

<b>Berufspolitik</b>	Wahlprüfsteine aufgestellt	<b>372</b>
	19. Sächsischer Ärztetag	<b>373</b>
	40. Kammerversammlung 2009	<b>387</b>
	22. Erweiterte Kammerversammlung	<b>387</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Satzungsänderungen	<b>393 – 396</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Carus Consilium Sachsen – Gesundheitsnetzwerk Ostsachsen	<b>398</b>
	Impressum	<b>400</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	<b>401</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Suchtkrankenversorgung in Sachsen	<b>402</b>
	Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen in Dresden	<b>403</b>
	15. Dresdner Ärzteball	<b>403</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>403</b>
<b>Verschiedenes</b>	Krieg und Medizin	<b>404</b>
	Horst-Bourmer-Preis 2009	<b>405</b>
	Forschungspreis 2009	<b>405</b>
	Stiftungsprofessur für regenerative Therapien bei Diabetes mellitus	<b>405</b>
	Treffen der Studienjahresabgänger 1967 der Universität Leipzig	<b>405</b>
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>405</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz zum 75. Geburtstag	<b>406</b>
	Jubilare im August	<b>407</b>
	Dr. med. Peter Schwenke zum 75. Geburtstag	<b>407</b>
	Verstorbene Kammermitglieder	<b>409</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Entstehung und Bedeutung der Klostermedizin	<b>410</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Henri Deparade Malerei	<b>412</b>
	Natur und Idee Ausstellung Carl Gustav Carus	<b>412</b>
<b>Einhefter</b>	Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen – Geburtshilfe und Neonatalogie – Ergebnisse der Erhebung 2007 Fortbildung in Sachsen – September 2009	



19. Sächsischer Ärztetag  
Seite 373



Krieg und Medizin  
Seite 404



Entstehung der Klostermedizin  
Seite 410



Ausstellung Henri Deparade  
Seite 412

## Wahlprüfsteine aufgestellt

Zehn sächsische Kammern der Freien Berufe haben sich auf gemeinsame Wahlprüfsteine verständigt und diese am 3. Juni 2009 in der Landespresskonferenz des Sächsischen Landtages der Öffentlichkeit und der Politik präsentiert.

2009 ist das Wahljahr schlechthin. In Parteiprogrammen und Reden der Kandidaten werden viele Dinge angesprochen, welche mehr oder

weniger im Nachhinein auch umgesetzt werden. Die Wahlprüfsteine der Kammern der Freien Berufe sollen den Wählern eine Orientierung dafür geben, worauf sie bei ihrer Wahlentscheidung achten sollten. Und die sächsischen Parteien sollen sich zu den Forderungen der Kammern der Freien Berufe positionieren.

Die Kammern der Freien Berufe in Sachsen vertreten 43.500 Mitglieder, die zusätzlich rund 100.000 Arbeitsplätze sichern. Diese Kammern bilden mit ihren Mitgliedern damit

einen Schlüsselsektor der sächsischen Wirtschaft. Zugleich tragen die Körperschaften öffentlichen Rechts wesentlich zum Verbraucherschutz bei und sichern eine hochwertige, qualifizierte Weiter- und Fortbildung der Mitglieder und zum Teil auch deren Angestellten. Dies soll mit den Wahlprüfsteinen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern stärker dargestellt werden.

Knut Köhler M.A.

Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Wahlprüfsteine 2009

Die folgenden Wahlprüfsteine 2009 bringen die wesentlichen Forderungen der Berufskammern an die Politik zum Ausdruck:

### 1. Freiberuflichkeit sichern!

Die in den Berufskammern des Freistaates Sachsen verfassten Freiberufler sichern, qualifizieren und schützen mit ihrer Tätigkeit hochrangige Güter der Gesellschaft wie Gesundheit, Rechtsstaatlichkeit und Verbraucherschutz.

**Deshalb fordern wir** die Sicherung und den Ausbau der Freiberuflichkeit. Sich ihrer Verantwortung bewusst, sind die Freien Berufe eingeordnet und Bestandteil eines festen Wertefundaments. Die Freiberufler können ihren Gemeinwohl-auftrag nur erfüllen, wenn sich der Staat sowohl mit regulierenden Eingriffen zurückhält als auch den nötigen Freiraum für unabhängige und eigenverantwortliche Berufsausübung sichert.

### 2. Selbstverwaltung stärken!

Im Auftrag des Gesetzgebers nehmen die Kammern der Freien Berufe Gemeinwohlinteressen und ihre Aufgaben für Selbstverwaltung und Berufsvertretung ihrer Mitglieder in eigener Verantwortung wahr: Zum Schutz der Verbraucher überwachen sie die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten, sichern die Qualität der Berufsausübung und gestalten die Fort- und Weiterbildung der Berufsangehörigen. Sie entlasten den Staat und erfüllen ihre Aufgaben ohne staatliche Zuschüsse.

**Deshalb fordern wir** die Stärkung und den Ausbau der berufsständischen Selbstverwaltung.

### 3. Niveau der Hochschulausbildung erhalten und anheben!

Der Grundstein für die hohe Qualität freiberuflicher Leistungen wird in der Hochschulausbildung gelegt.

**Deshalb fordern wir** die Erhaltung und Weiterentwicklung bewährter Strukturen in der Ausbildung der Universitäten und Fachhochschulen. Wir wehren uns gegen die Absenkung von Ausbildungsstandards und die Ablösung international angesehener akademischer Grade.

### 4. Qualität der Berufsausübung sichern!

Die Mitglieder der sächsischen Berufskammern stehen für eine qualitativ hochwertige Berufsausübung auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Unverzichtbare Voraussetzung dafür sind eine anspruchsvolle Fort- und Weiterbildung sowie hinreichende Berufserfahrung. Die Berufskammern und die Berufsangehörigen beteiligen sich aktiv an Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Damit leisten sie einen entscheidenden Beitrag zum Verbraucherschutz. Die Qualität der Berufsausübung ist zudem wesentlich von der persönlichen Qualifikation abhängig. Eine Delegation von Tätigkeiten auf geringere qualifizierte ist nur dann sinnvoll, wenn es die Freiberufler entlastet und die Qualität der freiberuflichen Leistungen gesichert werden kann.

**Deshalb fordern wir** einen ausreichenden Handlungsspielraum der berufsständischen Selbstverwaltung bei Qualitätssicherung und Fort- und Weiterbildung. Eine Deprofessionalisierung der Leistungen von Freiberuflern durch verordnete Delegation von Leistungen auf weniger qualifiziertes Personal ist abzulehnen.

### 5. Vertrauen gewährleisten, Berufsgeheimnis schützen!

Das Vertrauen zu den Angehörigen der Freien Berufe ist die unverzichtbare Grundlage für die Tätigkeit der Freiberufler. Dieses Vertrauen darf nicht durch staatliche Eingriffe zerstört werden.

**Deshalb fordern wir** die Bewahrung des Schutzes der Verschwiegenheit für alle Vertrauensberufe sowie entsprechenden Garantien durch den Gesetzgeber.

### 6. Gebühren- und Honorarordnungen modernisieren!

Verbraucherschutz und Kostentransparenz sind wesentliche Kennzeichen freiberuflicher Tätigkeit. Gebühren- und Honorarordnungen bilden dafür die Grundlage. Sie sichern den Qualitätswettbewerb und die Unabhängigkeit und Integrität des Freiberuflers, schützen den Verbraucher vor überhöhten Preisen und verhindern schlechte Qualität und geringe Nachhaltigkeit durch „Billigleistungen“.

**Deshalb fordern wir** eine Modernisierung der bestehenden Gebühren- und Honorarordnungen für Freiberufler.

### 7. Abgabenlasten senken!

Die Anhebung der Beitragsätze zur Sozialversicherung belasten Arbeitgeber wie Arbeitnehmer, ohne dass sich Leistungen verbessert hätten.

**Deshalb fordern wir** die Senkung der Abgaben, die Abkopplung der Beitragsätze von der Lohnkostenentwicklung und insbesondere eine Überarbeitung des Gesundheitsfonds.

Die Angehörigen der Freien Berufe werden die sich zur Wahl stellenden politischen Parteien an diesen Wahlprüfsteinen messen.

Dresden, 3. Juni 2009

## 19. Sächsischer Ärztetag 40. Kammer- versammlung 2009

### Arbeitstagung am Freitag, 19. Juni 2009

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn des 19. Sächsischen Ärztetages den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Herrn Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich, Herrn Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und als Mandatsträger.

### Rationierung und Wettbewerb – Gesundheitspolitische Eckpunkte 2009

**Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze**  
Präsident

In seinem Eröffnungsvortrag ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer auf die Eckpunkte der aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik ein. Vier Wochen nach dem 112. Deutschen Ärztetag sei es wichtig, auch in Sachsen das Thema Rationierung anzusprechen und damit die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik in Frage zu stellen. In den Medien und in der Öffentlichkeit kam dieser Tabubruch unterschiedlich an. In einigen Fällen hieß es, die Ärzte fordern die Rationierung medizinischer Leistungen. „Dem ist natürlich nicht so. Im Gegenteil, wir Ärzte möchten weiterhin eine medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der modernen Medizin und nicht zu Rationierungsexperten mit Qualitätsminderungsinteresse mutieren.“



Präsidium

### Rationierung

Aber da alle Gesundheitsreformen der letzten Jahre nur darauf abzielten, Geld zu sparen und Ärzte nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten erhielten, besteht bereits eine politisch verursachte Rationierung. Doch die Verantwortung für diese Form der Rationierung hat die Politik nie ausdrücklich übernommen. Sie hat es immer den Ärzten überlassen, ihren Patienten die schlechten Botschaften zu überbringen. Und wenn der jetzige Mangel von der Politik zementiert würde, dann müssten die Ärzte die Politiker dazu zwingen, offen und ehrlich darüber zu reden, um zu einem gerechten Verteilungsmechanismus von Gesundheitsgütern für unsere Patienten zu kommen.

Prof. Dr. Schulze: „Wir Ärzte – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für

den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden.“

Die bereits vorhandene unausgesprochene Rationierung verursacht bei Ärzten zunehmend ethische Bedenken. Die Verunsicherung von Ärzten ist so groß, dass vier von fünf Medizinern in einer Befragung meinen, dass die Rationierung ihre Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt und das Vertrauensverhältnis zum Patienten negativ beeinflusst. Dennoch ist der Gesundheitszustand der (sächsischen) Ärzte gut, wie eine von der Sächsischen Landesärztekammer in Auftrag gegebene Studie ermittelt hat.

### Patientenrechte

Die Ärzteschaft hat schon seit mehr als einem Vierteljahrhundert das Thema der Patientenrechte diskutiert und dazu Entschlüsse gefasst. Und wenn man über Patientenrechte spricht, dann wird zumeist die Patient-Arzt-Beziehung als ein therapeutisches Arbeitsbündnis betrachtet.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Dieses sogenannte Partnerschaftsmodell ist auch in der Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft verankert. Denkt man das Partnerschaftsmodell zu Ende, so bestehen nicht nur Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten. Sondern Arzt und Patient sollten den Behandlungserfolg zu ihrem gemeinsamen Anliegen machen. Es ist demnach auch vom Patienten zu erwarten, dass er Heilung nicht aus passiver Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes betrachtet, nach dem Motto: „Ich bin ein Kunde“, sondern dass er Selbstverantwortung für seine Gesundheit und für sein Vorgehen bei behandlungsbedürftiger Erkrankung übernimmt. Heute ergibt sich das Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund problematischer sozialrechtlicher Vorgaben und ökonomisch intendierter Gesundheitsreformen. „Deshalb sind die Patientenrechte nicht durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre

Pflichten realisiert, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik gefährdet“.

Es bestehen mittlerweile unzureichende Investitionen in moderne Medizintechnik, es gibt Personalabbau sowie überfordertes Personal, zunehmende Wartezeiten und durch Kosteneinsparungen auch reduzierte Hygienequalität, um nur einige Parameter zu erwähnen. Diese Form der Rationierung, die durch ein ärztliches „Frühwarnsystem“ aufgedeckt wird, wird aber politisch nicht zur Kenntnis genommen, wird verschwiegen oder verschleiert. Wo bleiben hier die Rechte des Patienten? Krankenkassen versuchen mit sogenannten „Ärzte-TÜV's“ vom eigentlichen Problem abzulenken und Werbung für sich zu machen. Doch wenn Mediziner in Internetportalen an den Pranger gestellt werden, dann schadet man dem Patienten noch mehr als das man ihm hilft.

#### Patientenverfügung

Eine Neufassung des Gesetzes zur Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wurde am 18. Juni 2009 im Bundestag nach 6-jähriger Diskussion beschlossen. Danach werden Patientenverfügungen künftig verbindlich. Ein vorher schriftlich festgelegter Patientenwille gilt in jedem Fall, unabhängig davon, ob die spätere Krankheit tödlich verläuft oder nicht. Eine Beratungspflicht ist nicht vorgesehen. Gleichzeitig soll durch den Betreuer oder Bevollmächtigten immer überprüft werden, ob die Patientenverfügung dem aktuellen Willen des Kranken entspreche. Und nur im Konfliktfall zwischen behandelndem Arzt, Betreuer und nächsten Angehörigen soll das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Ob dieses Gesetz die Patientenrechte stärkt, bleibt abzuwarten. Viel Arbeit für die Sozialgerichte bringt es aber mit Sicherheit.

„Aus meiner Sicht wird die ärztliche Meinung durch dieses Gesetz verdrängt. Es könnte passieren, dass Ärzte gegen ihre ärztliche Entscheidung einen Patienten sterben lassen müssen. Das widerspricht dem ärztlichen Ethos“, so der Präsident. Sehr viel besser wäre es, wenn vor allem

die Palliativversorgung verbessert würde, um Menschen die Angst vor einem langen, einsamen Sterben mit unerträglichen Schmerzen zu nehmen. Dem Arzt müsse zwingend ein Freiraum zu einer gewissenhaften Entscheidung im Einzelfall bleiben. Das Sterben sei nicht normierbar. Sogenannte „Patientenrechts-“, oder „Patientenschutzgesetzgebung“ sind irreführend. Sozialrechtlich sei bereits vieles überreglementiert. Dies erzeuge seitens der Ärzteschaft Frustration und im schlimmsten Falle Flucht aus dem Beruf.

#### Gesundheitsfonds

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde auch der Übergang zur Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vollzogen. Dafür wurde eine Differenzierung der Zuweisungen nach der Einschreibung/Nicht-Einschreibung in Disease-Management-Programme wieder abgeschafft.

Die pauschalierten Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich nunmehr an Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und der Morbidität der Versicherten, nicht aber am Wohnort. Die Behandlungskosten für verschiedene chronische Erkrankungen sind in Deutschland allerdings nicht überall gleich. Krankheit und Gesundheit müssten deshalb auch nach regionalen Besonderheiten gesteuert werden. Dieses Steuerungselement fehlt im Morbi-RSA aber gänzlich.

Kritiker des Risikostrukturausgleichs befürchten zu Recht, dass dieses Modell zu zahlreichen Manipulationen führen könne. So haben einige Krankenkassen Softwaremodule für Praxis-Softwaresysteme entwickelt, welche ein sogenanntes „right coding“ oder „up coding“ fördern sollen. Einige Krankenkassen haben zusätzlich Ärzte zu einem „korrekten“ Codieren von Diagnosen aufgefordert. Dies hat das Bundesversicherungsaufsichtsamt auf den Plan gerufen, weil Ärzte gegen geltendes Recht verstoßen würden, wenn sie dieser „Codierung“ folgen.

Der Fehlanreiz durch den Morbi-RSA, nur die Krankenkasse erhält hohe Zahlungen aus dem RSA, die viele

chronisch Kranke hat, dürfte statistisch in naher Zukunft eine plötzlich kränker werdende Gesellschaft mit steigenden Behandlungsausgaben zur Folge haben.

Ein weiteres Defizit in der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds ist der Bereich der Prävention. Der Bundesregierung ist es bisher nicht gelungen, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen. Folgerichtig fanden die Vorschläge von Ärzten, Prävention und Eigenverantwortung in den Gesundheitsfonds einzuarbeiten, keine Berücksichtigung.

Der Gesundheitsfonds ist kein Zukunftsmodell, sondern ein weiterer Baustein für staatsmedizinischen Dirigismus und ein Unglück für die Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bereits wenige Monate nach seiner Einführung zeichnet sich ab, dass mit der aktuellen Reform die Akzeptanz für das Grundmodell einer solidarischen Krankenversicherung verloren geht. Bevölkerung wie Ärzteschaft verliert gleichermaßen den Glauben an die qualitativ hochwertigen Leistungen in der medizinischen Versorgung, die sich in Deutschland seit Jahrzehnten bewährt haben. „Der Gesundheitsfonds ist sowohl versorgungspolitisch als auch ökonomisch nicht geglückt. Abhilfe kann nur eine klare Aufgabentrennung der Entscheidungsebenen und die Wiederherstellung der Finanzautonomie der Krankenkassen

schaffen. Fehlanreize durch den Morbi-RSA müssen abgeschafft und die fehlende Komponente ‚Prävention‘ eingearbeitet werden“.

### **Bachelor/Master**

Neben der Vielzahl an aktuellen Problemfeldern griff der Präsident den Bologna-Prozess heraus. Die beabsichtigte Einführung eines Bachelor oder Master in der Medizin bedroht die Zukunft der Hochschulmedizin. Der Deutsche Ärztetag und der Medizinische Fakultätentag lehnen einen Bachelor-/Masterstudiengang in der Mediziner Ausbildung zu Recht ab. Die Bundesärztekammer hält nach wie vor an ihrer Auffassung fest, dass die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland alle Möglichkeiten bietet, um im Rahmen eines einstufigen Studienganges die notwendigen Reformen in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechnung von Studienabschnitten zu realisieren.

Prof. Dr. Schulze: „Es darf aus meiner Sicht keinen Bruch einer mehr als 800-jährigen Tradition mit einheitlichen und hochwertigen Studiengängen geben, die mit einem Staatsexamen und einer Berufsqualifikation abschließen“. Ärztevertreter und Hochschulmediziner können derzeit durch Bologna keinen Nutzen erkennen. Vielmehr befürchten sie für das Medizinstudium einen großen Scha-

den und bei den Patienten eine Konfusion, wenn diese Reform durchgesetzt würde.

Die Ergebnisse des 2008 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung vorgelegten 10. Studierendensurveys belegen, dass es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ gekommen ist. Studenten und Schüler haben deshalb am 17. Juni 2009 in ganz Deutschland für einen Kurswechsel im Bologna-Prozess demonstriert.

Aus den bisher vorliegenden Erfahrungen muss man das Scheitern des Bologna-Prozesses in den wesentlichen Zielstellungen konstatieren:

- hohe Abbruchquote,
- mangelnde wissenschaftliche Qualität,
- gesunkene Mobilität der Studierenden (nur 15 % der Bachelor-Studenten belegen ein Auslandssemester, dagegen 25 % der Diplomstudiengänge),
- geringe Vergleichbarkeit der Abschlüsse,
- geringe Berufsqualifikation für die Mehrzahl der Bachelor-Absolventen (3 Jahre reichen für Berufsqualifizierung nicht aus),
- dadurch geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

In diesem Zusammenhang fordern eine von der Bundesärztekammer initiierte Arbeitsgruppe Hochschul-

medizin und der Deutsche Hochschulverband ein sofortiges Bologna-Moratorium für noch nicht umgestellte Studiengänge, wie Jura und Medizin.

Reformen ja, aber kein „Bologna-Schematismus“!

Zum Abschluss seines Vortrages lud der Präsident alle Anwesenden zum 113. Deutschen Ärztetag 2010 nach Dresden ein.

### **Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer**

**Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze**  
Präsident

Am 27. Juni 2008 hatte der 18. Sächsische Ärztetag den Vorstand beauftragt, Möglichkeiten der Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer zu prüfen. Diesen Prüfauftrag haben der Vorstand und der Ausschuss Finanzen wahrgenommen und dabei einen räumlichen Erweiterungsbedarf festgestellt. Somit konnte den Mandatsträgern des 19. Sächsischen Ärztetages nach intensiven Diskussionen ein konsentierter Beschlussentwurf zur räumlichen Erweiterung vorgelegt werden.

### **Notwendigkeit einer räumlichen Erweiterung**

Die Notwendigkeit von mehr und besser ausgestatteten Arbeits- und Tagungsräumen ergibt sich aus den erheblich gewachsenen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer. Ein Schwerpunkt liegt dabei im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Die Sächsische Landesärztekammer bekennt sich zur Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen als einer der Kernaufgaben der Kammer. Damit steigt die Zahl der kammereigenen Weiterbildungsveranstaltungen spürbar und wird weiter steigen. Wenn die Landesärztekammer ihren Mitgliedern weiterhin attraktive und zeitgemäße Weiterbildungsangebote unterbreiten will, so ist dies nicht ohne weitere räumliche Kapazitäten zu verwirklichen. Es sind neue Schwerpunkte zu setzen, indem verstärkt interdisziplinär ausgerichtete und fachspezifische Weiterbildungen

angeboten werden. Außerdem sind im Interesse der Kammermitglieder die durch die Bundesärztekammer empfohlenen Curricula und Themenbereiche zu berücksichtigen. Der Einsatz moderner Weiterbildungsmethoden erfordert eine adäquate räumliche und technische Ausstattung; man denke nur an die zunehmende Interaktivität der Veranstaltungen. Darüber hinaus soll öfter den Anfragen externer heilberuflicher Weiterbildungsveranstalter zur Nutzung des „Hauses der Ärzte“ entsprochen werden, denen heute häufig Absagen erteilt werden müssen.

Ein erheblicher Mehrbedarf an Räumen besteht seit längerem im Referat Weiterbildung/Prüfungswesen, welches zu den zentralen Aufgabebereichen der Kammer zählt. Für alle Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen müssen mündliche Prüfungen durchgeführt werden. Zudem ist eine ständig steigende Zahl von Anträgen auf Zulassung zur Prüfung zu bearbeiten.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber die Aufgaben der Kammer ständig erweitert. Als Beispiele für diesen Kompetenzzuwachs seien die Ethikkommission und die Qualitätssicherung genannt. Daneben erfordert die gesundheits- und berufspolitische Situation verstärkte Aktivitäten durch die Kammer. Dies spiegelt sich unter anderem in der gewachsenen Zahl der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen wider. Die aufgrund größerer Komplexität der Beratungsthemen zunehmende Vernetzung bei der Tätigkeit dieser Gremien erfordert ein Mehr an Sitzungsräumen. So hat sich die Zahl der Gremiensitzungen allein in den Jahren 2006 bis 2008 mehr als verdoppelt.

Ein weiterer Teil des zusätzlichen Raumbedarfs ergibt sich aus erhöhten Anforderungen an Sicherheit, Haustechnik und Datenschutz. Dies betrifft vor allem das Berufsregister und die sich ständig weiter entwickelnde Hard- und Softwarelandschaft der Kammer. Nicht zuletzt erfordert die aufgrund zunehmender Kammeraufgaben und deutlich gestiegener Arzttzahlen eine wachsende Zahl von Mitarbeitern den arbeitsme-



Dr. med. Hans-Jürgen Schuster

dizinischen Erfordernissen entsprechende Ausstattung mit Arbeitsräumen.

### **Wie soll weiterer Raum geschaffen werden?**

Die räumliche Erweiterung der Sächsischen Landesärztekammer soll durch die Nutzung weiterer Räume in unserem Kammergebäude erfolgen. Das erfordert den Kauf dieser Räume von der Sächsischen Ärzteversorgung. Dazu besteht dann die Möglichkeit, wenn der Plan der Sächsischen Ärzteversorgung Realität wird, auf dem benachbarten Grundstück einen Neubau zu errichten. Dieser Neubau soll auf Beschluss des Verwaltungsausschusses die Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung und die Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG aufnehmen. Das Freiwerden der Flächen im Kammergebäude, bisher im Eigentum der Sächsischen Ärzteversorgung, eröffnet erst die Möglichkeit zur räumlichen Erweiterung.

Nach eingehender Prüfung mehrerer Varianten befürworteten Vorstand und Finanzausschuss der Sächsischen Landesärztekammer einhellig ein ausgewogenes Konzept, nach dem die Kammer die Flächen der Apotheker- und Ärztebank sowie einen Teil der Flächen der Ärzteversorgung selbst nutzt und die übrigen heute von der Ärzteversorgung genutzten Räume an Dritte vermietet. Diese Lösung wird auf wirtschaftliche

Weise den beschriebenen zusätzlichen Raumbedarf der Kammer abdecken.

Die Verwirklichung dieses Konzepts setzt voraus, dass die Sächsische Landesärztekammer der Sächsischen Landesärzteversorgung das jetzt als Parkplatz genutzte Grundstück am Albert-Fromme-Weg verkauft und die Sächsische Landesärztekammer im Gegenzug den Eigentumsanteil der Ärzteversorgung von 36,67 Prozent am Kammergebäude erwirbt. Der 19. Sächsische Ärztetag hat am 19. Juni 2009 beschlossen, die gegenseitigen Besitzübertragungen zum 1. Juli 2009 vorzunehmen. Ärzteversorgung sowie Apotheker- und Ärztebank werden voraussichtlich Ende 2011 in das neue Gebäude umziehen. Bis dahin wird die Sächsische Landesärzteversorgung ihren bisherigen Eigentumsanteil von der Landesärztekammer zurückmieten.

### Alternativen

Die räumliche Erweiterung der Kammer muss zugleich wirtschaftlich und praktikabel sein. Unter diesem Blickwinkel hatten Vorstand und Finanzausschuss der Sächsischen Landesärztekammer – auch mittels Vor-Ort-Begehungen – mehrere Alternativen zu dem beschriebenen Konzept geprüft. So ist zunächst daran zu denken, dass nur die Deutsche Apotheker- und Ärztebank sowie der Inter-Ärzte-Service das Kammergebäude verlassen und deren bisherigen Räume

künftig von der Kammer genutzt werden. Diese Alternative scheidet jedoch an den Mietverträgen mit den beiden Einrichtungen, die noch eine Restlaufzeit von zwölf beziehungsweise acht Jahren aufweisen.

Auch eine Fremdanmietung von Räumen durch die Landesärztekammer musste wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit und Praktikabilität verworfen werden. Diese Alternative bedeutet eine Aufteilung der Geschäftsstelle auf mehrere Standorte, sodass den Mitgliedern nicht mehr alle Serviceeinrichtungen in einem Haus zur Verfügung stehen. Das bringt nicht nur erhebliche logistische Probleme und damit weitere zeitliche Belastungen für die Mitglieder mit sich, sondern birgt aufgrund der notwendigen EDV-Vernetzung auch datenschutzrechtliche Risiken. Zudem ist auf lange Sicht die Anmietung teurer als der Erwerb von Eigentum.

### Finanzierung

Das Erweiterungsvorhaben lässt sich ohne Risiken finanzieren. Die Sächsische Landesärztekammer hat stets eine vorausschauende Haushaltspolitik betrieben und dabei für eine sich als notwendig abzeichnende räumliche Erweiterung vorgesorgt. So können die anfallenden Investitionskosten für Kauf, Umbau und Ausstattung der zu erwerbenden Räume überwiegend aus einer vorhandenen Rücklage finanziert werden. Diese



Abstimmung der Mandatsträger

Rücklage soll durch die Verwendung des Überschusses aus dem Jahr 2008 und die Einnahmen aus dem Verkauf des Parkplatzes aufgestockt werden. Da zusätzlich noch Mieteinnahmen zur Verfügung stehen, ist der überwiegende Teil der jährlichen Aufwendungen solide gegenfinanziert, und es erfolgt nur eine geringe Belastung zukünftiger Haushalte.

### Fazit

Die vorgesehenen räumlichen Veränderungen bei Sächsischer Landesärztekammer, Sächsischer Landesärzteversorgung sowie Deutscher Apotheker- und Ärztebank führen gleichsam zu einer „win-win-win-Situation“. Denn alle drei Partner profitieren von dem Vorhaben.

Für die Landesärztekammer ergibt sich die einmalige Chance, Eigentümerin des gesamten Kammergebäudes zu werden. Die hinzugewonnenen Flächen stehen einerseits für die Erledigung der gewachsenen Kammeraufgaben zur Verfügung. Ande-

rerseits können bisher auf das Gebäude aufgeteilte Geschäftsbereiche wieder räumlich zusammengefasst werden. Ferner soll sich das Kammergebäude über verstärkte Aktivitäten im Fort- und Weiterbildungsbereich mehr noch als bisher als „Haus der Ärzte“ präsentieren.

Dabei kann das Projekt aus vorhandenen Mitteln finanziert werden, ohne dass eine Sonderumlage oder eine Beitragserhöhung notwendig wäre. Der Ankauf zusätzlicher Flächen von der Sächsischen Ärzteversorgung wirkt sich in zweifacher Hinsicht positiv aus: Zum einen bleiben die dafür aufgewendeten Mittel innerhalb der Körperschaft. Sie kommen somit weiterhin den Mitgliedern zugute und gehen nicht an fremde Vermieter verloren. Zum anderen stellt der Erwerb der Immobilie – nicht zuletzt angesichts der gegenwärtigen Lage auf den Finanzmärkten – eine sichere Anlage liquider Mittel der Landesärztekammer dar.

Für die Sächsische Ärzteversorgung ist das Erweiterungskonzept vorteilhaft, weil sie mit dem Neubau ihren Eigenbedarf an Büroflächen in geeigneter Weise decken kann und darüber hinaus gleichzeitig ein Renditeobjekt errichtet, für das in Gestalt der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank eG bereits ein erstklassiger Mieter feststeht.

Die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank schließlich kann ihren dringenden Raumbedarf befriedigen und bisher ausgelagerte Abteilungen wieder in den Hauptstandort der Filiale integrieren. Dabei kann die Standes-

bank der Ärzteschaft weiterhin an der Schützenhöhe präsent bleiben und damit von der Nähe zu Landesärzte- und Landeszahnärztekammer sowie zu Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung profitieren.

Alles in allem liegt dem Erweiterungsvorhaben ein wohl durchdachtes und solide finanziertes Konzept zugrunde. Die dafür aufzuwendenden Mittel sind eine Investition in die Zukunft der Sächsischen Landesärztekammer.

#### **Dr. Steffen Liebscher**

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

Nach den Ausführungen des Präsidenten zur räumlichen Erweiterung nahm Herr Dr. med. Steffen Liebscher zu diesem Sachverhalt aus der Sicht der Sächsischen Ärzteversorgung Stellung. Um zu verdeutlichen, von welchen Grundsätzen sich der Verwaltungsausschuss bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema leiten ließ, zitierte er den entsprechenden Passus aus der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung:

In § 7 Abs. 5 heißt es: „Für die Anlage der Mittel gelten die gesetzlichen Vorschriften, die danach erlassenen Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde und die Kapitalanlageleitlinie“. Auf den Punkt gebracht bedeutet das, dass eine Kapitalanlage bestimmten Anforderungen an Sicherheit und Rentabilität unterliegt. Für die Sächsische Ärz-

teversorgung waren deshalb zwei Aspekte bei der Prüfung ihres Engagements im Zusammenhang mit der räumlichen Erweiterung besonders wichtig:

1. Ist die Indikation eindeutig gestellt, ist also der Raumbedarf der Kammer klar definiert? Diese Frage kann nach ausführlicher Befassung in den letzten Monaten und nach den Ausführungen des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer klar mit Ja beantwortet werden.

2. Wird der Eingriff lege artis stattfinden können? Befindet sich die Sächsische Ärzteversorgung bei der eventuellen Errichtung eines Verwaltungsgebäudes im Einklang mit der Satzung?

Um auch die zweite Frage beantworten zu können und sicherzustellen, dass eine Investition der Sächsischen Ärzteversorgung in einen Neubau auch nachhaltig wirtschaftlich sein wird, hat die Sächsische Ärzteversorgung in den letzten Monaten vom Architekturbüro Scharrer aus Radebeul eine Machbarkeitsstudie erstellen lassen. Diese Studie geht von den Prämissen aus, dass das geplante Gebäude bezogen wird von der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung, der Dresdner Filiale der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank als Mieter und dass Reserveflächen momentan nicht in wesentlichem Umfang zu planen sind. Die Baukosten wurden bereits sehr detailliert kalkuliert, sodass nicht davon auszugehen ist, dass die Sächsische Ärzteversorgung, sollte es zur Errichtung des Neubaus kommen, unan-

genehme Überraschungen erleben muss.

Es wurden dabei sowohl die Kosten der Errichtung eines Gebäudes als auch die Betriebskosten in die Überlegung einbezogen. Es war der Sächsischen Ärzteversorgung wichtig, ein in erster Linie zweckmäßiges Gebäude zum Gegenstand der Betrachtung zu machen, welches aber in seinen Ausstattungsmerkmalen auch zukunftsfähig sein sollte. Fragen einer effektiven Nutzbarkeit wurden ebenso erörtert wie der Aspekt einer Änderung des Nutzungskonzepts. Damit ist die Möglichkeit einer Nutzung für den Fall gemeint, dass die Mieter sich ändern könnten. „Dieser letzte Aspekt allerdings ist eher theoretischer Natur, weil die Sächsische Ärzteversorgung davon ausgeht, in der Deutschen Apotheker- und Ärztebank einen Mieter zu haben, der sich nicht nur langfristig an uns binden will, sondern auch unsere Anforderungen an Zuverlässigkeit und Bonitätsstärke erfüllt“, so Herr Dr. Liebscher.

Zusammengefasst lässt sich auch in Auswertung der Machbarkeitsstudie feststellen: Das von der Sächsischen Ärzteversorgung geplante Gebäude wird den Ansprüchen der Ärzteversorgung und denen des potenziellen Mieters gerecht. Es ist möglich, unter Bezugnahme auf den Preis der Errichtung des Gebäudes, insbesondere des für die Deutsche Apotheker- und Ärztebank vorgesehenen Gebäudeteils sowie der dafür vorverhandelten Miete Wirtschaftlichkeit darzustellen. Der Verwaltungsausschuss hat deshalb im Einklang mit den satzungsmäßigen Bestimmungen den Beschluss gefasst, bei Zustimmung der Kammerversammlung zur räumlichen Erweiterung ein Verwaltungsgebäude auf dem Nachbargrundstück errichten zu lassen.

Aus Sicht der Sächsischen Ärzteversorgung wird damit umgekehrt proportional zur Zunahme der räumlichen Distanz zwischen Kammer und Versorgungswerk ein höheres Maß an innerer Verbundenheit dokumentiert. Dies lässt sich insbesondere auch ablesen an der konstruktiven Zusammenarbeit in den letzten Monaten sowohl aufseiten der bei-

den Verwaltungen als auch zwischen Vorstand und Verwaltungsausschuss.

#### **Anmerkung der Redaktion:**

Die Mandatsträger gaben am 19. Juni 2009 mit überwältigender Mehrheit ihre Zustimmung zur Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer.

#### **Satzungsänderungen im Zuge der Umstrukturierung der Kreisärztekammern, Änderung der Hauptsatzung, Änderung der Mustergeschäftordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer**

##### **Prof. Dr. Wolfgang Sauermann**

Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

Die Kreisreform in Sachsen hat Konsequenzen für die ärztliche Selbstverwaltung: Wir werden die Kreisärztekammern auflösen und neue, größere Kreisärztekammern bilden. Auf der 40. Kammerversammlung wurden dazu Beschlüsse zur Änderung der Hauptsatzung und der Mustergeschäftordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer zur Abstimmung vorgelegt. In beiden Satzungen bildet sich ab, dass die ehrenamtlich tätigen Ärzten in den Vorständen der neuen Kreiskammern den Anforderungen an größere Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung flexibel gerecht werden können.

Der Vorstand einer Kreisärztekammer besteht danach aus höchstens 11 Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden. Die darin enthaltene Zahl der Stellvertreter kann je nach örtlichen Gegebenheiten auf 1 bis 3 Ehrenämter in den Kreisärztekammern selbst festgelegt werden.

Wir werden uns auch an die neue Bezeichnung „Direktionsbezirk“ anstelle von „Regierungsbezirk“ gewöhnen müssen; Zusammenschlüsse der neuen Kreisärztekammern sind nicht mehr möglich. Das persönliche Vorstellen neuer Mitglieder bei den Kreisärztekammern wird durch Verbesserung der Informationsflüsse von der Landesärztekammer zu den Kreisärztekammern nicht mehr notwendig sein. Damit sind die Auswirkungen der Kreisreform auf die

Regelungswerke der Sächsischen Landesärztekammer übersichtlich und gering.

#### **Finanzen**

##### **Jahresabschlussbilanz 2008**

##### **Dr. med. Claus Vogel**

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



Dr. med. Claus Vogel

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Geschäftsjahr 2008 der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztel & Partner erteilt. Diese bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen

Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt.

Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer, erläuterten ausführlich den Jahresabschluss 2008. Die 40. Kammerversammlung hat diesen vollumfänglich bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschusses ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand und der Geschäftsführung Entlastung erteilt.

Die wirtschaftliche Situation der Sächsischen Landesärztekammer ist solide und die kontinuierliche Arbeit der Kammer auch für die Zukunft finanziell gesichert.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2008 sind im „Ärztblatt Sachsen“ Heft 6/2009, S. 326/327, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

#### **Abendveranstaltung am 19.6.2009**

Zu der festlichen Abendveranstaltung des Sächsischen Ärztetages begrüßte Herr Prof. Dr. Schulze herzlich die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Christine Clauß, die Damen und Herren Mandatsträger, die Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Ganz herzlich willkommen hieß der Präsident die Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft, insbesondere die Abgeordneten des Deutschen Bundesta-

ges, des Sächsischen Landtages, die Vertreter der Landesdirektionen des Freistaates Sachsen, die Vertreter der Sächsischen Staatsministerien für Wirtschaft und Arbeit sowie für Umwelt und Landwirtschaft, den Präsidenten der Ärztekammer Oberösterreich, Herrn Dr. Peter Niedermoser, den Vertreter der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. med. Leszek Bystryk, Herrn Dr. med. habil. Christoph Josten vom Universitätsklinikum Leipzig, die Geschäftsführerin der Sächsischen Landestierärztekammer, Frau Kathrin Haselbach, den Vizepräsidenten der Landes Zahnärztekammer, Herrn Dr. Stephan Albani, die Geschäftsführerin der Landesapothekerkammer, Frau Dr. Roswitha Griebmann, den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung, Herrn Dr. med. Steffen Liebscher, die Vorsitzende des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, Frau Dipl.-Med. Sabine Ermer, die Vorsitzende des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Frau Dr. Regine Krause-Döring, den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Landesverband Sachsen, Herrn Dr. med. Thomas Lipp, den Präsidenten der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Herrn Dr. med. Johannes Dietrich, die Vertreter der sächsischen Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes.

#### **Totenehrung**

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr derjenigen sächsischen Ärztinnen und Ärzte, die seit dem Sächsischen Ärztetag 2008 verstorben sind. Die sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Auf der Seite 34, Heft 1/2009, des „Ärztblatt Sachsen“, und auf Seite 409 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 3. Juni 2008 bis zum 22. Juni 2009 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

#### **Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2009**

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätig

gewesenen Professors Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter bestand darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben.

Es ist eine nunmehr vierzehnjährige Tradition des Sächsischen Ärztetages, Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und um die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ auszuzeichnen. Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident am 19.6.2009 diese hohe Auszeichnung an:

**Herrn Dr. med. Norbert Grosche**, Facharzt für Radiologie, Dresden.

**Herrn Prof. Dr. med. habil.**

**Peter Leonhardt**, Facharzt für Innere Medizin, Leipzig.

**Herrn Dr. med. Stefan Windau**, Facharzt für Innere Medizin, Leipzig.

#### **Laudationes (gekürzt)**

##### **Dr. med. Norbert Grosche**

Dr. Grosche wurde am 30. April 1944 in Dresden geboren. Nach seinem Abitur im Jahr 1963 ablegte, begann er zunächst an der Charité der Humboldt-Universität Berlin Medizin zu studieren. 1967 kehrte er nach Dresden zurück und setzte sein Studium an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus fort. 1970 erhielt er seine Approbation und promovierte kurz danach zum Dr.med. Nach den politischen Umwälzungen des Jahres 1989 gehörte Dr. Grosche zu den ärztlichen Kollegen, die die große Chance und die dringende Notwendigkeit berufspolitischen Engagements erkannten. 1990 wurde er zum Leiter der Regierungskommission für Gesundheit und Soziales in Sachsen ernannt. Er gehörte zu den Mitbegründern des Marburger Bundes in Sachsen und wurde zu dessen erstem Landesvorsitzenden gewählt. Über mehrere Wahlperioden war er Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer



Staatsministerin Christine Clauß, Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich

und mehrfach, stets mit großer Mehrheit gewählter Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden. Dr. Grosche konnte seine Erfahrungen als Angestellter in einem großen Klinikum sowie als Freiberufler in eigener Niederlassung einbringen und damit den diversen ärztlichen „Lagern“ eine besondere Glaubwürdigkeit vermitteln. Besonders zeichnet ihn dabei sein Mut zur Kontroverse aus, seine Streitbarkeit im positiven Sinne, seine unnachahmliche Schlagfertigkeit, ganz besonders aber sein Pragmatismus und seine unbürokratischen Problemlösungen im berufspolitischen Alltag.

Neben seinem Wirken im Interesse der sächsischen Ärzte machte er sich – besonders während der letzten Kreisärztekammer-Wahlperiode – auch um die Unterstützung und Integration ausländischer Kollegen in Deutschland verdient, beispielsweise durch die Förderung der Arbeit der Kulturakademie Sachsen.

Nach bewegten Jahren als Arzt, aktiver Mandatsträger und Berufspolitiker wünschen wir ihm im wahrsten Sinne des Wortes ruhigere Fahrwässer; uns allen jedoch, dass er weiterhin in der sächsischen Ärzteschaft in seinem konstruktiven und sachbezogenen Stil Akzente setzt.

#### **Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt**

Prof. Leonhardt wurde am 14. Juni 1935 in Leipzig geboren. Nach Abschluss des Abiturs in Borna studierte er an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig Medizin. 1958 erhielt er die Approbation als Arzt. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, in deren Rahmen er auch in der Infektionsklinik des Bezirkskrankenhauses St. Georg und in der Robert-Koch-Klinik Leipzig tätig war, absolvierte er am Evangelisch-lutherischen Diakonissenkrankenhaus Leipzig. Im Jahre 1959 promovierte er zum Dr. med.

1989 wurde Peter Leonhardt zum Honorarprofessor und 1990 zum Honorarprofessor der Universität Leipzig für das Fach Innere Medizin und Pneumologie berufen.



Dr. med. Norbert Grosche; Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt;  
Dr. med. Stefan Windau (v.l.)

Mit der politischen Wende 1989 erkannte auch Peter Leonhardt die Notwendigkeit, sich neben den fachlichen Aktivitäten auch aktiv für die Belange des Arztberufes, immer mit Blick auf das Wohl der Patienten, einzusetzen. So mündeten seine Aktivitäten zur Gründung eines Ärzterverbandes in Leipzig in der aktiven Mitgestaltung der Gründung eines Landesverbandes Sachsen des Hartmannbundes, zu dessen Vorsitzen-

den er mit überwältigender Mehrheit gewählt wurde. Diese Funktion erfüllte Prof. Dr. Leonhardt mit großem Enthusiasmus und enormer Energie bis 2005, als er aus Altersgründen nicht mehr kandidierte. In Würdigung seiner Leistungen wurde er zum Ehrenvorsitzenden ernannt und ihm die Hartmann-Thieding-Medaille verliehen.

Als aktives Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landes-

ärztekammer befasste sich Professor Dr. Leonhardt sehr intensiv mit den anstehenden Problemen, was in zahlreichen konstruktiven Diskussionsbeiträgen seinen Ausdruck fand. Er war auch immer bestrebt, jüngere Kollegen zur berufspolitischen Aktivität zu motivieren. Ebenso hoch geschätzt war seine langjährige aktive und konstruktive Mitwirkung im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen.

#### **Dr. med. Stefan Windau**

Dr. Windau wurde am 28. März 1960 in Leipzig geboren. Nach Ablegung des Abiturs 1979 in Zeit und einer Tätigkeit als pflegende Hilfskraft am St. Elisabeth-Krankenhaus in Leipzig studierte er – nicht zuletzt geprägt durch das zahnärztliche Wirken seiner Mutter – von 1980 bis 1986 Humanmedizin an der Universität Leipzig. Nach erfolgreicher Verteidigung seiner Diplomarbeit zum Thema „Instabile Angina pectoris“ im Jahre 1985 erhielt er 1986 die ärztliche Approbation. 1987 promovierte Herr Dr. Windau zum Dr. med. unter dem Thema „Pathologische Befunde als Therapie- und Diagnostikfolge im Obduktionsgut“ bei Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt.

1999 wurde Kollege Windau sowohl in die Kammerversammlung als auch in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gewählt. Seitdem ist er auch Delegierter zum Deutschen Ärztetag. Von 2003 bis 2007 war er Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Seit 1999 übt er außerdem die Funktion des stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig aus. Seit 2005 ist er Mitglied der Ständigen Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung bei der Bundesärztekammer. Ebenfalls seit dem Jahr 2005 ist Dr. Windau gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) und Vorsitzender des Hauptausschusses der KVS. Er ist gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und arbeitet aktiv in verschiedenen Gremien der KBV mit.

Dr. Stefan Windau tritt entschieden dafür ein, dass der ärztliche Beruf als ein freier Beruf in ärztlicher Selbstverwaltung ausgeübt werden kann. Er streitet entschieden für eine geeinte Ärzteschaft gegen jegliches „divide et impera“ sowohl von außen als auch von innen.

In den Gremien der Selbstverwaltung wird Dr. Windau namentlich wegen seines kompetenten berufspolitischen Weitblickes sehr geschätzt.

#### **Festvortrag:**

#### **„Die Kunst der Risikokommunikation“**

#### **Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer**

Direktor des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung, Berlin

Der Vater der modernen Science Fiction, H. G. Wells, hat in seinen politischen Schriften prophezeit: Wenn wir mündige Bürger in einer modernen technologischen Gesellschaft möchten, dann müssen wir ihnen drei Dinge beibringen: Lesen, Schreiben und – statistisches Denken. Etwa ein Jahrhundert später hat in unserem Land fast jeder lesen und schreiben gelernt – nicht aber statistisches Denken. Unsere Gesellschaft ist von einem rationalen Umgang mit Unsicherheiten und Risiken noch weit entfernt, ein Zustand, der jedes Jahr beträchtliche finanzielle Mittel, Ängste und das Leben von Bürgern kostet. In seinem Vortrag berichtete Herr Prof. Dr. Gigerenzer über die „Zahlenblindheit“ von Ärzten und Juristen. Er zeigte anhand seiner Forschung, wie man mit einfachen Methoden die scheinbar unüberwindliche Zahlenblindheit von Laien und Experten aufheben und in Einsicht verwandeln kann.



Es ging in diesem Vortrag um die Entlarvung von Denkfehlern bei der Beurteilung und Darstellung statistischer Daten. Das Ziel des Festredners



Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer

war es, leicht verständliche Regeln zu vermitteln, mit deren Hilfe Ärzte, Patienten und Juristen die Aussagen statistischer Studien besser abschätzen können. An Beispielen von euphorischen Interpretationen von Studien der Pharmaindustrie, Brustkrebs-Screening und PSA-Werten, besprach er Ausgangszahlen und zeigte, wie leicht und häufig diese falsch interpretiert werden (zum Teil mit verheerenden Folgen), was Zahlen wirklich bedeuten und wie man vermeiden kann, einem Trugschluss zu erliegen.

Herr Prof. Dr. Gigerenzer gehört zu den renommiertesten deutschen Psychologen. Vielleicht konnte ihm deshalb das Gelingen, was den Mathematiklehrern oft nicht möglich ist: Mathematisches verständlich darzustellen.

#### **Musikalische Kostbarkeiten**

Zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung spielten fünf Musiker aus Leidenschaft – Herr Prof. Dr. rer.

nat. habil. Wolfhard Möller (Violine), Herr Prof. Dr. med. habil. Tobias Back (Klavier), Frau Sabine Meng (Violine), Frau Dr. med. Petra Sahn (Viola),

Herr Dr. med. habil. Sebastian Schellong (Violoncello) – siehe Bild (v.l.) – exzellent das Klavierquintett Es-Dur, op 44 von Robert Schumann.

### Arbeitstagung am 20. Juni 2009

Der Präsident begrüßte herzlich zur Fortsetzung des 19. Sächsischen Ärztetages den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger, die Ausschuss- und Kommissionsvorsitzenden, den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, die Referenten und Gäste dieser Arbeitstagung.

Höhepunkte am 20. Juni 2009 waren die Impulsreferate zu dem gewählten Arbeitsthema: „Beziehung zwischen Patient und Arzt“ unter der Moderation von Herrn Prof. Dr. med. Jan Schulze.

Wettbewerbsdruck, Globalisierung, Leistungsfähigkeit der Medizin, Selbstverständnis des Patienten, politische Vorgaben und Steuerung, Budgetierung, Bürokratisierung und Rationierung haben die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit nachhaltig gewandelt, betonte der Präsident im einleitenden Referat. Das Gesundheitswesen ist keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie, Ärzte sind keine Kaufleute, Patienten keine Kunden. Gesundheit und Krankheit sind keine Ware und Wettbewerb sowie Marktwirtschaft sind keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens. Diagnose und Therapie dürfen nicht zum Geschäftsgegenstand werden.

Ärzte sind die Experten für die Prävention und Diagnose von Krankheiten, für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfelds. Die Rolle des Arztes hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten verändert. Wir leben in einer säkularen Gesellschaft, in der viele Menschen den Sinn ihres Lebens nicht mehr in religiöser Grundüberzeugung finden. Für den Patienten ist der Arzt nicht nur ein Experte für Gesundheit und Krankheit, sondern eine unverzichtbare Vertrauensperson. Der Arzt muss heute neben den „klassischen“ Rollenerwartungen wie zum Beispiel

Können, Erfahrung, Einfühlungsvermögen, Verantwortungsbereitschaft und Fehlerlosigkeit noch viel mehr Ansprüche erfüllen. Diese finden sich im Genfer Gelöbnis oder in unserer Berufsordnung.

Die Qualitätssicherung ist originäre Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer. Bei der Wahrnehmung der Vielzahl der Aufgaben, wie zum Beispiel in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, im Berufsrecht, in der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, in der Ethikkommission, trägt die ärztliche Selbstverwaltung tagtäglich mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Patientensicherheit bei.

### Patient-Arzt-Verhältnis

#### Aus Sicht des Arztes

##### Erik Bodendieck

Vizepräsident

Herr Bodendieck arbeitete folgende Alleinstellungsmerkmale des Arztes heraus:

- Expertentum,
- Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen,
- Übernahme persönlicher Verantwortung als Teil des Behandlungsauftrags,
- professionelle Autonomie im Sinne eines freien Berufs,
- spezifische Berufsethik.

Der Patient muss volles Vertrauen zu seinem Arzt sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis haben. Der Arzt ist Anwalt des Patienten. Der Patient will ärztliche Unterstützung bei gesundheitlichen Entscheidungen und



Erik Bodendieck, Vizepräsident

in der Auseinandersetzung mit zum Beispiel Krankenkassen, Rentenversicherung und Sozialämtern. Der Arzt übernimmt die Funktion des Koordinators der Gesundheitsleistungen. Nur der freie Beruf des Arztes befähigt zur freien Gewissensentscheidung für den Patienten. Der Arzt ist alleinverantwortlich gegenüber seinem Gewissen und dem Patienten. Die Arzt-Patient-Beziehung ist „eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existiert, sondern mit der auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht.“ [Peter Kampits]

Die Kommunikation ist die wichtigste Form der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Sie muss verständlich,

entsprechend dem Bildungsstand des Kranken und klar, nicht ängstigend erfolgen. Die Kommunikation ist zeitintensiv. Sie solle zuwendungsintensiv erfolgen. Der Patient soll umfassend und in verständlicher Ausdrucksform informiert und beraten werden. Der informierte Patient entscheidet gemeinsam mit seinem Arzt. Eine wohnortnahe hausärztliche und fachärztliche Versorgung muss weiterhin bestehen. Der Patient darf nicht aus dem Blickfeld seines Arztes geraten.

Die fehlende Zeit des Behandlers führt zu Kommunikationsproblemen mit dem Patienten und zwischen den behandelnden Ärzten eines Patienten und die fehlende Zeit gefährdet die Behandlung eines Patienten.

Den wirksamsten Patientenschutz stellt das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsgebundenheit, seine dem ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl des Patienten, dar. Der Arzt dient der Gesundheit des Menschen und der Bevölkerung. Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit aus.

### Aus Sicht des Patienten

**Dr. rer. nat. habil. Rainer König**  
Patientenvertreter

Die Beziehung eines Patienten zu seinem Arzt ist stets eine Konkretisierung



Dr. rer. nat. habil. Rainer König

des Bildes, das die Ärzteschaft in der Gesellschaft innehat. Anders herum lässt aber auch die Qualität dieses Bildes Rückschlüsse auf die Qualität der Gesellschaft und der Situation des Gesundheitswesens zu. Seit weitester Vergangenheit und in der reinsten Form war und ist das Bild des Arztes das eines Retters, Heilers, Erlösers und Helfers. Damit war und ist ein Patient wohl berechtigt, seinen Arzt in die Nähe von Göttlichkeiten zu stellen. Der Umgang mit den Erfahrungen seiner Vorgänger, seine Kenntnisse der medizinischen Gegenwart und seine dargestellte Souveränität erzeugen selbst heute noch die Bewunderung des Patienten, begründen Ehrfurcht, Achtung und Respekt. Dieses sind wesentliche Fundamente eines Patienten-Arzt-Verhältnisses (PAV), ohne das eine erfolgreiche Interaktion zwischen Arzt und Patient nicht denkbar ist. Leider aber wird dieses Bild des Arztes – ausgelöst durch die Politik und den anhaltenden Diskussionen in den Medien zum Beispiel zu Honorarfragen – stark verzerrt und belastet. Für das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt und damit für die Erfolgsaussichten seines medizinischen Handelns kann dies fatale Folgen haben. Objektive Änderungen des Arztbildes sind mit den Entwicklungen der Gesellschaft und der Medizin verbunden.

Kennzeichen der heutigen Medizin:

1. Die Medizin ist heute genau so diversifiziert wie anderen Wissenschaften. Es gibt heute nicht mehr den Arzt, sondern Hausärzte, Fachärzte in vielfältiger Subspezialisierung, niedergelassene Ärzte, Klinikärzte, ....
2. Die Medizin ist heute genau so interdisziplinär wie alle Bereiche der Gesellschaft. Das Team wird mehr und mehr zur tragenden Struktur.
3. Die Medizin erlebt heute genau so einen rasanten Zuwachs an Erkenntnissen und Möglichkeiten wie die anderen Wissenschaften. Neue Möglichkeiten zur Diagnose und Behandlung, aber auch zur Prävention von Krankheiten entstehen in immer kürzeren Zeitabständen.

4. Die Medizin genügt wohl heute weniger denn je einem ethischen Selbstzweck, sondern unterliegt strengen Regeln der Ökonomie.
5. Die Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung ist heute längst keine Bilateralität mehr. Sie bedingt und verursacht Ketten von Verwaltungs-, Planungs-, Bewilligungs-, Erstattungs-Aktivitäten.
6. So wie andere Bereiche der Gesellschaft unterliegt auch die Medizin zunehmend einer Standardisierung. DMPs, DRGs, Leitlinien und die Forderung nach Evidenz drängen die ärztliche Therapiefreiheit zurück.

Was bedeutet das für den Patienten?

1. Es ist ihm nicht mehr möglich, von „seinem“ Arzt zu reden. Immer ist ein spezifizierendes Präfix erforderlich. In konkreten Fällen wird er an Spezialisten überwiesen.
2. Seine Beziehung zu einem Arzt muss in aller Regel auf dessen Team ausgedehnt werden. Die Qualität des Teams leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass in der Praxis eine Atmosphäre herrscht, die der Herausbildung eines produktiven PAV und damit dem Erreichen des Therapiezieles dienlich ist.
3. Seine Freude über neue Insuline, Systeme zur kontinuierlichen Messung der Blutglukose, neue Medikamente zur Behandlung und noch besser zur Vermeidung diabetischer Sekundärerkrankungen ist nicht ungetrübt. Der Fortschritt entwickelt sich zum Feind Nr. 1 der deutschen Gesundheitspolitik. Er heizt den ethischen Konflikt zwischen dem „unbegrenzten“ medizinischen Fortschritt und der begrenzenden Budgetierungs- und Zuweisungspolitik an. Die Sparmaßnahmen an sich belasten das Patient-Arzt-Verhältnis, am stärksten aber wird es durch Unehrllichkeit gestört, die von der Politik ausgeht. Aus meiner Sicht ist der jüngste Vorschlag von Herrn Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zur Neugestaltung des Leistungskataloges ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Ich bedauere es, dass



Dr. med. Katrin Pollack



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann

selbst Patientenverbände dieses verkennen.

4. Beim Geld hört bekanntlich die Freundschaft auf. Die Ökonomie drängt sich in das Patient-Arzt-Verhältnis. Auch die Arztbeziehung könnte durch monetäre Aspekte belastet werden. Das Budget des Arztes verursacht beim Patienten gelegentlich das Gefühl, Bittsteller zu sein. Die Rationierung lässt ihn als Verschwender erscheinen und er betrachtet umgekehrt den Arzt als geizig. IGEL führen zur Frage, ob die angebotene Leistung tatsächlich zugunsten des Patienten ist oder nur der Einnahmeaufbesserung des Arztes dient.
5. Sowohl Bürokratie als auch Gesetzeswerke können mein Verhältnis zum Arzt erheblich beeinflussen: Vernünftige Regelungen befördern und stabilisieren es, Regeln mit reduzierter oder nicht erkennbarer Sinnfälligkeit belasten es bis zur Deformation.
6. Meine Position zur Therapiefreiheit des Arztes ist gespalten. Einerseits plädiere ich in Standardfällen für Standardlösungen, andererseits erkenne ich auch allzu oft Standardisierungsmaßnahmen als getarnte Sparanordnungen. In der Diabetologie sind mir Empfehlungen wie zum Beispiel in den Sächsischen Leitlinien willkommen, um unverantwortbare Behandlungsversuche auszumerzen.

### Politisierung des Patient-Arzt-Verhältnisses

In einem politisierten Gesundheitswesen muss auch das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten politisiert werden. Deshalb wünsche ich mir von der Ärzteschaft:

- Ärzte und Patienten sollten gemeinsam gegen die politisch inszenierte Kluft zwischen ihnen agieren! In klarer Sprache sollten Ärzte ihre Patienten über politische Prozesse und deren Auswirkungen und über ihre eigene Position in der realen Gesellschaft aufklären.
- Ärzte und Patienten gemeinsam gegen Machtüberschreitungen von Krankenkassen! Ärzte sollten ihre Patienten befähigen, sich gegen Fehlentscheidungen der Kassen mit allen verfügbaren Rechtsmitteln – auch mit innova-

tiven Ideen – zu wehren. Ärzte sind die besten Anwälte der Patienten.

- Ärzte und Patienten gemeinsam gegen überwuchernde Bürokratie! Ohne Hilfe durch ihre Ärzte verirren sich zu viele Patienten im Labyrinth des Deutschen Gesundheitswesens, ohne Mitwirken einer breiten Patientenschaft ist die Bürokratie nicht zurückzudrängen.
- Ärzte und Patienten gemeinsam für ein stabiles, konstruktives Arzt-Patient-Verhältnis! Die rechtlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen dafür sind verbesserungswürdig. Dabei sollten die psychologischen Aspekte dieser zwischenmenschlichen Beziehung nicht „unter den Tisch“ fallen.



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten

Die reale deutsche Gesundheitspolitik führt zu Belastungen des Verhältnisses zwischen Patienten und Ärzten. Deshalb wünsche ich mir von der Politik:

- Die Politik sollte unverzüglich Schluss damit machen, das Ansehen des Arztes beim Patienten und in der Gesellschaft zu verzerrern! Eine politisch ausgelöste Deformation des Arztbildes kann fatale Folgen für das Patienten-Arzt-Verhältnis haben.
- Die Politik sollte endlich den Mut zur Ehrlichkeit aufbringen. Alle Bemühungen, sich durch Taktieren und Unwahrheiten parteipolitische Vorteile zu verschaffen und sich über die nächste Legislaturperiode retten zu wollen, sind nur geeignet, die Kluft zwischen Politik und Bürgern zu vertiefen. Dies gilt insbesondere auch für die Gesundheitspolitik.

Nach einer langen und intensiven Diskussion hat der 19. Sächsische Ärztetag anschließend **„Thesen zum Patient-Arzt-Verhältnis“** beschlossen:

- I. Mit dem ethischen Gebot des „primum nihil nocere“ – zuallererst keinen Schaden anrichten – das so alt ist, wie die Medizin selbst – stellt der Hippokratische Eid das Wohl des Kranken in den Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit.
- II. Expertentum, Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen und die Übernahme persönlicher Verantwortung als Teil des

Behandlungsauftrags sind unverwechselbare Alleinstellungsmerkmale des Arztes. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist einzigartig, da der Arzt für den Patienten Experte und Vertrauensperson in einem ist.

III. Dem Arzt-Patienten-Gespräch kommt eine Schlüsselrolle zu. Es bildet die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Arzt-Patienten-Beziehung und gewährleistet die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten. Für die Tätigkeit des Arztes müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine adäquate Zuwendung zum Patienten, eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten und den Aufbau einer Arbeits- und Vertrauensbeziehung zum Patienten ermöglichen. Initiativen des Gesetzgebers, die die Schweigepflicht des Arztes aushöhlen und untergraben, werden abgelehnt.

IV. Politische Administrierung und Rationierung, Bürokratisierung, Sektoring und Spezialisierung, zunehmende Leistungsfähigkeit und Komplexität der Medizin, demographische Entwicklung, Änderungen der finanziellen Grundlagen und die zunehmende „Verrechtlichung“ des Systems haben mittelbar und unmittelbar erkennbaren, fühlbaren und nachhaltigen Einfluss auf das Patienten-Arzt-Verhältnis.

V. Das Prinzip der Fürsorge des Arztes „salus aegroti suprema lex“ wird zunehmend von einem Selbstbestimmungsrecht des Patienten „voluntas aegroti suprema lex“ abgelöst. Die sächsische Ärzteschaft begrüßt ausdrücklich partizipative Entscheidungen im Sinne eines „shared decision making“, soweit sie die Compliance des Patienten erhöhen. Eine Reduzierung der Arztrolle auf die des Dienstleiters wird abgelehnt.

VI. Die Sächsische Landesärztekammer vertritt alle Ärzte in Sachsen und nimmt ihre beruflichen Belange unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit nach dem Subsidiaritätsprinzip wahr. Auf Grundlage dieser im Sächsischen Heilberufskammergesetz verankerten Aufgaben sichert sie die Qualität der Berufsausübung und überwacht die berufsethischen und berufsrechtlichen Pflichten aller säch-



Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

sischen Ärzte. Durch die Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben auf dem Gebiet der ärztlichen Fort- und Weiterbildung garantiert sie eine hochwertige und berufsbegleitende Qualifikation aller sächsischen Ärzte, die die Voraussetzung für eine hochwertige Patientenversorgung im Freistaat Sachsen bildet.

VII. Die in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer verankerten allgemeinen Pflichten des Arztes und insbesondere die formulierten Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln sind verlässlicher Garant für Patientenrechte. Darüber hinausgehende Forderungen zum Beispiel nach einem Patientenrechtgesetz werden abgelehnt.

VIII. Die Rolle des Arztes ist keine omnipotente, sondern die des besten Anwalts des Patienten.

IX. Patientenschutz wird durch das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten garantiert. Dem ärztlichen Fehlermanagement und der Patientensicherheit wird eine bedeutende Rolle in der berufs- und gesundheitspolitischen Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer zugemessen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Sächsische Landesärztekammer alle Maßnahmen und die Interaktion mit medizinischen Fach-, Berufs- und Wissenschaftsinstitutio-

nen, die der Stärkung der Kompetenz der sächsischen Ärzte dienen.

X. Aufgrund ihres Expertenwissens und ihrer berufsimmanenten Verantwortlichkeit für die Patienten stellt die Ärzteschaft einen unverzichtbaren Partner für den Strukturwandel des Gesundheitswesens dar. Die sächsische Ärzteschaft fordert deshalb eine angemessene Beteiligung in der Diskussion um die Neuorientierung des Gesundheitswesens.

### Beschlüsse des 19. Sächsischen Ärztetages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 19. und 20. Juni 2009 folgende Beschlüsse:

BV 1

Tätigkeitsbericht 2008 der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 2

Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 3

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 4

Beschluss zur Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 5

Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von

Unterstützungen an die Kreisärztekammern

Angenommen

BV 6

Jahresabschluss 2008

Angenommen

BA 7

Beziehung zwischen Patient und Arzt

Angenommen

BV 8

Bekanntgabe von Terminen 41. Kammerversammlung, 20. SÄT/42. Kammerversammlung

Angenommen

BA 9

Krankenhausfinanzierung

Angenommen

BA 10

Verstärkung der praxisnahen ärztlichen Ausbildung

Angenommen

BA 11

Ambulante Palliativversorgung

Angenommen

BA 12

Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen

Angenommen (mit Änderung)

BA 13

Spaltung der Ärzteschaft verhindern  
Vorstandsüberweisung

BA 14

Aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“

Angenommen

BA 15

Leistungsbegrenzung/Budgetierung in der GKV

Angenommen

BA 16

Qualitätssicherung der notärztlichen Versorgung

Angenommen

BA 17

Impfdatenmeldegesetz

Angenommen

BA 18

Bessere Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Angenommen (mit Änderung)

BA 19

Image des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verbessern

Angenommen

BA 20

IQWiG: Kosten-Nutzen-Bewertung

Angenommen

(mit Änderung)

BA 21

Anonyme Arztbewertung im Internet

Vorstandsüberweisung

BA 22

Gegen Kommerzialisierung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Angenommen

Alle angenommenen Beschlussanträge finden Sie im vollen Wortlaut im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

### Bekanntgabe der Termine

Die 41. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem **14. November 2009**, statt, und der 20. Sächsische Ärztetag/die 42. Kammerversammlung wird am Freitag, dem **18. Juni 2010**, und Samstag, dem **19. Juni 2010**, durchgeführt.

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

## 22. Erweiterte Kammerversammlung

### Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

Dr. med. Steffen Liebscher

Sehr geehrter Herr Dr. Bonz, sehr geehrte Herren Präsidenten Dr. Möckel und Prof. Schulze, liebe Mandatsträger, geehrte Gäste!

Der Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses wird dieses Jahr geprägt sein von vier wesentli-

chen Inhalten: Zunächst werde ich Entwicklungen in Wirtschaft und Politik besprechen, soweit sie für unsere Arbeit Bedeutung haben. Danach referiere ich Zahlen und Fakten aus dem Versorgungswerk, bevor ich mich schwerpunktmäßig mit der Frage auseinandersetzen werde, ob unser Rechnungszins zeitgemäß ist. Am Ende meines Vortrags möchte ich Ihnen den Stand unseres Neubauprogramms auch anhand einiger Bilder demonstrieren.

Schon im vergangenen Jahr habe ich bei der Ausarbeitung dieses Berichts

geglaubt, ohne Superlative nicht auskommen zu können. Was allerdings seitdem an den Märkten dieser Welt geschehen ist, muss den Vergleich mit der Weltwirtschaftskrise, beginnend im Jahr 1929, nicht scheuen. Der Börsencrash Anfang des neuen Jahrtausends, den wir alle noch gut in Erinnerung haben und der zumindest für uns Ostdeutsche die erste richtige Berührung mit einer der zyklischen Krisen des kapitalistischen Wirtschaftssystems war, erscheint demgegenüber geradezu als Bagatelereignis.



Dr. med. Steffen Liebscher

Nur exemplarisch sollen die Entwicklung an den Rentenmärkten sowie die Abstürze der wichtigsten Aktienindizes gezeigt werden. Selbst Immobilien konnten ihrem Ruf nicht gerecht werden, einen „sicheren Hafen“ darzustellen, ging ja bekanntermaßen die Krise überhaupt erst von der Immobilie als Anlageklasse aus. In der Rückschau muss konstatiert werden, dass es teilweise massive Verluste an den Märkten gab, die von im Verhältnis kleinen Gewinnen in anderen Assets nie kompensiert werden konnten. Dies war vor allem dadurch bedingt, dass die Korrelation zwischen den verschiedenen Anlageklassen sehr hoch war, das heißt, faktisch gab es keinen sicheren oder prosperierenden Markt, in den man hätte investieren können. Das unterscheidet diese Krise von den vorherigen und erklärt das hektische Agieren auf den verschiedenen Ebenen von Wirtschaft und Politik.

Bilanzlöcher ungeahnten Ausmaßes bei eben noch ganz gesunden Unternehmen, Pleiten sogenannter „systemisch wichtiger Institutionen“ vor allem im Bankenbereich, Verstaatlichungen, Rettungspakete seien hier nur stellvertretend genannt. Es ist weder möglich, noch in größerem Umfange nötig, auf diese Entwicklungen im Einzelnen einzugehen.

Was mich aber mehr als bedenklich stimmt, ist zum einen die völlige Uneinigkeit unter den ökonomischen Sachverständigen, was die Pathogenese dieser Krise angeht, zum anderen das derzeit geübte therapeutische Vorgehen. Wenn es möglich ist, dass aus einem der schönsten Wirtschaftsaufschwünge seit Ludwig Erhard binnen Monaten die schwerste Krise seit 80 Jahren wird und niemand hat das kommen sehen, dann muss sich dieses Wirtschaftssystem schon die Frage gefallen lassen, ob es den Menschen, die darin arbeiten und leben müssen, nicht ein wenig viel zumutet.

Nur eine Minderheit wird die Planwirtschaft aus dem real existierenden Sozialismus reanimieren wollen. Was spricht aber gegen Rahmenbedingungen für die Wirtschaft, die engagiertes Wirken für den Geschäftserfolg sowohl bei Eignern wie Angestellten fördern, gleichzeitig aber exzessivem Profitstreben einen Riegel vorschieben. Analysiert man die Anteile von spekulativen Geschäften und Marktmanipulationen am Gesamtmarkt, so haben diese in den letzten Jahren beständig zugenommen. Kaum noch mit Eigenkapital, sondern mit meist viel geliehenem

Geld unterlegte „Deals“ waren an der Tagesordnung und wurden mit immer größerem Hebel und damit Risiko gewagt. Folgerichtig waren es die Banken, die dieses Geld zur Verfügung gestellt hatten, die dann ins Straucheln kamen. Für viele von uns war der Begriff Neoliberalismus in den letzten Jahren nur ein Wort; ich glaube, wir haben in der aktuellen Krise schon sehr deutlich die Auswirkungen entsprechender Politik zu spüren bekommen. Hier sollte die Politik auch wirksam werden, die Gesetzeslage überprüfen und im Sinne einer Förderung echter Wertschöpfung anpassen.

Wirtschaftspolitik erschöpft sich nicht im Verschieben von fremden Milliarden, nämlich dem Geld der Steuerzahler von heute und noch mehr derer in der Zukunft. Wohin dieses Geld im Moment fließt, scheint mir ohnehin unergründlich, nachdem eigentlich jeder um Hilfe ruft. Es zeigt sich, dass die soziale Marktwirtschaft ein fragiles Gebilde ist. Die Gesellschaft muss definieren, ob sie Beiträge zur Stabilisierung leisten will: Das ginge nur über bewusstes Maßhalten, Vermeiden von Blasen und Verminderung von Spekulantentum. Ob dies einen breiten Konsens finden würde und wie es umgesetzt werden könnte in konkrete politische Aktion, das sei dahingestellt.

Wenn Sie jetzt fragen, was das mit uns zu tun hat, muss ich Ihnen sagen: Sehr viel hat das mit Einrichtungen wie der unsrigen zu tun! Wir sind in verschiedenerlei Hinsicht direkt und zwar negativ betroffen. Zuvorderst leiden wir jetzt mit durch die Minderbewertung und den Verfall unserer Kapitalanlagen. Schöne Erfolge der vergangenen Jahre werden zumindest relativiert. Aber auch die Zukunft kann uns noch Probleme bringen: Auf mittelfristige Sicht ist ein Anziehen der Inflation angesichts der massiv ausgeweiteten Staatsverschuldung zumindest denkbar, denn eine Geldentwertung führt am elegantesten zur automatischen Tilgung von Schulden. Kapitalanleger wie wir stehen dabei auf der anderen Seite. Und letztlich ist jeder von uns persönlich betroffen, denn es ist auch



Mandatsträger der Erweiterten Kammerversammlung

für die nächsten Jahrzehnte schwer vorstellbar, dass außer in Jahren vor Bundestagswahlen Steuersenkungen versprochen werden können, da dafür ganz einfach jeglicher Spielraum fehlt.

Fazit: Auch wir sollten uns im Rahmen unserer Möglichkeiten dafür einsetzen, dass spekulativem Agieren mit noch dazu oft fremdem Geld ein Ende gemacht wird.

Ein letztes Wort zur Politik unserer großen Koalition unter dem Stichwort Geschenke: Wenn für 2009 eine Anpassung der Renten im Osten um über 3%, und in den westlichen Bundesländern über 2% verordnet wird, dann hat das mit rationalem Agieren nichts mehr zu tun. Hier werden einmal mehr Wechsel auf die Zukunft ausgestellt. Alle Riester- und sonstigen Faktoren werden ad absurdum geführt und es mutet nur noch heuchlerisch an, wenn man eine Schuldenbremse ab 2020 einzuführen versucht – welcher Politiker von heute wird dann wohl noch an seine Versprechen erinnert werden können. Die Wahl im September wirft jedenfalls ihre Schatten voraus. Ich allerdings habe den Glauben an eine solide Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung verloren und werbe umso mehr für unser System: Zwar müssen wir manchmal unangenehme Dinge erklären und Rückschlüsse hinnehmen. Aber wir haben ein ausfinanziertes System, das sich aktiv den Herausforderungen von Demografie und Kapitalmarkt stellt und nicht den Steuerzahler von morgen mit Schulden überhäuft. Vergessen wir nicht: Altersvorsorge ist Konsumverzicht in der aktiven Phase. Alterssicherungssysteme dürfen aber auch nicht als Wahlkampfinstrumente missbraucht werden! Die Aufzählung von Dingen, die wir noch vor Jahresfrist nicht für möglich gehalten hätten oder deren Vorstellung zumindest einiger Phantasie bedurft hätte, muss unvollständig bleiben.

Stellen wir uns lieber einmal folgende Frage: Welche Art von Nachrichten haben wir im vergangenen Jahr denn nicht gehört? Oder sollte man sagen: Nur keine Nachrichten sind gute Nachrichten?! Jedenfalls,



Dr. med. Steffen Liebscher, Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller und Präsident (v.l.n.r.)

man hat nichts gehört von Versorgungswerken, die in dieser Krise ins Schlingern gekommen wären. Dies ist erst einmal sehr gut zu wissen, demonstriert dies doch die Stabilität unseres Finanzierungsverfahrens. Dieses sogenannte offene Deckungsplanverfahren, welches das Gros der berufsständischen Versorgungseinrichtungen anwendet, verbindet bekanntermaßen die Vorteile von Umlageprinzip und Kapitaldeckung. Daneben aber ist das Ausbleiben negativer Nachrichten in unserem Bereich auch ein Indiz dafür, dass die Verantwortungsträger sowohl in Ehrenamt als auch in den Verwaltungen der 86 Versorgungswerke der Angehörigen der freien Berufe ihrer Verantwortung gegenüber dem Ihnen anvertrauten Geld eher gerecht werden als dies in mancher Bank mit den dort deponierten Beträgen geschehen ist. Ich wünsche mir, dass auch in Zukunft möglichst wenige Nachrichten von der berufsständischen Versorgung kommen mögen, was Sie bitte nicht mit mangelnder Transparenz gleichsetzen wollen.

Ich möchte nunmehr Zahlen aus unserem Versorgungswerk referieren. Vornweg sei es schon mal gesagt: Unsere Lage ist in jeder Hinsicht stabil, wenn wir auch Verluste freilich nicht haben völlig vermeiden können. Aber beginnen wir mit einigen Routineparametern: Wie Sie auf der Darstellung sehen können, sind wir ein weiter wachsendes Versorgungswerk, was sich aus dem anhaltend positiven Saldo zwischen Zu- und Abgängen ergibt. Aktuell haben wir knapp 14.200 Beitragszahler, davon sind

um die 8% Tierärzte. Auch bei diesen Zahlen hier wird sichtbar: Die Medizin wird weiblich!

Immer wieder eindrucksvoll ist das dynamisch wachsende Beitragsaufkommen, wobei die Dynamik nicht nur mit der Zunahme an Mitgliedern erklärt werden kann.

Das Versorgungswerk zahlt mittlerweile auch in nennenswerter Höhe Renten aus, wobei das reguläre Altersruhegeld weit überwiegt.

Das gemeinsame Bemühen von Ehrenamt und Verwaltung, den Anteil des Vermögens gering zu halten, der zur satzungsmäßigen Bestreitung von Aufgaben erforderlich ist, dokumentiert sich im wieder niedrigen Verwaltungskostensatz.

Die folgenden Bilder verschaffen Ihnen einen Überblick über die Vermögensverhältnisse der Sächsischen Ärzteversorgung: Die Darstellung der Relationen der verschiedenen Anlageklassen zueinander zeigt nur bedingt Auswirkungen der Krise: Am ehesten erkennbar wird dies an dem erheblich kleiner gewordenen Engagement in Aktien. Die Tatsache, dass dies nicht zwangsläufig verbunden war mit einer Deinvestition aus den Fonds, hängt unter anderem auch mit unserer erfolgreichen Wertsicherungsstrategie zusammen. In absoluten Zahlen sehen Sie hier, dass wir überwiegend in Papiere investiert sind, deren Ausfallrisiko als gering einzuschätzen ist. Allerdings, es waren auch 10 Mio. EUR aus diesem Segment bei Lehmann Brothers investiert – also nichts ist ganz sicher! Wir müssen Ihnen aber nicht berichten, dass das Geld verloren ist, haben

wir ja wohlweislich nicht in Amerika investiert, sondern bei der deutschen Banktochter, deren Gläubiger vom Einlagensicherungsfonds der privaten deutschen Banken entschädigt wurden, so auch wir. Es zeigt sich aber: Auch nach dieser Krise muss man hinsichtlich des Risikomanagements erneut umdenken!

Fokussieren Sie hier bitte Ihren Blick auf den Vergleich der Krisen dieses Jahrzehnts: Während wir in den Jahren 2001 und 2002 noch vergleichsweise „kalt“ getroffen wurden, hat uns das Katastrophenjahr 2008 fast geschont. Ich freue mich, hier feststellen zu können, dass wir bei allen Problemen, die uns diese Krise bringt, unter den ärztlichen Versorgungswerken mit dem erreichten Zins von 2,39%, der sich nach Abschreibungen versteht, einen ganz vorderen Platz einnehmen. Andere Kapitalanleger waren im vergangenen Jahr oftmals mit einer schwarzen Null sehr zufrieden.

Sie wissen, dass wir neben reichlich 50% sogenannten ganz sicheren Papieren wie zum Beispiel Hypotheken-Pfandbriefen quantitativ ganz wesentlich in unseren Masterfonds investiert haben, dessen Struktur Sie hier sehen. Wir sind dankbar dafür, dass wir uns Ende 2007 entschlossen haben, neben die Fonds mit sogenannten asymmetrischen Konzepten mit einer impliziten Wertsicherung einen Block mit Mandaten zu platzieren, die von einem Overlay quasi vor größeren Verlusten geschützt werden. Ich hatte über die Funktionsweise des Overlays, das wie eine Versicherung wirkt, vergangenes Jahr berichtet. Das hat dazu geführt, dass zwar stille Reserven in durchaus größerem Umfang verloren gegangen sind, was bedauerlich ist und nicht verheimlicht werden soll. Auf der anderen Seite ist es wohl nicht vermessen, wenn ich feststelle, dass reale Verluste in Höhe von 6,8 Mio. EUR in einem Wertpapierfonds mit einer Größe von über 660 Mio. EUR, also 1%!; bei Aktienkursrückgängen um im Schnitt 40% zu der Aussage berechtigen, dass wir verantwortungsvoll mit den uns anvertrauten Geldern umgegangen sind.

Diese Zahlenkolonnen offenbaren das Geheimnis der geringer ausgefallenen Verluste: Sie sehen einen massiven Zugewinn im Overlay-Segment, der die Verluste in anderen Bereichen nahezu aufgefangen hat. Summa Summarum: Unser Ansatz sowohl in Kapitalanlage als auch Versicherungsmathematik ist stabil. Verluste wurden begrenzt. Der Verwaltungsausschuss sieht momentan durchaus auch Chancen, wobei die Erfahrungen der letzten 2 Jahre bereits Auslöser eines Überdenkens verschiedener Aspekte unserer Kapitalanlage sind. In enger Abstimmung mit Aufsichtsausschuss, dem aufsichtführenden Ministerium sowie dem externen Beratungsunternehmen, welches wir beauftragt haben sowie unter Respektierung der gesetzlichen und anderer Vorgaben diskutieren wir bereits heute neue strategische wie taktische Konzepte der Anlage unserer Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung.

Man könnte nun fragen, was haben wir in der berufsständischen Versorgung denn überhaupt mit dieser Krise zu tun? Oder anders formuliert: Könnten wir als Kapitalanleger nicht jegliches Risiko meiden? Auf der letzten Informationsveranstaltung der Sächsischen Ärzteversorgung hat es ein Kollege so formuliert „Zocken kann ich selber...“, wobei unklar geblieben ist, ob er dies mit direktem Blick auf unser Handeln sagen wollte. Mich hat eine solche Sichtweise sehr berührt, angesprochen gefühlt habe ich mich allerdings nicht wirklich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte Ihnen in der Folge anhand einer Fakten- und Argumentationskette darstellen, warum wir als Alterssicherungseinrichtung, deren Finanzierungsprinzip obligat auch die Kapitalanlage einbezieht, das Geld des Deckungsstocks nicht auf dem Sparbuch oder als Tagesgeld mit bestenfalls 3% Zinsen, oft aber auch nur einem Kupon um 1% belassen können. Um dies möglichst deutlich machen zu können, werde ich die Berechnung zunächst auf ein einzelnes Mitglied herunter brechen und die Versicherungsmathematik in eben noch zulässiger Weise vereinfachen.

Das offene Deckungsplanverfahren trifft folgende Grundannahmen: Die Beiträge eines Mitglieds werden von uns eingesammelt. Ein Teil fließt weiter an ein Mitglied, welches gerade Rentner ist, denn unser System beinhaltet auch Umlageanteile, Deshalb ist es wenigstens teilweise inflationsgeschützt, was ein erheblicher Vorteil gegenüber rein kapitalgedeckten Systemen ist. Ein weiterer großer Teil wird an den Kapitalmärkten rentierlich angelegt. Reduziert wird es lediglich um die Solidaranteile für die Versicherung gegen Berufsunfähigkeit und Hinterbliebenenschutz bei vorzeitigem Tod. Wenn das Mitglied die Fronten hin zum Rentnerdasein wechselt, muss dann ein Geldbetrag zur Verfügung stehen, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen für die gesamte fernere Lebenszeit die Auszahlung einer Rente entsprechend der erworbenen Anwartschaft gewährleistet. Dieser Betrag wird berechnet als Summe von Umlageanteil und angespartem Teil der Beiträge plus einem Zins über die Jahre von 4%. Dieser Zins ist unser sogenannter Rechnungszins. Da die Anwartschaft des Mitglieds als Betrag unter der Prämisse 4% berechnet wird, muss also der tatsächliche Zins möglichst in jedem Jahr erzielt werden, sonst würden sich bei so langen Laufzeiten von bis zu 40 Jahren bis zum Erreichen des Rentenalters Fehlbeträge zu einer unter Umständen beträchtlichen Lücke in der Bilanz summieren. Umgekehrt formuliert: Bei niedrigerem Zins müsste das Mitglied mehr einzahlen, um auf den gleichen Ausgangsbetrag beim Renteneintritt zu kommen.

Wenn aber 4% als Zielmarke für die Kapitalanlage vorgegeben sind, was ist die Konsequenz für Anleger an Märkten, wo der sogenannte risikolose Zins in den letzten Jahren vielfach darunter lag? Unter risikolosem Zins versteht man die Anlage in Papieren eines stabilen Staatswesens wie also zum Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Wie die Übersicht zeigt, sind auch 4% nicht immer auf diese Weise zu erwirtschaften. Ich will hier gar nicht in die Grundsatzdiskussion einsteigen, wie

sicher Staatsanleihen in solchen Zeiten der extremen Verwerfungen an den Märkten und den teilweise aus meiner Sicht grotesken Hilfsersuchen aus der Wirtschaft an den Staat sind. Immerhin wird in den letzten Wochen der Staatsbankrott sogar von Euroländern, unter anderem Österreich, für möglich gehalten.

Gehen wir nun weiter davon aus, dass es nicht nur Festlegung unserer Satzung, sondern auch quasi-gesellschaftlicher Konsens ist, dass die Beiträge zum Versorgungswerk feststehen, also nicht erhöht werden sollen, dann lassen sich nur zwei Stellschrauben zur Lösung des Problems erkennen: Renten und Anwartschaften werden entsprechend der Entwicklung der Märkte in negative Richtung angepasst. Dies erreicht man durch eine Herabsetzung des Rechnungszinses. Denn wird bei gleichbleibenden Beiträgen das angesparte Geld rechnerisch nur einer Verzinsung von sagen wir 3,5% unterworfen, so muss am Ende der aktiven Zeit eine niedrigere Summe zur Verfügung stehen, als unter den derzeitigen Bedingungen. Solange das zu vermeiden ist, würden wir es gern tun. Ich will aber nicht verschweigen, dass andere Versorgungswerke diesen Weg gehen. Es ist also keine theoretische, sondern eine sehr reale Möglichkeit. Auch sollte man an dieser Stelle erwähnen, dass der sogenannte Garantiezins in der privaten Versicherungswirtschaft nur noch bei 2,25% liegt. Anlagen in private Lebens- oder Rentenversicherungen können, müssen aber nicht höhere Renditen als 2,25% abwerfen. Unser Verwaltungsausschuss hat sich zur Frage des Rechnungszinses wie folgt positioniert: Wir wollen im Interesse unserer Mitglieder den Rechnungszins bei den seit jeher angenommenen 4% halten und unsere Kapitalanlage entsprechend ausrichten. Dazu gehört aber eben auch, und jetzt komme ich zurück zu den Märkten und der Krise, das Eingehen von mehr Risiko als beim Kauf von deutschen Staatsanleihen. Es sei an dieser Stelle auch gleich gesagt: Solches Vorgehen betrachte ich nicht als Zocken. Wir versuchen vielmehr, durch ein wohl abgestimmtes einer-

seits langfristig ausgerichtetes Vorgehen unter andererseits Nutzung von sich bietenden Marktopportunitäten Zusatzserträge zu den risikolosen Erträgen zu generieren. Dies geschieht zum einen durch eine Mischung verschiedener Assets, die ja alle unterschiedliche und spezifische Rendite-Risiko-Profile aufweisen. Daneben wird in den verschiedenen Assetklassen eine ständige Beurteilung der Möglichkeiten der Anlage vorgenommen, um möglichst aktuell vom Markt unterbewertete, also relativ billige Produkte zu erwerben, gleichzeitig aber auch zu schauen, ob es auch eine der relativ seltenen Gelegenheiten gibt, etwas mit Gewinn vor Ablauf der Laufzeit zu verkaufen.

Unsere Einschätzung: Bisher konnten wir damit langfristig gesehen den Rechnungszins von 4% auch in der Zeit der insgesamt niedrigen Zinsen in den letzten 10 Jahren halten und teilweise deutlich überbieten. Wir stehen zu einer Kapitalanlage mit einer wohl ausgewogenen Mischung verschiedener Anlageformen, stellen uns aber gleichzeitig den Anforderungen der kommenden Jahre, indem wir insbesondere die Erfahrungen der aktuellen Krise in unsere Konzepte für die Zukunft einfließen lassen.

Abschließend noch aus einem anderen Blickwinkel als gestern Informationen zu unserem Neubauvorhaben: Gestern ging es in erster Linie um die finanzielle Machbarkeit, heute möchte ich, auch weil nunmehr unsere tierärztlichen Mandatsträger der Sitzung beiwohnen, Sie mit einigen Eckdaten des Projekts bekannt machen, die sich aus der Machbarkeitsstudie, deren Ergebnisse wir in der letzten Sitzung des Verwaltungsausschusses abschließend zur Kenntnis nehmen konnten, ergeben haben. Wir sehen es als unsere Aufgabe und Pflicht an, über den derzeitigen Sachstand in diesem Rahmen zu informieren, wengleich dieser Neubau aus der Sicht der Kapitalanlage als eine ganz normale Immobilie wie in einem unserer Fonds betrachtet wird und deshalb keiner besonderen Gremienzustimmung bedarf.

In unseren Dispositionen sind wir davon ausgegangen, dass wir bei einem Auszug aus dem Kammergebäude für die Geschäftsstelle der Sächsischen Ärzteversorgung in etwa gleiche räumliche Bedingungen schaffen wollen, wie sie bisher vorgefunden wurden. Ähnlich verhielt es sich mit den Räumen für die Filiale der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, die allerdings insgesamt eine Erweiterung erfahren sollten, da auch die Bank hier im Hause an ihre Grenzen gestoßen war.

Relativ präzise Angaben des Raumbedarfs ließen dann bei der Machbarkeitsstudie die Konzeption eines Gebäudeentwurfs zu, die selbstverständlich noch keinen Anspruch auf Endgültigkeit erhebt. Die Konkretisierung des Bauvorhabens sowohl planerisch als auch real wird erst in der nun folgenden Ausschreibung und Beauftragung von Firmen erfolgen.

Die Befassung mit dem Thema Raumbedarf führte folgerichtig auch zu einer Analyse unserer Personalstrukturen und es wurde festgestellt, dass mittelfristig keine Erweiterung des bei uns beschäftigten Personenkreises zu planen ist. Neue Aufgaben, neuer Aufwand sollen durch Optimierung von Abläufen, Rationalisierung und weitere Qualifizierung der vorhandenen Mitarbeiter kompensiert werden. Auch deshalb wurden im aktuellen Bauentwurf Reserveflächen nur in geringem Umfang geplant. Moderne Computerprogramme machen es möglich, dass man selbst in einer Phase der Projektprüfung bzw. Erstellung einer Machbarkeitsstudie bereits eine derartige Simulation erstellen kann, und damit bereits eine Vorstellung vom Vorhaben bekommt. Ich kann hier nicht ins Detail gehen, sondern möchte Ihnen exemplarisch Grundrisse von zwei Etagen zeigen und dabei nochmals betonen, dass auch unter dem Aspekt der Minimierung der Kosten eine Flächenoptimierung stattgefunden hat, die es möglich macht, hochwertigen Büroraum zu erschwinglichen Preisen zu errichten.

Sie sehen hier das Erdgeschoß mit gemeinsamem Eingang für die Bank und unsere Mitglieder und Mitarbeiter. Der Publikumsverkehr der Bank

soll sich fast ausnahmslos in diesem Bereich abspielen. Wir gelangen per Treppenhaus oder Fahrstuhl in die 3. oder 4. Etage, wo sich die Räume der Sächsischen Ärzteversorgung befinden werden.

Eine Ansicht des Gebäudes von außen soll Ihnen demonstrieren, dass es uns ein Anliegen war, den Neubau als kleine Schwester der Kammer erscheinen zu lassen. Wir glauben, mit diesen Vorarbeiten bereits den Grundstein gelegt zu haben für ein Gebäude, das unseren Anforderungen und denen unseres Mieters auf absehbare Zeit gerecht werden wird. Zu den Baukosten möchten wir in diesem Rahmen auch wegen der noch laufenden Verhandlungen über den Mietvertrag mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank keine Aussagen treffen. Ich kann aber feststellen, dass die Rentabilität der Immobilie gesichert ist und insbesondere für den vermieteten Teil sich eine Rendite über dem Rechnungszins darstellen lässt.

Hiermit möchte ich meine Ausführungen beenden und hoffe, Sie fühlen sich in ausreichender Weise unterrichtet. Mein Dank geht abschließend an die Mitarbeiter unserer Verwaltung, wobei ich unsere Geschäftsführerin, Frau Thalheim, für ihr besonderes Eintreten für die Sächsische Ärzteversorgung herausheben möchte.

Herzlich danke sage ich auch an alle anderen Mitglieder des Verwaltungsausschusses, deren Arbeit durch hohe Sachlichkeit, ein konstruktiv-kritisches Herangehen und Loyalität im besten Sinne geprägt war.

### **Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses**

**Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller**

Sehr geehrter Herr Dr. Bonz! Sehr geehrte Präsidenten! Sehr geehrter Herr Dr. Liebscher!

Meine sehr verehrten Mandatsträgerinnen und Mandatsträger! Sehr geehrte Gäste!

Aus der Verantwortung gegenüber allen Mitgliedern unserer Sächsischen Ärzteversorgung, die sich aus § 4 Absatz 8 unserer Satzung ergibt,

# Amtliche Bekanntmachungen

## Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 29. Juni 2009

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. November 2008 (SächsGVBl. S. 622) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 19. Juni 2009 die folgende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (Hauptsatzung) vom 7. Oktober 1994 beschlossen:

### Artikel 1

Die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 28. September 1994, Az. 52-8870-1-000/50/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1994, S. 786), zuletzt geändert mit Satzung vom 6. Juli 2006 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 5. Juli 2006, Az. 21-5415.21/2, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2006, S. 423) wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Der Vorstand der Kreisärztekammer besteht aus höchstens elf Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden, mindestens einem, höchstens drei Stellvertretern sowie einem, höchstens neun Beisitzern.“

b) Absatz 7 wird gestrichen.

2. In § 7 Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „Regierungsbezirk“ durch das Wort „Direktionsbezirk“ ersetzt.

3. In § 14 Abs. 1 wird nach dem Wort „Chemnitz“ das Wort „Dresden“ eingefügt.

### Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

Dresden, 19. Juni 2009

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident  
Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 24. Juni 2009, AZ 21-5415.21/2 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 29. Juni 2009

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

## Beschluss zur Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammer der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 22. Juni 2009

Aufgrund der §§ 1 Abs. 3 und 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. November 2008 (SächsGVBl. S. 622) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 19. Juni 2009 den folgenden Beschluss zur Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammer der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 gefasst:

### Artikel 1

Die Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammer der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1994, S. 801) wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt geändert:

a) Das Wort „Kreisärztekammer“ wird durch das Wort „Kreisärztekammern“ ersetzt.

b) Nach dem Wort „Landesärztekammer“ wird das Erstaufertigungsdatum „Vom 7. Oktober 1994“ angefügt.

2. § 1 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Die Fußnote „(1) (von der Kreisärztekammer selbst zu bestimmen)“ wird gestrichen.

3. § 2 Abs. 2 wird gestrichen.

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „und Apotheker“ durch die Wörter „Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ ersetzt.

b) In Abs. 3 Satz 1 wird das Wort „Regierungsbezirk“ durch das Wort „Direktionsbezirk“ ersetzt.

5. § 6 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Der Vorstand der Kreisärztekammer besteht aus höchstens elf Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden, ... (1) Stellvertreter(n) (mindestens einer, höchstens drei) und ... (1) Beisitzer(n) (mindestens einer, höchstens neun).“

6. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „muß“ durch das Wort „muss“ ersetzt.

b) In Abs. 5 Satz 2 wird das Wort „sein“ durch das Wort „sein(e)“ ersetzt.

7. § 10 wird gestrichen.

8. Die §§ 11 bis 13 werden die §§ 10 bis 12.

## Artikel 2

Der Beschluss zur Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

Dresden, 19. Juni 2009

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Der vorstehende Beschluss zur Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammer der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 22. Juni 2009

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# 1. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008

## Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008 genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 09.09.2008, AZ 32-5248.12/38 (veröffentlicht als Beilage im Ärzteblatt Sachsen 10/2008, S. 515 und im Deutschen Tierärzteblatt 11/2008, S. 1572) wird wie folgt geändert:

### Teil 1

**1.**  
Das gesamte Inhaltsverzeichnis wird gestrichen.

**2.**  
§ 9 wird wie folgt neu gefasst:

### § 9 Pflichtmitgliedschaft

(1) Ärztinnen und Ärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte, die zum 31.12.2008 Pflichtmitglied der Sächsischen Ärzteversorgung sind oder nach Inkrafttreten dieser Satzung Pflichtmitglied der Landesärztekammer oder der Landestierärztekammer werden, sind

Pflichtmitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, soweit sie die Regelaltersgrenze gemäß § 28 Abs. 1 noch nicht erreicht haben und nicht berufsunfähig sind.

(2) Absatz 1 findet auf Pflichtmitglieder der Landesärztekammer und der Landestierärztekammer keine Anwendung, die bis zum 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und

1. von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung oder einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk auf Antrag oder durch Rechtsvorschrift befreit oder ausgeschlossen wurden oder
2. zu diesem Zeitpunkt Pflichtmitglied eines anderen berufsständischen Versorgungswerkes waren. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend für Befreiungen von der Pflichtmitgliedschaft wegen Anerkennung eines privaten Versicherungsvertrages und Befreiungen zugunsten einer bestehenden fortgesetzten Mitgliedschaft bei einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk.

**3.**  
Es wird folgender neuer § 20a eingefügt:

## § 20 a

### Anerkannte private Versicherung

Mitglieder, deren privater Versicherungsvertrag nach § 43 Absatz 2 Nr. 2 der bis zum 31.08.2009 gültigen Fassung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung anerkannt wurde, zahlen als Pflichtbeitrag den Mindestbeitrag gemäß § 15 Absatz 3.

#### 4.

In § 21 Absatz 3 wird folgender neuer Satz 5 eingefügt:

<sup>5</sup>Für Mitglieder, deren persönliche Beitragsgrenze bereits nach § 44 in der bis zum 31.08.2009 gültigen Fassung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung zu bestimmen war, bleibt diese persönliche Beitragsgrenze bestehen.

#### 5.

In § 23 Absatz 1 werden folgende neue Sätze 5 und 6 eingefügt:

<sup>5</sup>Für die Beitragsveranlagung des Jahres 2008 hat das selbstständige Mitglied bis zum 31. Mai 2009 zu erklären, ob als Bemessungsgrundlage das Berufseinkommen des Jahres 2007 oder des Jahres 2008 zugrunde gelegt werden soll. <sup>6</sup>Wird keine Erklärung zu diesem Wahlrecht abgegeben, soll das Berufseinkommen des Jahres 2007 zugrunde gelegt werden.

#### 6.

In § 25 wird folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

(5) Im Falle einer Beitragsüberleitung zur Sächsischen Ärzteversorgung gelten Beiträge, die vor dem Jahr 1992 entrichtet wurden, als im Jahr 1992 entrichtet und Beiträge, die ab dem Jahr 1992 entrichtet wurden, im selben Zeitraum als zur Sächsischen Ärzteversorgung entrichtet.

#### 7.

In § 28 Absatz 1 Satz 2 Spalte 4 Zeile 7 wird das Wort „ab“ durch das Wort „Ab“ ersetzt.

In § 28 wird folgender neuer Absatz 3a eingefügt:

(3a) <sup>1</sup>Bei der Ermittlung der Punktwerte und des Durchschnittsbeitrages für das Jahr 1992 gemäß Absatz 2 Sätze 2 und 4 werden auch diejenigen individuellen Pflichtbeiträge berücksichtigt, die im Jahr 1993 für das Jahr 1992 entrichtet wurden. <sup>2</sup>Soweit gemäß Satz 1 im Jahr 1993 entrichtete Beiträge dem Jahr 1992 zugeordnet werden, bleiben sie bei der Ermittlung der Punktwerte und des Durchschnittsbeitrages für das Jahr 1993 außer Betracht.

In § 28 wird folgender neuer Absatz 6 eingefügt:

(6) Ärztinnen und Tierärztinnen, die bei Inkrafttreten der zum 03.01.1992 gültigen Satzung das 45. Lebensjahr vollendet hatten, haben mit Vollendung des 60. Lebensjahres Anspruch auf Altersruhegeld, wenn sie Altersrente für Frauen gemäß § 237a SGB VI aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

#### 8.

§ 29 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) <sup>1</sup>Das vorgezogene Altersruhegeld errechnet sich dadurch, dass der Betrag, der sich gemäß § 28 Absatz 2 ergibt, um 0,5 v.H. für jeden vollen Kalendermonat des Ruhegeldbezuges vor dem Ersten des Monats, der dem Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 28 Absatz 1 nachfolgt, gekürzt wird. <sup>2</sup>Für Mitglieder, deren Regelaltersgrenze gemäß § 28 Absatz 1 Satz 2 angehoben wird, gilt Satz 1

mit der Maßgabe, dass die Kürzung 0,4 v.H. für jeden vollen Kalendermonat beträgt. <sup>3</sup>Diese Kürzungen gelten auch fort, wenn das Mitglied die Regelaltersgrenze erreicht.

#### 9.

§ 30 Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

(4) <sup>1</sup>Bei vorübergehender Berufsunfähigkeit entsteht der Anspruch auf Ruhegeld nach Ablauf einer Frist von 26 Wochen. <sup>2</sup>Bei unselbstständig tätigen Mitgliedern entsteht der Anspruch mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gehaltszahlung eingestellt wird, frühestens nach Ablauf des vierten Monats, spätestens nach Ablauf von 26 Wochen seit Eintritt der vorübergehenden Berufsunfähigkeit. <sup>3</sup>Wird ein Arbeitsversuch unternommen, wird das Berufsunfähigkeitsruhegeld für die Dauer von drei Kalendermonaten weiter gezahlt. <sup>4</sup>Wird der Arbeitsversuch vor Ablauf von drei Monaten erfolglos abgebrochen, so entfällt für die erneute Einweisung des Ruhegeldes bei Berufsunfähigkeit das in Sätzen 1 und 2 genannte Erfordernis des Fristablaufs. <sup>5</sup>Der Verwaltungsausschuss kann auf Antrag auch einen längeren Arbeitsversuch zulassen, wenn dies für die berufliche Rehabilitation erforderlich ist. <sup>6</sup>Sofern für diesen Zeitraum Beiträge gezahlt wurden, bleiben diese bei der Berechnung des Berufsunfähigkeitsruhegeldes unberücksichtigt.

In § 30 Absatz 7 werden in Satz 2 die Worte „der Versorgungsfall“ durch die Worte „die Berufsunfähigkeit“ ersetzt.

In § 30 Absatz 7 wird folgender neuer Satz 5 eingefügt:

<sup>5</sup>Tritt die Berufsunfähigkeit bis zum 31.12.2013 ein, ist das Berufsunfähigkeitsruhegeld nach Maßgabe der bis zum 31.12.2008 geltenden Satzungsregelungen zu berechnen, wenn es für das Mitglied günstiger ist.

#### 10.

§ 31 wird wie folgt neu gefasst:

## § 31

### Erhöhtes Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit

(1) Anspruch auf erhöhtes Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit hat ein Mitglied, das vor der Vollendung des 62. Lebensjahres berufsunfähig wird.

(2) Der Jahresbetrag des einzuweisenden erhöhten Ruhegeldes bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit ermittelt sich in entsprechender Anwendung von § 28 Absatz 2 mit der Maßgabe, dass für die Zeit zwischen dem Ruhegeldbeginn und der Vollendung des 62. Lebensjahres Punktwerte in der Höhe des bisher erworbenen, durchschnittlichen individuellen Punktwertes anzurechnen sind.

(3) Der durchschnittliche individuelle Punktwert ermittelt sich wie folgt:  
1. <sup>1</sup>Zu berücksichtigen sind die in den letzten fünf Kalenderjahren vor Ruhegeldbeginn anwartschaftswirksam entrichteten Pflichtbeiträge sowie die in diesem 5-Jahreszeitraum entrichteten freiwilligen Mehrzahlungen, soweit sie nicht auf die letzten beiden Kalenderjahre vor Ruhegeldbeginn entfallen. <sup>2</sup>Wenn es für das Mitglied günstiger wird, wird der 5-Jahreszeitraum berücksichtigt, welcher jenem nach Satz 1 unmittelbar vorausgeht.

2. <sup>1</sup>Für jedes Jahr wird der Punktwert ermittelt. <sup>2</sup>Die Summe der Punktwerte wird durch die Anzahl der berücksichtigten Kalenderjahre geteilt.

3. <sup>1</sup>Zugunsten des Mitgliedes bleiben bei der Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes folgende Zeiten außer Ansatz:

a) Zeiten, für welche gemäß § 22 Absatz 3 keine Beitragspflicht besteht,

b) ein Zeitraum von drei Jahren nach der Geburt eines leiblichen Kindes des Mitgliedes.

<sup>2</sup>Sind beide Elternteile Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, bleibt der Zeitraum von drei Jahren ab der Geburt eines leiblichen Kindes bei der Mutter, auf gemeinsamen Antrag beider Elternteile hin statt dessen beim Vater außer Ansatz.

(4) <sup>1</sup>Der Jahresbetrag des einzuweisenden Ruhegeldes beträgt mindestens 1/9 der Rentenbemessungsgrundlage. <sup>2</sup>Tritt der Versorgungsfall innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem Hochschulabschluss ein, beläuft sich der Jahresbetrag des einzuweisenden Ruhegeldes auf mindestens 45 v.H. der Rentenbemessungsgrundlage.

(5) § 30 Absätze 1 bis 6, Absatz 7 Sätze 2 bis 5 und Absatz 8 gelten entsprechend.

**11.**  
§ 38 wird gestrichen.

**12.**  
§ 40 wird wie folgt neu gefasst:

#### **§ 40**

##### **Versorgungsausgleich bei Ehescheidung**

(1) Ist ein Mitglied in einem Versorgungsausgleichsverfahren ausgleichspflichtig, findet die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) statt.

(2) <sup>1</sup>Hat das Familiengericht die Ruhegeldanwartschaft oder den Ruhegeldanspruch rechtskräftig begründet, werden von der Sächsischen Ärzteversorgung die zugrunde liegenden Punkte ermittelt, dem verpflichteten Ehe(e)il (Mitglied) gekürzt und dem berechtigten Ehe(e)il zugeteilt. <sup>2</sup>Die Kürzung kann ganz oder teilweise durch Zahlung eines Kapitalbetrages abgewendet werden, der sich aktuell aus den dem ausgleichsberechtigten Ehe(e)il übertragenen Punkten berechnet. <sup>3</sup>Sind beide Ehegatten Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung und sind derer beider Anrechte intern geteilt, findet eine Verrechnung statt. <sup>4</sup>Ist nur ein Ehegatte Mitglied, wird der andere Ehegatte allein durch die interne Teilung nicht Mitglied.

(3) <sup>1</sup>Bei der internen Teilung ist der Anspruch des ausgleichsberechtigten Ehe(e)ils, das kein Mitglied der Sächsischen Ärzteversorgung ist, auf das Altersruhegeld nach §§ 28 und 29 beschränkt; der Anspruch erhöht sich hierfür um 12 v.H., soweit der ausgleichsberechtigte Ehe(e)il bei Rechtskraft der Entscheidung noch nicht das 62. Lebensjahr vollendet hat. <sup>2</sup>Für das durch interne Teilung begründete Anrecht gilt § 34 entsprechend, soweit es sich um Kinder aus der Ehe mit dem Mitglied handelt.

(4) Erfolgt der Versorgungsausgleich nach dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG), gilt § 40 in der bis zum 31. August 2009 geltenden Fassung.

**13.**  
Abschnitt VI, §§ 42 bis 46b werden gestrichen.

**14.**  
Abschnitt VII wird Abschnitt VI und § 47 wird § 42.

#### **Teil 2**

**15.**  
Es wird folgender neuer § 33 Absatz 6 eingefügt:  
(6) Die Regelungen der Absätze 1 bis 5 gelten für eingetragene Lebenspartnerschaften entsprechend.

**16.**  
Es wird folgender neuer § 40 Absatz 5 eingefügt:  
(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten für eingetragene Lebenspartnerschaften entsprechend.

#### **Artikel II Inkrafttreten**

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten zum 01.09.2009 in Kraft mit Ausnahme der Satzungsänderung von § 38, die rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft tritt.

Dresden, den 20. Juni 2009

gez. Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

gez. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller  
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Bescheid vom 24. Juni 2009, AZ 32-5248.12/40, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 1. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008 wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden, den 29. Juni 2009

Siegel

Der Präsident  
gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

haben sich die Mitglieder des Aufsichtsausschusses intensiv mit der Arbeit und den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses beschäftigt. Auf Grund der Teilnahme einzelner Mitglieder des Aufsichtsausschusses an allen Sitzungen des Verwaltungsausschusses konnten wir alle Diskussionen und Beschlüsse hautnah miterleben und in unseren internen Sitzungen diskutieren und bewerten. Die Auswirkungen der Subprime-Krise auf unsere Kapitalanlagen, die auch zu Mitgliedernanfragen führten, wurden von uns wahrgenommen und bewertet. Wir konnten in unseren Einschätzungen feststellen, dass das Vermögen unserer Sächsischen Ärztesversorgung weder durch den Verkauf der Sächsischen Landesbank, noch durch die Insolvenz vieler amerikanischer Banken, wie Lehmann Brothers gefährdet war. Es ließ sich vielmehr feststellen, dass auf Grund der sehr weitsichtigen Strategie des Verwaltungsausschusses, insbesondere durch die Einbeziehung eines Beratungsunternehmens, der alpha portfolio advisors GmbH, die schon seit 2003 für den Verwaltungsausschuss tätig ist und ihn in Fragen der strategischen Asset-Allocation und Risikoüberwachung berät, größere Abschreibungen auf unser Kapitalvermögen in diesem kritischen Jahr 2008 vermieden werden konnten. Auch das Ihnen im Anschluss vorzustellende versicherungsmathematische Gutachten von Herrn Diplommathematiker Hans-Jürgen Knecht wurde von uns intern intensiv studiert und diskutiert. Wir, die Mitglieder des Aufsichtsausschusses stellen fest, dass der im Rechnungsjahr erreichte technische Zins aller unserer Kapitalanlagen 2,32% betrug und damit unter dem angestrebten Rechnungszins von 4% liegt. Dieses Ergebnis wird auch von uns als eine Folge der weltweiten Finanzkrise eingeschätzt. Trotz dieser Entwicklung konnte unser Versorgungswerk einen rechnerischen Überschuss von ca. 105 Mio. EURO erzielen und ist somit in der Lage, eine Dynamisierung aller Renten und Anwartschaften vorzunehmen. Der Aufsichtsausschuss befürwortet auch die Entscheidung des Verwal-



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

tungsausschusses einen großen Teil dieses Überschusses für eine Sonderzuführung zur Sicherheitsrücklage zu verwenden, um den satzungsmäßig möglichen Höchstbetrag von 5% der Deckungsrückstellung zu erreichen. Ca. 71 Mio. EURO werden auf neue Rechnung vorgetragen, um für eine weitere negative Kapitalmarktentwicklung gerüstet zu sein. Es zeigt sich auch, dass die von Ihnen auf der vorjährigen Sitzung der Erweiterten Kammerversammlung beschlossene stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, richtig war. Auf der letzten Sitzung des Aufsichtsausschusses am 28. April 2009, die wir teilweise gemeinsam mit dem Verwaltungsausschuss durchgeführt haben, wurden uns die Prüfungsergebnisse der von uns berufenen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansch, Schübel, Brösztel und Partner in Person von Frau Dipl.-Ök. Cornelia Auxel vorgestellt. Wir haben den Bericht intensiv diskutiert und als richtig und zutreffend eingeschätzt. Die gleiche Gesellschaft wurde vom Aufsichtsausschuss für das Rechnungsjahr 2009 bestellt und mit der Wirtschaftsprüfung der Sächsischen Ärztesversorgung beauftragt. Im Verlauf des vergangenen Jahres wurde durch Mitglieder unseres Aufsichtsausschusses die Kapitalanlageleitlinie der Sächsischen Ärztesversorgung in Zusammenarbeit mit Vertretern der Verwaltung überarbeitet, aktualisiert und verabschiedet. Die Ihnen vorgelegten Änderungen unserer Satzung sind aus der Sicht des Aufsichtsausschusses notwendig,

um das Regelwerk der aktuellen rechtlichen Entwicklung anzupassen, Erfahrungen aus dem laufenden Verwaltungshandeln umzusetzen und somit eine rechtssichere Grundlage für das praktische Handeln zu haben. Auch die Neufassung der Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld fand die Zustimmung des Aufsichtsausschusses. Wir, die Mitglieder des Aufsichtsausschusses empfehlen Ihnen, den vorgelegten Entschließungsanträgen und den Satzungsänderungen Ihre Zustimmung zu geben.

## **Beschlüsse der 22. Erweiterten Kammerversammlung**

### **Beschluss Nr. SÄV 1/22/2009**

Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2010 (bestätigt)  
Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2010 beträgt 39.587,00 Euro. Die am 31. Dezember 2009 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2010 mit 0,8% dynamisiert.“

### **Beschluss Nr. SÄV 2/22/2009**

Jahresabschluss 2008 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (bestätigt)  
Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärztesversorgung 2008 werden bestätigt.“

Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2008 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärztesversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2008 erteilt.“

### **Beschluss Nr. SÄV 3/22/2009**

Satzungsänderungen (bestätigt)  
Die Veröffentlichung der Satzungsänderungen erfolgt gesondert im Mittelteil dieser Ausgabe.

### **Beschluss Nr. SÄV 4/22/2009**

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

Dr. med. Steffen Liebscher  
Verwaltungsausschuss  
Vorsitzender

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

## Carus Consilium Sachsen – Gesundheitsnetzwerk Ostsachsen

### Verbesserung und nachhaltige Sicherung des Zugangs und der medizinischen Versorgungsqualität mittels innovativer Netzwerkkonzepte in der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

PD Dr. med. habil. Andrea Morgner<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Michael Baumann<sup>2\*</sup>, Prof. Dr. Werner Esswein<sup>3\*</sup>, PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska<sup>4\*\*</sup>, Prof. Dr. Thomas Günther<sup>5\*</sup>, Prof. Dr. Alexander Karmann<sup>6#</sup>, Dr. Kornelia Möser<sup>7\*</sup>, Prof. Dr. med. Michael Albrecht<sup>8+</sup>

<sup>1</sup> Carus Consilium Sachsen GmbH Dresden, Geschäftsführerin

<sup>2</sup> Direktor UniversitätsKrebszentrum, Dresden

<sup>3</sup> Lehrstuhlinhaber für Wirtschaftsinformatik, insbesondere Systementwicklung, TU Dresden

<sup>4</sup> Leiterin Zentralbereich Qualitätsmanagement, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, AÖR; Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer

<sup>5</sup> Lehrstuhlinhaber Betriebliches Rechnungswesen/Controlling, TU Dresden

<sup>6</sup> Direktor Gesundheitsökonomisches Zentrum (GÖZ) der TU Dresden

<sup>7</sup> Leiterin Medizin und Gesundheitswesen, Dresdner International University (DIU)

<sup>8</sup> Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, AÖR

\* Mitglied des Aufsichtsrates der CCS GmbH

# Vorsitzender des strategischen Beirates, permanenter Gast im Aufsichtsrat der CCS GmbH

+ Vorsitzender des Aufsichtsrates der CCS GmbH

### Zusammenfassung

Das bestehende Gesundheitssystem wird den Anforderungen der Zukunft nicht Stand halten – darüber sind sich zumindest alle Experten und Gesundheitsdienstleister einig. Es fehlt nicht nur an Geld, sondern auch an Ideen und Mut, medizinische Versorgung neu zu definieren und den Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Notwendig ist dabei eine intensivere Verknüpfung von Forschung, Entwicklung und Verwertung von innovativem medizinischem Wissen. Internationale Erfahrungen

zeigen, dass die schnelle und effiziente Umsetzung medizinischer Innovationen am besten durch eine regional konzentrierte Zusammenarbeit aller relevanten Akteure erfolgen kann. Langfristig kann so die Patientenversorgung verbessert, die Zufriedenheit der im Netzwerk beteiligten Akteure verbessert und darüber hinaus die Kosten im Gesundheitswesen eingedämmt oder mindestens unter Kontrolle gehalten werden. Das Carus Consilium Sachsen hat sich als Gesundheitsregion der Zukunft genau diese Aufgabe gestellt.

### Carus Consilium Sachsen

In der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen® (CCS) steht die medizinische Versorgung bereits heute vor großen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung in Deutschland spielt dabei eine wesentliche Rolle. Die Langlebigkeit der Gesellschaft führt zu einer veränderten Patientenstruktur und damit zu einem veränderten Versorgungsbedarf. Auf Seite der Versorger führt diese alternde Gesellschaft dazu, dass weniger Ärzte nachkommen und die freiwerdenden Stellen nicht wieder besetzbar sind. Verstärkung erfährt die demografische Situation durch eine steigende Landflucht der jungen Bevölkerung. Mit einem prognostizierten Rückgang von 7 Prozent bis zum Jahr 2020 wird der Altenquotient<sup>1</sup> in der Region von 35,9 im Jahr 2006 auf 47,5 im Jahr 2020 ansteigen<sup>2</sup>. Bereits heute liegt die Zahl älterer Menschen über 65 Jahre 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Neue Behandlungsformen sowie komplexere Krankheitsbilder (Multimorbidität) führen zu einer Auflösung der klassischen Versorger-Versorgten-Beziehung. Dies macht die Integration von Fachkompetenzen entlang des Versorgungsprozesses über die Leistungserbringer hinweg notwendig und erfordert eine ganz auf die Versorgung des Patienten ausgerichtete Sicht. Die

<sup>1</sup> Verhältnis der Anzahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren zu 100 Personen derselben Bevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren.

<sup>2</sup> Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen

Möglichkeiten auf neueren Technologien basierender Spitzenmedizin sind dabei nur in regionalen Zentren mit den beteiligten Akteuren der verschiedenen Fachdisziplinen strukturiert und nachhaltig als Netzwerkstruktur bereitzustellen. Eine gerechte, das heißt dem Bedarf entsprechende Versorgung mit diesen zentral vorgehaltenen Strukturen ist aktuell nicht selbstverständlich und heute aus den verschiedensten Gründen auch (noch) nicht die Regel. Das Carus Consilium Sachsen hat sich dieser Herausforderung gestellt, wissend um die zahlreichen Hindernisse, aber offensichtlich hat die Vision eines bedarfsgerechten Zugangs mit entsprechender patientenorientierter Versorgung Anreize gesetzt und bei vielen Akteuren Interesse geweckt.

### Innovation in der Gesundheitswirtschaft

Die vorangestellten Eckpunkte sind die Herausforderungen, die im Rahmen einer Gesundheitsregion durch Innovation und neues Versorgungsdenken angegangen werden müssen. Dabei gilt es, die Steuerung und Form der am Gesundheitssystem beteiligten Leistungserbringer neu zu gestalten (Prozessinnovation), die Steuerungskriterien und -mechanismen zu überdenken (Steuerungsinnovation) sowie die Strukturen stärker an den Erfordernissen auszurichten. Konkret bedeutet dies, die Evidenzbasierung in der Versorgung zu stärken, evidenzbasierte Versorgungsprozesse in die Routineversorgung zu implementieren und praktisch tätige Ärzte in die klinische Forschung zu involvieren. Ebenso Patienten und ihre Angehörigen zu involvieren und zudem zu aktivieren, Forschungsergebnisse für medizinisches Fachpersonal, Patienten und die Öffentlichkeit leicht zugänglich zu machen und das öffentliche Bewusstsein für bestimmte Erkrankungen zu stärken. Dies kann sowohl in Netzwerken, durch Neugestaltung der Beziehung der kooperierenden Partner als auch innerhalb der Organisationen erfolgen (Strukturinnovation). Flankiert werden diese Maßnahmen durch Bildungskonzepte und Konzepte zur Gestaltung von

Informationssystemen. Ein wichtiger Begleiterspekt dabei ist die Gesundheitsforschung und deren Translation in die klinische Praxis, durch die sich eine kontinuierliche Weiterentwicklung ergibt. Insofern sind Innovationen im Bereich der medizinischen Forschungssystematik und Forschung am Gesundheitssystem selbst von hoher wirtschaftlicher Bedeutung.

### Zielerreichung durch transsektorale Vernetzung

Die Vielzahl dieser Ziele und die Unterschiedlichkeit der Partner der Region lassen erkennen, dass die Umsetzung durch vertikale Vernetzung zahlreiche Ebenen betrifft und einen transsektoralen Ansatz verfolgt. Involviert sind die stationäre Maximalversorgung, die stationäre Grund- und Regelversorgung, die fachärztliche ambulante Versorgung, die allgemeinmedizinische Versorgung, die Versorgung durch andere Gesundheitsprofessionen (zum Beispiel Physiotherapie, Pflege), die Patienten, Patientenorganisationen und Angehörige, die Fachorganisationen (zum Beispiel Ärztekammern, Fachgesellschaften), die Gremien der Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss, Kranken- und Rentenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigungen), die politische Institutionen, die Öffentlichkeit (lokal, regional und national) und die Industrie.

Für die Startkonzeption der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen, welche sich nach wie vor um eine Millionenförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung bemüht, wurden Forschungs- und Innovationsstärken der Region aufgegriffen und in Forschungs- und Entwicklungsprojekten (FuE) zu den Themen Krebs, Schlaganfall, Diabetes und Herzkreislauf, Demenz und Geriatrie, regionale Versorgungsformen, Osteoporose und seelische Gesundheit ausgearbeitet.

Grundsätzlich geht es dabei unter Beachtung der Strategie und der vertikalen Vernetzung um die Etablierung integrierter Versorgungsnetze mit der Definition von Versorgungsebenen, um dem Patienten bedarfsorientiert barrierefreien Zugang zu

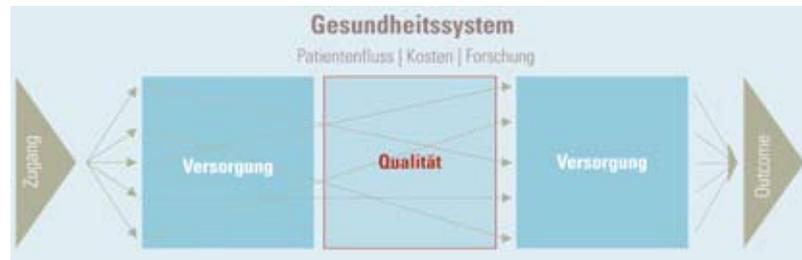


Abbildung 1: Das Gesundheitssystem: Triade Zugang – Gesundheitssystem – Outcome

medizinischer Versorgung zu ermöglichen. Dabei gilt es, Qualität der Versorgung des Einzelnen und Patientensicherheit als Systemverantwortung zu erkennen, hohe Qualität der Versorgung auf allen Ebenen zu garantieren und dabei den Patientenfluss von einer zur anderen Ebene und im System zu steuern (Abbildung 1). Pilotprojekte werden als Muster, die sich für ähnliche Fragestellungen eignen, auf der Basis der Antizipation von regionalen Notwendigkeiten im Bereich der Patientenversorgung, entwickelt und Konzepte transferabel gestaltet. Dabei soll ein nachweisbarer Mehrwert für alle leistungserbringenden Kooperationspartner geschaffen werden. Der Aufbau von Netzwerkstrukturen ist ein von Politik, Krankenkassen und Ärzteorganisationen seit langem geforderter Weg, der bisher nur unzureichend und punktuell umgesetzt werden konnte. Im Freistaat Sachsen besteht eine höhere Bereitschaft oder offensichtlich größerer Mut zur transsektoralen Zusammenarbeit als in anderen Regionen der Bundesrepublik – eine große Chance für die nachhaltige Sicherung und Verbesserung unserer Patienten in der Region.

### Engagement der Sächsischen Landesärztekammer im Carus Consilium Sachsen

Die Sächsische Landesärztekammer mit Ihrem Präsidenten, Herrn Professor Dr. med. habil. Jan Schulze, unterstützt dabei die Konzeption, die Etablierung und die Weiterentwicklung der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen. Als Berufsvertretung der sächsischen Ärztinnen und Ärzte spielt diese Unterstützung in der vertikalen Vernetzung eine entscheidende Rolle. Bereits in der Konzeptionsphase leistet die Ärztekam-

mer wichtige operative Netzwerkarbeit und ist aktiver Partner der Projekte im Bereich Diabetes und Herzkreislauf, Osteoporose sowie Seelische Gesundheit.

In Sachsen gibt es seit Mitte der neunziger Jahre verschiedenste Aktivitäten, die Prävention und Behandlung von Patienten mit Diabetes und Herzerkrankungen durch integrative Ansätze zu verbessern. Am erfolgreichsten war dabei der zwischen 1999 und 2002 geltende Strukturvertrag.<sup>3</sup> Im Rahmen dieses „Sächsischen Betreuungsmodells“ wurden bis 2002 ca. 80 Prozent der in Sachsen lebenden Diabetiker gemeinsam von Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) betreut. Dieser Ansatz soll im Rahmen des CCS in der Region Ostsachsen weiterentwickelt und auf weitere Partner ausgeweitet werden. Die Relevanz für die Gesundheitsregion Ostsachsen ist besonders hoch, da die Prävalenz des Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) und des metabolisch-vaskulären Syndroms (MVS) im Vergleich zu anderen Regionen höher ist und die Patienten mit T2DM in der Gesundheitsregion im Schnitt älter und multimorbider sind und dadurch mehr Medikamente benötigen. Die Region Ostsachsen weist zudem eine bis zu 20 Prozent höhere Herzinfarkt-Mortalität auf als im bundesdeutschen Durchschnitt. Die Etablierung eines Diabetes- und Herzkreislauf-Netzwerkes Ostsachsen ist deshalb von großer Relevanz für das adäquate Management metabolisch-vaskulärer Erkrankungen in der Gesundheitsregion.

Die Osteoporose ist eine wichtige Indikatorerkrankung für Herz-Kreislauf- und Demenzerkrankungen. Das Pro-

<sup>3</sup> Rothe, U., et al.. Diabetes Care 31 (2008) 863-868

jekt OsteoNet kann daher helfen, diese Störungen innerhalb der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. OsteoNet unterstützt die Ziele der Gesundheitsregion, indem es regionale Versorgungsinstrumente, spezifisch für die Region Ostsachsen anbietet. Die Bevölkerungsstruktur dieser Region ist eine Hochrisiko-Population für osteoporotische Frakturen. Durch den Wegfall etablierter Versorgungsstrukturen, wie die frühere Polikliniken und den Mangel an osteologisch versierten Hausärzten, herrscht gerade in den strukturschwachen Regionen (Erzgebirge, Sächsische Schweiz) eine eklatante Unterversorgung. Eine erfolgreiche Implementierung von OsteoNet ist relevant für die Gesundheitsregion, weil die tragenden Akteure bereits jetzt in praxiserprobten, gewachsenen Strukturen kooperieren, die sich gut weiterentwickeln lassen. Die Innovationen innerhalb des integrierten, sektorenübergreifenden OsteoNet mit den Instrumenten Knochen-Board, Leitlinien-gerechte Diagnostik und Therapie sowie Qualitätszirkelarbeit führen zu einer messbaren Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Das Bundesland Sachsen hat deutschlandweit den höchsten Anteil von über 65-jährigen gesetzlich Krankenversicherten, mit einem überdurchschnittlichen Anteil über 85-Jähriger. Sachsen ist damit ein ideales Modellland für eine qualitäts-adjustierte Verbesserung der Osteoporoseversorgung. Die Reduktion Osteoporoseassoziiierter Frakturen in einer Hochrisiko-Population ist dabei gesundheitsökonomisch besonders relevant und zentrales Thema der Versorgungsforschung. Die gewählten Indikatoren erlauben eine einfache und valide Evaluation. OsteoNet hilft, regionale Schwächen der Strukturqualität (Hausärztemangel, fehlende osteologische Qualifizierung) zunächst zu kompensieren und durch Fort- und Weiterbildungsprogramme systematisch zu verbessern. Für beide Aspekte ist die Unterstützung der Landesärztekammer essentiell. Auch psychische Störungen haben eine enorme gesundheitspolitische Bedeutung. Insbesondere in Schwel-

lensituationen besteht eine hohe Vulnerabilität. Das Eintreten psychischer Störungen in Schwellensituationen gefährdet die nachfolgende psychosoziale Entwicklung der Betroffenen wesentlich und verursacht vermeidbare Kosten. Das frühzeitige Erkennen psychischer Störungen und deren Prodromalsymptome ist Hauptziel des Projekts Seelische Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen. Dieses soll insbesondere durch bedarfsgerechte Expertisebereitstellung mit Schaffung von Kompetenzzentren und einem Netzwerk in der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen sowie durch bedarfsgerechte breitflächige Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für medizinische (ärztliche und nicht-ärztliche) sowie nicht-medizinische Kollegen realisiert werden. Mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer soll der Erfolg dieser Maßnahmen anhand von Versorgungsindikatoren evaluiert und der Transfer in andere Regionen durch die Entwicklung eines Handbuchs unterstützt werden. Schwerpunkt-Bereiche des Projekts sind die Früherkennung affektiver (das heißt unipolar depressiver und manisch-depressiver) Störungen, von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, von Essstörungen und von psychischen Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit.

Bis heute haben sich ca. 480 Partner und Interessenten aus den verschiedensten Fachdisziplinen der Region mit den Zielen des Netzwerkes identifiziert und in gemeinsamer Arbeit als Leistungsverbund die Arbeitspakete der Projekte ausgearbeitet. Somit ist es gelungen, bereits heute in den einzelnen Projekten transsektorale Versorgung abzubilden. Denn in allen Projekten waren Vertreter der ambulanten und stationären Versorgung, der Haus- und Fachärzte, der Pflege, Reha, Medizintechnik, der Gesundheitsökonomie, Industrie und Wirtschaft, der Kostenträger und Politik gleichsam und gleichberechtigt involviert.

Korrespondenzadresse:  
PD Dr. med. habil. Andrea Morgner  
Carus Consilium Sachsen GmbH  
Fetscherstraße 74; 01307 Dresden  
Tel.: 0351 458 5040; Fax: 0351 458 4318  
E-Mail: andrea.morgner@carusconsilium.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](mailto: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](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johnne  
*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 Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie  
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 09/C042  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2009

### Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 09/C043  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2009

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 09/C044

### Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Frauenheilkunde- und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 09/C045

### Annaberg

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 09/C046

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.08.2009 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 Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie  
Reg.-Nr. 09/D036

### Löbau-Zittau

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 09/D037

### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/D038  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2009

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 09/D039  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.08.2009 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/L034

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/L035

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 09/L036

Facharzt für Kinder und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 09/L037

### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/L038

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/L039

### Torgau/Oschatz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 09/L040

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.08.2009 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 Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2010

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

## Suchtkrankenversorgung in Sachsen

Zur Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Entwicklung der Suchtkrankenversorgung“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Dr. med. Frank Härtel, Suchtbeauftragter und Vorsitzender der Kommission Sucht und Drogen der Sächsischen Landesärztekammer, lud am 6. Juni 2009 die Sächsische Landesärztekammer in den Plenarsaal des Kammergebäudes ein. Die Veranstaltung war Bestandteil und bildete den Beitrag der Sächsischen Landesärztekammer zur bundesweiten Aktionswoche „Alkohol? Kenn dein Limit“ (13. bis 21. Juni 2009). Darauf wies auch Frau Steffi Michel als Vertreterin des Sächsischen Staatsministerium für Soziales in ihrem Grußwort hin. Einen Überblick über die Epidemiologie des Drogenkonsums, zum Ausmaß stoffungebundener Störungen und über die Leistungen in der Suchthilfe mit einer Orientierung an den Kernbereichen der Suchthilfe (Prävention, Hilfen für Suchtkranke und repressive Maßnahmen), so führte Frau Michel weiter aus, bietet der im I. Quartal 2009 veröffentlichte 1. Sächsische Drogen- und Suchtbericht (<http://www.gesunde.sachsen.de>).

Herr Helmut Bunde (Vorstandsvorsitzender der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Homepage der Landesstelle: <http://www.slsev.de>), der die Veranstaltung moderierte, stellte in seinem Vortrag die epidemiologische Situation bei Suchtkranken in Sachsen vor. Einer Darstellung der Versorgungsstrukturen folgten Daten und Fakten unter anderem zur Situation jugendlicher Raucher: So ergab die aktuelle aus dem Jahr 2007 stammende Jugendstudie, dass 23 Prozent der 15- bis 27-Jährigen im Freistaat Sachsen rauchen. 66 Prozent der Jugendlichen Bier und Wein konsumieren, 50 Prozent Spirituosen. Erschreckend war die Angabe, dass 12 Prozent der Jugendlichen häufig oder immer einen Alkoholrausch haben. Der Mittelwert des Konsumbeginns liegt beim Tabak im Alter von 14,5 Jahren, bei Alkohol von 15,3 Jahren, bei Cannabis von 15,8 Jahren.

Suchtberatungsstellen sind zuständig für alle Suchtformen der Bevölkerung. Die Arbeit in den Suchtberatungsstellen ist durch die interprofessionelle Tätigkeit aus Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Psychologen und Ärzten gekennzeichnet. Zu den Basisaufgaben gehören vor allem die psychosoziale Beratung und Betreuung von Konsumenten und Angehörigen, die Vorbereitung und Begleitung von Therapien, die ambulante Nachsorge, Krisenintervention und die psychosoziale Betreuung bei Substitution. Innerhalb eines Jahres wurden in sächsischen Suchtberatungsstellen ca. 29.000 Personen betreut, den Großteil (60 Prozent) bilden Menschen mit Alkoholproblemen.

Neue Entwicklungen in der Suchttherapie und die Arbeit auf einer suchtspezifischen Station schilderte Frau Dr. med. Inge Maria Mick, Assistenzärztin in Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Angebot der Klinik zur Suchtbehandlung erstreckt sich auf ambulante Beratungen (unter anderem Untersuchung und Beratung, Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit, Motivationsaufbau), die stationäre Regelbehandlung von Alkoholabhängigen (psychiatrische Regelbehandlung gem. Patientenategorie S1 Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) einschließlich des Herstellens von Kontakten zu Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen sowie die ambulante Nachsorge für ein ausgewähltes Klientel und die medikamentöse Aversivtherapie mit Disulfiram. Anschließend gab Frau Dr. Mick einen Überblick über Medikamente, die für den Alkoholentzug eingesetzt werden können.

Eine neue Form süchtigen Verhaltens nämlich Computerspiel und Online-Sucht mit besonderem Hinblick auf die Bedeutung der suchartigen Nutzung des Internets stellte Herr Dipl.-Psych. Klaus Wölfling (Ambulanz für Spielsucht, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Mainz, <http://www.verhaltenssucht.de>) vor. „Die Betroffenen haben“, so führte Herr Wölfling aus, „ähnlich wie bei anderen nichtstoffgebundenen Süchten – Symptome mit nahezu vollständiger Übereinstimmung im Vergleich zu den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wie der Cannabis- oder Alkoholabhängigkeit.“ Die Prävalenzrate der (exzessiven) Computerspiel-Süchtigen wird nach internationalen Studien zwischen 3 und 13 Prozent angegeben. Neben der Diagnostik der Computerspielsucht und Komorbiditäten ging Herr Wölfling auf die psychotherapeutischen Optionen der Computerspielsucht ein. Entgleiten der Spielzeiten, ein wahrgenommener Abfall der Leistungen in Ausbildung oder Beruf und soziale Rückzugstendenzen, so schilderte er, sind bedeutsame Anzeichen für ein wesentliches Problemverhalten. Abschließend stellte er ein Pilotprojekt für eine ambulante Gruppentherapie zum Pathologischen Glücksspiel und Computerspielsucht vor.

Ein eindrucksvoller Vortrag von Herrn Dipl.-Psych. Endrik Böhle (Asklepios Fachklinikum Wiesen) zu pathologischen Glücksspielen rundete das Fortbildungsangebot ab. Eine durchweg positive Resonanz der ca. 50 Teilnehmer zeigte sich auch in der äußerst engagierten Diskussion. Dem 1. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht ist zu entnehmen, dass in Sachsen 970.000 Personen Raucher und 65.000 Menschen alkoholabhängig sind, 103.000 Personen konsumieren missbräuchlich Alkohol, 16.000 Personen sind cannabisabhängig und zwischen 5.000 bis 15.000 sind pathologische Glücksspieler (bezogen auf die 18- bis 64-Jährige Bevölkerung im Freistaat Sachsen).

Die gesundheitlichen Gefahren übermäßigen Alkoholkonsums werden immer noch unterschätzt. Zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen wurde ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis (Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen) erarbeitet. Dieser ist über die Homepage der Bundesärztekammer (<http://www.bundesaerztekammer.de/>) in der Rubrik Prävention/Legale und illegale Drogen einsehbar.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
 Ärztliche Geschäftsführerin  
 E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

## Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen in Dresden

Auf Einladung des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft und der Sächsischen Landesärztekammer fand am 25. und 26.05.2009 die 34. Sitzung des Zentralen Erfahrungsaustauschs der Ärztlichen Stellen in der sächsischen Landeshauptstadt Dresden statt. Die Vertreter der Ärztlichen Stellen der einzelnen Bundesländer treffen

sich zweimal im Jahr, im Rahmen des zentralen Erfahrungsaustauschs, zur Erörterung fachlicher und organisatorischer Fragen. Dabei steht im Vordergrund, der Vorgehensweise der Ärztlichen Stellen bei der Beurteilung der Qualitätssicherung in radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen eine einheitliche Grundlage zu geben. Das bereits in der Praxis angewandte einheitliche Bewertungssystem wird dabei ständig aktualisiert. Traditionell wird der Zentrale Erfahrungsaustausch auch dazu genutzt, Vertretern verschiedener Gremien

wie Normungsausschüssen, Länderausschüssen und Strahlenschutzbehörden das Wort zu geben. Die zweitägige Veranstaltung wurde von den Teilnehmern wiederum als förderlich für Ihre Tätigkeit in den Ärztlichen Stellen angesehen.

Auch die Wahl des Tagungsortes im Festsaal der Neustädter Wache (Blockhaus) sowie das wunderschöne Wetter trugen zum Gelingen der Veranstaltung bei.

Dipl.-Phys. Klaus Böhme  
Leiter des Referates Ärztliche Stelle  
RöV/StrlSchV



Die Kreisärztekammer Dresden  
beehrt sich einzuladen zum

### 16. Dresdner Ärzteball

am 29. August 2009 um 18 Uhr  
in die Orangerie Schloss Pillnitz.

Der Billettpreis beträgt 65 Euro für Mitglieder,  
80 Euro für Nichtmitglieder der Kreisärztekammer Dresden.  
Anmeldungen bitten wir an unser Sekretariat, Frau Riedel, zu richten telefonisch  
unter 0351 8267-134 (dienstags Vormittag), per E-Mail kaek-dd@slaek.de  
oder schriftlich an die Sächsische Landesärztekammer Sachsen,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

## Ausstellungen

### Ausstellungen

#### Foyer und 4. Etage

Christine Schlegel  
Traumhafter Streifzug  
bis 12. Juli 2009

Henri Deparade  
Malerei  
15. Juli bis 13. September 2009

Vernissage:  
Donnerstag, 16. Juli 2009, 19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

Heike Wadewitz  
Kaltadelradierungen und  
Zeichnungen  
16. September bis 15. November 2009

Vernissage:  
Donnerstag, 17. September 2009,  
19.30 Uhr  
Einführung: Michael G. Fritz  
Schriftsteller, Dresden

## Krieg und Medizin

### Gewalt gegen Frauen in Kriegen



Dr. med. Monika Hauser

Frau Dr. med. Monika Hauser, Gründerin und Geschäftsführerin von „medica mondiale“, 2008 ausgezeichnet mit dem „Right Livelihood Award“ (Alternativer Nobelpreis), berichtete am 2. Juni 2009 im Deutschen Hygiene-Museum im Rahmen der Vortragsreihe „Menschen im Visier – Krieg und Medizin im 20. und 21. Jahrhundert“ davon, dass tausende Frauen Tag für Tag Opfer von brutaler Gewalt in Kriegen und bewaffneten Konflikten werden. Allein in der Demokratischen Republik Kongo sind aktuell mehr als 100.000 Frauen betroffen. „Sie werden vergewaltigt, verstümmelt, versklavt. Ihre Menschenrechte zählen nicht“, so Frau Dr. Hauser.

Die Frauen von Kriegs- und Konfliktregionen brauchen, damit sie ihr Leben wieder in ihre eigenen Hände nehmen können, Sicherheit vor Gewalt, Unterstützung zum Überleben sowie Gerechtigkeit bei der Strafverfolgung der Täter. Im Zentrum der Arbeit von Frau Dr. Hauser, Fachärztin für Gynäkologie und Frauenrecht-

lerin, stehen deshalb die Analyse dessen, was Frauen und Mädchen in Kriegen angetan wird sowie die Entwicklung von Unterstützungskonzepten, damit diese Frauen zumindest ein Stück Gerechtigkeit erfahren. „Ich verstehe meine Arbeit immer auch präventiv, weil wir durch Aufklärung und Sensibilisierung dem Tabu und Schweigen Öffentlichkeit entgegensetzen und dadurch die Macht der Täter zurückgedrängt wird.“ Für Frauen und Mädchen, die sexualisierte Gewalt im Krieg erfahren haben, sei es essenziell, dass Fachkräfte und auch die Menschen in ihrem Umfeld wissen, wie sich traumatische Erfahrungen akut und auch langfristig auswirken und wie sie die Betroffenen bei der Verarbeitung dieser Traumafolgen unterstützen können.

„medica mondiale“ arbeitet in Bosnien-Herzegovina, Kosova, Afghanistan, Liberia und im Kongo. Die Bundeskanzlerin wird zurzeit in einer Postkarten-Kampagne von vielen Frauen aufgefordert: „Setzen Sie sich in Deutschland und international gegen Kriegsgewalt gegenüber Frauen“ ein. Weitere Informationen im Internet unter [www.medicamondiale.org/](http://www.medicamondiale.org/).

### Traumata – Krieg ohne Ende

Am 16. Juni 2009 fand im Rahmen der Vortragsreihe „Menschen im Visier – Krieg und Medizin im 20. und 21. Jahrhundert“ ein weiterer Vortrag mit dem Titel „Traumata: Krieg ohne Ende“ statt. Dr. Karl-Heinz Biesold, Leiter der Abteilung Neurologie und Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg, lenkte die Aufmerksamkeit der Zuhörer der Reihe erstmals auf die außergewöhnlichen Anforderungen, denen Bundeswehrsoldaten im Auslandseinsatz ausgesetzt sind. Die alltäglichen Bedingungen eines Einsatzes bergen zahlreiche Belastungen in sich. Treten zusätzlich kurzfristige

oder länger dauernde Extremsituationen auf, kann die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung überfordert



Dr. med. Karl-Heinz Biesold  
Foto: Oliver Killig (2), Copyright  
Deutsches Hygiene-Museum

werden. Traumafolgestörungen treten nicht selten verzögert auf und entfalten ihre schädigende Wirkung oft erst, wenn der Einsatz längst vorbei ist.

Die Vortragsreihe „Menschen im Visier – Krieg und Medizin im 20. und 21. Jahrhundert“ war eine weitere erfolgreiche Kooperationsveranstaltung des Deutschen Hygiene-Museums und der Sächsischen Landesärztekammer. Vom 5. Mai bis 23. Juni 2009 vermittelten insgesamt acht namhafte Referenten den interessierten Zuhörern das Spannungsfeld zwischen Krieg und Medizin – auf der einen Seite die Zerstörungskraft und das menschliche Elend des Krieges, auf der anderen Seite das Selbstverständnis der Medizin, Menschen zu heilen und gesund zu erhalten. Die aktuelle Ausstellung „Krieg und Medizin“ im Deutschen Hygiene-Museum Dresden ist noch bis zum 9. August 2009 zu sehen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Anja Hemmerich M.A.

## Horst-Bourmer-Preis 2009

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, ist zentraler Gedanke der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Seit vielen Jahren bietet sie Arztkindern, deren Eltern infolge unerwarteter Schicksalsschläge in finanzielle Not geraten sind, sowie Waisen aus Arztfamilien finanzielle Unterstützung an. So soll den Hilfesuchenden der Weg in die berufliche Existenz ermöglicht werden.

Als weitere Motivation und Förderung dieser Kinder und Jugendlichen schreibt die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ den „Horst-Bourmer-Preis“ für besonders herausragende Leistungen in den Kategorien:

- Schulausbildung,
- Berufsausbildung,
- Studienausbildung

aus.

Der Preis ist mit jeweils 1.000 EUR dotiert und wird im Rahmen der jährlichen Hauptversammlung des Hartmannbundes verliehen. Bewerbungen können sich Kinder und Jugendliche zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr, die zu dem Personenkreis bedürftiger Arztkinder gehören. Einsendeschluss ist der 1. August 2009.

Neben den herausragenden schulischen und fachlichen Leistungen werden die Gesichtspunkte einer erschwerten persönlichen Situation aufgrund finanzieller Bedürftigkeit oder sonstiger Umstände in die Wertung mit einbezogen.

Mehr Informationen zu den Voraussetzungen, zum Antrag und zum Bewerbungsverfahren erhalten Sie unter: Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“  
Sabine Beukert  
Tel. 030 20620853  
E-Mail: info@aerzte-helfen-aerzten.de

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den Vorsitzenden der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Dr. Roland Quast, Schützenstraße 6a, 10117 Berlin.

## Forschungspreis 2009

Der Forschungspreis der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wird im Jahr 2009 zum ersten Mal vergeben. Ausgezeichnet werden sollen innovativ-wegweisende wissenschaftliche Arbeiten aus der neurobiologischen und psychosozialen, versorgungsnahen Forschung zu depressiven Erkrankungen.

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe möchte durch diesen Preis Schritte zur optimierten Diagnostik sowie zur Behandlung und Versorgung depressiv erkrankter Menschen fördern und auszeichnen.

Der Forschungspreis der Stiftung Deutsche Depressionshilfe ist mit 5.000 EUR dotiert.

Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig, Telefon: 0341 9724493, info@deutsche-depressionshilfe.de.

## Stiftungsprofessur für regenerative Therapien bei Diabetes mellitus

Prof. Dr. med. Mathias D. Brendel erhielt die Hans-Christian-Hagedorn Stiftungsprofessur. Die Dresdner Diabetes-Forschung wird durch die Neuberufung weiter gestärkt.

Mit der Hans-Christian-Hagedorn Stiftungsprofessur wird das Dresdner Exzellenz-Cluster zum Thema „Metabolismus“ weiter ausgebaut. Den Ruf für diese neue Professur erhielt Prof. Dr. med. Mathias D. Brendel, der damit die Forschungsschwerpunkte „Regenerative Therapien bei Diabetes mellitus“ und „Inselzelltransplantationen“ an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden aktiviert und die Versorgung der Patienten verbessert.

## Treffen der Studienjahresabgänger 1967 der Universität Leipzig

Unser traditionelles Treffen findet in diesem Jahr wieder am 2. Oktober statt. Wir lassen uns zunächst durch die neuen Räumlichkeiten des Instituts für Biochemie führen und treffen uns um 16.00 Uhr vor dieser Einrichtung in der Johannisallee 30. Ab 19.00 Uhr steht uns dann wieder ein separater Raum in Auerbachs Keller zur Verfügung.

Teilnahmemeldung bitte an:

Priv. Doz. Dr. Bernd Wiedemann  
(E-Mail: bewiedemann@t-online.de,  
Tel.: 0341 2311452,  
Handy: 0160 92353013) oder  
Dr. Hans-Otto Kluge  
(Tel.: 0871 23184).

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ganz herzlich ein zum Seniorentreffen

**am 1. September 2009, 15.00 Uhr, im Plenarsaal der Landesärztekammer Dresden.**

Es ist uns gelungen, Frau Oberärztin Dr. Beuthin vom PET-Zentrum Rosendorf als Referentin zu einem Referat „Neue diagnostische bildgebende Verfahren in der Nuklearmedizin und Radiologie“ zu gewinnen. Seien Sie dazu und zum anschließenden Beisammensein vielfach eingeladen!

Ihr Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden

## Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom **20.07.2009 – 07.08.2009** nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 8267411 zur Verfügung.

## Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz zum 75. Geburtstag



Am 15. Juni 2009 begeht Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz, der Nestor der antibakteriellen Chemotherapie der DDR, seinen 75. Geburtstag. Anlass für eine kurze Rückschau auf ein engagiertes Arztleben.

Er wurde 1934 in Leipzig als zweites von vier Kindern geboren und besuchte in Leipzig die Schule, die er 1952 mit dem Abitur abschloss. Danach folgte das Medizinstudium von 1952 bis 1957 an der Universität Leipzig bei so bedeutenden akademischen Lehrern wie Kurt Alverdes, Heinrich Bredt, Max Bürger und Robert Schröder.

1957 promovierte Christian Tauchnitz zum Dr. med. über ein mikrobiologisch-experimentelles Thema unter Prof. Dr. Georg Wildführ.

Nach der Pflichtassistentenzeit am Kreis-krankenhaus Eilenburg kehrte er 1960 nach Leipzig zurück, um als wissenschaftlicher Assistenzarzt am Institut für medizinische Mikrobiologie der Universität Leipzig unter Prof. Dr.

Georg Wildführ die Facharztausbildung zum Facharzt für Mikrobiologie zu beginnen. 1965 folgte der Wechsel an die Medizinische Klinik der Universität Leipzig, wo er unter Prof. Dr. Rolf Emmrich 1970 die Facharztanerkennung für Innere Medizin 1970 erwarb.

Sein besonderes berufliches Interesse galt der Therapie von Infektionen. Beispielhaft dafür steht das Thema seiner 1974 verteidigten Habilitationsschrift „Synergistische Antibiotika-Kombinationen. Experimentelle und klinische Ergebnisse“.

Über die Grenzen Leipzigs und der damaligen DDR hinaus bekannt wurde er spätestens mit der Herausgabe seines Buches „Rationelle antimikrobielle Chemotherapie“, erschienen bei J. A. Barth, Leipzig, mit vier Auflagen 1976, 1980, 1987, 1989.

Diesem Thema widmete er sich mit ganzer Leidenschaft. Seinem Engagement zusammen mit dem Pädiater Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick war es zu danken, das für den damaligen Bezirk Leipzig Richtlinien für den sinnvollen Umgang mit Antibiotika erarbeitet wurden, die jedem Arzt zugänglich waren und deren Erfolg sich schon bald in einem deutlichen Rückgang des Verbrauchs von Antibiotika niederschlug. Ein Ergebnis, das so auffallend war, das die Leipziger Vorschläge letztlich für die gesamte damalige DDR zur Anwendung kamen.

Seit dem 1976 erfolgten Wechsel an das Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Leipzig, zunächst als Klinischer Oberarzt, ab 1981 als Chefarzt der Inneren Abteilung, erhielt Christian Tauchnitz auch begrenzt Gelegenheit zum Besuch internationaler Kongresse auf dem Gebiet der Infektiologie und antibakteriellen Chemotherapie. Schon damals pflegte er

im Rahmen der Möglichkeiten den freundschaftlichen fachlichen Austausch mit Kollegen aus der damaligen Bundesrepublik und der übrigen Welt und knüpfte Beziehungen, die bis heute Bestand haben.

1981 erfolgte dann die Berufung zum Honorarprofessor und 1987 zum Honorarprofessor an der Universität Leipzig. Hier hielt er eine gut besuchte eigene Vorlesungsreihe zum Thema der antibakteriellen Chemotherapie.

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres trat Christian Tauchnitz 1999 in den wohlverdienten Ruhestand, war seither aber keineswegs untätig. So moderierte er bis 2008 das alljährliche Potsdamer Chemotherapieforum und engagierte sich durch die Erarbeitung von Arzneimittelgutachten für die Nachzulassung von Altantibiotika. Nach wie vor ist er als medizinischer Gutachter aktiv.

Auch politisch und kulturell war und ist Christian Tauchnitz immer am aktuellen Zeitgeschehen interessiert. Dem Regime der DDR stand er stets kritisch gegenüber, was seiner beruflichen Karriere nicht immer zweckdienlich gewesen sein dürfte. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands engagierte er sich mehrere Jahre aktiv im Paulinerverein für den Wiederaufbau der Leipziger Universitätskirche.

Als reisefreudiger Sachse nutzt er den Ruhestand natürlich auch für interessante Reisen um die Welt, insbesondere auf deren Meeren.

Für die kommenden Jahre wünschen wir ihm noch so manche schöne Reise an der Seite seiner Frau Brigitte, Gesundheit und frohe Stunden mit Kindern und Enkelkindern.

Prof. Dr. med. habil. Arne Rodloff, Leipzig

## Dr. med. Peter Schwenke zum 75. Geburtstag



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und die Mitglieder des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“ gratulieren

Herrn Dr. Peter Schwenke recht herzlich zu seinem 75. Geburtstag und wünschen ihm baldige Genesung. Als Arzt hat sich Herr Dr. Schwenke hervorragende medizinwissenschaftliche und berufspolitische Verdienste erworben. Bereits Anfang der sechziger Jahre hat er sich um die Gründung eines Bundes „Deutsche Ärzte, Zahnärzte und Apotheker“ im Bezirk Leipzig bemüht. Als aktives Mitglied am „Runden Tisch Gesundheitswesen“ in Leipzig hat Herr Dr. Schwenke gemeinsam mit Herrn Professor Dr. med. Heinz Diettrich die Gründung der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 1990 vorbereitet. Vom 12.1.1991 bis zum 28.11.1999 war der Jubilar Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig Stadt, von 1990 bis 1999 Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Herr Dr. Schwenke unterstützte im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer den Aufbau der Niederschlesischen Ärztekammer in Breslau.

Geprägt durch die jahrelange erfolgreiche Berufstätigkeit und die gesundheitspolitische Tätigkeit vor und nach der friedlichen Revolution 1989 war er immer bereit, bei Beratungen zur Umgestaltung des polnischen Gesundheitssystems vor Ort zu helfen.

Herr Dr. Schwenke hat sich an elf Deutschen Ärztetagen konstruktiv beteiligt. Er hat berechtigte Kritik an den Irrwegen und an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens des vereinten Deutschlands geübt. Für seine besonderen berufspolitischen Aktivitäten erhielt er den „Verdienstorden des Freistaates Sachsen“. Die Bundesärztekammer ehrte ihn mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette, die Sächsische Landesärztekammer verlieh ihm die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“, und wegen seiner aktiven Mithilfe beim Aufbau der Niederschlesischen Ärztekammer erhielt Herr Dr. Schwenke die von „v.Mikulicz-Radecki-Medaille“.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

## Unsere Jubilare im August 2009 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.08. Dr. med. Müller, Eva-Maria  
09484 Oberwiesenthal
- 04.08. Dr. med. Müller-Dieckert, Harald  
09306 Rochlitz
- 05.08. Dr. med. Fehre, Petra  
04420 Markranstädt
- 06.08. Dr. med. Aisch, Winfried  
09669 Frankenberg
- 07.08. Dr. med. Lesche, Aquina  
01561 Tauscha
- 07.08. Dr. med. Taut, Marianne  
01705 Freital
- 09.08. Tischer, Heidrun  
01623 Schleinitz
- 10.08. Prof. Dr. med. Höffken, Gert  
01309 Dresden
- 14.08. Dr. med. Auerbach, Matthias  
09131 Chemnitz
- 17.08. Nedo, Gabriele  
01169 Dresden
- 18.08. Prof. Dr. med. habil.  
Ettrich, Christine  
04275 Leipzig
- 21.08. Dr. med. Pieschnick, Barbara  
01904 Neukirch
- 24.08. Dr. med. Jähne, Günther  
02788 Hirschfelde  
OT Wittgendorf
- 24.08. Dr. med. Wetzler, Günter  
04207 Leipzig

- 25.08. Dipl.-Med. Frese, Katrin  
08248 Klingenthal
- 25.08. Dr. med. Otto, Birgit  
02828 Görlitz
- 30.08. Rohstock, Holm-Rüdiger  
09526 Olbernhau

### 65 Jahre

- 04.08. Dr. med. habil. Wolf, Bernhard  
02894 Reichenbach/OT Schöps
- 06.08. Dipl.-Med. Kaufmann, Klaus  
09569 Oederan
- 06.08. Dr. med. Schubert, Michael  
08412 Leubnitz Forst
- 09.08. doctor medicinae universae/  
Medizinische Universität  
Budapest Fitscheva-Schulze,  
Valentina  
01662 Meißen
- 09.08. Dr. med. Rothenberg, Ursula  
04229 Leipzig
- 10.08. Dr. med. Claus, Werner  
04416 Markkleeberg
- 10.08. Dr. med. Herbrich, Dieter  
02779 Großschönau
- 10.08. Dr. med. Sterzel, Gudrun  
02708 Löbau
- 11.08. Hamann, Sigrid  
09638 Lichtenberg
- 12.08. Dr. med. Fuchs, Jürgen  
01591 Riesa
- 12.08. Hautsch, Heidrun  
09111 Chemnitz
- 12.08. Dr. med. Zerbes, Reinhilde  
01189 Dresden

- 13.08. Dr. med. Albert, Harry  
08491 Netzschkau
- 14.08. Sawistowsky, Karin  
04277 Leipzig
- 16.08. Dr. med. Lemme, Helga  
04668 Böhlen
- 17.08. Dipl.-Med. Pawlik, Jürgen  
01640 Coswig
- 23.08. Dr. med. Cebulla, Mathias  
04155 Leipzig
- 24.08. Prof. Dr. med. habil.  
Herrmann, Thomas  
01326 Dresden
- 24.08. Prof. Dr. med. habil.  
Taubert, Gerhard  
04107 Leipzig
- 25.08. Dr. med. Kühnel, Peter  
04463 Großpösna
- 25.08. Stiehler, Gisela  
02953 Halbendorf
- 25.08. Dr. med. Sturm, Diethard  
09125 Chemnitz
- 26.08. Dr. med. Dittrich, Barbara  
04749 Ostrau-Noschkowitz
- 26.08. Kolbe, Petra  
09648 Altmittweida
- 27.08. Dr. med. habil. Oehler, Dirk  
04158 Leipzig
- 27.08. Dr. med. Posselt, Frank  
02748 Bernstadt
- 28.08. Dr. med. Steuer, Wolfgang  
08112 Wilkau-Haßlau
- 30.08. Dr. med. Kleine, Klaus  
09111 Chemnitz
- 30.08. Weißbach, Gertraude  
04209 Leipzig

**70 Jahre**

- 01.08. Dr. med. Trommer, Jürgen  
08060 Zwickau
- 03.08. Dr. med. Schulze, Werner  
04105 Leipzig
- 05.08. Dr. med. Kühn, Wolfdieter  
09577 Niederwiesa
- 05.08. Dr. med. Pollack, Christa  
01109 Dresden
- 05.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Reiners, Barbara  
01277 Dresden
- 06.08. Dönitz, Ursula  
01259 Dresden
- 06.08. Kunze, Hildegart  
01877 Demitz-Thumitz/  
OT Pohla
- 09.08. Fiedler, Wolfgang  
02791 Oderwitz
- 09.08. Dr. med. Krumbein, Helga  
04435 Schkeuditz
- 09.08. Dr. med. Reichler, Martin  
09599 Freiberg
- 11.08. Dr. med. Koppo, Regine  
04209 Leipzig
- 12.08. Dr. med. Bernhardt, Gerlinde  
09456 Annaberg-Buchholz
- 12.08. Dr. med. Knöpel, Elke  
04779 Wernsdorf
- 12.08. Dr. med. Schubert, Gerhard  
09599 Freiberg
- 14.08. Riedel, Manfred  
02828 Görlitz
- 15.08. Dr. med. Hübner, Klaus  
08468 Reichenbach
- 16.08. Dr. med. habil. Hirsch, Cornelia  
04299 Leipzig
- 19.08. Dr. med. Reuner, Wolfgang  
02625 Bautzen
- 19.08. Dr. med. Voigt, Marianne  
04158 Leipzig
- 20.08. Dr. med. Bartsch, Christine  
02763 Eckartsberg
- 20.08. Fiegert, Gisela  
04860 Torgau
- 20.08. Dr. med. Kadner, Ortrud  
04178 Leipzig
- 21.08. Wendel, Ursula  
09496 Marienberg
- 22.08. Buschnakowski, Renate  
04668 Grimma
- 23.08. Dr. med. Elfeld, Christine  
01309 Dresden
- 23.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Grube, Manfred  
09117 Chemnitz
- 24.08. Demitrowitz, Siegfried  
08371 Glauchau
- 25.08. Dr. med. Krieger, Birgit  
01187 Dresden
- 25.08. Lehmann, Angelika  
02997 Wittichenau
- 26.08. Blanckmeister, Hans-Ludwig  
01219 Dresden
- 27.08. Dr. med. Schwarzenberg, Gisela  
08056 Zwickau
- 27.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Schwenke, Reiner  
01454 Ullersdorf
- 28.08. Dr. med. Olczyk, Dieter  
04416 Markkleeberg
- 28.08. Dr. med. Spür, Wolf-Rüdiger  
02763 Zittau
- 31.08. Dr. med. Knechtel, Manfred  
02826 Görlitz

**75 Jahre**

- 03.08. Prof. Dr. med. habil.  
Mättig, Heinz  
04158 Leipzig
  - 03.08. Dr. med. Reissmüller, Rosemarie  
01069 Dresden
  - 03.08. Dr. med. Spitzner, Gudrun  
04299 Leipzig
  - 05.08. Dr. med. Thiele, Fritz  
08107 Kirchberg
  - 06.08. Dr. med. Eisermann, Christa  
09419 Thum
  - 07.08. Dr. med. Thiele, Helmut  
08223 Falkenstein
  - 08.08. Dr. med. Scheel, Horst  
04229 Leipzig
  - 08.08. Prof. Dr. sc. med.  
Schmidt, Dieter  
01307 Dresden
  - 08.08. Dr. med. Winkler, Gerhard  
08064 Zwickau
  - 12.08. Dr. med. Böhmer, Ingelore  
02708 Löbau
  - 13.08. Dr. med. Wagner, Hildegard  
01099 Dresden
  - 14.08. Magyar, Käthe  
04720 Döbeln
  - 14.08. Rauher, Horst  
01108 Dresden
  - 15.08. Dr. med. Schmidt, Regina  
01219 Dresden
  - 15.08. Dr. med. Zimmermann, Heinz  
09126 Chemnitz
  - 16.08. Dr. med. Strümpfel, Reinhard  
09113 Chemnitz
  - 17.08. Dr. med. Bürger, Ursula  
02708 Niedercunnersdorf
  - 17.08. Dr. med. Keller, Dieter  
01277 Dresden
  - 17.08. Dr. med. Wichmann, Georg  
01328 Dresden
  - 20.08. Dr. med. Jehmlich, Anneliese  
09557 Flöha
  - 20.08. Knappe, Renate  
01809 Heidenau
  - 20.08. Prof. Dr. sc. med.  
Ulrich, Wulff-Dieter  
04229 Leipzig
  - 22.08. Buchta, Christa  
01662 Meißen
  - 22.08. Dr. med. Sielaff, Günter  
01259 Dresden
  - 23.08. Dr. med. Hebenstreit, Klaus  
08056 Zwickau
  - 23.08. Dr. med. Sack, Gudrun  
04277 Leipzig
  - 24.08. Dr. med. Herold, Eva  
01309 Dresden
  - 27.08. Dr. med. Reilein, Sigrid  
04103 Leipzig
- 80 Jahre**
- 05.08. Dr. med. Friedrich, Sigrid  
04109 Leipzig
  - 06.08. Engelhardt, Gerda  
09243 Niederfrohna
  - 06.08. Prof. Dr. med. habil.  
Geidel, Heinrich  
01067 Dresden
  - 09.08. Dr. med. Graf, Werner  
01326 Dresden
  - 10.08. Dr. med. Conrad, Charlotte  
02785 Olbersdorf
  - 22.08. Dr. med. Reuter, Gisela  
02826 Görlitz

**81 Jahre**

- 05.08. Prof. Dr. med. habil.  
Müller, Martin  
04277 Leipzig
- 30.08. Dr. med. Breninek, Alice  
09112 Chemnitz

**82 Jahre**

- 20.08. Dr. med. Böhme, Armin  
01109 Dresden
- 22.08. Dr. med. Reim, Christa  
09120 Chemnitz
- 29.08. Dr. med. Wiener, Horst  
01738 Colmnitz

**83 Jahre**

- 01.08. Dr. med. Rose, Doris  
01277 Dresden
- 15.08. Dr. med. Neumann, Albrecht  
02827 Görlitz
- 26.08. Dr. med. Klinge, Gerhard  
08280 Aue

**84 Jahre**

- 04.08. Dr. med. Günther, Irmgard  
09228 Wittgensdorf
- 29.08. Dr. med. Lorey, Herta  
09474 Crottendorf

**86 Jahre**

- 11.08. Dr. med. Heller, Annemarie  
01259 Dresden

**87 Jahre**

- 26.08. Dr. med. Bormann, Richard  
08058 Zwickau
- 27.08. Dr. med. Reichelt, Manfred  
08058 Zwickau

**89 Jahre**

- 02.08. Dr. med. Thomas, Erich  
01640 Coswig
- 03.08. Dr. med. Brückner, Brunhilt  
09113 Chemnitz
- 14.08. Dr. med. Scheibner, Karl  
09114 Chemnitz
- 30.08. Dr. med. Perschke, Otfried  
08141 Reinsdorf b. Zwickau

**90 Jahre**

- 15.08. Knauer, Heini  
08645 Bad Elster
- 25.08. Dr. med. Fischer, Eberhard  
04107 Leipzig

**91 Jahre**

- 25.08. Dr. med. Müller, Horst  
01705 Freital

**92 Jahre**

- 18.08. Dr. med. Dewald, Ursula  
02828 Görlitz

**93 Jahre**

- 13.08. Dr. med. Pingel, Christian  
01277 Dresden

**95 Jahre**

- 16.08. Dr. med. Dittmann, Alfred  
09337 Callenberg

**97 Jahre**

- 24.08. Dr. med. Ose, Hans  
04229 Leipzig

## Verstorbene Kammermitglieder

Verstorbene seit dem  
16. Dezember 2008 bis zum  
22. Juni 2009

*„Außer der Zeit gehört mir  
nichts“  
Seneca der Jüngere  
(1 – 65 n. Chr.)*

Wir wollen derjenigen Ärztinnen und Ärzten unserer Sächsischen Landesärztekammer gedenken, welche im Zeitraum vom 16. Dezember 2008 bis zum 22. Juni 2009 verstorben sind.

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

**Dr. med. Detlev Adler**  
Freiberg  
**Dr. med. Ingeborg Baum**  
Crimmitschau  
**Dr. med. Roselore Beyrich**  
Leipzig  
**Günther Bleischwitz**  
Radeberg  
**Dr. med. Ursula Bloch**  
Reichenbach  
**Volodymyr Bolhak**  
Nürnberg  
**Dr. med. Heinz Böttrich**  
Chemnitz  
**Dr. med. Karl Bulirsch**  
Espenhain  
**Dr. med. Ulrich Dünnebier**  
Schkeuditz  
**Dr. med. Martina Eggert**  
Bad Elster  
**Dr. med. Karla Fanger**  
Zwickau  
**Dr. med. Margitta Förster**  
Dresden  
**Dr. med. Wolfgang Funke**  
Dresden  
**Adam Geisler**  
Leipzig  
**Dr. med. Rosemarie Greuel**  
Mittweida  
**Dr. med. Bodo Gronemann**  
Schönwölkau  
**Ellen Hecker**  
Dresden  
**Dr. med. Gerhard Heil**  
Zwickau  
**Günther Hempel**  
Miltitz  
**Dr. med. Christof Hilpmann**  
Niederlungwitz  
**Dr. med. Klaus Jänicke**  
Leipzig  
**Dr. med. Rolf Jurke**  
Dresden  
**Dr. med. Anna-Maria Kehrberg**  
Leipzig

**Roland Kühne**  
Gornsdorf  
**Dr. med. Joachim Kunze**  
Dresden  
**Bernd Lindner**  
Oelsnitz  
**Dr. med. Helmut Löffler**  
Zschopau  
**Ursel Löhnert**  
Radeberg  
**Dr. med. Otto Ludwig**  
Leipzig  
**Prof. Dr. sc. med.  
Klaus Neumeister**  
Chemnitz  
**Dr. med. Ludwig Nitzsche**  
Radebeul  
**Dr. med. Detlef Oder**  
Werdau  
**Dr. med. Reiner Oettel**  
Leipzig  
**Dr. med. Hildegund Olbrich**  
Bautzen  
**Dr. med. Herbert Pastor**  
Tharandt  
**Borys Rakulov**  
Leipzig  
**Dipl.-Med. Udo Roßner**  
Olbernhau  
**Klaus Schaarschmidt**  
Chemnitz  
**Dr. med. Siegfried Scholze**  
Bischofswerda  
**Dr. med. Matthias Schwarzbach**  
Görlitz  
**Dr. med. Gunter Teichler**  
Frankenberg  
**Ulf Thies**  
Dresden  
**Dr. med. Karl-Gerhard Voigt**  
Leipzig  
**Dr. med. Gert Wünsche**  
Dresden

## Entstehung und Bedeutung der Klostermedizin

Es war ein Ereignis von weltgeschichtlicher Bedeutung: Der römische Kaiser Theodosius I. erklärte im Jahre 380 das Christentum zur Staatsreligion des Römischen Reiches. Dadurch wurde dem Christentum das Tor der Welt aufgestoßen und eine große Tür für die Medizingeschichte Europas geöffnet. Das sich in der Folgezeit entwickelnde Mönchtum erlangte durch den Abt Benedikt von Nursia (um 480 bis 547), der etwa 527 ein Kloster auf dem Monte Cassino in Süditalien gründete, für das geistige und kulturelle Leben Europas größte Bedeutung. Benedikt verpflichtete die bisher wandernden Mönche mit seiner Ordensregel „Regula Benedicti“ zur Sesshaftigkeit in Klöstern. Er entwarf das Bild vom betenden und aktiv arbeitenden Ordensmenschen, ora et labora, bete und arbeite. Als spätere Folge dieser Entwicklung entstanden zum Beispiel die mitteldeutschen Benediktinerklöster in Ballenstedt, Brehna und 1119 in Riesa. Aus den Benediktinern spaltete sich der reformistische Zisterzienserorden 1098 in Cîteaux (Burgund) ab. Von hier aus kam es zu Klosterneugründungen in ganz Europa, zum Beispiel auch in Altzella b. Nossen 1162 und die Abtei Nimb-schen bei Grimma, die 1291 durch Zisterziensernonnen aus Marienthron

bei Torgau bezogen wurde. 1509 bis 1523 lebte hier als Nonne Katharina von Bora, Luthers späteres Ehe-weib. Weitere Orden waren der katholische Bettelorden der Franziskaner und der Predigerorden der Dominikaner. Die Klöster waren damals wie kleine Städte organisiert mit geistigem Teil wie Kirche, Kreuzgang, Kapitelsaal zum Gebet, Schlafsaal, Speisesaal (Refektorium) und mit Arbeitsstätten wie eigene Landwirtschaft, Fischerei, Mühle, Bäckerei, Schreinerei, Metzgerei, Schmiede. Das Kapitel 37 der Regula verpflichtete die Mönche dazu, Kranken und Schwachen zu helfen: „Die Sorge für die Kranken steht vor und über allen Pflichten.“ Dies entspricht dem Gebot der Barmherzigkeit des neuen Testaments: „Krank bin ich gewesen, ihr habt mich besucht“ (Math. 25, 36). „Als er den Verwundeten sah, packte ihn ein großes Erbarmen...“ (Luk. 10, 33). Die Caritas, die Zuwendung zu Bedürftigen, war immer ein Anliegen des Christentums, denn „glücklich zu preisen, die barmherzig sind, denn sie werden Barmherzigkeit erlangen“ (Math. 5, 7). Deshalb erklärte Papst Gregor I., der Große (590 bis 604), die Regula Benedicti als verbindlich für alle katholischen Orden. Nicht nur die Ordensbrüder, sondern alle um Hilfe bittenden Kranken, sollten behandelt werden. Dies war für die damalige Zeit eine revolutionäre Neuerung. Die Jahre der Völkerwanderung (400 bis 600) stürzten Europa in ein Chaos, sodass ein Großteil des

Wissens und der Schriften der antiken Hochkulturen der Araber, Griechen, Ägypter und Römer verloren ging. Die Nonnen und Mönche konnten als Einzige lesen und schreiben. Sie sammelten und studierten erhalten gebliebene medizinische und andere Werke antiker Autoren wie Hippokrates, Avicenna, Galen und andere. Durch Anwendung der alten Behandlungsempfehlungen sammelten sie Erfahrung bei der Anwendung von Heilpflanzen und der Behandlung von Kranken. Die Regula Benedicti schrieb den Klöstern das Anlegen von Kräutergärten zur Kultivierung von Heilkräutern vor. In rechteckigen Beeten wurde eine Pflanzenart pro Beet zur Vermeidung von Verwechslungen angepflanzt. Auch Kaiser Karl der Große (747 bis 814) verpflichtete die Klöster und Städte gesetzlich zum Anlegen von Kräutergärten. Die Ordensleute vervielfältigten die antiken Schriften durch Abschreiben, schrieben selbst ihre medizinischen Erfahrungen bei der Heilung von Krankheiten auf und richteten Bibliotheken mit dem damaligen Wissen ein. Im 8. Jahrhundert entstand im Kloster Lorch bei Worms das Lorcher Arzneibuch als Rezeptsammlung.

Der Mönch Odo Magdunensis beschrieb im 11. Jahrhundert im Werk „Macer floridus“ 80 Heilpflanzen. 1150 bis 1160 verfasste die Abtessin Hildegard von Bingen die 9 Bände ihrer „Physica“ und „Causae et curae“. Sie beschrieb die Heilkraft von Pflanzen, Mineralien, Edelsteinen, Metallen, tierischen Produkten. In der Bevölkerung existierte eine Volksmedizin durch „weise Frauen“ und Hebammen. Für die Pflege der Kranken hatte jedes Kloster einen Mönch als „Diener“ (Infirmarius) und einen speziellen Raum, das Infirmarium. Aus diesem Raum wurde später das Klosterhospital, aus dem „Diener“ der Mönchsarzt. In einem anderen Raum, der Klosterapotheke verwaltete dieser als gleichzeitiger Klosterapotheker die geernteten Heilkräuter und andere Heilmittel. Die Caritas der Mönche und die Anweisung Benedicts, Mitbrüder und Schwestern des Klosters im Heilen zu unterweisen,



Blick in den Kräutergarten des Klosters Altzella



Eingangstor des Klosters Altzella

führte zur Entwicklung der Epoche der Klostermedizin. Den Mönchen und Nonnen oblag in Europa 600 bis 700 Jahre, vom Früh- bis ins Hochmittelalter, fast die gesamte medizinische Versorgung, und die Klöster übernahmen damit eine große soziale Verantwortung. Auch gegenwärtig gibt es noch eine Reihe sehr geschätzter kirchlicher Krankenhäuser. Ärzte und Schwestern verrichten wie der Möchsarzt ihren „Dienst“. Das theoretische Krankheitskonzept der Klosterheilkunde war die Viersäftelehre (Humoralpathologie) der Antike. Im „Corpus Hippocraticum“ des griechischen Arztes Hippokrates von Kos (um 460 v.Chr. bis 370 v. Chr.) werden unter anderem vier Kardinalsäfte im menschlichen Körper beschrieben, nämlich schwarze Galle, gelbe Galle, Blut und Schleim. Eine Störung in der Zusammensetzung und im Fluss dieser Säfte (Dyskrasie) bedeute Krankheit und eine Ausgewogenheit (Synkrasie) Gesundheit des Menschen. Eine Wiederherstellung der Eukrasie versuchte man durch Heilpflanzen, Mineralien, Schröpfen, Aderlässe, Erbrechen, Klistiere zu erreichen. Hippokrates fordert vom Arzt eine sorgfältige Untersuchung, Befragung und Beobachtung des Kranken sowie Hygiene, Vorsicht, Empathie und persönliche Integrität beim Umgang mit diesem. Durch die Autorität der Lehre des Hippokrates

wendet sich die Heilkunde von der magisch-religiösen Krankheitsinterpretation ab. Bis Hippokrates wurde eine Krankheit als von bösen Geistern und verschiedenen Göttern herbeigeführt angesehen. Die Gabe von Medizin, Beschwörungen, Zeremonien (Schamanentum) sollten die Götter günstig stimmen. Hippokrates erklärt erstmalig eine Krankheit körperlich aus dem Säfteungleichgewicht. Jede Krankheit hat eine erkennbare Ursache. Dies war eine epochemachende Neuorientierung und die Begründung der klassischen Medizin, nach heutiger Ansicht eines Nobelpreises würdig. Der römische Arzt Galen (um 129 bis 216) formulierte die Viersäftelehre umfassender und erweiterte sie durch die Vierelementenlehre mit Zuordnung von Temperamenten zu den Eigenschaften der Elemente. Die Humoralpathologie dominierte die medizinischen Vorstellungen bis in die frühe Neuzeit. Im 12. Jahrhundert kam es zu einer zunehmenden Akademisierung der Medizin durch Gründung von Universitäten wie Bologna (1111), Montpellier (1187), Paris 1268, Prag 1348, Leipzig 1409. Im 13. Jahrhundert wurde die ärztliche Approbation eingeführt, sodass die Klosterheilkunde zunehmend ihre Vormachtsstellung in Europa verlor. Die Schließung vieler Klöster im Zuge der Reformation beschleunigte diese Entwicklung. Die

Kranken wurden aber weiterhin nach den Erfahrungen der Klosterheilkunde behandelt. Die ehemalige Nonne Katharina von Bora, Luthers Frau, behandelte ihren Martin mit Mitteln aus der mittelalterlichen „Drecksapotheke“: Haferstrohbäder und Auflagen aus frisch abgesetztem Kuhmist bei Nierensteinen, Pferdeäpfel mit reichlich Knoblauch bei Harnverhalten, dazu gelbe Erbsen mit Brat- oder Salzheringen. Viele Orden unterhielten weiterhin am Rande der großen Pilgerwege nach Rom und Santiago de Compostela Hospitäler, wo Alte und Kranke versorgt wurden. Als „Ärzte der kleinen Leute“ fungierten die Betreiber von Badestuben, die Bader, welche auch Zähne zogen, Klistiere verabreichten, schröpften und Aderlässe vornahmen. Die Welt der Klöster umgibt auch heute noch eine ganz besondere Aura. Die gegenwärtig sehr beliebte Phytotherapie nutzt die alten Klosterschätze. Der „Bund der Freunde Hildegards“ bemüht sich um die Verbreitung der „Hildegardmedizin“ in Deutschland. In den gegenwärtigen Akupunkturkursen wird die 4-Elementenlehre behandelt in Verbindung zur Theorie der Akupunktur. Aderlässe und blutiges Schröpfen sind auch Relikte der Viersäftelehre.

Den Menschen wird derzeit eine Vielzahl von beliebten „alten“ Behandlungsmethoden außerhalb der klinischen Schulmedizin angeboten. Mit ihrem oft fernöstlichen Flair können diese bei sachgerechter Anwendung verschiedenen Menschen zusätzlich helfen. Diese adjuvanten Methoden bieten den Bedürftigen viel Zuwendung, die jeder Kranke benötigt. Die Grundlage jedes medizinischen Fortschrittes in der Behandlung von Kranken ist und bleibt aber die evidenzbasierte klinische Medizin, die das durchschnittliche menschliche Lebensalter im Vergleich zum Mittelalter verdreifacht hat.

Dr. med. Jürgen Fegé  
 Facharzt für Orthopädie  
 Hauptstraße 33A  
 09600 Weißenborn/OT Berthelsdorf

## Henri Deparade Malerei

Man muss sich etwas einsehen in den expressiven Duktus, die malerische Geste. Doch es dauert nicht lange, dann erschließen sich ange deutete Figuren (auch Landschaften). Mal kräftige, dann wieder schwung- hafte schwarze Linien, der flächig aufgetragenen Farbe Kontur gebend,



Agamemnon und Klytaimnestra, 2009, Tusche und Ölf. a. Pap., 100 x 70 cm

## Natur und Idee

### Staatliche Kunstsammlungen zei- gen den „ganzen“ Carus

Carl Gustav Carus (1789 – 1869) war eine der herausragenden Persönlich- keiten des 19. Jahrhunderts. 55 Jahre wirkte er als Arzt und Naturwissen-



Carl Gustav Carus: Kahnfahrt auf der Elbe, 1827 (siehe Katalog)

lassen Figuren hervortreten, geben ihnen Ausdruck bis in die Mimik der Gesichter. Häufig setzt Henri Deparade sein „Personal“ in Zweier- und Dreierkonstellationen, die von Liebe über Hass, Gewalt und Verrat bis zum Miteinanderauskommen im Kompromiss alle möglichen Bezie- hungsgeflechte ahnen lassen. Wenn- gleich er dabei, wie in Bildtiteln sichtbar, oft antike Stoffe zitiert, ver- folgt er doch keine erzählerische Absicht. Desgleichen gilt sein Inter- esse nicht vorrangig der Vergangen- heit. Vielmehr werden diese Stoffe zur Hintergrundfolie für allgemeine, das menschliche Leben im Individuel- len wie Gesellschaftlichen betref- fende, sehr heutige Fragen.

Der Hallenser Henri Deparade (Jahr- gang 1951) studierte zwischen 1972 und 1977 an der Hochschule für Kunst und Design Halle/Burg Giebi- chenstein. Von 1983 bis 1985 folgte dort ein Meisterschülerstudium bei Willi Sitte, von dem er sich malerisch freilich deutlich absetzte. Wie einige andere Hallenser Künstler verfolgte Deparade einen von veristischen, heute würde man sagen, fotorealisti-

schaftler, Philosoph und Künstler. Wie Goethe oder Alexander von Humboldt gilt er als „Universalge- lehrter“ und zugleich als Vertreter der Romantik in Dresden, die beson- ders von Caspar David Friedrich geprägt wurde. Diesem vielfältigen Lebenswerk widmen die Staatlichen Kunstsammlungen Dresden nun die Ausstellung „Carl Gustav Carus. Natur und Idee“. Im Kupferstich- Kabinett und im Semperbau am Zwinger erwarten den Besucher etwa 250 Gemälde und Zeichnungen von Carus sowie 50 Werke von Künstlern seines Umfelds. Ebenso kann der Besucher naturwissenschaftliche Illus- trationen, Schriften und Briefe, eben- so rund 30 Objekte aus der Abguss- und Schädelammlung, medizinische Gerätschaften, anatomische Präpa- rate und naturkundliche Zeugnisse betrachten – somit den „ganzen“ Carus erleben. Angeboten wird zu- dem ein umfangreiches Begleitpro- gramm von Sonntagsmatinee bis

schen Auffassungen geprägten Weg, der geeignet war, die kritische Pers- pektive auf die DDR-Realität auszu- drücken, und der unter anderem in einer düsteren Telefonzellen-Serie gipfelte. Die Ausreise kurz vor der Wende und die Rückkehr nach Halle in den frühen 90iger Jahren markie- ren eine Phase der Neuorientierung, die mit der Berufung auf eine Profes- sur für künstlerische Gestaltung an der Hochschule für Technik und Wirt- schaft Dresden 1992 einen relativen Abschluss fand.

Werke Henri Deparades sind nicht nur deutschlandweit bekannt, son- dern auch im Ausland, etwa in Öster- reich und der Schweiz. Zu nennen ist ebenso der 2004 realisierte Auftrag des IWF für ein Porträt des heutigen Bundespräsidenten Horst Köhler.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landes- ärztekammer vom 15. Juli bis 13. September 2009, Montag bis Frei- tag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 16. Juli 2009, 19.30 Uhr.**



Geburtshilfliches Beiwerk (siehe Katalog)

Wanderung. Ebenso liegen ein Kata- log und ein Essayband (Deutscher Kunstverlag) sowie ein Bestandsheft zu den Dresdner Carus-Werken vor. Ergänzend zeigt die Städtische Gale- rie im Landhaus das sogenannte „Carus-Album“, eine Porträtsamm- lung von Persönlichkeiten des Dresd- ner Geisteslebens im 19. Jahrhundert.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Bis 20. September, täglich 10.00 bis 18.00 Uhr, weitere Informati- onen [www.skd.museum.de](http://www.skd.museum.de)**