und seinen Mitarbeitern traurig und bestürzt über diesen unersetzlichen Verlust, wir empfinden aber seiner Lebensleistung gegenüber auch hohe Dankbarkeit. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie. Seine ärztliche Tätigkeit und besondere wissenschaftliche Reputation zeigt sich gerade durch die Vielzahl von hochrangigen Forschungsprojekten, die er im Wettbewerb um öffentliche Fördermöglichkeiten für seine Patienten und die Fakultät nach Leipzig bringen konnte. Mit der Berufung von Professor Schwarz war ein wissenschaftlicher Neuanfang der Abteilung Sozialmedizin gelungen und eine wesentliche Erweiterung des Spektrums sozialmedizinischer Forschung für die Menschen unserer Region verbunden“.

Die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeit lagen in den Bereichen der psychosozialen Onkologie, der Psychotherapie und der Psychoanalyse sowie in den Bereichen Leben mit Handicap und der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit.

Mit der Gründung der psychosozialen Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige leistete er einen wichtigen Beitrag zur Patientenbetreuung. Die Gründung des Fördervereins „Leben mit Handicaps e.v.“ unterstreicht das Engagement für die Belange sozial benachteiligter Menschen. Beide Einrichtungen zeigen die enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis.

Reinhold Schwarz wurde am 10.5.1946 in Brackenheim/Württemberg geboren. Er studierte von 1966 bis 1972 Humanmedizin an den Universitäten in Marburg, München und London. 1972 erwarb er sein Medizinisches Staatsexamen und den Grad des Doktors der Medizin. 1972 bis 1974 war er Medizinalassistent in Innerer Medizin, Dermatologie, Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie am Universitäts-Klinikum Marburg; danach chirurgischer Medizinalassistent und Assistenzarzt an der Klinik für

Sportverletzte in Lüdenscheid-Hellersen. Seine Approbation als Arzt erwarb Reinhold Schwarz 1974. Zwischendurch studierte er von 1970 bis 1977 Gesellschaftswissenschaften an den Universitäten in Marburg, Heidelberg und Mannheim (WH), wo er auch sein Diplom in Soziologie, Wissenschaftstheorie, Sozialpsychologie sowie Allgemeine und Entwicklungspsychologie erhielt. Noch während des gesellschaftswissenschaftlichen Studiums absolvierte er von 1975 bis 1979 eine Psychotherapeutische und Psychoanalytische Weiterbildung am Heidelberger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. (DGPT). Während dieser Zeit war er auch bis 1981 Wissenschaftlicher Angestellter am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. 1980 erwarb er die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und 1981 die Zusatzbezeichnung für „Psychoanalyse“. 1982 bis 1984 war er wissenschaftlicher Angestellter am Modellprojekt der Deutschen Krebshilfe e.V. „Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung und Fortbildungsseminar“ an der Universitätsklinik Heidelberg. Von 1984 bis 1997 leitete er die Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung für Tumorpatienten des Heidelberger Seminars für Psychosoziale Onkologie, während dieser Zeit (1988) erhielt er die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“. 1991 habilitierte er sich und erwarb die *venia legendi* für die Fächer „Klinische Psychosomatik und Sozialmedizin“, 1995 die Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“. Seit 1998 war Reinhold Schwarz als Professor für Sozialmedizin Leiter der Selbständigen Abteilung Sozialmedizin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin. Am 20. November ist er völlig unerwartet in Leipzig verstorben.

Universität Leipzig
auch im Namen der Mitarbeiter der
Selbständigen Abteilung Sozialmedizin

Der Vorstand und die Mitarbeiter der
Sächsischen Krebsgesellschaft brachten
ebenfalls ihre Trauer zum Ausdruck.

Verstorbene Kammermitglieder

3. 6. 2008 – 15. 12. 2008

„Außer der Zeit gehört mir nichts“

*Seneca der Jüngere
(1 – 65 n. Chr.)*

Wir wollen denjenigen Ärztinnen und Ärzten unserer Sächsischen Landesärztekammer gedenken, welche im Zeitraum vom 3. Juni 2008 bis zum 15. 12. 2008 verstorben sind.

Die sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Thomas Baldauf

Leipzig

Dr. med. Heinz Baresch

Niesky

Dr. med. Christa Bartels

Brand-Erbisdorf

Dr. med. Dieter Barthels

Radebeul

Dr. med. Wolfgang Rudolph

Erich Berlet

Dresden

Dr. med. Siegward Busch

Plauen

Prof. Dr. med. habil.

Joachim Dietzsch

Leipzig

Dr. med. Bernd Elbe

Grüna

Dr. med. Edith Forcker

Chemnitz

Dr. med. Gerhard Franck

Raschau

Dr. med. Margarete Gessner

Lindhardt

Dr. med. Ute Gonsior

Beucha

Dipl.-Med. Marlies Gropp

Grünbach

Dr. med. Peter Groß

Steinpleis

Dr. med. Dr. phil. nat.

Hans-Joachim Gross

Breitenbrunn

Dr. med. Uta Hårdter

Leipzig

Dipl.-Med. Karin Heinig

Leipzig

Dr. med. Harald Heuschkel

Delitzsch

Prof. Dr. med. habil.

Friedrich Kamprad

Leipzig

Dr. med. Manfred Kirschnick

Leipzig

Dr. med. Heinzdieter Klöppel

Leipzig

Dr. med. Thomas Knaus

Leipzig

Dr. med. Helmut Knoblauch

Dittmannsdorf

Peter Kosubek

Leipzig

Dr. med. Siegfried Kubicek

Plauen

Dr. med. Walter Lachmann

Leipzig

Dr. med. Gotthard Loos

Grüna

Dr. med. Christiane Meckert

Leipzig

Dr. med. Alfred Meixner

Bad Gottleuba

Dr. med. Maria Mirtschink

Leipzig

Dr. med. Christa Németh

Bad Elster

Dr. med. Johann-Gottfried

Neumann

Dresden

Dr. med. Rhenatus Nickol

Dresden

Winfried Nitschke

Klitten

Gertraut Petri

Grimma

Christa Reichel

Chemnitz

Dr. med. Maria Rudeck

Hoyerswerda

Dr. med. Regina Scheffler

Auerbach

Dr. med. Walter Schmidt

Frohburg

Dr. med. Winfried Schmidt

Pulsnitz

Dipl.-Med. Klaus-Wolfram

Schubert

Roßwein

Prof. Dr. med. habil.

Joachim Schulze

Hohnstein

Dr. med. Roland Schwandt

Großenhain

Prof. Dr. med. habil.

Reinhold Schwarz

Leipzig

Dr. med. Frank Tappert

Schirgiswalde

Günter Taubert

Sebnitz

Dr. med. Klaus Thiel

Raschau

Dipl.-Med. Klaus Tiede

Bad Gottleuba

Dr. med. Herbert Trepte

Weinböhla

Dr. med. Hans-Georg Weisbach

Zwickau

Dr. med. Klaus Zenker

Görlitz

Christina Pohl „Lustgarten“

Christina Pohl (Jahrgang 1961) widmet sich in ihren Bildern dem unmittelbaren Lebensumfeld des Menschen: Haus und Garten, die für sie Kultur- und Sinnbilder sind. Ihre Malerei fällt durch große Farbenlust, vereinfachte, „naive“ Formen der „zitierten“ Gegenstände, Pflanzen und Tiere sowie florale Ornamente auf. Der Duktus ihrer Bilder zeichnet sich durch klare, relativ unvermittelt nebeneinander gesetzte Farbflächen aus. Meist zeigen diese sich deutlich umrissen, mit einem Lineament konturiert. Das Anliegen Christina Pohls ist nicht, ein Abbild des Gesehenen darzustellen, sondern verdichtete Eindrücke und visualisierte Assoziationen. Ihre Bilder eröffnen dem Betrachter eine andere, poetische, Realität. Sie haben keine erzählerische Ambition.

Sie selbst nennt ihre Werke „oft lakonisch“, spricht davon, dass sie „den Grat zu Ironisierung, Verfremdung und Kitsch“ ausloten. „Bei aller Sprödigkeit vermitteln sie eine weibliche Haltung, in der Sinnenfreude und Opulenz, Konzentration auf das Wesentliche und existenzielle Einfachheit kein Widerspruch sind“, so die Malerin über ihre Arbeiten.

Die gebürtige Berlinerin Christina Pohl, die sich seit 1980 mit Malerei beschäftigt, lernte zunächst Buchhändlerin und absolvierte zu Beginn der 1980er Jahre ein Grafikdesign-Studium. Erst zwischen 1990 und 1996 studierte sie an der Kunsthochschule in Berlin-Weißensee Malerei, war dort schließlich Meisterschülerin bei Werner Liebmann. Die Künstlerin lebt und arbeitet in Berlin und der Uckermark.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



Landleben

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. Januar bis 15. März 2009, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 15. Januar 2009, 19.30 Uhr.

„Dottore“

In den Räumen der Kreisärztekammer Leipzig und der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig in der Braunstraße 16 werden vom 20. Januar bis 30. November 2009 Werke von Dottore zu sehen sein.

„Per aspera ad astra“ erwählte sich Dr. med. Wolfgang G. Lehmann zum Lebens- und Schaffensmotto, als er der Künstler Dottore wurde. Er war als Kinderarzt in Dresden und Hamburg sehr geschätzt und war und ist ein ernst zu nehmender Künstler. Sein Œuvre ist vielgestaltig und umfangreich. Neben den Goethezeichnungen haben ihn Werke von Carl Gustav Carus, Paul Klee und Gerhard Altenbourg angeregt. Seit 1960 beschäftigt sich Dottore mit Köpfen. Das sind Bildnisse, die weniger das Konterfei als vielmehr den inneren Zustand und persönliche Empfindlichkeiten eines Menschen fixieren. Im ersten Teil der Leipziger Ausstellung wird eine Reihung von Tuschzeichnungen vorgestellt. Die zweite Reihung vereint Kopfstudien mit den Mitteln der Acrylmalerei. In ihnen ist der Versuch verschlüsselt, das Charakteristische der Person im

Zusammenspiel von Farben auszudrücken. Während bei der Tuschfeder die Akribie vom Kalligrafischen bis zur Verdichtung mit Kreuzschraffuren reicht, lebt das Tafelbild von Farbeffekten, die oftmals die Kontur verweigern.

Wie sehr Dottore Malerei und Medizin zu paaren versteht, zeigt seine bisher nicht patentierte Verwendung von Injektions- und Lumbalpunktionskanülen in seiner Tropfentechnologie, die er Guttismus nennt. Die Farbe erhärtet auf dem Malgrund zu leicht erhabenen Linien und Tropfen. Je nach Tageszeit und Lichteinfall ergeben sich ganz unterschiedliche Effekte und Stimmungen. Eine solche Komposition in Silberblau ist ebenso im Besitz der Kammer wie die legendäre Genspindel, ein Hauptwerk des Meisters differenzierter Interpretationen.

Aus einer Serie von 12 Tafelbildern der Villa Gregoriana in Tivoli nahe Roms wurden zwei Paare ausgewählt. Eine solche Variante mit Pavillon und Wasserfall zeigt die Abbildung. Sie möchte Sie einladen, die Ausstellung anzusehen und die Farbenspiele auf sich wirken zu lassen.

Gerd W. Fiedler, Kurator der Ausstellung

Ausstellung in Leipzig in der Bezirksstelle der Sächsischen Landesärztekammer, der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Filiale der Apotheker- und Ärztekbank, Braunstraße 16, 04347 Leipzig vom 20. Januar bis 30. November 2009, Vernissage: 20. Januar 2009, 15.00 Uhr.



Tivoli, Villa Gregoriana