

## Das Herz-Team

Zwei der renommiertesten Herzspezialisten und Direktoren des Herzzentrums Leipzig, Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr (Herzchirurgie) und Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler (Innere Medizin/Kardiologie), wurden am 31. März 2017 mit einem feierlichen Festakt in den verdienten Ruhestand verabschiedet. Aus diesem Anlass hatte das „Ärztblatt Sachsen“ beide Mediziner zum Interview eingeladen.

Prof. Dr. med. F.-W. Mohr war bis 2017 Ärztlicher Direktor des Herzzentrums Leipzig und leitete seit Eröffnung des Hauses im September 1994 die Klinik für Herzchirurgie. Zu seinen Spezialgebieten zählen unter anderem die minimal-invasive Mitralklappenchirurgie sowie die Aorten-chirurgie. Den heute weit verbreiteten Einsatz der minimal-invasiven Operationstechnik (Schlüsselloch) in der Herzchirurgie hat er maßgeblich mitgebracht.

Prof. Dr. med. habil. G. Schuler hatte als Direktor der Klinik für Kardiologie die Tätigkeitsschwerpunkte in der Behandlung der koronaren Herzerkrankungen, der Herzklappenfehler, der Herzmuskelerkrankungen, der peripheren Gefäßerkrankungen und im Bereich der internistischen und kardiologischen Intensivmedizin. Er genießt weltweit Anerkennung bei der Behandlung von Aortenklappenerkrankungen mittels neuer perkutaner Implantationsverfahren. Eine breitgefächerte Palette an Spezialambulanzen (Chest Pain Unit, Herzinsuffizienz, Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern, Psychokardiologie, Pulmonale Hypertonie etc.) runden das kardiologische Spektrum ab.

**Prof. Schulze:** Anlässlich Ihrer feierlichen Emeritierung sind viele Vorträge zu Ihren Entwicklungen hier im Herzzentrum Leipzig gehalten worden. Wie fühlt man sich, wenn das Stethoskop weggelegt ist oder das Skalpell nicht mehr die Rolle spielt?

**Prof. Mohr:** Mir ist es nicht schwergefallen, das Skalpell aus der Hand

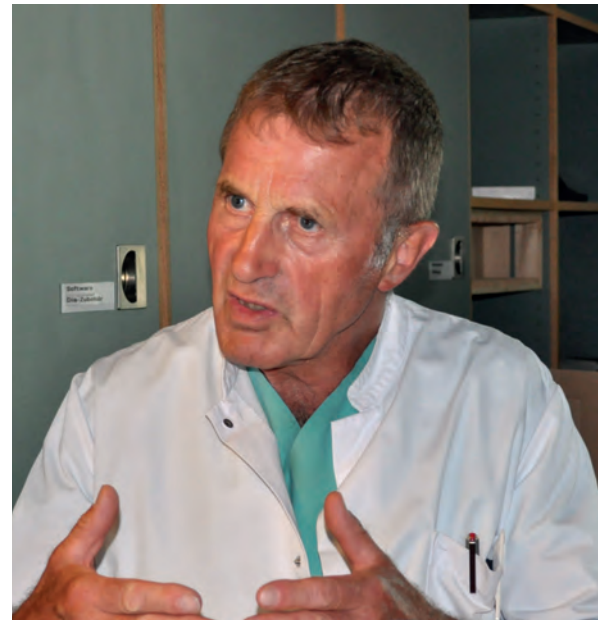
zu geben. Ich hatte im letzten Jahr bewusst darauf hingearbeitet, nur noch die Patienten zu operieren, die unbedingt von mir operiert werden wollten. Ich habe mich mehr auf die Arbeiten in den europäischen, amerikanischen und deutschen Fachgesellschaften und in der Deutschen Herzstiftung konzentriert. Des Weiteren bin ich hier im Leipzig Heart Institute als Geschäftsführer noch tätig. Aber es ist schon ein Umstieg. Da gab es zwei, drei kritische Tage am Anfang.

**Prof. Schulze:** Herr Schuler, wie haben Sie es verkraftet? Sie haben den Kittel noch an und sind offenbar aktiv?

**Prof. Schuler:** Ich hab mir den Übergang sehr viel einfacher vorgestellt. Ich bin nicht in ein tiefes Loch gefallen, aber ich komme mir vor, wie bei einer Bergwanderung, bei der man auf einem Grat entlanggeht und rechts geht es 600 Meter runter. Ich habe viele Dinge schon vor meiner Emeritierung vorbereitet, in der Hoffnung, dass diese dann alles ausfüllen, aber das ist nicht so. Die klaren Ziele sind verloren.

**Prof. Schulze:** Sie haben viele Erfahrungen in der Kardiologie, Kardiochirurgie gesammelt. Was waren Ihre größten Erfolge beim Aufbau dieser Kardiochirurgie resp. kardiologischen Spitzenmedizin in Leipzig?

**Prof. Mohr:** Am Anfang war die Situation schwierig. Es hatte sich ein universitäres Herzzentrum gegründet, aber keiner wusste, wohin der Weg führen würde. Der Empfang innerhalb der medizinischen Fakultät war relativ reserviert. Das hat sich



Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler

© SLÄK



Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr

© SLÄK

dann geändert, als Gerhard Schuler dazu kam und die Fakultät gesehen hat, wie erfolgreich wir publiziert

und uns in der Lehre engagiert haben. Inzwischen hat sich eine internationale starke Gruppe gebildet. Dass wir als Herz-Team immer gemeinsam aufgetreten sind, war wohl eines der wichtigsten Erfolgsgeheimnisse.

**Prof. Schuler:** Es gab natürlich viele herausragende Momente, die alle sehr wichtig waren. Aber ein Moment war für mich ganz besonders bedeutungsvoll als ich hier anfang: der Einstieg in diese neue Abteilung, die mit den allerbesten Voraussetzungen geschaffen worden war. Das Wichtigste war das Team, vor allem auch die Medizinisch Technischen Assistenten und die Schwestern, die vorbehaltlos mitgezogen haben. Das hatte ich in der Vergangenheit noch nie erlebt.

**Prof. Schulze:** Kommen wir noch einmal auf die Interaktion zurück. Hat sich der Kardiologe vom Chirurgen bevormundet gefühlt oder umgekehrt? Oder haben Sie Synergien gesucht und gefunden?

**Prof. Schuler:** Die Kardiologie hat es dem Chirurgen nicht einfach gemacht. Wir haben jedes Jahr ein Gebiet von der Chirurgie weggenommen. Das betraf zum einen die Vorhofseptumdefekte (ASD), dann die Karotiden und so weiter. Das war für die Chirurgie nicht einfach. Wir sind immer gute Kollegen geblieben und wir konnten uns aufeinander verlassen.

**Prof. Schulze:** Wir haben heute eine großartige Herzmedizin. Aber es stellt sich heraus, dass wir in den entwickelten europäischen Staaten zunehmend eine Spaltung erleben zwischen den sozial und vom Einkommen her privilegierten Men-

schen und denen mehr im Prekariat befindlichen. Worauf führen Sie das zurück?

**Prof. Mohr:** In Deutschland ist jede Krankenhausbehandlung ökonomisch durch die Krankenversicherung abgesichert. Das ist in England und anderen Ländern ganz anders und dadurch kommen auch teilweise ganz andere Ergebnisse heraus. Es ist auch eine Frage der Altersstruktur. In den dezentralen Regionen in Sachsen-Anhalt, Ostsachsen, Uckermark usw. ist keine Nahversorgung des Infarkts mit einer Akutintervention oder überhaupt die Präsenz eines Hausarztes vorhanden, sodass wir in diesen Regionen erstens überalterte kranke Patienten haben und zweitens ein zu kleines Netzwerk, um die reale Versorgung herzustellen. Sachsen ist aus meiner Sicht gut aufgestellt, weil wir relativ nah beieinander Herzkatheter-Labore haben und die beiden Herz-Chirurgien ausreichen, um die herzchirurgische Versorgung vorzunehmen. Die Frage ist doch: Wie viel und bis zu welcher Altersgrenze kann der Staat das langfristig noch bezahlen?

**Prof. Schulze:** Begründet die regional mangelhafte Versorgungssituation aus Ihrer Sicht die im Deutschen Herzbericht beschriebene Schlusslichtposition der neuen Bundesländer? Sie meinen, in den alten Bundesländern ist die Versorgung besser?

**Prof. Mohr:** Ja.

**Prof. Schulze:** Welchen Eindruck haben Sie von der Interaktion Hausarzt, kardiologisch tätige Ärzte in Praxen, Kliniken und Reha-Einrichtungen bei der Prävention und Versorgung?

**Prof. Schuler:** Wir haben heute ungeheure technische Möglichkeiten. Beispielsweise können wir inzwischen bei 100-Jährigen Klappen implantieren. Aber diese Erfolge, die mit der Herzchirurgie oder interventionellen Kardiologie errungen werden, haben nur Bestand, wenn der Patient bei der Prävention mitmacht. Das heißt, wenn er einen schönen Bypass bekommen hat, muss er mit dem Rauchen aufhören. Natürlich gibt es auch Patienten, die gesund leben. Aber die große Mehrheit der Patienten ist übergewichtig, hat hohen Blutdruck und Diabetes. Diese Patienten müssen in ihre Gesundheit investieren. Der Körper ist wie ein Betrieb. Wenn ich in einen Betrieb nichts investiere, geht der Betrieb bankrott. Und wenn ich dem Patienten sage: „Sie müssen jeden Tag eine halbe Stunde körperlich aktiv sein“, dann ist die Standardantwort: „Ich habe keine Zeit“.

**Prof. Mohr:** Durch die Hausärzte gibt es ausgesprochen gute niedergelassene Netzwerke, zu denen wir Kontakt aufnehmen, um mit diesen ins Gespräch zu kommen. Dies ist ein ausdrückliches Ansinnen von Helios. Wir müssen die Expertise des Herzzentrums über Vernetzungswege zu den Patienten vermitteln, damit diese auch an anderen Helios-Kliniken Sachsens adäquat betreut werden können. Dies kann durch die elektronische Übermittlung von Bildern geschehen, die man sich gemeinsam anschaut oder durch gleiche Behandlungsschemata. Dies bietet sich bei der Nachversorgung von Kunstherzpatienten an, die überall verteilt leben. Gerade bei diesen Patienten werden uns kontinuierlich übers Telefon die Quick-Werte zugespielt, sodass man weiß, wie sie stehen.

**Prof. Schuler:** Aber in diesem Moment ist das Kind schon in den Brunnen gefallen. Man kann es zwar noch korrigieren und reparieren, aber damit werden wir nie auf ein wirklich gutes Level kommen. Wir müssen vorher das Problem lösen, bevor der Schlaganfall eingetreten ist, bevor der Infarkt auftritt. Wenn

uns das nicht gelingt, dann werden wir es mit vielen Patienten zu tun haben, die den Schlaganfall erlitten und überlebt haben. Aber es sind schwer defekte Patienten.

**Prof. Schulze:** Dem Thema „Digitalisierung in der Medizin“ widmete sich der 27. Sächsische Ärztetag und der Deutsche Ärztetag. Wir müssen als Ärzteschaft das Thema mitgestalten.

**Prof. Mohr:** Richtig, wir sind mit der Handelshochschule Leipzig vernetzt. Es gab kürzlich einen „Investors Day“ zum Thema eHealth. 20 verschiedene Start-ups stellten sich vor. Sie entwickeln Strategien, Software usw. für die elektronische Krankenversorgung. Wir initiieren zusammen mit der Handelshochschule Leipzig einen Postgraduate Kurs, um genau diese Expertise eHealth und Oeconomics als MBA-Ausbildung am Leipzig Heart Institute zusammen zu entwickeln. Im Herbst wird es losgehen.

**Prof. Schulze:** Sie sind ja auch Vorreiter bezüglich der Register hier in Leipzig. Am Aorten-Register war ich ja selbst beteiligt. Gibt es weitere Bemühungen das fortzuführen?

**Prof. Mohr:** Eigentlich sollte es dieses Jahr aufhören, weil das Geld alle war. Dann teilte das Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz mit, dass dieses Aorten-Register neben dem Schrittmacher- und dem Hüftendoprothesen-Register als gesetzliches Register verankert werden soll. Wir wurden gebeten, für zwei weitere Jahre das Register weiterzuführen. Danach wird es gesetzlich verankert werden, das heißt jeder muss diese Angaben verpflichtend machen. Wir werden zwar nie die 100 Prozent erreichen, aber es ist ein sehr großes Register. Man wird zwar fragen: Ist ein Register so relevant wie eine randomisierte Studie? Eventuell wird man die randomisierte Studie

immer als besser hervorheben. Die reale Welt bildet sich aber manchmal konkreter im Register ab. Man sollte immer beides tun.

**Prof. Schulze:** Welche Erkenntnisse haben Sie aus dem Aorten-Register gezogen?

**Prof. Mohr:** Das Aorten-Register erfasst im Wesentlichen Endoprothesen. Große Fortschritte werden daraus nicht ersichtlich. Die Zahl der Aortendissektion und Behandlung ist über die Jahre ungefähr gleich geblieben. Es kommt darauf an, wo und vor allem wann die Patienten operiert werden. Wenn es vom Auftreten der Dissektion vier Tage oder länger dauert, haben sie die geringste Chance. Kürzlich erschien in einem europäischen Journal ein Artikel, in dem beschrieben wird, wie eng gleiche Qualität und Quantität miteinander verknüpft sind.

**Prof. Schulze:** Wie beurteilen Sie die Herzklappenchirurgie im Vergleich zur internistischen Einbringung der Herzklappen (zum Beispiel TAVI).

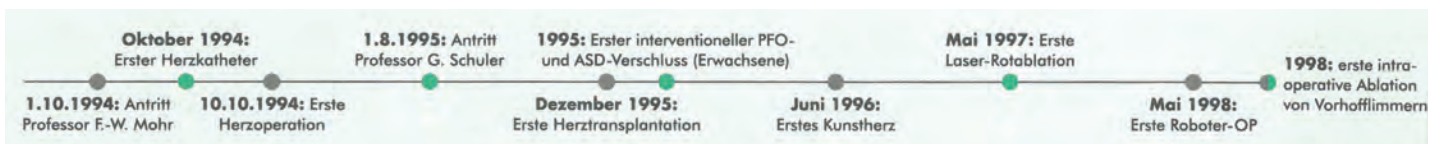
**Prof. Mohr:** Man kann sagen, dass die TAVI sich bei den älteren Risikopatienten sehr wohl etabliert haben und auch über die fünf Jahre hinweg die Mortalitätsraten bis auf zwei Prozent runtergegangen ist. Man hat natürlich die Patienten besser selektioniert, man behandelt durchaus schon jüngere Patienten. 25 Prozent der Patienten sind 70 bis 75 Jahre. Es kommt nun darauf an, wie die Klappen in ihrer Langzeithaltbarkeit den chirurgischen Klappen entgegenstehen. Die Daten zeigen, dass die Antikoagulation aggressiver gefahren werden muss. Bei den stentbasierten Klappen kommt es viel häufiger als bei chirurgischen Klappen zu frühen Trombenauflagerungen, die die Klappe dann früh stenotisch machen.

**Prof. Schulze:** Wie haben Sie es geschafft, bei dieser umfangreichen und intensiven klinischen Tätigkeit zugleich die Lehrfunktion, die Facharztweiterbildung und die Forschung im Team voranzubringen?

**Prof. Schuler:** Ich muss ganz ehrlich sagen, dass ich immer unzufrieden war, weil man diese zahlreichen Aufgaben nicht unter einen Hut bekommt. Wenn sie wissenschaftlich arbeiten wollen, dann müssen sie auch mal einen ganzen Tag in Ruhe arbeiten können. Wenn sie dann noch auf gutem Niveau unterrichten wollen, dann merken sie gleich, dass die ganzen Facetten gar nicht bedient werden können. Es kommt nur noch darauf an, dass man gut delegiert. Wir haben wirklich Glück gehabt, dass wir ganz potente Nachfolger haben. Ich fand es schon bemerkenswert, dass zwei Ärzte, die hier in der Abteilung groß geworden sind, beide einen Lehrstuhl bekommen haben. Das spricht dafür, dass sie von der Ausbildung hier profitiert haben. Sie haben ihr Gebiet richtig vorgebracht und entwickelt. Wenn man treue Mitarbeiter hat, die sehr potent und dynamisch sind, dann ist es zu schaffen. Alleine geht das nicht.

**Prof. Schulze:** Ein Arzt sollte ein guter Lehrer und Wissenschaftler sein und vor allen Dingen ein guter Praktiker. Wie kann man dem am besten Rechnung tragen? Die Kammern haben ja eine Zeit lang bei der praktischen Weiterbildung gebremst und nur ein halbes Jahr wissenschaftliche Tätigkeit anerkannt. Das ist flexibilisiert worden. Wenn jemand in seinem Fachgebiet auf der theoretischen Strecke ein dreiviertel Jahr gebraucht hat, dann wird das anerkannt. Hat Sie das tangiert bei Ihren jungen Kollegen oder hat es Unwillen erzeugt?

**Prof. Schuler:** Nein, das hat keine Rolle gespielt. Man muss eine Struk-





Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze sprach mit Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr und Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler (v. r.).

© SLÄK

tur finden, die es den jüngeren Kollegen erlaubt, alles zu machen. Auf der einen Seite müssen sie natürlich praktische Weiterbildung bekommen, sie müssen im Katheterlabor oder im OP präsent sein. Aber sie müssen auch dafür sorgen, dass diese jungen Kollegen zeitliche Freiräume bekommen, wo sie sich komplett auf die Wissenschaften werfen können und sich nicht darum kümmern müssen, wer die Station betreut.

**Prof. Schulze:** Wie steht es bei Ihnen, Prof. Mohr, mit dem Nachwuchs? Gibt es zahlreiche Bewerbungen?

**Prof. Mohr:** Wir haben keine Nachwuchssorgen. Es bewerben sich viele gute ausländische Kollegen, auch viele Frauen. Ich denke, mit dem Nachwuchs wird sich das in Zukunft so entwickeln, dass die großen Kliniken die besten Chancen haben. Der Herzchirurg muss die Basis lernen und sich dann spezialisieren (Mitralkirurgie, Koronarchirurgie, Aorten-chirurgie, Kinderherzchirurgie). Das

schafft man nur, wenn man eine große Klinik mit Sub-Abteilungen hat.

**Prof. Schulze:** Wie sieht es mit dem Nachwuchs bei der Pflege aus?

**Prof. Mohr:** Das ist katastrophal!

**Prof. Schuler:** Wir haben viele Zimmer auf der Intensivstation schließen müssen, weil wir das Personal nicht aufreiben können. Wir hatten auch bei Ärzten Nachwuchsprobleme. Es hat sich gezeigt, dass wir uns grundlegend umstellen müssen. Wenn wir nur deutsche Ärzte suchten, würde es nicht funktionieren. Wir müssen in die Breite gehen und Ärzte sprachlich weiterbilden. Nur mit dieser Strategie ist es uns möglich, genügend Leute zu finden. Früher haben wir die jungen Kollegen mit der Aussicht auf die Habilitation geködert. Das ist nicht mehr gefragt.

**Prof. Mohr:** Wir haben in den Fachgebieten fast jedes Jahrzehnt eine andere Einstellung zu verzeichnen. Wir „Alten“ haben Tag und Nacht

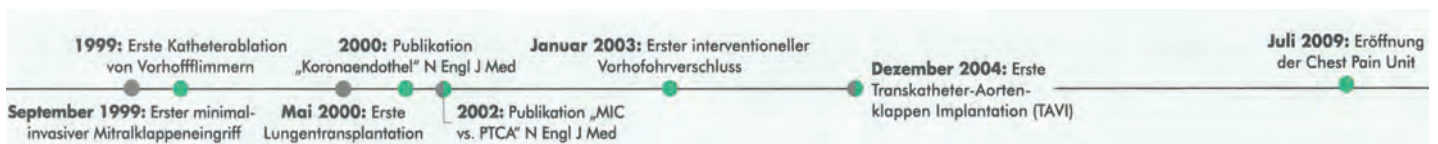
gearbeitet. Aber die Generation, die jetzt Anfang 40 ist, macht das schon nicht mehr. Die gehen pünktlich nachmittags nach Hause. Das war einer der Gründe, warum ich mit 65 aufgehört habe, damit noch einer den Platz einnehmen kann, der sich hier voll einbringen will. In der Zukunft wird das ein richtiges Problem werden. Bei den Oberärzten ist das ja schon so geregelt, dass sie 48 Stunden arbeiten. Da wird natürlich Expertise fehlen.

**Prof. Schulze:** Wir haben in Deutschland eine Entwicklung zu einer Physician Assistant Ausbildung. Das ist eine postgraduale Bachelor-Ausbildung für Pflegekräfte. Die Sächsische Landesärztekammer begleitet den Ausbildungsgang in Plauen. Wir wollen natürlich nicht, dass der Physician Assistant eine Konkurrenz für Ärzte in Weiterbildung wird. Wie ist Ihre Einschätzung?

**Prof. Mohr:** Vor fünf Jahren haben wir Physician Assistants eingeführt, zunächst mit ausgebildeten Fachkräften von der Intensivstation. Wir haben sie sukzessive eingesetzt und im Wesentlichen so die organisatorische Arbeit auf den Stationen erledigen können. Bisher haben wir keine Physician Assistants im OP. Dafür setzen wir den Medizinstudenten ein. Helios verfolgt allerdings das Ziel, dass mehr Physician Assistants eingestellt werden. Sie sind nicht so teuer wie ein Arzt.

**Prof. Schuler:** Ich glaube, es ist eine Sparvariante, die aber das Problem nicht lösen wird.

**Prof. Schulze:** Noch eine Frage zur öffentlichen Förderung wissenschaftlicher Studien: Ist aus Ihrer Sicht die öffentliche Finanzierung wissenschaftlicher Studien in der experimentellen und klinischen Kardiologie/Kardiochirurgie ausreichend?



**Prof. Schuler:** Ich denke, dass sich das in den letzten zehn Jahren wesentlich geändert hat. Früher war es unmöglich, eine Studie auf klinischer Wissenschaft durchzuführen. Das wurde nicht gefördert. Diese Haltung hat sich über viele Jahre gehalten, ohne zu bemerken, dass zum Beispiel in den USA, aufgrund exzellenter klinischer Wissenschaft, Riesensfortschritte gemacht wurden. Die Grundlagenwissenschaft hat die Kardiologie bisher nicht weitergebracht. Bisher gab es riesige Fortschritte beim Herzkatheter, dem Stent, bei den Klappeninterventionen, aber nicht im Bereich der Grundlagenwissenschaften. Der Staat hat langsam gelernt, umzudenken und fördert jetzt auch klinische Studien, mit sehr gutem Erfolg. Ich habe nichts gegen Grundlagenwissenschaft, das ist genauso notwendig, aber nicht ausschließlich.

**Prof. Schulze:** Also hat sich das aus Ihrer Sicht zum Positiven gewendet. Ich kann mich erinnern, und auch die Onkologen sagen das: Wir haben immer noch zu viele Pharmastudien und die staatlichen Gelder für gute Studien sind zu knapp.

**Prof. Mohr:** Generell muss man sagen, dass die DFG eher die Neurowissenschaften und die Onkologie fördert und erst dann die kardiologischen Fächer. Das wird sich hoffentlich ändern. Das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung ist relativ neu. Damit ist ein Netzwerk entstanden und es gibt öffentliche Gelder in großzügiger Weise.

**Prof. Schulze:** Welche Trends zeichnen sich für die zukünftige Entwicklung der Kardiologie/Kardiochirurgie ab? Welche Innovationen werden in Ihrem Fachgebiet in den nächsten zehn bis 20 Jahren erwartet?

**Prof. Mohr:** Das große Thema ist sicherlich, gerade bei alten Patienten,

dass wir mit neueren und besseren mechanischen Assist-Systemen häufiger intervenieren, vielleicht auch frühzeitiger intervenieren können. Da sehe ich gerade in den letzten fünf Jahren deutliche Fortschritte. Im Bereich Transplantation zeichnet sich ein negativer Trend ab, da haben wir zu wenige Spender. Ansonsten denke ich, werden die katheterbasierten Verfahren soweit wie möglich ausgenutzt werden, auch an der Mitralklappe. Ich glaube, dass die minimalinvasiven chirurgischen Verfahren auch zur Rekonstruktion der Klappen häufiger durchgeführt werden. Ob sich bei der Koronarchirurgie etwas ändert, bleibt abzuwarten. Da hatte man große Hoffnung, dass der resorbierbare Stent die Restenose ablöst, aber das hat sich so nicht bestätigt.

**Prof. Schuler:** Für mich stehen zwei Trends im Vordergrund. Erstens: Gelingt es uns, den instabilen Plac zu identifizieren? Wir alle entwickeln Placs während unseres Lebens. Oft brauchen wir diese nicht zu behandeln, weil sie gutartig sind. Aber ein kleiner Teil davon ist der bösartige, der instabile Plac. Wenn es uns gelänge, den von außen, beispielsweise mit einer Gammakamera, zu identifizieren, wäre das ein wichtiger Fortschritt. Und zweitens: Wir haben den kardiogenen Schock noch nicht verstanden. Es gibt Riesenunterschiede zwischen den Patientenkollektiven, die mit einem Infarkt in die Klinik kommen. Die eine Gruppe entwickelt keinen kardiogenen Schock. Und es gibt die andere Gruppe, die entwickeln einen kardiogenen Schock, Mortalität 70 Prozent. Warum das so ist, wissen wir nicht. Auch durch eine multifaktorielle Analyse bleibt der kardiogene Schock ein Rätsel.

**Prof. Schulze:** Vielen Dank für diesen Vausblick. Man sollte aber nicht vergessen auf die Eigenverantwortung der Patienten hinzuweisen.

Dafür haben wir bisher keine richtigen Konzepte. Sie bauen hocheffektive Systeme ein und dennoch wird weiter geraucht. Welche Ansatzpunkte gibt es aus Ihrer Sicht?

**Prof. Schuler:** Ich glaube, Sanktionen bringen gar nichts. Wenn wir den Patienten nicht dazu bringen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, dann sind unsere Bemühungen weitgehend erfolglos. Wenn Sie mit ihrem Auto fahren und Sie bauen jede Woche einen neuen Unfall, dann müssen Sie dafür bezahlen. Wenn der Patient raucht, 120 Kilogramm wiegt und Hypertonus aufweist, dann übernimmt die Gesellschaft die Kosten. Aber diejenigen, die ein vernünftiges Leben führen, müssen das mitfinanzieren.

**Prof. Schulze:** Meine Herren, möchten Sie noch etwas ergänzen, was noch nicht angesprochen wurde?

**Prof. Schuler:** In den ersten Jahren war es nicht ganz einfach hier und es gab einige Hürden, die man nehmen musste. Aber ich muss sagen, dass ich mich von der Sächsischen Landesärztekammer immer sehr anständig behandelt gefühlt habe und manch kritische Momente gut überlebte. Die Sächsische Landesärztekammer ist immer als ein sehr fairer und angenehmer Partner für mich in Erscheinung getreten. Das wollte ich an dieser Stelle noch sagen.

**Prof. Mohr:** Das kann ich nur unterstreichen, vor allem was die vielen Diskussionen betrifft, die wir zu unterschiedlichen Weiterbildungsfragen und zur Änderung der Richtlinien hatten. Vielen Dank dafür.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident der Sächsischen  
Landesärztekammer

