

Editorial	PID – wie weiter?	636
Berufspolitik	43. Kammerversammlung Professorin für Allgemeinmedizin Im Gespräch mit Dr. med. Katrin Pollack	637 649 650
Buchbesprechung	Uwe Tellkamp: Die Schwebbahn – Dresdner Erkundungen	649
Mitteilungen der SÄV	Sächsische Ärzteversorgung: Beitragswerte 2011	651
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	652
Recht und Medizin	Urteil des Bundesarbeitsgerichtes	653
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Hinweise für Senioren Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGfNM) gegründet Qualitätssicherung Hämotherapie Konzerte und Ausstellungen	654 655 656 665
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen	657 – 660
Leserbriefe	Dr. med. Michael Burgkhardt/ Dr. med. Norbert Grosche	661
	Impressum	661
Personalia	Unsere Jubilar im Januar 2011	662
Verschiedenes	20 Jahre Landesärztekammer Sachsen Seniorenfahrt nach Böhmen Ärzte helfen Ärzten 15. Sächsisches Seniorentreffen	664 664 665 666
Medizingeschichte	Hubert M. Turnbull Erinnerungen an Käthe Kollwitz	667 669
Weihnachten	Weihnachten – eine Tradition – weltweit	671
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Februar 2011	



43. Kammerversammlung
Seite 637



Daetz-Centrum Lichtenstein
Seite 666



Erinnerungen an Käthe Kollwitz
Seite 669



Weihnachten weltweit
Seite 671

PID – wie weiter ?



Der britische Forscher Robert Edwards erhielt in diesem Jahr den Medizin-Nobelpreis für die Entwicklung der In-Vitro-Fertilisation. Er und sein bereits verstorbener Mitstreiter, der Gynäkologe Patrick Steptoe, brachten durch In-Vitro-Fertilisation (IVF) am 28. Juli 1978 das erste Retortenbaby auf die Welt. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) als diagnostisches Verfahren bei IVF wird seit Jahren im Ausland praktiziert, in Deutschland dagegen galt sie als verboten. Ein anderslautendes Urteil des Bundesgerichtshofs vom Juli 2010 befand, dass ein Arzt, der eine PID an pluripotenten Zellen im Zuge einer In-Vitro-Fertilisation vorgenommen hat, nicht gegen Wortlaut und Sinn des Embryonenschutzgesetzes verstoßen hat. Die unlogische Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und der PID ist durch das Urteil des Bundesgerichtshofs aufgehoben worden. Das Urteil schafft aus meiner Sicht Rechtssicherheit für Ärzte und betroffene Eltern. Allerdings muss die Koalition nun das Embryonenschutzgesetz „nachbessern“ oder diese Problematik in einem modernen Fortpflanzungsmedizingesetz regeln. Ob dies tatsächlich gelingt, erscheint im Moment sehr fraglich, da sich der CDU-Parteitag in Karlsruhe am

16. November 2010 mit gerade einmal 51 Prozent für ein Verbot der PID ausgesprochen hat. Nach dem Willen der FDP soll die PID dagegen zulässig sein. Und zwar dann, wenn aufgrund der molekulargenetischen in vitro Untersuchung durch den behandelnden Arzt bei der künstlichen Befruchtung eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende genetische Erkrankung des Embryos besteht.

Der politische Streit ist damit vorprogrammiert, zumal sich die Evangelische Kirche und die Bischofskonferenz ebenfalls uneinig in die Diskussion einbringen.

Ich denke, dass wir in Deutschland nicht die Spätabtreibung erlauben und im Gegenzug bei seltenen Fällen und schweren genetischen Defekten ein frühes Diagnostikverfahren verbieten sollten. Für mich aus dem Blick geraten sind die Menschen, die sich Kinder wünschen, bei denen aber auf Grund der Erbanlagen ein hohes Risiko besteht. Für diese Menschen ist die moderne Medizin ein Segen. Denn nichts ist schlimmer, als wenn eine werdende Mutter bei einer Spätabtreibung das ungeborene Kind verliert. Solche psychischen und physischen belastenden Situationen ließen sich mit PID vermeiden.

Mit Blick auf die öffentlich geführte Diskussion der Politik möchte ich drei Dinge anmerken:

1. PID darf nur in sehr seltenen Fällen – wie etwa auch in Frankreich oder Dänemark – zur Anwendung kommen, wenn es um den Ausschluss von schwersten genetisch identifizierbaren Krankheiten geht.
2. Die Entscheidung, wann PID zur Anwendung kommen soll, sollte von Ärzten oder einer Ethikkommission getroffen und im Konsens sowie nach Beratung mit den betroffenen Frauen praktiziert werden.
3. Ein PID-Verbot würde nur dazu führen, dass finanziell gut gestellte Paare die Untersuchung im Ausland vornehmen lassen. Wie „profamilia“ berichtet, ließen im Jahr 2006 in

Belgien, Spanien, Tschechien und Zypern insgesamt etwa 720 ausländische Wunscheltern eine PID vornehmen.

Der Deutsche Ethikrat hat eine klare gesetzliche Regelung zu Gentests an Embryonen angemahnt. Und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sowie der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) setzen sich für eine Freigabe der PID ein. Die Liste der Indikationen für eine PID bei schwerwiegender Erberkrankung und gegebenenfalls auch spätere Aktualisierungen sollten in die Hände einer Ethikkommission gelegt werden.

Ähnlich votierte die 43. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer (Bericht in diesem Heft). Sie forderte die Bundesärztekammer, insbesondere den Wissenschaftlichen Beirat, auf, ein Grundsatzpapier zur Anwendung der PID zu erarbeiten, welches als Grundlage für ein modernes Fortpflanzungsmedizingesetz dienen soll. Das aus dem Jahr 1990 stammende Embryonenschutzgesetz ist aus meiner Sicht nicht mehr ausreichend in der Lage, die neuen Fragen der Fortpflanzungsmedizin (PID, Eizellspende, gleichgeschlechtliche Paare, Leihmütter etc.) adäquat zu beantworten. Die Koalition muss das Embryonenschutzgesetz deshalb „nachbessern“ oder in einem modernen Fortpflanzungsmedizingesetz regeln.

Sehr geehrte Leser, mit dieser wichtigen medizinethischen Debatte geht ein ereignisreiches Jahr 2010 zu Ende. Wir konnten unter anderem im Mai den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden begrüßen sowie 20 Jahre Sächsische Landesärztekammer und Deutsche Einheit begehen. Für die kommende Adventszeit wünsche ich Ihnen ein wenig Ruhe und besinnliche Stunden im Kreise Ihrer Familien und Freunde sowie einen guten Start in das Jahr 2011.

Ihr
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

43. Kammer- versammlung

13. November 2010

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der Kammerversammlung den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident die Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Wilma Jessen und Herrn Dr. rer. nat. Frank Bendas sowie den Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Carl Gustav Carus, Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado. Herzlich willkommen hieß er zudem den Gastreferenten, Herrn Prof. Dr. med. Fritz Beske, sowie die Landeswahlleiterin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach. Der Präsident übermittelte auch herzliche Glückwünsche an Frau Dipl.-Med. Sabine Ermer, die am 6. November 2010 in den Bundesvorstand des Marburger Bundes gewählt wurde. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 65 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend.

20 Jahre Deutsche Einheit – Sächsische Landesärztekammer – Gesundheitsreformen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Am 3. Oktober 2010 jährte sich die deutsche Wiedervereinigung zum 20. mal. Auch die Sächsische Landesärztekammer blickt auf eine zwanzigjährige Geschichte zurück. Der Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze, hob in seinem Vortrag hervor, dass die Vorbereitungen ab 1989 und die Gründung der Sächsischen Landesärztekammer in Sachsen am 12. Mai 1990 ausschließlich durch das Engagement einzelner Ärzte möglich geworden war. Wie „schnell“ es damals gehen konnte, macht ein Beispiel deutlich:

Sachsen hatte als erstes ostdeutsches Bundesland eine Ärztekammer, aber deren Rechtsgrundlage, das Heilberufekammergesetz, wurde erst im Juni 1990 durch die Volkskammer beschlossen. Von den damaligen Mitstreitern nannte der Präsident stellvertretend Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, Herrn Dr. med. Lutz Lieb-scher, Herrn Dr. med. Mathias Cebulla, Herrn Dr. med. Roland Endesfelder, Herrn Dr. med. Thomas Fritz sowie den 2009 verstorbenen Herrn Dr. med. Peter Schwenke.

Die politischen Reden zur deutschen Einheit wurden meist von Menschen gehalten, die sich zurzeit des Um- und Aufbruchs 1989/90 auf der anderen Seite der ehemaligen innerdeutschen Grenze befunden haben, so der Präsident. Und zumeist wurde die Leistung der Bürger in der ehemaligen DDR zwar kurz genannt, der eigentliche Aufbau einer Demokratie und einer funktionierenden Wirtschaft in Ostdeutschland wurde aber scheinbar von anderen vollbracht. „Diese Sichtweise spiegelt sich auch darin wieder, dass manche glauben machen wollen, die deutsche Einheit wäre von den alten Bundesländern finanziert worden“. Dem sei aus mindestens drei Gründen nicht so:

1. Der Solidarbeitrag wird seit 20 Jahren von den Ost- wie Westdeutschen gleichermaßen gezahlt.
2. Ostdeutsche erhalten noch heute in vielen Bereichen eine geringere Vergütung bei mehr Arbeitsstunden und

3. mit der Öffnung der innerdeutschen Grenze konnten sich die Unternehmen der alten Bundesländer einen neuen, lukrativen Markt erschließen, mit einer entsprechenden Steigerung der Umsatz- und Absatzzahlen bei gleichzeitiger Ausschaltung von Konkurrenzunternehmen hier.

Gesundheitsreform

Ohne die Fähigkeit der Ostdeutschen zu Veränderung, ohne den Willen, etwas Neues zu schaffen, wäre die Umgestaltung der Sozialsysteme in diesem Teil Deutschlands undenkbar gewesen. Die zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre gehören ebenso dazu. Die Kürzel DMP, GMG und AVWG sind noch bekannt. Die aktuellen Reformgesetze heißen GKV-FinG (Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung) und AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz). Das Finanzierungsgesetz bringt zahlreiche Einschnitte für die Versicherten. Notwendig wird es wegen eines zu erwartenden Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung von 11 Milliarden für 2011. Der einheitliche Beitragssatz wird mit Beschluss des Bundestages am 12. November 2010 auf 15,5 Prozent erhöht. Zudem können die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben. Gleichzeitig wird der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent „eingefroren“, damit die wachsenden Kosten im Gesundheitswesen nicht automatisch zu steigenden Lohnkos-

ten führen. Zukünftige Ausgabensteigerungen werden damit alleine zulasten der Beitragszahler ausfallen. Das Thema der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist aus ärztlicher Sicht entscheidend, weil davon die medizinischen Leistungen und nicht zuletzt die ärztlichen Honorare abhängen.

Auch das sogenannte AMNOG wurde im Bundestag beschlossen. Künftig müssen die gesetzlichen Krankenkassen ein Medikament nicht mehr zahlen, wenn es nach einem Jahr Zweifel an seiner Innovation gibt. Zudem gibt es Änderungen bei der Vergütung des Pharmagroßhandels sowie beim Zwangsrabatt der Apotheken an die Krankenkassen. Kritisch zu sehen ist die Möglichkeit, dass Pharmaunternehmen über Verträge an der Integrierten Versorgung teilnehmen können. Hier muss man auf der Wahrung der Therapiefreiheit bestehen, so Prof. Dr. Schulze.

Für kommendes Jahr sind weitere Reformen im Gesundheitswesen angekündigt, unter anderem ein „Versorgungsgesetz“. Nach dem Finanzierungsgesetz braucht man Verbesserungen auf der Ausgaben-seite. Leistungskürzungen werden von der Politik aber ausgeschlossen. Sie verschließt sich aus wahltaktischen Gründen weiterhin der von der Ärzteschaft angestoßenen und dringend notwendigen Priorisierungsdebatte.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Präimplantationsdiagnostik

Die politische Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik (PID) nahm Prof. Dr. Schulze zum Anlass, um auf die bisherige Diskrepanz zwischen der Nutzung der Pränataldiagnostik und der PID hinzuweisen. „Ich denke, dass wir in Deutschland nicht die Spätabtreibung erlauben und im Gegenzug bei seltenen Fällen und schweren genetischen Defekten ein frühes Diagnostikverfahren verbieten sollten“. Durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs ist diese Diskrepanz derzeit aufgehoben. Das Urteil schafft aus seiner Sicht Rechtssicherheit für Ärzte und betroffene Eltern. Allerdings muss die Koalition nun das Embryonenschutzgesetz „nachbessern“. Nach Ansicht des Präsidenten sei es noch zielführender, die gesamte Problematik in einem modernen Fortpflanzungsmedizingesetz zu regeln. Doch die Entscheidung, wann PID zur Anwendung kommen soll,

sollte von Ärzten oder einer Ethikkommission anhand eines Kriterienkataloges getroffen und im Konsens mit den betroffenen Frauen praktiziert werden. Grundsätzlich sieht er die Bundesärztekammer sowie den Wissenschaftlichen Beirat in der Pflicht, ein ärztliches Grundlagenpapier zu erarbeiten. Diese Forderung unterstützte die Kammerversammlung in einem Beschluss.

Ärzte- und Pflegekräftemangel

Im Anschluss ging der Präsident auf den anstehenden Ärzte- und Pflegekräftemangel ein. Laut einer Studie wird es in 20 Jahren einen dramatischen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen geben. Dann werden in Deutschland allein in den Krankenhäusern nach Vollzeitstellen berechnet fast 140.000 Pflegekräfte fehlen. Bis 2030 droht die Personallücke in der Gesundheitsversorgung sogar auf über 950.000 Fachkräfte anzuwachsen. Die Wartezeiten beim Hausarzt würden sich verdoppeln – zusätzliche Fachkräfte müssten aus dem Ausland kommen. Ohne Änderungen im System bliebe 2030 etwa jede dritte Arztstelle in Kliniken unbesetzt, in Praxen sogar jede zweite Arztstelle.

Mit Blick auf den demografischen Wandel und eine immer älter werdende Gesellschaft, in der immer mehr medizinische Versorgung gefragt ist, werden dann aber mindestens genauso viele Ärzte und Pflegepersonal, wie heute gebraucht. Um



einen Notstand in der Pflege in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen zu vermeiden oder zumindest abzumildern, sollen zusätzliche Kräfte aus dem Ausland gewonnen werden. Bund und Land prüfen die Erleichterung der Einreise- und Arbeitserlaubnisbestimmungen für Fachpersonal.

Prof. Dr. Schulze: „Es müssen aus meiner Sicht insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Bezahlungen verbessert werden. Und wir wissen, dass auch gut ausgebildete deutsche Ärzte oftmals die Bundesrepublik verlassen, weil im Ausland bessere Arbeitsbedingungen und vor allem bessere Entlohnung locken“. Bevorzugte EU-Länder für deutsche Ärzte sind Großbritannien und die skandinavischen Länder. In Norwegen beispielsweise kommen 3,7 Prozent der Ärzte aus Deutschland. „Es muss gelingen, das teuer ausgebildete Fachpersonal auch hier zu hal-

ten. Flexible Arbeitszeitmodelle und eine bessere Kinderbetreuung sind ebenso gefragt, um das Fachkräftepotenzial bei Frauen stärker auszu-schöpfen.“

Andere europäische Länder kämpfen ebenfalls mit dem Problem des Ärztemangels, da sie durch die Einführung eines Numerus clausus in der Medizin zwar Geld bei den Universitäten gespart, aber über Jahre unter dem eigenen Bedarf Ärzte ausgebildet haben. Deshalb will nun auch die Europäische Union den Kampf gegen den Ärztemangel aufnehmen. Diese europäische Aktion setzt sich auf Bundesebene fort. Das Bundesgesundheitsministerium hat anlässlich einer Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz zur Neugestaltung der Bedarfsplanung ein Maßnahmenpapier „zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ sowie zur Bildung einer sogenannten

Expertenkommission vorgelegt. In dem Papier skizziert das Ministerium wesentliche Eckpunkte des bereits genannten Versorgungsgesetzes. Die Expertenkommission, in der neben dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie der Gemeinsame Bundesausschuss vertreten sein werden, soll im Vorfeld des Gesetzes Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ausarbeiten. Die Gesundheitsminister der Länder drängen auf eine stärkere Flexibilität in der Bedarfsplanung. Grundlage dafür soll eine kleinräumige und sektorübergreifende Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung sein. In einem Papier kündigt das Bundesgesundheitsministerium an, die derzeitigen gesetzlichen Vorgaben, wonach die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisgrenzen entsprechen sollen, zu flexibilisieren. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Länderebene sollen gestärkt werden. Es wird geprüft, ob die Möglichkeiten der Landesaus-schüsse, einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf festzustellen, verbessert werden können. Außerdem sollen Ärzte, die in stationären Einrichtungen arbeiten und an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung einbezogen werden. In dem Papier werden zudem mögliche Anreizinstrumente zur Ansiedlung von Ärzten in strukturschwachen

Regionen benannt. So sollen Ärzte in unterversorgten Gebieten künftig nicht mehr der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina unterliegen und die Möglichkeiten für mobile Versorgungskonzepte erweitert werden. Delegationsmöglichkeiten sollen besser genutzt und weiterentwickelt werden.

Geplant ist außerdem eine gezielte Nachwuchsgewinnung durch Förderung von Medizinstudierenden. So werden die Hochschulen aufgefordert, bei der Auswahl von Medizinstudierenden das bereits vorhandene landesrechtliche Instrumentarium zur Bewerberauswahl besser auszuschöpfen, sodass die Bedeutung des Abiturnotendurchschnitts zugunsten weiterer geeigneter Auswahlkriterien relativiert wird. Die Einführung einer Landarztquote, die in Kombination mit entsprechend ausgestalteten Stipendien die Niederlassung in strukturschwachen Regionen fördern soll, wird im Hinblick auf die Möglichkeiten einer rechtssicheren Ausgestaltung geprüft.

Auf Landesebene veröffentlichte die sächsische Staatsregierung ein 20-Punkte-Programm gegen den Ärztemangel. Darin enthalten sind durchaus sinnvolle Vorschläge, die von der Sächsischen Landesärztekammer mitgetragen werden, wie:

- die Erhöhung der Anzahl der Studienplätze für das Fach Humanmedizin,
- die Einführung eines Sonderkontingentes an Studienplätzen für Bewerber, die sich zur Niederlassung als Landärzte verpflichten,

- die Abschaffung der zentralen Vergabe der Studienplätze durch die ZVS,
- die Prüfung, inwieweit ausländische Ärzte aus Drittstaaten die Approbation in Sachsen erhalten können,
- der flächendeckende Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (moderne Gemeindeschwester),
- die Verbesserung der Vergütung von Landärzten, zum Beispiel durch einen Landarztzuschlag oder ein anderes Vergütungssystem,
- die Schaffung von Weiterbildungsverbänden bei der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Aber es gibt auch zweifelhafte Ideen, wie:

- die Errichtung eines Extrastudienganges für nicht kurativ tätige Ärzte durch Splittung des Studienganges Medizin in zwei Studiengänge,
- die Verkürzung der Weiterbildungsdauer im Bereich der Allgemeinmedizin von fünf auf drei Jahre,
- die Prüfung, ob mobile Arztpraxen und Filialpraxen im Rahmen eines Modellprojektes eingeführt werden können.

Diesen Vorschlägen wird die Sächsische Landesärztekammer nicht zustimmen und dies der Staatsregierung übermitteln.

Die gute Zusammenarbeit der ärztlichen Selbstverwaltung mit dem Sozi-

alministerium und den Krankenkassen habe aber dazu beigetragen, dass der Ärztemangel in Sachsen nicht so gravierend ausfällt wie 2001 befürchtet. Der Präsident forderte an dieser Stelle die Einbeziehung der Sächsischen Landesärztekammer als stimmberechtigtes Mitglied in ein geplantes sektorübergreifendes Gremium für die Planung der medizinischen Versorgung im Freistaat Sachsen, den sogenannten Gemeinsamen Landesausschuss.

Zwei Drittel der Medizinstudenten beginnen nach dem Studium in Sachsen ihre berufliche Karriere. Die sächsischen Fördermaßnahmen zur Praxisgründung, Studienbeihilfen, Informationsveranstaltungen für Studenten und Ärzten in Weiterbildung über die ärztliche Tätigkeit in Sachsen haben mit Sicherheit dazu beigetragen. Dennoch kann man einen Rückgang bei den Hausärzten seit 2001 um 328 verzeichnen, obwohl im gleichen Zeitraum 415 Facharztprüfungen in diesem Fachgebiet abgenommen wurden. Es sind also mehr Ärzte aus dem Beruf gegangen als Nachwuchs nachgekommen ist. Dieses Defizit wird man nur schwer beseitigen können, da bei der Gewinnung von Ärzten immer mehr Konkurrenz zu den anderen Bundesländern entsteht. Prof. Dr. Schulze: „Wir können auf einen Vorsprung bei der Umsetzung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel verweisen, den es zu halten gilt. Dies gelingt uns zum Beispiel mit der deutschlandweit einzigartigen Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ und dem angeschlossenen Netzwerk von 130 Partnern. Mit dieser Koordinierungsstelle betreiben wir ein effizientes Wissensmanagement rund um das Thema Ärztemangel, listen vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten auf und vermitteln diese“.

Nachdrücklich hob der Präsident hervor, dass die Sächsische Landesärztekammer seit mehreren Jahren die Kontakt- und Informationstätigkeit gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs in Sachsen erheblich verstärkt hat. Sie sei nunmehr ab Studienbeginn bis zum Ende der Ausbildung in unterschiedlicher Form bei den Stu-

dentem präsent. Und auch danach ließe sie die Absolventen der Medizin nicht aus den Augen und versucht sie mit zahlreichen Aktionen und Aktivitäten an Sachsen zu binden.

Ehrenamt und Wahl zur Kammerversammlung

Zugleich machte er deutlich, dass es nicht selbstverständlich sei, wenn sich Ärzte im Vorstand oder anderen Gremien ehrenamtlich für ihre Standsvertretung engagieren und sehr viel Freizeit investieren. Die regelmäßigen Sitzungen der Ausschüsse und weiterer ehrenamtlicher Gremien zu aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themenkomplexen seien nicht mit „links“ zu absolvieren. „All dies bedarf der Vor- und Nachbereitung sowie fortwährender Begleitung durch Ehrenamtler. Mein Dank geht an Sie alle, die sich für die sächsische Ärzteschaft einsetzen, Ehrenamtler wie auch Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer.“, so der Präsident.

Die Kammerversammlung kam am 13. November 2010 in ihrer Zusammensetzung so zum letzten Mal zusammen. Im Juni 2011 findet nach der Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2011 bis 2015 die konstituierende Sitzung mit erfahrenen Kollegen und auch neuen Ärztevertretern statt. Vorstand und Präsident dankten den Mandatsträgern für die vierjährige Zusammenarbeit, für das Vertrauen und für die

interessanten, kontroversen, aber immer sachlichen Diskussionen. Prof. Dr. Schulze: „Aus meiner Sicht ist die Kammerversammlung ein einmaliges Kompetenzzentrum der sächsischen Ärzteschaft, wenn ich mir überlege, wie viel Sachkenntnis um Medizin, aber auch Berufs- und Gesundheitspolitik in diesem Gremium versammelt ist“.

Gesundheitspolitik von heute für die Gesundheitsversorgung von morgen

Prof. Dr. med. Fritz Beske, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel



Die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion konzentriert sich neben den Themen Beitragssatz und Zusatzbeiträge in erster Linie auf die Deckung des Finanzierungsdefizits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2011 in Höhe von 11

Milliarden Euro. Für die längerfristige Finanzierung der GKV wird zwar in allgemeinen Formulierungen darauf hingewiesen, dass mit dem demografischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt Probleme verbunden sind, Daten werden aber nicht genannt. Wer jedoch die auf die Gesundheitsversorgung durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt zukommende Problematik in seiner vollen Größe erkennen und sich auf ihre Auswirkungen einstellen will, muss diese Daten anerkennen.

Demografischer Wandel

Grundlage der folgenden Daten sind die Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes. Es handelt sich dabei um Berechnungen, nicht um Prognosen oder Schätzungen, da Grundlage dieser Berechnungen die bereits lebende Bevölkerung ist. Deutschland hat neben Österreich mit 1,4 in Europa die geringste Geburtenziffer, die Zahl der Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter. Als Folge dieser geringen Geburtenziffer geht die Bevölkerung von heute 82 Millionen auf 69 Millionen 2050 zurück, ein Minus von 13 Millionen. Von besonderer Bedeutung ist die Veränderung der Altersstruktur. Die nachwachsende Generation, die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, sinkt im gleichen Zeitraum von 16 auf 11 Millionen, ein Minus von 5 Millionen. Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden schon heute

durch die wachsende Schwierigkeit erkennbar, alle Ausbildungsplätze besetzen zu können. Es sinkt weiter die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die Altersgruppe von 20 bis 64 Jahre, die Altersgruppe, die im Wesentlichen das Bruttoinlandsprodukt erarbeitet und die Steuern und Versicherungsbeiträge zahlt. Ihre Zahl sinkt von heute 50 Millionen auf 36 Millionen, ein Minus von 14 Millionen. Es steigt allein die Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, 65 Jahre und älter, von 17 auf 23 Millionen, ein Plus von 6 Millionen. Eine eindrucksvolle Zahl ist der Altenquotient, die statistische Relation der Erwerbsfähigen zu den aus Altersgründen nicht mehr Erwerbsfähigen. Wird statt der Erwerbsfähigen die Zahl derjenigen genommen, die in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, die also tatsächlich arbeiten, etwa 70 Prozent der

Erwerbsfähigen, dann ergibt sich, dass heute drei Personen für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet. 2050 beträgt diese Relation 1 zu 1, was bedeutet, dass auf einen, der arbeitet, einer kommt, der nicht mehr arbeitet.

Morbidität

Es nimmt zu die Multimorbidität, die besonders aufwendig und kostenintensiv ist. Es nehmen weiter zu überwiegend altersbedingte Krankheiten. So steigt beispielsweise die Zahl der Herzinfarkte bis 2050 um 75 Prozent, die Zahl von Schlaganfällen mit häufiger lang andauernder Pflegebedürftigkeit um 62 Prozent und die Maculadegeneration, die auch heute noch häufig zu Blindheit führt, um 125 Prozent. Es verdoppelt sich die Zahl der Demenzkranken von 1,1 auf 2,2 und die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,2 auf 4,4 Millionen. Mit der Zahl der Pflegebedürftigen steigt der Bedarf an Pflegekräften von rund 500.000 auf 1,3 Millionen 2050. Es ist bei der vorhersehbaren Entwicklung der nachwachsenden Generation nicht erkennbar, wie dieser Bedarf an Pflegekräften jemals gedeckt werden kann.

Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Finanzbedarf der GKV werden am besten am altersbezogenen Finanzbedarf erkennbar. Bis zum 30. Lebensjahr verursacht jeder GKV-Versicherte durchschnittliche Ausgaben von knapp 1.000 Euro. Ein 40-Jähriger hat dann einen Finanzbedarf von 1.200, ein 70-Jähriger von 3.700 und ein 90-Jähriger von 5.300 Euro. Von 89 auf 90 Jahre nimmt der Finanzbedarf um rund 200 Euro ab. Es ist damit ein nahezu kontinuierlicher altersbedingter Anstieg der Ausgaben der GKV zu beobachten. Dabei nehmen die Gesamtausgaben der GKV wegen des Bevölkerungsrückgangs um 13 Millionen nur in Grenzen zu, bezogen auf den Beitragssatz von heute 15 Prozent auf 18 bis 20 Prozent. Es besteht Übereinstimmung darüber, dass die finanziellen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts größer sind als diejenigen des demografischen Wandels. Die finanziellen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts lassen sich nur statistisch darstellen, wobei mit entweder ein oder mit zwei Prozent Steigerung der jährlichen Ausgaben der GKV durch den medizinischen Fortschritt gerechnet wird. Die Auswirkungen von demografischem Wandel und medizinischem Fortschritt zusammen lassen sich am besten durch die Entwicklung des Beitragssatzes der GKV beschreiben. Bei einer Steigerung der Ausgaben der GKV durch den medizinischen Fortschritt von ein Prozent steigt der Beitragssatz bis 2050 auf 28 Prozent, bei einer Steigerung von zwei Prozent auf 42 Prozent. Nach Berechnungen auf Grundlage der jüngsten, der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060, steigt der Beitragssatz bei der Annahme „starker Anstieg“, bezogen auf die Lebenser-

wartung, sogar auf über 52 Prozent. Es bedarf keiner Erörterung, dass derartige Größenordnungen nicht diskussionswürdig sind.

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV finanziert sich grundsätzlich aus drei Quellen, die kurz kommentiert werden sollen.

1. Beitragssatz. Die jetzige Koalition in Berlin hat sich darauf verständigt, dass die Lohnnebenkosten nicht steigen sollen. Dies betrifft damit auch die GKV. Im Grundsatz ist damit der Beitragssatz von 15,5 Prozent festgeschrieben. Es ist jedoch eine alleinige Festschreibung des Beitragssatzes der Arbeitgeber geplant auf 7,3 Prozent, während der Beitragssatz der Arbeitnehmer über kassenspezifische Zusatzbeiträge mit einem Solidarausgleich aus Steuermitteln variabel gestaltet werden soll.

2. Zuzahlungen. Die Höhe der Zuzahlungen liegt bei rund fünf Milliarden Euro jährlich, bei Gesamtausgaben der GKV 2009 in Höhe von 170 Milliarden Euro ein relativ geringer Prozentsatz. Deutschland hat weltweit die geringsten Zuzahlungen in einem Gesundheitssystem. Eine Diskussion über eine Erhöhung von Zuzahlungen kann in Deutschland bei einer öffentlichen Diskussionskultur, die jeden auch sachlich begründeten Vorschlag zur Erhöhung von Zuzahlungen mit dem Vorwurf der sozialen Demontage belegt, nur im Rahmen eines Gesamtkonzepts für die Finanzierung der GKV erfolgen.

3. Steuerzuschuss. Für die künftige Finanzierung der GKV wird nahezu durchgängig eine Finanzierung des Defizits aus Steuermitteln gefordert. Zunächst befindet sich das Gesundheitswesen in der Verteilung von Steuermitteln in Konkurrenz zu allen anderen Politikbereichen, die ebenfalls steigende Ansprüche an das Steueraufkommen stellen. Dann greift ab 2016 die Schuldenbremse, mit der kontinuierlich Schulden im Bundeshaushalt abgebaut werden sollen. Ab 2020 gilt die grundgesetzlich festgeschriebene Vorgabe, wonach die Aufnahme neuer Schulden verboten ist. Da es nicht vorstellbar ist, dass alle anderen Politikbereiche

auf Mittel für ihren jeweiligen Politikbereich verzichten, nur um die GKV subventionieren zu können, ist die Vorstellung, dass das Defizit der GKV dauerhaft aus Steuermitteln finanziert werden kann, illusionär.

Einnahmeorientiert statt bedarfsbestimmt

In dieser Situation deutet alles darauf hin, dass sich die Finanzierung der GKV grundsätzlich verändern muss. Die These lautet, dass die bisherige bedarfsbestimmte Finanzierung, wonach die Höhe der jeweiligen Einnahmen von dem Bedarf vorgegeben wird, der sich aus dem Leistungsumfang ergibt, abgelöst wird durch eine einnahmeorientierte Finanzierung, was bedeutet, dass in Zukunft Art und Umfang der in der GKV erbrachten Leistungen von dem jeweils zur Verfügung stehenden Finanzvolumen bestimmt wird. Dies würde der Forderung von Bundeskanzlerin Frau Dr. Angela Merkel und Herrn Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern, Horst Seehofer, für die Zukunft der öffentlichen Haushalte entsprechen, wonach auch hier die Einnahmen die Ausgaben bestimmen, eine ebenfalls grundsätzliche Veränderung der Finanzierung öffentlicher Haushalte. Auch hier bestimmt bis heute der von der Politik bestimmte Bedarf das erforderliche Finanzvolumen, letztlich finanziert über die Aufnahme von Schulden.

Finanzierungsvorschlag

Unter dieser Prämisse wird für die künftige Finanzierung der GKV folgende Regelung vorgeschlagen:

1. Neufassung von § 1 SGB V, wonach die jetzige Formulierung, mit der nahezu jede Art von Leistungen begründet werden kann, dahin gehend geändert wird, dass die GKV die Aufgabe hat, in erster Linie die Behandlung im Krankheitsfall sicherzustellen. Hinzu kommen eindeutig definierte Aufgaben von Prävention wie Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen einschließlich Kinderuntersuchungen, aktive Schutzimpfung und zahnmedizinische Prävention.

2. Durchforstung des gesamten Leistungskatalogs unter der Vorgabe,

Behandlung im Krankheitsfall. Damit wären zum Beispiel alle versicherungsfremden Leistungen zu streichen, das heißt Leistungen, die der GKV aus familien-, sozial- oder gesellschaftspolitischen Gründen übertragen worden sind. Beispiele sind Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Haushaltshilfe und Vorsorgekuren. Hierzu gehört auch die Überprüfung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und Lebenspartnern, da es auf der einen Seite einer immer geringer werdenden Zahl von Beitragszahlern nicht zuzumuten ist, die für diese Mitgliedsgruppe erforderlichen Leistungen über ihren Beitrag zu finanzieren, andererseits mit guten Gründen die These vertreten werden kann, dass es sich hierbei um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt. Zu überprüfen sind weiter die Personengruppen, denen ebenfalls aus familien-, sozial- oder gesellschaftspolitischen Gründen ein reduzierter Beitragssatz zugestanden wird, sowie die Quersubventionierung. Eindrucksvollstes Beispiel von Quersubventionierung ist die Finanzierung von Hartz-IV-Empfängern, mit der die GKV die Bundesagentur für Arbeit mit jährlich rund vier Milliarden Euro subventioniert.

3. Kontinuierliche Anpassung des Leistungsumfangs der GKV an das jeweils zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Methoden sind Rationierung und Priorisierung.

4. Überprüfung der Zuzahlungsregelungen, da es oft sinnvoller ist, den vollständigen Ausschluss von Leistungen durch eine Selbstbeteiligung zu ersetzen. Hierzu gehört auch der Ausbau von Festbeträgen und Festzuschüssen.

5. Festlegung einer Verwaltungs- und Förderpauschale für jede einzelne Krankenkasse, die alters- und geschlechtsbezogen 10 Prozent der Ausgaben einer Krankenkasse beträgt. In diesem Rahmen hat die Krankenkasse Gestaltungsfreiheit, wobei die Aufsicht ausschließlich prüft, ob der Betrag von 10 Prozent überschritten ist. Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung und zum Bürokratieabbau bei. Mit dieser Regelung wird auch sichergestellt,



Dr. med. Kathrin Ullig:
„Welche Maßnahmen zum drohenden
Arztmangel werden von der Kammer
durchgeführt?“



Dr. med. Andreas Fiedler:
„Selbstverschuldete Krankheit,
Definition?“



Dr. med. Dietrich Heckel äußert sich
zur Finanzierung der ärztlichen
Weiterbildung.

dass ein festgelegter und ausreichend hoher Teil der Einnahmen der GKV für die Regelleistungen zur Verfügung steht.

Schlussbemerkung

Voraussetzung für die öffentliche Diskussion und für die Diskussion in der Fachwelt, die erforderlich ist, um Modalitäten der künftigen Finanzierung der GKV zu erarbeiten, ist die öffentliche Anerkennung der Politik, dass die künftige Finanzierung der GKV ungesichert ist und dass Wege gefunden werden müssen, wie auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung bei begrenzten Mitteln sichergestellt werden kann. Hierzu gehört die Definition von Gesundheitszielen, die dem Versicherten die Gewissheit geben, dass er auch in Zukunft die für ihn im Bedarfsfall notwendige Gesundheitsversorgung erhält. Diese Gesundheitsziele sind:

- Versorgungssicherheit. Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass er dann, wenn er ernsthaft krank ist, einen zeitnahen Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat.
 - Kein Bürger darf durch die Kosten für eine notwendige Versorgung in existenzielle Not geraten.
 - Alter allein darf kein Grund zum Leistungsausschluss sein.
 - Medizinischer Fortschritt für alle.
- Und ein Letztes: Wer die Probleme der Zukunft lösen will, darf nicht warten, bis ihn die Probleme eingeholt haben.

Schwerpunkte der Diskussion der Kammerversammlung

In den anschließenden konstruktiven Diskussionen zu dem Referat des Präsidenten sowie zum Vortrag von Prof. Dr. Beske ging es in erster Linie um:

Priorisierung

Die Ärzteschaft schlägt vor, Gesundheitsleistungen zu priorisieren. Hierunter werden die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen und Verfahren in Form von mehrstufigen Rangreihen verstanden. Priorisierung ist dabei abzugrenzen von Rationierung, bei der notwendige medizinische Maßnahmen bewusst vorenthalten werden. Unter den verschiedenen Formen der Rationierung ist insbesondere die heimliche Rationierung von besonderer gesellschaftlicher Tragweite. Ein Gesundheitsrat soll die Werbung für die Priorisierung übernehmen und die öffentliche Presse sachgerecht in die Debatte einbeziehen.

Prävention

Die primäre Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Grundaufgabe. Die Prävention kostet und hat unzählige Vorteile. Die primäre Prävention setzt ein, bevor eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten eintritt und sucht nach den Ursachen und Risikofaktoren, die dazu führen können. Sie richtet sich meist an die gesamte Bevölkerung.

Patientenrechte

Die Kammerversammlung unterstreicht ihre Forderungen zu den Patientenrechten. Erneut betont wird der Anspruch des Patienten auf eine individuelle, nach dessen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Die medizinisch-fachliche Weisungsgebundenheit des Arztes und seine im ärztlichen Berufsethos und Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung sind Garanten für das Wohl des Patienten.

Ambulante Bedarfsplanung

Bei der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen muss künftig die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielen. Zusätzliche Niederlassungen sollten auch in solchen Gebieten zulässig sein, die nach aktueller Bedarfsplanung zwar als überversorgt gelten, in denen praktisch aber Ärztemangel herrscht. Es ist sinnvoll, die demografische Entwicklung in die Bedarfsplanung mit einzubinden. Denn wenn es immer mehr ältere Menschen gibt, die häufiger krank sind, brauche die Bevölkerung wesentlich mehr Ärzte.

Aus- und Weiterbildung

Eine weitere notwendige Maßnahme, um perspektivisch die Zahl der Ärzte in Deutschland zu erhöhen, könnte die Erhöhung der Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin sein. Die Reduzierung der Studienkapazitäten im Zuge der Reform der Approbati-



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann: „Fünf Bewerber auf einen Studienplatz an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden.“

onsordnung im Jahr 2002 muss daher schnellstmöglich rückgängig gemacht werden. Eine noch besser strukturierte und mitarbeiterorientierte fachärztliche Weiterbildung kann eine zielführende Maßnahme gegen den Ärztemangel sein. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin bedeutsam. Ein weiterer Faktor, der zu einer ineffizienten Nutzung der ärztlichen Arbeitskraft führt, ist die ständig steigende Belastung mit Bürokratie.

Fachkräftemangel

Auch Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel bei Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind dringend notwendig. Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer unterstützen geschlossen die Forderung des 113. Deutschen Ärztetages zum Maßnahmenkatalog für eine Optimierung der Ausbildung und der Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten. Die Erhöhung der Ausbildungsqualität, die Verbesserung der externen und internen Öffentlichkeitsarbeit einschließlich Serviceleistungen und die Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA stehen dabei im Vordergrund.

Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Hans-Jürgen Held
Vorsitzender der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken: „Politik braucht sachlichen Rat.“

Die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind in Deutschland umfassend geregelt. Neben den gesetzlichen Regelungen im § 27a SGB V und den Regelungen im Embryonenschutzgesetz sind die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die (Muster-)Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer und die Berufsordnungen der Landesärztekammern verbindlich. In der Sächsischen Landesärztekammer ist dies die Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ mit ihren Anlagen. In ihr sind die räumlichen, personellen, apparativen und Qualifikationsvoraussetzungen für die Zulassung nach § 121a SGB V geregelt. Weiterhin sind die Indikationen für die verschiedenen Therapieformen aufgeführt



Dr. med. Hans-Jürgen Held: „Die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind in Deutschland umfassend geregelt.“

und die Maßnahmen zur Qualitätskontrolle vorgeschrieben.

Im Rahmen der Umsetzung der EU-Richtlinien zum Umgang mit Keimzellen müssen die Deutschen IVF-Zentren zusätzlich die Erlaubnis nach § 20b und 20c des Arzneimittelgesetzes erlangen, um weiter künstliche Befruchtungen durchführen zu dürfen. Die Erlaubnis wird durch das Regierungspräsidium in Leipzig erteilt. Die Antragsverfahren für die sächsischen reproduktionsmedizinischen Zentren werden zurzeit bearbeitet. Die bestehende Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer mit ihren Anlagen regelt umfangreich und detailliert die oben genannten Aufgaben. Im Rahmen der Umsetzung der Musterrichtlinien der Bundesärztekammer soll als wesentlicher

Punkt die Anhörung nicht verheirateter Paare vor der Durchführung einer künstlichen Befruchtung entfallen. Damit wird auch der gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen und den betroffenen Paaren der Weg zu einem gemeinsamen Kind, auch in einer festen Partnerschaft ohne Trauschein, erleichtert. Weiterhin soll die Indikationsstellung zur „Intracytoplasmic Sperm Injection“ [ICSI-Therapie] dem neuen WHO-Handbuch zur Spermaanlytik angepasst werden.

Als dritte Änderung ist die Aufnahme der Medizinische Versorgungszentren als mögliche Einrichtungen, die die Zulassung nach § 121a SGB V erhalten können, vorgesehen. Die Sächsische Berufsordnung sichert unter anderem unseren Kinderwunschpatienten eine qualifizierte und qualitätskontrollierte Behandlung unter Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen.

Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)

Erik Bodendiek

Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses

Die Mandatsträger haben am 13.11.2010 über den zunehmenden Fachkräftemangel bei den bei Ärzten angestellten Medizinischen Fachangestellten gesprochen und einen entsprechenden Beschluss gefasst. Nunmehr geht es darum, einige Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten zu ändern.

1. Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses: Wir haben hier die Entschädigungen an die Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer angepasst.

2. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten.

Die Prüfungszeit für die mündliche Prüfung hat sich erheblich ausgewei-



Erik Bodendiek, Vizepräsident



Dr. med. Claus Vogel

tet. Zurückzuführen ist das auf eine Neuordnung des Ausbildungsberufes im Jahr 2006. Wurden im Ausbildungsberuf Arzthelferin in einer Gruppenprüfung drei Prüflinge gleichzeitig in 60 Minuten (45 Minuten Prüfung und 15 Minuten Auswertung durch den Prüfungsausschuss) geprüft, erfolgt die Prüfung im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte jetzt als Einzelprüfung, das heißt ein Prüfling in 90 Minuten (60 Minuten praktische Prüfung, 15 Minuten Fachgespräch und 15 Minuten Auswertung durch den Prüfungsausschuss). Der Zeitaufwand für unsere ehrenamtlichen Prüfer hat sich erheblich erhöht.

Die angemessene Erhöhung der Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse soll dazu beitragen, zum einen den ehrenamtlichen Einsatz der Prüfer entsprechend zu würdigen und zum anderen auch Möglichkeiten öffnen, um neue Prüfer zu gewinnen.

3. Konsequenterweise kann wegen des Wegfalls der Prüfungen für Arzthelferinnen, die durch die Prüfungen für die Medizinischen Fachangestellten ersetzt werden, die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin entfallen.

Der Ausschuss Finanzen und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer haben der vorliegenden Satzung zugestimmt, eine Vorabgenehmigung der Rechtsaufsicht liegt vor.

Haushaltsplan 2011

Dr. med. Claus Vogel,

Vorstandsmitglied und Vorsitzender Finanzausschuss

Herr Dr. Vogel erläuterte anschaulich und ausführlich den Haushaltsplan des Jahres 2011. Der ausgeglichene Haushalt hat einen Gesamtumfang von 10.289.500 Euro. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2011 eine Steigerung der Aufwendungen gegenüber dem Ist des Jahres 2009 um 22 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2010 um 6 Prozent vor. Bei den Erträgen ist gegenüber dem Ist 2009 eine Erhöhung von 1 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2010 von 9 Prozent vorgesehen. Die Differenz zwischen Erträgen und Aufwendungen in Höhe von 441.900 Euro wird durch die planmäßige Entnahme aus zweckgebundenen Rücklagen gedeckt, die aus Überschüssen der Vorjahre gebildet wurden und somit die Haushalte der Folgejahre entlasten. Die Auswirkungen der räumlichen Erweiterung der Sächsischen Landesärztekammer sind sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite berücksichtigt. Die räumliche Erweiterung führt im Jahr 2011 aufgrund der Vermietung der Flächen an die Sächsische Ärzteversorgung zu keinem finanziellen Mehraufwand. Der Haushalt für das Jahr 2011 berücksichtigt folgende Sachverhalte:

■ Der weitere Zugang an Kammermitgliedern hat sich fortgesetzt, sodass nunmehr von einem Anstieg seit 2001 bis zum Jahr 2011 um 25 Prozent ausgegangen wird. Gleichzeitig ist durch

die starke Zunahme des Anteils der Mitglieder im Ruhestand nur von einem geringen Anstieg der berufstätigen Kammermitglieder auszugehen.

- Ab dem Jahr 2011 werden im Haushaltsplan die Honorare für die Gutachter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen sowohl auf der Aufwands- als auch auf der Ertragsseite mit jeweils ca. 235.000 Euro erfasst. Bisher erfolgte die Erfassung über ein Verrechnungskonto. Diese Erfassung führt im Vergleich zu Vorjahren zu Erhöhungen, die aber saldiert keine Auswirkungen auf den Haushalt haben.
- Im Haushaltsjahr 2011 ist die Finanzierung der Wahlen zur Kammerversammlung, zum Vorstand und zu den Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer zu berücksichtigen.
- Wichtige Vorhaben der Sächsischen Landesärztekammer auf EDV-Gebiet tragen der weiteren Umsetzung des Servicegedankens Rechnung. Dazu gehört insbesondere die Implementierung von elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten der Kammermitglieder mit ihrer Kammer.
- Durch die Novellierung der „Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern“ erfolgt eine stärkere Würdigung des ehrenamtlichen Engagements aufgrund der komplexeren Sachverhalte und der zunehmenden zeitlichen Inanspruchnahme.
- Bei den Beiträgen für die Bundesärztekammer ist die schrittweise Abschmelzung des sogenannten Ostabschlages für die neuen Bundesländer sowie die zusätzliche jährliche Erhöhung zu beachten.
- Das 5. Deutsch-Polnische Symposium wird 2011 in Waldenburg stattfinden.
- Der Wegfall der Gebührenerhebung für die erste Facharztprüfung ist bei der Planung der Erträge berücksichtigt.
- Der Beitragssatz zum Kammerbeitrag wurde im Jahr 2010 von

0,56 Prozent auf 0,54 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesenkt. Der Beitragssatz bleibt 2011 konstant.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2011 wurde durch die 43. Kammerversammlung einstimmig bestätigt.

Anstellung eines neuen Hauptgeschäftsführers

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer stellte Herrn Ass. jur. Michael Schulte Westenberg als Kandidaten für das Amt des Hauptgeschäftsführers der Sächsischen Landesärztekammer vor. Zuvor bedankte er sich bei den bisherigen



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg

Geschäftsführerinnen, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam und Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, für ihr großes Engagement bei der Verwaltung und Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer. Der Vorstand hatte 2009 nach dem Ausscheiden des Hauptgeschäftsführers, Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner, beschlossen, die bisherigen Aufgaben der Hauptgeschäftsführung bis zur Nachbesetzung der Ärztlichen Geschäftsführerin und der Kaufmännischen Geschäftsführerin gemeinsam zu übertragen. Diese Doppelspitze hat in den vergangenen 14 Monaten die Leitung der Hauptgeschäftsstelle übernommen. Beide Geschäftsführerinnen haben in dieser Zeit hoch motiviert, qualifiziert und verantwortungsvoll die übertragenen hoheitlichen Aufgaben satzungsgemäß ausgeführt und die Tätigkeit der Ehrenamtler professionell unterstützt. Dabei stand der Dienstleistungs- und

Servicegedanke gemäß dem Leitbild für und im Sinne der sächsischen Ärzteschaft stets im Vordergrund ihres Wirkens. Besondere Anerkennung verdient insbesondere auch das mit der Übernahme der Aufgaben der Hauptgeschäftsführung zwangsläufig verbundene zeitliche Engagement von Frau Dr. Bräutigam und Frau Dipl.-Ök. Keller, das weit über das normale Maß einer 40-Stunden-Arbeitswoche hinausgegangen ist.

Vorstellung Ass. jur.

Michael Schulte Westenberg

„Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit geben, mich Ihnen heute als neuer Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer vorzustellen.

Zunächst darf ich Ihnen einige Informationen zu meiner Vita geben: Ich bin 48 Jahre alt, verheiratet, kinderlos und gebürtiger Westfale, nämlich aus Hattingen an der Ruhr.

Ich habe an der Ruhruniversität in Bochum Rechtswissenschaften sowie einige Semester Wirtschaftswissenschaften studiert.

Nach zwei Auslandsaufenthalten bei Einrichtungen des IHK-Wesens, nämlich in Rio de Janeiro bei der dortigen Deutsch-Brasilianischen Auslandshandelskammer, und in Brüssel, beim Verbindungsbüro des DIHKT bei der EU, führte mich mein beruflicher Weg über die IHK in Krefeld bereits im Jahre 1995 ins Gesundheitswesen. Nach zwei Tätigkeiten bei Berufsverbänden jeweils im Heil- und Hilfsmittelbereich habe ich dann im Jahre 2002 die Funktion des Direktors der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe in Münster übernommen, die ich bis vor kurzem innehatte. Zeitgleich war ich als Geschäftsführer einer der Zahnärztekammer angeschlossenen Stiftung tätig. Da ich in dieser Zeit zudem zwei Jahre lang die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern geführt habe, sind mir viele aktuelle Probleme und Anliegen der Ärzteschaft bestens bekannt, nicht zuletzt aufgrund diverser Schnittstellen zwischen Ärzten einerseits und Zahnärzten andererseits.

Ich möchte gerne meine vielfältigen und langjährigen Erfahrungen im Kammerwesen sowie in der Gesundheitspolitik gewinnbringend für die Sächsische Landesärztekammer einsetzen. Zudem möchte ich meinen Beitrag dazu leisten, zusammen mit dem Vorstand und der gesamten Verwaltung, den großen aktuellen Herausforderungen an die Ärzteschaft, wie etwa die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems, den Angriffen auf die Freiberuflichkeit, dem Ärztemangel und der Unterversorgung, den Arbeitsbedingungen für die Ärzte, der überbordenden Bürokratisierung, der Priorisierungsdebatte und den Themen Vergütung, Weiterbildung und Gewinnung von qualifizierten Auszubildenden, um nur die wichtigsten zu nennen, erfolgreich zu begegnen. Ich möchte dazu beitragen, den Einfluss der Sächsischen Landesärztekammer auf die Politik zu verstärken und die Bedeutung der Kammer zu verbessern. Außerdem möchte ich die Kammer mit Ihnen gemeinsam als Dienstleistungsunternehmen für ihre Mitglieder positionieren, um auch den letzten Kritiker an der Selbstverwaltungsstruktur von deren Notwendigkeit zu überzeugen. Ferner möchte ich dazu beitragen, die Verwaltungsabläufe im Hause und die Mittelverwendung weiterhin optimal zu gestalten. Mein Credo dabei: die Verwaltung muss rund laufen und zwar möglichst geräuschlos. Dazu lade ich Sie alle zu einer intensiven Diskussion und zu intensiven Gesprächen ein, auch oder gerade wenn Sie irgendwo Verbesserungspotenzial in der schon hervorragend aufgestellten Verwaltungsstruktur sehen. Ich danke Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen und freue mich auf die Zusammenarbeit mit Ihnen“. Die Kammerversammlung bestätigte anschließend gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer den

neuen Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer. Herr Ass. jur. Michael Schulte Westenberg hat am 15. November 2010 seine Tätigkeit aufgenommen. Der Präsident wünschte dem neuen Hauptgeschäftsführer viel Erfolg in seiner Tätigkeit und eine gute Zusammenarbeit mit der sächsischen Ärzteschaft.

Beschlüsse der 43. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 13. November 2010 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:
Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

Beschlussvorlage Nr. 2:
Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern

Beschlussvorlage Nr. 3:
Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)

Beschlussvorlage Nr. 4:
Haushaltsplan 2011

Beschlussvorlage Nr. 5:
Personalien – Anstellung des Hauptgeschäftsführers

Beschlussvorlage Nr. 6:
Bekanntgabe von Terminen

Beschlussantrag Nr. 7:
Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer am sektorübergreifenden Konzept und im Gremium für die medizinische Versorgungsplanung im Freistaat Sachsen

Beschlussantrag Nr. 8:
Maßnahmen gegen den Ärztemangel

Beschlussantrag Nr. 9:
Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel bei Medizinischen Fachangestellten

Beschlussantrag Nr. 10:
Patientensicherheit

Beschlussantrag Nr. 11:
Erarbeitung eines ärztlichen Grundsatzpapiers zur Anwendung der Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in) werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 657 bis 660, amtlich bekannt gemacht.

Bekanntmachung der Termine

Der **21. Sächsische Ärztetag / 44. (konstituierende) Tagung der Kammerversammlung** wird am Freitag, dem **17. Juni 2011**, und am Sonnabend, dem **18. Juni 2011**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt. Die **45. Tagung der Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **12. November 2011**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Professorin für Allgemeinmedizin

Am 23. November 2010 hielt Frau Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann als Professorin für Allgemeinmedizin ihre Antrittsvorlesung am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden. Die neu geschaffene Professur für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät hebt den Stellenwert der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung weiter an und unterstreicht die wichtige Rolle des Hausarztes in der ambulanten Versorgung der Patienten. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Professur liegen im Bereich der Versorgungsforschung und Epidemiologie. Zudem soll Frau Prof. Dr. Bergmann das Interesse am Hausarztberuf schon frühzeitig im Studium wecken und Studierende für den Beruf begeistern.

Die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Professur liegen im Bereich der



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann

Versorgungsforschung innerhalb der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden. Mit deren Diabetologie, Schwerpunkt Prävention des Diabetes, existieren bereits gemeinsame Projekte. Hinzu kommen relevante Forschungsfelder der Epidemiologie und die weiterhin enge Kooperation mit dem Lehrstuhl

Gesundheitswissenschaften/Public Health und der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft.

Prof. Dr. Bergmann und die Medizinische Fakultät sehen ebenso wie das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus die absolute Notwendigkeit, nicht nur das Studium für angehende Hausärzte attraktiv zu gestalten, sondern den jungen Kollegen in einem Weiterbildungsverbund nach dem Abschluss des Medizinstudienganges in ausreichender Zahl Weiterbildungsplätze für Allgemeinmediziner zur Verfügung zu stellen. Hierfür sollen neue Rotationsstellen in einem Weiterbildungsverbund in enger Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und der Sächsischen Landesärztekammer geschaffen werden. Die Assistenzärzte sollen ihre fünfjährige Weiterbildung in Klinik und Praxis nach geltender Weiterbildungsordnung im Verbund absolvieren können.

Knut Köhler M.A.,
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Schwebebahn – Dresdner Erkundungen

Uwe Tellkamp
Verlag Suhrkamp Insel,
Berlin 2010. 100 S., 19,90 €.

Uwe Tellkamp, Arzt und Schriftsteller, hat ein neues Buch geschrieben. Zwei Jahre nach seinem Roman „Der Turm“ ist „Die Schwebebahn – Dresdner Entdeckungen“ als Band erschienen. Ging es im „Turm“ um die letzten Jahre in der DDR mit deren Akademikermilieu im Dresdner Nobelviertel Weißer Hirsch, liegt der Fokus nun auf dem weniger beachteten Stadtteil Johannstadt. Tellkamp selbst verbrachte seine früheste Kindheit in einem Plattenbau, bevor die Familie auf den Weißen Hirsch zog. Auf den Stationen dieser Reise erwarten Sie eine Fülle von Geschichten, die sich zu einer einzigartigen

Erzählung der Stadt zusammenfügen. Wir begegnen der Klavierlehrerin Adolzaide und dem Vorsitzenden der Quittengesellschaft, hören Gespräche über die Frauenkirche, Dresdner Maler und Architektur zu, besuchen den Jungen, dem in einem Johannstädter Plattenbau eine Tube Schuhcreme zum Gleichnis für den Traum vom Meer wurde. Dresden ist ein Stück Italien, und eine Laufmaschenreparatur ist in Wahrheit eine Filiale des Amtes zur Wiederherstellung der Schönheit. In der Bunten Republik Neustadt lebt Q., die Brombeeren und die Zahl 19 liebt. Zwergpudel Caligula, der die Dame mit Hut Gassi führt, gelangt nur bis zum linken Vorderreifen des Autos vom Koch. Die Schwebebahn wird zum Bild des Lebens in seiner sinnlichen Vielfalt, poetisch, humorbegabt. Ein passendes Buch für den Gabentisch.

Knut Köhler M.A.,
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Im Gespräch mit Dr. med. Katrin Pollack



Mit Blick auf die anstehenden Wahlen zur Kammerversammlung 2011/2015 hat das „Ärztblatt Sachsen“ die jüngste Mandatsträgerin, Frau Dr. med. Katrin Pollack, zu ihrer beruflichen Motivation und zu ihren Beweggründen befragt, warum sie vor vier Jahren für die Kammerversammlung kandidiert hat.

1. Frau Dr. Pollack, was ist für Sie das Schönste am Arztberuf?

Die dankbaren Augen der Menschen, deren Vertrauen man gerecht geworden ist. Das Wissen und die tiefe Befriedigung, in der Lage zu sein, den menschlichen Willen zu schützen, die persönliche Integrität des Menschen zu bewahren oder wieder herzustellen. Auch wenn das nicht immer bedeutet, denjenigen zu heilen!

2. Wo engagieren Sie sich als Ärztin neben dem Beruf?

Als Notärztin mache ich ein bis zwei Dienste im Monat. Ich bin Vorstandsvorsitzende der Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und für diesen Kreis Mandatsträgerin in der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer.

3. Warum haben Sie 2007 für die Kammerversammlung kandidiert?

Die meisten Ärzte „meckern“ immer nur, dass alles sowieso nichts bringt, um es dann doch irgendwie hinzunehmen. Ich möchte an der richtigen Stelle meinen Mund aufmachen und habe nach wie vor die Hoffnung, dass sich vielleicht doch etwas ändern lässt. Die Kammerversammlung sollte größtenteils aus Ärzten bestehen, die von der Rente noch so weit entfernt sind, dass die getroffenen Entscheidungen auch noch Relevanz für einen haben, dann werden auch sinnvolle Entscheidungen ge-

troffen. Und ich habe ja noch etliche Jahre vor mir.

4. Welche Erfahrungen haben Sie als Mandatsträgerin und als KÄK-Vorsitzende gemacht?

Eine Charaktereigenschaft wird stetig gefördert – Geduld! Die Räder drehen sich extrem langsam, aber sie drehen sich! Oftmals scheidet die ärztliche Selbstverwaltung an der eigenen Überverwaltung. Es gibt zu wenig Kollegen in der Ärztekammer, die mal etwas Unkompliziertheit an den Tag legen. Unsere Standesverwaltung ist wichtig und hat gute Möglichkeiten etwas zu bewegen, durchaus auch in der Politik. Es ist nur schade, dass die meisten unserer Kollegen nicht dahinter und zusammen stehen – sicherlich aber auch ein selbstgemachtes Problem der Vergangenheit.

5. Wie gelingt es Ihnen Beruf, Familie und ehrenamtliche Tätigkeit miteinander zu vereinbaren?

Gar nicht. Auch ich kann nur eine Sache machen und damit bleibt das andere in dem Moment unweigerlich auf der Strecke. Leben nach Terminkalender, Dienstplan und straffe Organisation von dem, was dann noch übrig bleibt, ist alles. Langeweile gibt es bei mir Gott sei Dank nicht.

6. Was war die bisher interessanteste Fragestellung?

Da fällt mir auch nach tagelangem Nachdenken keine passende Antwort ein. Sowohl in der Klinik als auch in der Kammer gibt es immer wieder spannende Dinge zu erledigen, die auf unterschiedlichste Art interessant sind und wofür ich mich begeistern kann. Da sticht nichts prägnant hervor – kann ich wirklich nicht sagen.

7. Welche Resonanz bekommen Sie von Ihren Kollegen?

Im ersten Moment Unverständnis, warum ich mir das alles antue. Beim zweiten Darüber-Nachdenken finden die meisten das Engagement in der Ärztekammer gar nicht schlecht, weil im tiefsten Inneren doch noch ein wenig Stolz auf den eigenen Beruf und die Standesorganisation vorhanden ist. Zu Recht! Meine Klinikkollegen versuchen mir den Rücken frei zu halten, wenn ich es brauche.

8. Warum würden Sie jungen Ärzten ein Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung empfehlen, was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?

Die Ärztekammer ist eine gute und starke Möglichkeit, unseren Berufsstand wieder in eine angesehene und entscheidungsbeeinflussende Position zu heben. Doch dazu braucht es engagierte und konfrontationsgeübte und -willige Ärzte, die eine zusammenstehende Ärztegemeinschaft im Rücken haben. Die jungen Kollegen müssen von der Erfahrung der älteren Kollegen profitieren, deren Bekanntheit und ihr Know-how ausschöpfen dürfen. Aber sie müssen eigene Ideen im Kopf haben und sich nicht von manchem Trott der Vergangenheit anstecken lassen. Neue Köpfe, neue Wege und mit der Zeit gehen. Wenn alle Ärzte zu etwas „Nein“ sagen, kann es auch ein „Nein“ werden, egal was der Rest der Gesellschaft will, davon bin ich fest überzeugt.

9. Werden Sie auch bei der anstehenden Wahl antreten?

Ja.

10. Welche berufspolitischen Schwerpunkte sehen Sie zukünftig?

Die Facharztausbildung ist zu lang und größtenteils qualitativ schlecht. Die meisten Ausbildungsassistenten streichen die Motivations-Segel bevor sie überhaupt Facharzt sind.

Der medizinische Alltag ist zu sehr geprägt vom Trend „Der Patient ist Kunde und der Kunde ist König“ – wir sind doch kein Supermarkt. Die Ärzte sollen die Verantwortung für medizinisch-sinnvolle Entscheidungen übernehmen, aber auch mit einem gewissen rechtlich-schützendem Hintergrund übernehmen können. Nichts gegen Wirtschaftlichkeit in der täglichen Routine, aber wenn der Patient oder der Arzt unter dem Kostendruck leidet, war es zu viel gespart. Es gibt zu viel unverhältnismäßige Medizin, die die Kosten explodieren lässt. Und natürlich eine alte Leier – der Papierkrieg und die Bürokratie!

Vielen Dank für das Gespräch.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2011*

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle

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

2. Beitragsbemessungsgrenze:	neue Bundesländer	alte Bundesländer
gültig ab 01.01.2011	4.800,00 EUR/Monat	5.500,00 EUR/Monat
	57.600,00 EUR/Jahr	66.000,00 EUR/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Regelbeitrag	955,20 EUR/Monat	1.094,50 EUR/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Regelbeitrag)	95,52 EUR/Monat	109,45 EUR/Monat
3) halber Mindestbeitrag	47,76 EUR/Monat	54,73 EUR/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 21 SSÄV)	2.388,00 EUR/Monat	2.736,25 EUR/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 2010 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2011 zugeschickt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	neue Bundesländer	alte Bundesländer
1) Beitragssatz	15,50 %	15,50 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	3.712,50 EUR/Monat	3.712,50 EUR/Monat

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,95 %	1,95 %
2) Beitragssatz für Kinderlose	2,20 %	2,20 %
3) Beitragsbemessungsgrenze	3.712,50 EUR/Monat	3.712,50 EUR/Monat

* vorläufige Rechengrößen, vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesrates

Lastschriftverfahren 2011 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2011 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2011
Februar	28.02.2011
März	31.03.2011
April	29.04.2011
Mai	31.05.2011
Juni	30.06.2011
Juli	29.07.2011
August	31.08.2011
September	30.09.2011
Oktober	28.10.2011
November	30.11.2011
Dezember	29.12.2011

Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	31.03.2011
II. Quartal	30.06.2011
III. Quartal	30.09.2011
IV. Quartal	29.12.2011

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

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, die 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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 10/C063

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.12.2010

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 10/C064

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 10/C065

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.12.2010

Mittweida

Facharzt für Chirurgie/H-Arzt

Reg.-Nr. 10/C066

Psychologischer Psychotherapeut/
tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie

Reg.-Nr. 10/C067

Zwickau-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 10/C068

Zwickauer Land

Facharzt für Innere Medizin/Hämato-
logie und Int. Onkologie

Reg.-Nr. 10/C069

(eine Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V bedarf einer erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden)

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – fach-
ärztlich

Reg.-Nr. 10/C070

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

Reg.-Nr. 10/C071

Schriftliche Bewerbungen sind bis
zum 07.01.2011 an die Kassenärztli-
che Vereinigung Sachsen, Bezirks-
geschäftsstelle Chemnitz, Postfach
11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371
2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 10/D045

Facharzt für Kinder- und Jugendme-
dizin

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 10/D046

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
27.12.2010

Facharzt für Orthopädie

(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/D047

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
27.12.2010

Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 10/D048

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
27.12.2010

Löbau-Zittau

Facharzt für Kinder- und Jugendme-
dizin

Reg.-Nr. 10/D049

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/D050

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 10/D051

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/D052

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/D053

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 10/D054

Facharzt für Innere Medizin/Kardiolo-
gie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur
Hälfte)

Reg.-Nr. 10/D055

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
27.12.2010

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendme-
dizin

Reg.-Nr. 10/D056

Schriftliche Bewerbungen sind bis
zum 10.01.2011 an die Kassenärztli-
che Vereinigung Sachsen, Bezirksge-
schäftsstelle Dresden, Schützenhöhe
12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-
310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 10/L065

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 10/L066

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/L070

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/L067

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in einer Gemein-
schaftspraxis)

Reg.-Nr. 10/L068

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 10/L069

Schriftliche Bewerbungen sind bis
zum 14.01.2011 die Kassenärztliche
Vereinigung Sachsen, Bezirksge-
schäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16,
04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153
oder -154 zu richten.

Urteil des Bundesarbeitsgerichtes

Wann ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin fachärztlich tätig?

Mit dieser zunächst ungewöhnlich erscheinenden Frage musste sich das Bundesarbeitsgericht in dem erst kürzlich zugestellten Urteil vom 23. September 2009 (Az.: 4 AZR 220/08) befassen. Hintergrund ist die Rechtsfrage, ob Fachärzte für Allgemeinmedizin außerhalb der hausärztlichen Tätigkeit dennoch fachärztlich tätig sind.

Die Klägerin ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Ihre Aufgabe war es, für ihren Arbeitgeber versorgungsmmedizinische Gutachten zu erstellen, die der Festsetzung des Grades der Behinderung, von Schädigungsfolgen oder von Erwerbsminderungen, der Bemessung der Opferentschädigung oder der Umsetzung anderer öffentlich-rechtlicher Versorgungsgesetze dienen. Die Begutachtung erfolgte jeweils nach Aktenlage unter Auswertung der Stellungnahmen der jeweiligen behandelnden Fachärzte. In geringem Umfang wurden die Betroffenen durch die Klägerin als Gutachterärztin im Amt oder bei einem Hausbesuch untersucht.

Der Arbeitgeber teilte der Klägerin 2001 nach zehn Jahren Tätigkeit mit, bei der Feststellung der Vergütungsgruppe sei ihm ein rechtlicher Irrtum unterlaufen. Es liege keine fachärztliche Tätigkeit im Sinne der zur Anwendung zu bringenden Vergütungsgruppe des einschlägigen Tarifvertrages vor, weil keine hausärztliche Tätigkeit erfolge. Nur die primäre Patientenversorgung sei typische fachärztliche Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin. Deshalb liege nur ärztliche Tätigkeit vor, die auch von einem Nichtfacharzt vorgenommen werden könnte. Mit ihrer Klage wandte sich die Klägerin gegen diese Rückgruppierung. Sie übe fachärztliche Tätigkeit aus, da die von ihr erworbene fachärztliche Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eine notwendige Vorausset-

zung für die Erstellung versorgungsärztlicher Gutachten sei. Sie eröffne gerade eine besondere Einschätzungsfähigkeit bei der gutachterlichen Beurteilung. Aufgrund der umfassenden Weiterbildung als Fachärztin für Allgemeinmedizin sei es der Klägerin möglich, die Befunde aus unterschiedlichen Fachrichtungen zu bewerten und einer Gesamtschau zuzuführen. Der beklagte Arbeitgeber meinte wiederum, dass die zu verrichtende Gutachtertätigkeit von der Weiterbildungsordnung im Bereich der Allgemeinmedizin nicht erfasst werde. Die ausgeübte Gutachtertätigkeit verlange keine fachärztlichen Kenntnisse, sondern sei mit den vorhandenen Kenntnissen aus dem Medizinstudium auch ohne Facharztbezeichnung zu bewältigen. Alle anderen Fachärzte würden jedoch ihre fachärztlichen Spezialkenntnisse in die Begutachtung einbringen können. Daher sei bei diesen Fachärzten eine andere Einstufung gerechtfertigt.

Letztlich musste sich die Ärztin bis in die letzte Instanz durchklagen, obwohl ihr das Arbeitsgericht und das Landesarbeitsgericht Recht gab. Das Bundesarbeitsgericht sah bereits die Rückgruppierung bei unveränderter Tätigkeit und Tarifrechtslage als treuwidrig an und deshalb von Rechts wegen ausgeschlossen. Zudem hat es letztinstanzlich geklärt, dass die Ärztin als Fachärztin auch fachärztliche Tätigkeit im tariflichen Sinne ausübt.

Allgemeiner Grundsatz einer richtigen tariflichen Einstufung ist, dass die auszuübende Tätigkeit den Tätigkeitsmerkmalen einer Vergütungsgruppe entspricht. Zeitlich gesehen müssen mindestens zur Hälfte Arbeitsvorgänge anfallen, die für sich genommen die Anforderungen eines Tätigkeitsmerkmals oder mehrere Tätigkeitsmerkmale dieser Vergütungsgruppe erfüllen. Unter einem Arbeitsvorgang ist nach ständiger Rechtsprechung eine unter Hinzurechnung der Zusammenhangstätigkeiten bei Berücksichtigung einer sinnvollen, vernünftigen Verwaltungsübung nach tatsächlichen

Gesichtspunkten abgrenzbare und rechtlich selbstständig zu bewertende Arbeitseinheit der zu einem bestimmten Arbeitsergebnis führenden Tätigkeit eines Angestellten zu verstehen. Hiervon ausgehend sei die Gutachtertätigkeit der Klägerin insgesamt als ein Arbeitsvorgang zu betrachten. Das Arbeitsergebnis ist die Erstellung versorgungsärztlicher Gutachten.

Das Gericht stellte fest, dass die Fachärztin für Allgemeinmedizin auch eine entsprechende fachärztliche Tätigkeit im Sinne des Tätigkeitsmerkmals ausübe. Nach der Rechtsprechung liegt die Voraussetzung „mit entsprechender Tätigkeit“ vor, wenn die Tätigkeit der Ausbildung des betreffenden Angestellten entspricht. Nicht ausreichend ist es, wenn die entsprechenden Kenntnisse des Angestellten für seinen Aufgabenbereich lediglich nützlich oder erwünscht sind. Sie müssen zur Ausübung der Tätigkeit erforderlich sein. Was zur entsprechenden Tätigkeit eines Facharztes gehört, richtet sich hier vor allem nach den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der jeweils geltenden Fassung.

Das Gericht erkannte, dass wesentliche Bestandteile der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin unter anderem auch jene fachlichen Qualifikationen vermitteln, die für die Gutachtertätigkeit erforderlich sind. In Gegenüberstellung zu den Begutachtungsinhalten wurde festgestellt, dass gerade der Facharzt für Allgemeinmedizin die Diagnosen und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte auf ihre Plausibilität überprüfen und gewichten kann. Notwendig sind dafür spezifische Kenntnisse und Erfahrungen auch in den einzelnen fachärztlichen Disziplinen. Derartige Erfahrungen sind nicht bereits aufgrund des Medizinstudiums bis zur Approbation zu gewinnen. Daraus ergibt sich das Erfordernis einer Weiterbildung, in der das Erfahrungswissen geordnet und strukturiert und damit zuverlässig verwertbar erworben wird. Darin liegt der besondere Wissens- und Fertigkeiten-

abstand zwischen fachärztlichem und nicht-fachärztlichem Ausbildungsstand. Daher kann die der Ärztin übertragene Gutachtertätigkeit in der Versorgungsverwaltung nicht mit bloßen, bis zur Approbation erlang-

ten Befähigungen ausgeübt werden. Das Urteil stärkt nicht nur alle Fachärzte für Allgemeinmedizin und stellt sie als Gutachterärzte im tarifrechtlichen Sinne auf eine Stufe mit den Fachärzten der übrigen Gebiete. Die

darin enthaltenen Grundsätze bieten auch für vergleichbare Sachverhalte sehr gute Argumentationshilfen.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Seniorenbrief

Mit Stand vom 31.12.2009 befanden sich laut Statistik der Sächsischen Landesärztekammer von den 20.418 Ärztinnen und Ärzten des Freistaates Sachsen 4.941 im Rentenalter. Auch im Jahr 2011 sind etliche Abmeldungen aus der ärztlichen Berufstätigkeit zu erwarten. Ab Januar 2011 werden alle ärztlichen Kollegen, die den Schritt von der ärztlichen Berufstätigkeit in die Ruhephase mitteilen, einen Brief des Kammerpräsidenten erhalten. Die Kammer als berufständische Vertretung der Ärzteschaft, vertreten durch ihren Präsidenten, möchte mit diesem Schreiben – inzwischen „Seniorenbrief“ getauft – in erster Linie den Ärztinnen und Ärzten Dank für ihr ärztliches Engagement und aufopferungsvolle Berufsjahre für und zum Wohle der Patienten sagen. Zugleich werden damit beste Wünsche für ein gutes Gelingen der neuen Lebensphase verbunden.

Dem Seniorenbrief sind außer der Danksagung noch einige Informationen angefügt, die als Leitfaden bei der Erledigung von Formalitäten im Zusammenhang mit der Kammermitgliedschaft und vielleicht als kleine Starthilfe dienen können, falls den Neuruheständlern anfangs ein „zuviel an Ruhe“ nicht bekömmlich erscheint.

Folgende Hinweise können für die Empfänger hilfreich sein:

Zur **Mitgliedschaft in der Ärztekammer:** Nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz gehören Ärztinnen und Ärzte, die im Besitz einer ärztlichen Approbation oder einer ärztlichen Berufserlaubnis sind, der Sächsischen Landesärztekammer als Pflichtmitglieder an, wenn sie im Freistaat Sachsen tätig sind oder,

soweit sie nicht ärztlich tätig sind, sie ihren Hauptwohnsitz im Sachsen haben. Danach ergibt sich für den in den Ruhestand Eintretenden keine Veränderung seiner Mitgliedschaft. Jedoch wird um Mitteilung bei Veränderung der Meldedaten gebeten. Anders verhält es sich bei der Zugehörigkeit zur jeweiligen Kreisärztekammer. Für die Kreiskammerzugehörigkeit ist nach § 2 der Hauptsatzung die Mitgliedschaft nach dem Ort der Berufstätigkeit und eben bei Übergang in den Ruhestand nach dem Ort des Wohnsitzes geregelt. Insbesondere um die großen städtischen Ballungszentren kann sich nun eine Zugehörigkeit zu einer anderen Kreiskammer ergeben. Im Seniorenbrief werden den Kollegen deshalb im zutreffenden Falle die neue Kammerzugehörigkeit und der zuständige Ansprechpartner genannt.

Zum **Kammerbeitrag:** Für Ruheständler wird kein Kammerbeitrag erhoben, sofern etwaige Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit 5.000 EUR im Beitragsjahr nicht überschreiten. Für Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit bis 15.000 EUR wird ein Beitrag nach Stufe 2 (derzeit 25 EUR/Jahr) fällig. Überschreiten die Einkünfte 15.000 EUR im Beitragsjahr, erfolgt die Bemessung des Kammerbeitrages ohne Berücksichtigung der Altersbezüge nach den Einkünften des vorletzten Jahres.

Zur **Weiterbildungsbefugnis:** Sollte der sich Abmeldende im Besitz einer Weiterbildungsbefugnis gewesen sein, erlischt diese mit Beendigung der Tätigkeit an der Weiterbildungseinrichtung.

Zum **Arztausweis:** Die Sächsische Landesärztekammer stellt ihren Mitgliedern auf Antrag Arztausweise

aus. Sie legitimieren den Inhaber als Arzt und berechtigen zum Ausstellen von Verordnungen (Rezepte). Der Ausweis gilt für fünf Jahre und ist für Ruheständler grundsätzlich gebührenfrei. Eine zweimalige Verlängerung für je weitere fünf Jahre ist möglich.

Zur **Berufshaftpflicht:** In der Regel erlischt der Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Beruf. Für evtl. Nachforderungen aus dem ärztlichen Berufsleben oder bei gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit empfiehlt sich ein ausreichender Versicherungsschutz. Eine Beratung durch einen Versicherungsfachmann wird empfohlen.

Zur **Sächsischen Ärzteversorgung/ Gesetzlichen Rentenversicherung** sollten Ansprechpartner der genannten Institutionen je nach individueller Sachlage konsultiert und um Rat gefragt werden.

In einem weiteren Teil des Briefes werden Angebote der Kammer an Senioren unterbreitet. Das betrifft die Teilnahme an den speziellen Seniorenveranstaltungen, die ehrenamtliche Mitwirkung in den Gremien der Kammer und die Werbung für Honorartätigkeiten in ausgewählten Bereichen.

Zu **Veranstaltungsangeboten** für Senioren: Die Sächsische Landesärztekammer veranstaltet einmal in jedem Jahr eine gemeinsame Ausfahrt der ehemaligen Kolleginnen und Kollegen zu jährlich unterschiedlichen Zielen im Freistaat Sachsen. Dazu wird durch die Landesärztekammer eingeladen. Der Zuspruch zu den Seniorentreffen ist allgemein hoch – es bietet sich eine gute Gelegenheit für interkollegiale Gespräche in schöner, entspannter Umgebung. Berichte finden sich im Sächsischen

Ärzteblatt. Darüber hinaus finden auch in fast allen Kreiskammern Veranstaltungen für Senioren statt.

Zur **Mitwirkung in den Gremien der Kammer:** als Selbstverwaltung der sächsischen Ärzteschaft unterhält die Sächsische Landesärztekammer eine größere Zahl von Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgruppen. Sie werden in der Regel für die Wahlperiode der Kammerversammlung gewählt bzw. berufen. Die Tätigkeit ist ehrenamtlich. Eine Übersicht findet sich auf der Homepage der Kammer im Internet. Erwähnt wird auch der Seniorenausschuss. Er befasst sich speziell mit „Senioren-relevanten“ Themen im Auftrage des Vorstandes der Kammer und beantwortet gern eventuelle Anfragen (GoebelUte@t-online.de).

Zu **Angeboten zum Tätigwerden** in ausgewählten Bereichen:

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Die Sächsische Landesärztekammer hat in Abstimmung mit den regionalen Gesundheitsämtern und dem Sächsischen Staatsministerium für

Soziales und Verbraucherschutz Rahmenbedingungen für Honorartätigkeiten von ärztlichen Senioren definiert. Im Öffentlichen Gesundheitsdienst besteht relativ beständig Unterstützungsbedarf bei Impfkampagnen, Schuluntersuchungen, Gutachter- und Vortragstätigkeiten, der vorzugsweise mit Ärzten im Ruhestand abgedeckt wird. Während der Honorartätigkeit besteht Unfall- und Berufshaftpflichtversicherungsschutz. Über das Internet sind die Gesundheitsämter unkompliziert aufzufinden und bei Interesse telefonisch anzufragen (www.gesunde.sachsen.de). Vertragliche Vereinbarungen sind regional mit den Gesundheitsämtern zu treffen.

Zu Angeboten auf anderen Gebieten: In der vergangenen Zeit wurde zunehmend häufiger die Bitte an die Landesärztekammer gerichtet, beim Gewinnen von ärztlichen Senioren für eine Honorartätigkeit an den berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens behilflich zu sein. Bei Interesse für eine Tätigkeit als Honorarprofessor an einer der Schulen

sind diese ebenfalls über das Internet zu finden und müssten dann bezüglich des konkreten Bedarfes kontaktiert werden (www.sachsen-macht-schule.de).

In gleicher Weise sucht der Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. dringend Betreuer von Herzsportgruppen. Hier ist über die spezielle Internetadresse direkt Verbindung mit dem Landesverband aufzunehmen, um entsprechende Vereinbarungen zu treffen (www.lvs-pr.de).

Es ist zu erwarten, dass diese Tätigkeitsangebote Veränderungen erfahren werden, vielleicht auch Zuwachs bekommen werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der „Seniorenbrief“ in der kommenden Zeit mit neuen Hinweisen ergänzt wird oder andere Variationen erfährt. Wichtig ist dabei, mit Ihnen, verehrte Kolleginnen und Kollegen, in Kontakt zu treten und zu bleiben.

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Ausschuss Senioren

Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGfNM) gegründet.

Am 06. September 2010 ist in Berlin die Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin – DGfNM – gegründet worden.

Ziel der Fachgesellschaft ist, die Zusammenarbeit der verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die sich mit der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung im präklinischen und klinischen Bereich beschäftigen, zu intensivieren. Die Gesellschaft nimmt aktiv an der Aus-, Weiter- und Fortbildung der notfallmedizinisch tätigen Ärzte, des nichtärztlichen Rettungsdienst-Personals und der Laien teil. Regelmäßig sollen wissenschaftliche Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.

Die DGfNM strebt eine intensive Zusammenarbeit mit der BAND, als

Vertretung der Notärzte Deutschlands, aber auch allen an der Notfallmedizin beteiligten und interessierten Organisationen an.

Zum Vorsitzenden wurde von der Gründungsversammlung Herr PD Dr. med. Detlef Blumenberg, Osnabrück gewählt. Stellvertretende Vorsitzende sind Dr. med. Michael Burgkhardt, Leipzig, und Prof. Dr. med. Peter Sef-

rin, Würzburg. Der Vorsitzende der Gesellschaft, Herr PD Dr. med. Detlef Blumenberg, ist am 19.10.2010 verstorben, sodass der Verein bis auf weiteres von den zwei Stellvertretern geführt wird. Sitz der Gesellschaft ist Berlin.

Vereinsadresse: Deutsche Gesellschaft für
Notfallmedizin (DGfNM) e. V.
Axel-Springer-Str. 52, 10969 Berlin

Qualitätssicherung Hämotherapie

Bei der Anwendung von Blut und Blutprodukten gibt es verpflichtende Vorgaben zur Qualitätssicherung. Die Regelungen hierzu finden sich in den jeweils aktuellen Fassungen des Transfusionsgesetzes (TFG) sowie in den verbindlichen „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) – aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut“. Letztere sind seit dem 06.11.2005 in Kraft und wurden mit der Zweiten Richtlinienanpassung 2010 am 09.07.2010 geändert. Die Überwachung der Qualitätssicherung Hämotherapie liegt bei den Landesärztekammern.

Die Richtlinien gelten für alle Ärzte in der ambulanten und stationären Krankenversorgung, die mit dem Gewinnen, Herstellen, Lagern, Abgeben oder In-Verkehr-Bringen von Blut, Blutbestandteilen oder Blutprodukten, der Durchführung von blutgruppenserologischen und weiteren immunhämatologischen Untersuchungen sowie der Anwendung von Blutprodukten und der entsprechenden Nachsorge befasst sind. In Einrichtungen, in denen Blutkomponenten und/oder Plasmaderivate für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) angewendet werden, unterliegt das Qualitätssicherungssystem der Überwachung durch die Ärzteschaft. Freigestellt von dieser Verpflichtung sind Einrichtungen, die ausschließlich Fibrinkleber und/oder Plasmaderivate anwenden, die jedoch nicht zur Behandlung von Hämostasestörungen eingesetzt werden.

Im Vordergrund steht dabei die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems in den jeweiligen Einrichtungen. Dafür müssen folgende Positionen besetzt werden:

Ein zu berufender Qualitätsbeauftragter übt seine Funktion weisungsunabhängig aus und darf nicht

gleichzeitig Transfusionsverantwortlicher oder Transfusionsbeauftragter der Einrichtung sein. Seine Aufgabe ist es, das Qualitätssicherungssystem zu überwachen. Er wird von der Einrichtung benannt und ist der Sächsischen Landesärztekammer bekanntzugeben. In Ausnahmefällen – insbesondere in kleineren Einrichtungen – kann auf die Benennung eines Qualitätsbeauftragten verzichtet werden (die Bedingungen sind im Abschnitt 1.6.2.1 der Richtlinien enthalten). Des Weiteren sind ein Transfusionsverantwortlicher und ein Transfusionsbeauftragter einzusetzen. In Einrichtungen mit Akutversorgung ist eine Transfusionskommission zu bilden. Sie erstellt und entwickelt ein Qualitätsmanagement-Handbuch weiter und führt zum Beispiel interne Audits durch.

Jährlich sind bis zum 1. März des Folgejahres Berichtsformulare durch den (ärztlichen) Qualitätsbeauftragten Hämotherapie oder bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen durch den ärztlichen Leiter der Einrichtung an die Sächsische Landesärztekammer und an den Träger der Einrichtung zu übermitteln. Hierfür versendet die Sächsische Landesärztekammer im Januar des Jahres die entsprechenden Antwortformulare. Der Versand für das Berichtsjahr 2010 wird in der ersten Monathälfte im Januar 2011 erfolgen.

Die Meldebereitschaft der Einrichtungen hat sich über die Jahre kontinuierlich gut entwickelt. Für das Berichtsjahr 2009 haben alle 81 berichtspflichtigen Krankenhäuser und 42 Praxen geantwortet.

Durch den seit 2008 mit den Einrichtungen intensivierten Dialog konnte eine Liste häufig gestellter Fragen und zugehöriger Antworten erarbeitet und auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer eingestellt werden. Auf Wunsch erhalten die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie über einen E-Mail-Verteiler weitere Informationen.

Die Sächsische Landesärztekammer bietet regelmäßig 16-Stunden-Kurse zur Erlangung der Qualifikation

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter und bei Bedarf für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie an.

Weitere Informationen sind über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de in der aktualisierten Rubrik Qualitätssicherung → Qualitätssicherung Blut und Blutprodukte abrufbar.

Telefonische Anfragen bitten wir an Frau Kerstin Rändler, Sachbearbeiterin Qualitätssicherung, Tel. 0351 8267381, E-Mail: quali@slaek.de, zu richten.

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

Ergänzungen

- „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2010, Seite 601:
- Die Autoren des Artikels „Zertifikat Schutzimpfungen“ sind Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz und Dr. med. Dietmar Beier, Chemnitz.
- Unter www.slaek.de → Informationen → Informationen für Ärzte → Impfen → „Zertifikat Schutzimpfungen“ sind die Lehrinhalte des „Impfkurs Sachsen“ nachzulesen.

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz und Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer

Die **Bezirksstelle Chemnitz** ist wegen Urlaub in der Zeit vom 22.12.2010 bis 4.1.2011 nicht besetzt.

Die **Bezirksstelle Leipzig** ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 22.12.2010 bis 30.12.2010 nicht besetzt.

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

Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 1. Dezember 2010
2. Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)
Vom 24. November 2010

Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 1. Dezember 2010

Aufgrund von § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, § 8 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 und § 17 Abs. 1 Nr. 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2010 die folgende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer vom 6. Juli 2006 beschlossen:

Artikel 1

Die **Geschäftsordnung** der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer vom 6. Juli 2006 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 6. Juli 2006, Az. 21-5415.21/16, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2006, S. 407), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Aufgrund von

1. § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, § 17 Abs. 1 Nr. 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist,
2. Kapitel B Abschnitt III § 13 und Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352) in der Fassung der Änderungssatzung vom 23. November 2007 (ÄBS S. 605),
3. § 1 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie über die Zuständigkeit zur Erteilung einer Genehmigung nach § 121a des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 17. Januar 1998 (SächsGVBl. S. 46)

wird bei der Sächsischen Landesärztekammer als rechtlich unselbständige Untergliederung eine Kommission als zuständige Stelle zur Erteilung der Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtung sowie zur Beratung von Ärzten und Dritter in Fragen der künstlichen Befruchtung errichtet. Diese führt die Bezeichnung Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Berufsbezeichnung“ durch das Wort „Berufsbezeichnungen“ ersetzt.

2. § 2 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 2 Aufgaben der Kommission

Aufgaben der Kommission sind:

1. Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) in der jeweils geltenden Fassung durch Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder zugelassene Krankenhäuser gemäß Anlage 1. Soweit privatärztlich tätige Ärzte Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen erbringen, gilt dies analog.
2. Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß Kapitel B Abschnitt III § 13 und Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sowie zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V. Die Richtlinien bedürfen der Beschlussfassung durch die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer.
3. Überprüfung der Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß Anlage 2.
4. Auswertung des Jahresberichtes des Deutschen IVF-Registers (DIR).“
3. In § 3 Absatz 1, Satz 3 werden nach dem Wort „Angehöriger“ die Wörter „eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums oder“ eingefügt.
4. In § 5 Absatz 6 wird das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
5. Die §§ 6 und 7 werden gestrichen.
6. Die §§ 8 und 9 werden die §§ 6 und 7.

7. Im Anhang werden in der Bezeichnung der Anlage 1 nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt.
8. Die **Anlage 1 – Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser** – zur Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt.
- b) Buchstabe A wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt und die Wörter „,zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570)“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 wird nach der Nummer „1. Vertragsärzte,“ eingefügt: „2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,“. Die Nummern 2 bis 4 werden die Nummern 3 bis 5.
- c) Buchstabe B wird wie folgt geändert:
- aa) Ziffer I. wird wie folgt geändert:
- (1) In Satz 1 werden nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt.
- (2) In Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „homologer und heterologer“ gestrichen.
- bb) In Ziffer III., Satz 5 Nr. 1 werden die Wörter „homologer und heterologer“ gestrichen.
- cc) Ziffer VI. wird wie folgt geändert:
- (1) In Nummer 1 werden die Wörter „,zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. August 2005 (BGBl. I S. 2354)“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
- (2) In Nummer 2.1. Satz 1 wird der Klammerzusatz „(§ 121a Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB V)“ durch den Klammerzusatz „(§ 121a Abs. 1 Satz 1 Nrn. 4 und 5 SGB V)“ ersetzt.
- (3) In Nummer 2.2. Satz 1 wird der Klammerzusatz „(§ 121a Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB V)“ durch den Klammerzusatz „(§ 121a Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 3 SGB V)“ ersetzt.
- d) Buchstabe C wird wie folgt geändert:
- aa) In Ziffer I., Nummer 1 werden nach dem Wort „Vertragsärzten,“ die Wörter „zugelassenen medizinischen Versorgungszentren,“ eingefügt und in Nummer 1 d) der Klammerzusatz „(EBM 2000plus)“ durch den Klammerzusatz „(EBM 2010)“ ersetzt.
- bb) Ziffer II. wird wie folgt geändert:
- (1) In Nummer 1 werden die Wörter „,zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. 277)“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
- (2) In Nummer 2, Satz 2 werden vor dem Wort „Arztshelferinnen“ die Wörter „Medizinische Fachangestellte/“ eingefügt.
- cc) In Ziffer III., Satz 1 werden in dem Klammerzusatz nach dem Wort „Praxis,“ die Wörter „medizinisches Versorgungszentrum,“ eingefügt.
- e) Buchstabe D wird wie folgt geändert:
- aa) In Ziffer I., Nummer 1, Satz 1 werden nach dem Wort „Vertragsärzten,“ die Wörter „zugelassenen medizinischen Versorgungszentren,“ eingefügt und in Satz 2 Buchstabe d) der Klammerzusatz „(EBM 2000plus)“ durch den Klammerzusatz „(EBM 2010)“ ersetzt.
- bb) In Ziffer II., Satz 1 werden nach dem Wort „Praxis,“ die Wörter „dem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum,“ eingefügt.
- cc) In Ziffer III., Satz 1 werden in dem Klammerzusatz nach dem Wort „Praxis,“ die Wörter „medizinisches Versorgungszentrum,“ eingefügt.
- dd) In Ziffer IV. werden in der Überschrift nach dem Wort „Praxen,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren“ eingefügt.
9. Die **Anlage 2 – Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen** – zur Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ wird wie folgt geändert:
- a) Unter Buchstabe C, Ziffer I. wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:
- „5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)**
Indikationen:
- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
 - fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch
- Eine Indikation zur ICSI ist dann gegeben, wenn bei schwerer männlicher Infertilität oder aufgrund anderer Gegebenheiten (z. B. erfolglose Befruchtungsversuche im Rahmen der IVF) die Herbeiführung einer Schwangerschaft auf anderem Wege höchst unwahrscheinlich ist.
- Die Indikationsstellung erfolgt analog den Richtlinien für ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung.
- Die Beurteilung des Spermas hat nach den gültigen WHO-Vorgaben zu erfolgen.“
- b) Unter Buchstabe D, Ziffer I. wird die Nummer 1 wie folgt neu gefasst:

„1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Methoden der künstlichen Befruchtung sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Ehemannes verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter Abschnitt F Abs. III. genannten Voraussetzungen zu beachten.

Methoden der assistierten Reproduktion können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Dies gilt nur, wenn der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass

- die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefühten Partnerschaft zusammenlebt und
- dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.

Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Partners verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter Abschnitt F Abs. III. genannten Voraussetzungen zu beachten.“

- c) Unter Buchstabe D, Ziffer I., Nummer 4, Satz 3 werden nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt.
- d) Unter Buchstabe E werden nach dem Wort „Vertragsärzte,“ die Wörter „zugelassene medizinische Versorgungszentren,“ eingefügt.

- e) Unter Buchstabe G, unter dem Punkt „Zu C I. 5., Zur humangenetischen Beratung und Diagnostik“, Satz 1 werden nach dem Wort „vor“ die Wörter „und es ist von einem erhöhten genetischen Hintergrundrisiko auszugehen“ eingefügt.

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Dresden, 13. November 2010

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. November 2010, Az. 26-5415.21/16 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 1. Dezember 2010

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)

Vom 24. November 2010

Aufgrund von § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 und § 8 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist, in Verbindung mit § 40 Abs. 4 S. 2 und § 77 Abs. 3 S. 2 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 15 Abs. 90 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2010 die folgende Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in) beschlossen:

Artikel 1

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses vom 30. Dezember 1993

Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses vom 30. Dezember 1993 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 1. April 1993, Az. 52/8870-1-00/27/93, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 5/1993, S. 350), zuletzt geändert mit Satzung vom 22. November 2001 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 19. November 2001, Az. 61-5415.21/12, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2001, S. 558) wird wie folgt geändert:

- 1. § 1 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 1

Entschädigung für Zeitversäumnis

Die Mitglieder des Berufsbildungsausschusses erhalten für die Teilnahme an den Sitzungen des Berufsbildungsausschusses, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, ein Sitzungsgeld, wenn dies eine Abwesenheit vom Wohnort oder Arbeitsort erfordert.

Als Sitzungsgeld werden bei einer Abwesenheit von

weniger als fünf Stunden	40,00 EUR
und mindestens fünf Stunden	50,00 EUR

gewährt.“

- 2. § 2 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 2

Fahrtkosten, sonstige Kosten

(1) Für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln werden die Fahrtkosten in nachgewiesener Höhe erstattet. Fahrtkosten mit dem eigenen PKW werden mit 0,27 EUR pro gefahrenem Kilometer ersetzt. Für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer richtet sich die Erstattung von Fahrtkosten nach der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Übernachtungskosten werden nicht erstattet.“

3. § 3 wird wie folgt neu gefasst:

**„§ 3
Anspruchsberechtigung**

Anspruchsberechtigt im Sinne von § 1 und 2 sind nur die Teilnehmer an einer Sitzung des Berufsbildungsausschusses, die als Mitglieder und Stellvertreter des Berufsbildungsausschusses von der Sächsischen Landesärztekammer berufen worden sind.“

Artikel 2

**Satzung zur Änderung der Satzung über die
Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur
Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des
Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen
Fachangestellten vom 23. November 2007**

Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten vom 23. November 2007 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 19. November 2007, Az. 21-5415.21/1, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2007, S. 613) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Prüfungsvergütung“ gestrichen.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor den Wörtern „ein Sitzungsgeld“ die Wörter „soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird,“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Prüfungsvergütung“ durch die Wörter „Entschädigung für Zeitversäumnis“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Prüfungsvergütung“ durch die Wörter „Entschädigung für Zeitversäumnis“ ersetzt.

bb) Nr. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Unter Nummer 1 – Schriftliche Prüfungen – werden die Zahlen „1.1“ gestrichen.

(2) Die Unterabsätze 1.2. und 1.3. werden gestrichen.

cc) Nr. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„2. Praktischer Teil der Abschlussprüfung

2.1. Ausarbeitung eines Handlungskomplexes mit Lösungsvorschlag und Bewertungsanleitung pro Handlungskomplex 30,00 EUR.

2.2. Tätigkeit in der praktischen Prüfung und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling 30,00 EUR.“

dd) Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„3. Mündliche Ergänzungsprüfung
Tätigkeit in der mündlichen Ergänzungsprüfung und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling 10,00 EUR.“

ee) Nr. 4 wird wie folgt neu gefasst:

„4. Hilfstätigkeiten

Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse und andere Personen, die an der Abwicklung der Prüfung mitwirken, insbesondere Aufsichtsführende, erhalten je Stunde

10,00 EUR.“

2. § 2 wird wie folgt neu gefasst:

**„§ 2
Fahrtkosten, sonstige Kosten**

(1) Für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln werden die Fahrtkosten in nachgewiesener Höhe erstattet. Fahrtkosten mit dem eigenen PKW werden mit 0,27 EUR pro gefahrenem Kilometer ersetzt. Für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer richtet sich die Erstattung von Fahrtkosten nach der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Übernachtungskosten werden nicht erstattet.

(3) Im Rahmen der Prüfung anfallende Portokosten werden in nachgewiesener Höhe erstattet.“

Artikel 3

**Satzung zur Änderung der Satzung über die
Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur
Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf
des Arzthelfers/der Arzthelferin vom 23. November 2007**

Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin vom 23. November 2007 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 19. November 2007, Az. 21-5415.21/1, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2007, S. 612) wird aufgehoben.

**Artikel 4
Inkrafttreten**

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Dresden, 13. November 2010

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. November 2010, Az. 26/5415.21/1,.../12,.../20, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in) wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 24. November 2010

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Besondere Verantwortung der Mandatsträger

Leserzuschrift zum Beitrag von Dr. med. Norbert Grosche „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2010, Seite 518

Der obige Leserbriefschreiber ist ein anerkannter Kollege, der sich um die ärztliche Selbstverwaltung verdient gemacht hat. Und weil ich das weiß, bin ich über seine Äußerungen besonders irritiert. Die öffentliche Schelte eines Mandatsträgers, ob seines Abstimmungsverhaltens, sollte eigentlich in einer Demokratie nicht geübt werden. Denn der Gewählte, und darin unterscheidet er sich durch nichts von einem Volksvertreter in einem Parlament, handelt ja letztlich im Auftrag seiner Wähler und ist nur seinem Gewissen verantwortlich. In seinem Handeln soll er unabhängig sein, und wenn er das nicht ist, kann man ihn auch nicht wiederwählen. Die Väter unserer Demokratie haben Delegierten, Abgeordneten oder Gemeindevetretern ausdrücklich eingeräumt, einem Sachverhalt oder einem Personenvorschlag zuzustimmen, ihn abzulehnen oder sich der Stimme zu enthalten. Demnach ist die Stimmenthaltung, ganz im Gegensatz zu der Meinung des Briefschreibers, nichts Ehrenrühriges oder wie er schreibt „schockierend“ und „moralisch verwerflich“.

Es ist falsch, wenn in dem Beitrag behauptet wird, dass man sich nur dann der Stimme enthalten darf, wenn man von dem Sachverhalt nichts versteht. Stimmenthaltung bedeutet eben sowohl „ich kann nicht zustimmen“ wie auch „ich will aber auch nicht ablehnen“. Das ist eine durchaus ehrenhafte Haltung.

Es ist aber auch eine Tatsache, dass man dann besonders häufig Enthaltungen verzeichnen kann, wenn der Sachverhalt vom Antragssteller nicht schlüssig begründet wurde oder wenn die Vorlage nicht sorgfältig vorbereitet wurde.

Und übrigens: Es ist natürlich gleichfalls falsch, wenn in dem Beitrag behauptet wird, dass Stimmenthaltungen wie Gegenstimmen gewertet werden. Richtig ist vielmehr, dass es eben keine Ja-Stimmen sind.

Ich finde es völlig unpassend, Mandatsträger wegen ihres Votums abzuqualifizieren und zu unterstellen, dass nicht mit entsprechendem Verantwortungsbewusstsein entschieden wurde. Eine solche (falsche) Schlussfolgerung ist kränkend

und trägt der Würde des Ehrenamtes in keiner Weise Rechnung.

Ich bin sowohl langjähriger Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer, wie auch seit 20 Jahren Leipziger Stadtrat. In beiden Funktionen habe ich mich selbstverständlich bisweilen der Stimme enthalten und halte das auch für richtig. Und somit gestehe ich Anderen auch diese Entscheidung zu.

Dr. med. Michael Burgkhardt, Leipzig

Stellungnahme von Dr. Norbert Grosche

Es liegt in der Natur der Dinge, dass Kritik Gegenkritik hervorruft. Dass man als Antwort auf meinen Leserbrief jedoch lediglich ein Grundsatzreferat in Sachen Demokratie verfasst und mit keiner Silbe auf den Sachverhalt eingegangen ist, stimmt mich doch etwas traurig.

Ich habe in keiner Weise demokratisches Abstimmungsverhalten in Frage stellen wollen, darüber muss man mich nicht belehren. Ich glaube hier ist etwas bewusst falsch verstanden worden. Ich habe ein konkretes Beispiel einer Satzungsfrage angeführt, einer Satzungsfrage, bei der man sich für unsere jungen Kollegen oder gegen sie positionieren sollte.

Tut mir leid, aber eine Haltung – bin weder dafür, noch dagegen – oder anders ausgedrückt: „Ist mir egal“, kann ich da nicht akzeptieren. Hier bleibe ich bei meiner Kritik. Im Übrigen entsprechen Stimmenthaltungen bei Satzungsfragen doch Gegenstimmen. Dem Antragsteller (Vorstand) den schwarzen Peter zuzuschieben, halte ich nun wiederum für kränkend und trägt der Würde des Ehrenamtes in keiner Weise Rechnung.

Abschließend noch ein Wort zur Vergleichbarkeit der „Parlamente“. Ein politisches Parlament ist niemals frei in seiner demokratischen Meinungsbildung, dafür sorgen schon die Parteien. Die Ergebnisse der letzten Wahlen geben davon Zeugnis. Ich bin froh, dass unsere Kammerversammlung kein solches Parlament ist. Denn dann würde nach Listen, Verbänden, Berufsgruppen etc. entschieden. Noch wird in unserer Kammer Sacharbeit geleistet und der muss man sich als Mandatsträger stellen, wobei natürlich auch Stimmenthaltungen möglich sein müssen. Das sollte aber die Ausnahme sein.

Dr. med. Norbert Grosche, Dresden

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Dr. Katrin Bräutigam
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.l-va.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,
Telefon: 0341 710039-94, se@l-va.de
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.
Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 106,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 10,15 € 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.

Unsere Jubilare im Januar 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 04.01. Dr. med. Weißflog, Joachim
09526 Olbernhau
- 06.01. Dr. med.
Sommerfeld, Christine
04299 Leipzig
- 07.01. Weinberger, Christine
08056 Zwickau
- 08.01. Dr. med. Bötticher, Brigitte
08134 Wildenfels
- 08.01. Dr. med. Friedrich, Armin
09496 Marienberg
- 09.01. Dipl.-Med. Genz, Elke
08223 Falkenstein
- 12.01. Dr. med. Bötticher, Herwig
08134 Wildenfels
- 13.01. Liebetau, Theodor
08393 Meerane
- 13.01. Dr. med. Wege, Bärbel
01324 Dresden
- 16.01. Dr. med. Goltzsch, Martina
04207 Leipzig
- 16.01. Dr. med. Wieczorek, Bertram
08223 Falkenstein
- 17.01. Dipl.-Med.
Blätterlein, Sabine
09432 Großolbersdorf
- 18.01. Dr. med. Hendel, Annette
09599 Freiberg
- 19.01. Dr. med. Henke, Erhard
01920 Panschwitz-Kuckau
- 20.01. Käuffelin, Gerlinde
08233 Treuen
- 20.01. Dr. med. Slonina, Christa
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.01. Dr. med. habil.
Lindner, Harald
04179 Leipzig
- 25.01. Dr. med. Uhle, Matthias
04279 Leipzig
- 27.01. Dr. med. Drechsler, Matthias
09322 Penig
- 28.01. Dr. med. Krause, Peter
04249 Leipzig
- 30.01. Dr. med. Mitbrodt, Annelie
09123 Chemnitz
- 31.01. Dr. med. Plato, Roland
04519 Rackwitz

65 Jahre

- 03.01. Dr. med. Schoßig, Christine
01127 Dresden
- 07.01. Vasylyev, Vladyslav
01159 Dresden

- 08.01. Peschel, Ursula
01259 Dresden
- 15.01. Dipl.-Med. Keller, Petra
01156 Dresden
- 19.01. Dipl.-Med. Kobus, Bernhard
04435 Schkeuditz
- 20.01. Dr. med. Gitt, Hans-Albrecht
04207 Leipzig
- 27.01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Zerbes, Helmut
01189 Dresden
- 29.01. Dipl.-Med.
Toguschow, Sieglinde
04425 Taucha
- 30.01. Schubert, Iraida
01705 Freital

70 Jahre

- 02.01. Dr. med. Suntheim, Helga
04356 Leipzig
- 03.01. Dr. med. Adomeit, Anke
09350 Lichtenstein
- 03.01. Franck, Regina
01855 Sebnitz
- 03.01. Dr. (HR) Höhne, Ivana
04155 Leipzig
- 04.01. Dr. med. Loose, Helga
01097 Dresden
- 04.01. Dr. med.
Puschmann, Matthias
08223 Höhenluftkurort
Grünbach
- 05.01. Dr. med. Weber, Gerd
01829 Stadt Wehlen
- 06.01. Dr. med. Schöne, Heidelinde
02827 Görlitz
- 08.01. Dr. med. Coder, Ingeborg
08280 Aue
- 09.01. Dr. med. Gehlhar, Siegfried
01454 Ullersdorf
- 09.01. Dr. med. Gräbner, Kurt
04838 Eilenburg
- 10.01. Bischoff, Lutz-Gregor
08451 Crimmitschau
- 10.01. König, Gerlinde
09120 Chemnitz
- 10.01. Teich, Horst
09306 Rochlitz
- 11.01. Dr. med. Frey, Elke
01129 Dresden
- 11.01. Dr. med. Krause, Peter
01217 Dresden
- 12.01. Derneff, Barbara
01307 Dresden
- 12.01. Dr. med. John, Uta
01307 Dresden
- 12.01. Prof. Dr. med. habil.
Nitzsche, Hartmut
01705 Freital

- 12.01. Dr. med. Weber, Ulrich
02906 Hohendubrau
- 13.01. Dr. med. Berger, Fritz
01824 Kurort Gohrisch
- 13.01. Rothe, Christa
09126 Chemnitz
- 14.01. Hickel, Annelies
04564 Böhlen
- 15.01. Dr. med. Nitzsche, Monika
01705 Freital
- 15.01. Rösler, Elisabeth
02730 Ebersbach
- 16.01. Dr. med. Schulze, Christine
08064 Zwickau
- 17.01. Buch, Volker
09217 Burgstädt
- 17.01. Dr. med. Leuteritz, Karin
04860 Torgau
- 17.01. Dr. med. Stoll, Dietmar
09128 Chemnitz
- 18.01. Dr. med. Weise, Wolfgang
04249 Leipzig
- 18.01. Dr. med. Wepner, Dorit
08645 Bad Elster
- 19.01. Dr. med. Baldauf, Monika
09131 Chemnitz
- 19.01. Dr. med. Fiege, Arnold
04860 Torgau
- 19.01. Dr./ Med.Univ.
Budapest Sohn, Ulrich
09131 Chemnitz
- 20.01. Fasold, Ursula
01445 Radebeul
- 20.01. Dr. med. Gaunitz, Monika
04157 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Gehrig, Peter
04299 Leipzig
- 20.01. Prof. Dr. med. habil.
Keller, Eberhard
04157 Leipzig
- 20.01. Müller, Juliane
08209 Rebesgrün
- 20.01. Dr. med.
Petermann, Günther
04736 Waldheim
- 21.01. Feydt, Brigitte
01219 Dresden
- 21.01. Dr. med. Siegert, Monika
04349 Leipzig
- 22.01. Prof. Dr. med. habil.
Höring, Helmut
08645 Bad Elster
- 23.01. Dr. med.
Engelstädter, Monika
01936 Königsbrück
- 24.01. Dr. med. Göckritz, Wolfgang
08328 Stützengrün
- 24.01. Hentschel, Günter
01097 Dresden

- 24.01. Dr. med. Martin, Sieglinde
09131 Chemnitz
- 24.01. Dr. med. Siebert, Wolf
01587 Riesa
- 25.01. Schürer, Helmut
09661 Hainichen
- 27.01. Kolle, Ulla
09350 Lichtenstein
- 27.01. Dr. med. Koßmagk, Renate
04249 Leipzig
- 27.01. Dr. med. Mager, Sabine
01328 Dresden
- 27.01. Dr. med.
Oelschlägel, Heidemarie
08261 Schöneck
- 30.01. Prof. Dr. med. habil. Spencker,
Friedrich-Bernhard
04277 Leipzig
- 31.01. Dr. med. Bollmann, Joachim
04838 Eilenburg
- 31.01. Dr. med. Fischer, Gisela
01591 Riesa
- 31.01. Dr. med. Glaß, Dagmar
08248 Klingenthal
- 75 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Färber, Helga
01309 Dresden
- 02.01. Grübel, Wilfried
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 04.01. Dr. med. Unger, Christine
04105 Leipzig
- 05.01. Dr. med. Ehmman, Gertraude
08529 Plauen
- 06.01. Dr. med. Eisenreich, Roland
08060 Zwickau
- 07.01. Dr. med. Linemann, Ingrid
01217 Dresden
- 09.01. Dr. med. Zwarg, Dietrich
09496 Marienberg
- 11.01. Dr. med.
Kohlschmidt, Eberhard
02994 Bernsdorf
- 13.01. Dr. med. Vogler, Martina
04808 Wurzen
- 16.01. Dr. med. Tzschoppe, Achim
01129 Dresden
- 19.01. Dr. med. Thierfelder, Maria
09366 Stollberg
- 22.01. Dr. med. Ferse, Wolfgang
01328 Dresden
- 25.01. Dr. med. Kumpf, Hanspeter
01445 Radebeul
- 26.01. Dr. med. Beyer, Ursula
04157 Leipzig
- 26.01. Dr. med. Rockstroh, Werner
09395 Hormersdorf
- 28.01. Dr. med. Werner, Dieter
01877 Bischofswerda
- 29.01. Dr. med. König, Klaus
04207 Leipzig
- 30.01. Dr. med. Pabst, Irene
01069 Dresden
- 31.01. Dr. med. Vogler, Wolfgang
04808 Wurzen
- 80 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Weißbach, Renate
08371 Glauchau
- 03.01. Dr. med. Schulz, Hans-Jürgen
04838 Eilenburg
- 07.01. Dr. med. Holfert, Manfred
01705 Freital
- 10.01. Dr. med. Nothaaß, Ernestine
04275 Leipzig
- 18.01. Dr. med. Herrig, Ruth
09127 Chemnitz
- 23.01. MUDr. Benetka, Alois
08058 Zwickau
- 25.01. Prof. Dr. med. habil.
Baerthold, Wolfgang
01187 Dresden
- 81 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Hettmer, Helmut
04860 Torgau
- 13.01. Dr. med. Schneider, Günter
08541 Theuma
- 13.01. Dr. med. Thierbach, Volker
04157 Leipzig
- 82 Jahre**
- 04.01. Dr. med. Haberland, Rolf
01589 Riesa
- 05.01. Dr. med. Meier, Hans-Joachim
09366 Stollberg
- 07.01. Dr. med. habil.
Lehnert, Wolfgang
01445 Radebeul
- 14.01. Dr. med. Michel, Edith
04849 Bad Düben
- 23.01. Dr. med. Thomas, Brigitte
01640 Coswig
- 24.01. Dr. med. Donath, Rolf
01731 Kreischa
- 28.01. Dr. med. Heinrich, Ursula
01796 Pirna
- 83 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Kipke, Lothar
04821 Waldsteinberg
- 10.01. Dr. med. Suchert, Gerhard
01825 Liebstadt
- 27.01. Dr. med. Thiem, Walter
01099 Dresden
- 84 Jahre**
- 17.01. Dr. med. Karwath, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
- 20.01. Prof. Dr. med. habil.
Rose, Wolfgang
01277 Dresden
- 23.01. Prof. Dr. sc. med.
Kaden, Wolfgang
08315 Bernsbach
- 85 Jahre**
- 01.01. Prof. Dr. med. habil.
Aßmann, Dietmar
01796 Pirna
- 13.01. Dr. med. Schubert, Edith
08066 Zwickau
- 86 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Bernhard, Joachim
01326 Dresden
- 03.01. Dr. med. Keller, Ruth
04838 Eilenburg
- 08.01. Dr. med. Kliemant, Günter
01612 Nünchritz
- 22.01. Dr. med. Bulang, Benno
02625 Bautzen
- 87 Jahre**
- 13.01. Prof. Dr. med. habil.
Dürwald, Wolfgang
04299 Leipzig
- 88 Jahre**
- 31.01. Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen
01662 Meißen
- 89 Jahre**
- 07.01. Dr. med. Rocholl, Albrecht
01309 Dresden
- 90 Jahre**
- 18.01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01728 Bannewitz
- 91 Jahre**
- 28.01. Dr. med. Lorenz, Irene
01067 Dresden
- 92 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen

20 Jahre Landeszahnärztekammer Sachsen

Fast 120 Gäste waren der Einladung der Landeszahnärztekammer Sachsen zur Feier ihres 20-jährigen Bestehens gefolgt. Mit tatkräftiger Unterstützung der Kollegen aus Baden-Württemberg wurde am 7. Oktober 1991 die Landeszahnärztekammer Sachsen gegründet. Der damalige Gründungspräsident, Dr. Joachim Lüddecke, und der erste Staatsminister für Soziales, Dr. Hans Geisler, würdigten in ihren Redebeiträgen das Engagement und den Enthusiasmus der Zahnärzte beim Aufbau einer funktionierenden freiheitlich demokratischen Selbstverwaltung. Damals wurden die Grundlagen für das Selbstverständnis der Berufsausübung unter den neuen politischen Rahmenbedingungen gelegt. Die während der Veranstaltung gezeigten Video-Ausschnitte machten die Aufbruchstimmung und das Ringen um neue Wege deutlich und brachten für alle, die damals dabei gewe-



Dr. Mathias Wunsch

sen waren, die Ereignisse noch einmal plastisch in Erinnerung. Kammerpräsident, Dr. Mathias Wunsch, würdigte in seiner Rede nicht nur das Vergangene, sondern sprach auch die Probleme der Zukunft an. Besonders wichtig hierbei ist die Einführung einer neuen Approbationsordnung, die eine zeitgemäße qualitätsorientierte Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses sichert und die völlig überholte, derzeit gültige Approbationsordnung von 1955 end-

lich ablöst. Auch die Einführung einer neuen privaten Gebührenordnung, die seit 1988 unverändert ist, steht dringend auf der politischen Agenda. Last but not least ist es für die Zahnärzte von entscheidender Bedeutung, den Ost-Westangleich endlich voranzubringen. Nach 20 Jahren sind die Zahnärzte die letzten akademischen Heilberufe, bei denen dies noch nicht der Fall ist und leider lässt auch die derzeitige Gesundheitsgesetzgebung eine endgültige Angleichung in weite Ferne rücken. Am Ende der Veranstaltung wurden sieben Kolleginnen und Kollegen geehrt, die ununterbrochen seit 1990 Mitglieder der Kammerversammlung sind. Im Anschluss gab es im Foyer des Zahnärztheuses die Möglichkeit, Erinnerungen der letzten 20 Jahre auszutauschen und Gespräche über die Zukunft zu führen. Die Landeszahnärztekammer sieht sich auch für die nächsten 20 Jahre gut positioniert, um die Interessen der Zahnärzteschaft in Sachsen zu vertreten.

Dr. Thomas Breyer

Seniorenfahrt nach Böhmen

Großes Interesse bei den Senioren der neu gegründeten Kreisärztekammer Zwickau fand die erste Ausfahrt. Zwei Reisebusse mit insgesamt 80 Personen starteten am 14. und 16. September dieses Jahres von Zwickau aus nach Böhmen zum Stift Tepl und nach Marienbad. Die Fahrt führte über Adorf, Bad Elster und Eger. Das Stift Tepl ist eines der beiden Prämonstratenserklöster in Tschechien. Es wurde 1193 vom Kloster Strahov in Prag aus gegründet, zurzeit 16 Mönche.

Der Orden der Prämonstratenser geht zurück auf Norbert von Xanten, der das erste Kloster 1115 südwestlich von Paris in der Champagne gründete und es Premonstre nannte. Er gilt als Ordensgründer. Sie lebten nach den Regeln des heiligen Augustinus, die vornehmlich in Gebet und Armut bestanden. Hinzugefügt wurden noch Seelsorge, Krankenpflege



Kloster Tepla, ©Fotalia, Autor: PHB.cz

und Pflege der Wissenschaften. Im Laufe der Jahrhunderte legten die Chorherren, wie die Mönche auch genannt werden, bedeutende Bibliotheken an. So besitzen Strahov und Tepl die größten Buchsammlungen in Tschechien. Aus den Klöstern gingen Gelehrte verschiedener Disziplinen hervor, Theologen, Philosophen, Historiker und Naturwissenschaftler.

Viele der Chorherren wurden zu Bischöfen und Erzbischöfen ernannt und errangen die Kardinalswürde. Mehrere Jahrhunderte hindurch stellten die Prämonstratenser die Bischöfe von Prag und Ölmütz. In der Zeit vom 14. April 1950 bis zum 31. Dezember 1990 war auch das Kloster Tepl, wie aller Klosterbesitz in der Tschechoslowakei enteignet und auch die Orden wurden verboten. Von 1950 bis 1978 diente Stift Tepl als Kaserne der tschechoslowakischen Armee, stand dann 12 Jahre lang leer, war unglaublich verwüstet und dem Verfall preisgegeben. Lediglich die Barockkirche „Mariä Verkündigung“ und die Bibliothek, die wertvolle alte Handschriften aus ganz Europa enthält, blieben dem Zugriff der Soldaten entzogen. Trotzdem erlitt die Bibliothek in den Nachkriegsjahren große Verluste. Viele literarische Kostbarkeiten wurden gestohlen oder vernichtet. Heute enthält sie rund 108.000 Bände, 804 Handschriften und 294 Handschriftenfragmente, 537 Inkunabeln sowie

über 2.400 Drucke des 16. Jahrhunderts. Als das kostbarste im Stift entstandene Buch gilt der Codex Teplensis, die älteste vollständige Übersetzung des Neuen Testaments ins Mittelhochdeutsche. Es wird seit 2008 in der Nationalbibliothek in Prag aufbewahrt.

Alle diese kulturhistorischen Einmaligkeiten konnten bei einer ausführlichen und interessanten Führung

durch Konvent, Kirche und Bibliothek in Augenschein genommen werden. Das schmackhafte Mittagessen nahmen wir in der 1993 neu erbauten, sehr gepflegten Klosterherberge ein. Anschließend ging die Fahrt weiter nach Marienbad, das 1808 vom Kloster Tepl durch den Abt Karl Kaspar Reitenberger gegründet und deren Mineralquellen in den umliegenden Wäldern, die zum Stift gehörten und

vom Stiftsarzt, Dr. Josel Jan Nehr, chemisch untersucht worden waren. Eine kurzweilige kleine Führung durch den Badeort und ein anschließendes Kaffeetrinken im Hotel „Bohemia“ beendeten eine erlebnisreiche Bildungsreise, die für die Teilnehmer neue und interessante Eindrücke und Erinnerungen hinterlassen werden.

Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau

Ausbildungs- förderung und Hilfe in akuter Not

Seit 55 Jahren kümmert sich die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Ärzte. Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist ihr zentraler Gedanke.

Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Heute sind es die Kinder bedürftiger Ärzte sowie Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Mit der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen, setzt sich die Stiftung zum Ziel, diesen einen Weg in die

berufliche Existenz zu ermöglichen. Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Unterstützung bei Schicksalsschlägen und Notlagen sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit.

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern auch auszubauen.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Vielen Dank

Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender der Stiftung
„Ärzte helfen Ärzten“, stellvertretender
Vorsitzender des Hartmannbund –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Dr. Waltraud Diekhaus
Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung
„Ärzte helfen Ärzten“,
Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes

Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Zahnärztekammern e. V.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

**Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0 001 486 942
BLZ: 300 606 01**

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 9. Januar 2011
11.00 Uhr – Junge Matinee
Aus Oper, Operette und Lied
Korrepitoren über die Schulter
geschaut
Studierende der Fachrichtung Gesang
und Musiktheaterkorrepetition
Klasse Prof. Karl Heinz Knobloch
Hochschule für Musik Carl Maria von
Weber Dresden

Sonntag, 6. Februar 2011
11.00 Uhr – Junge Matinee
Klaviermusik
in Vorbereitung des Landeswett-
bewerbes „Jugend musiziert“
Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage
Gedenkausstellung Erich Gerlach
Ein Dresdner Realist –
Erich Gerlach zum 100. Geburtstag
bis 16. Januar 2011

Bernd Hahn
Konstellationen
19. Januar bis 13. März 2011

Vernissage: Donnerstag,
20. Januar 2011, 19.30 Uhr
Einführung: Gunter Ziller, Galerist,
Dresden

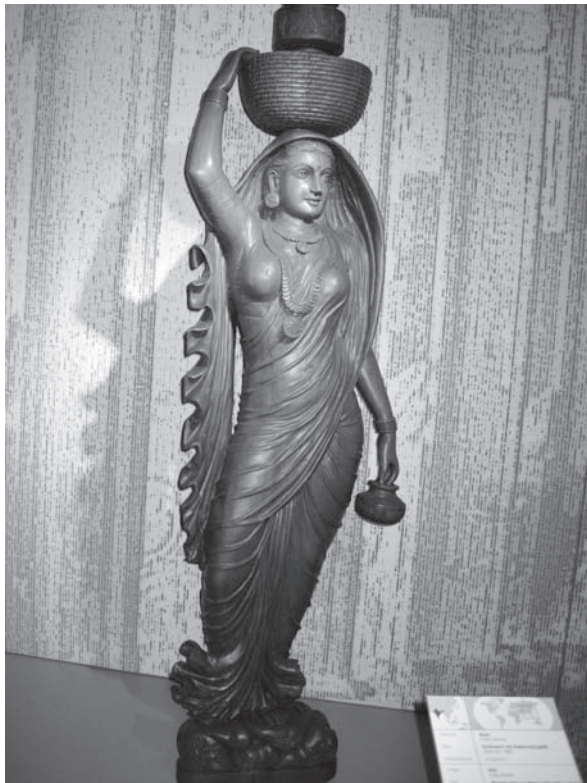
Claus Weidendorfer – O. T.
16. März bis 15. Mai 2011
Vernissage: Donnerstag,
17. März 2011, 19.30 Uhr
Einführung: Gunter Ziller, Galerist,
Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Katharina Günther „Werkschau“
Malerei / Fotografie
bis 30. März 2011

15. Sächsisches Seniorentreffen

Das 15. Sächsische Seniorentreffen führte die ärztlichen Senioren nach Lichtenstein ins Daetz-Centrum und zu zwei Sehenswürdigkeiten der Stadt Zwickau. Eingeladen waren die älteren Senioren sowie der Jahrgang 1944. An fünf Terminen wurden die



Daetz-Centrum Lichtenstein

Teilnehmer bei schönem Sonnenschein, aber auch bei frühherbstlichem Regenwetter sternförmig per Bus aus dem Freistaat Sachsen an die Ziele gebracht. Die organisatorische Durchführung lag wie im vergangenen Jahr beim Vertragspartner Muldental-Reisen GmbH. Zugleich – wie in der bereits 15-jährigen Tradition gewohnt – wurden die Senioren in den Bussen auch von den drei Mitarbeiterinnen der Bezirkstellen der Sächsischen Landesärztekammer mit viel Aufmerksamkeit und Fürsorglichkeit begleitet.

Das Daetz-Centrum Lichtenstein GmbH bietet einen wundervollen Einblick in internationale Holzbild-

hauerkunst. Unter dem Dach des Schlosspalais Lichtenstein werden 550 Werke aus 35 Ländern und fünf Kontinenten ausgestellt. Die Exponate wurden auf Privatinitiative des Ehepaares Peter und Marlene Daetz auf zahlreichen Reisen rund um die Erde gesammelt, teilweise auch direkt für die Präsentation in Auftrag gegeben. Es besteht das Anliegen der Initiatoren, einen Überblick über zeitgenössische Holzkunst zu vermitteln. So finden sich profane neben sakralen und rituellen künstlerischen Darstellungen. Die verwendeten Hölzer sind für die Herkunftsländer typisch, mitunter werden auch andere Materialien, wie zum Beispiel Flusspferdzähne oder Elchgeweih mit Holz kombiniert. Aus Europa sind insbesondere Südtiroler, Deutsche (auch aus dem Erzgebirge) und Schweizer Kunstwerke zu finden. Die Darstellungen sind teils figürlich, teils abstrakt. Manchmal kann der Betrachter über ironisch Pointiertes schmunzeln oder ins Nachdenken kommen. Exponate der Ureinwohner Nordamerikas und der Inuit, der Makonde aus Afrika, Holzschnitzkunst aus Nordafrika, aus Indien, China oder Ozeanien erfreuen und erstaunen den Betrachter hinsichtlich höchsten handwerklichen und künstlerischen Könnens.

Durch ein Mittagessen gestärkt und ausgeruht führte die Ausflugsroute nun nach Zwickau. Je nach Interessenslage und Kondition konnte zwischen dem Besuch des Horchmuseums und dem Zwickauer Dom gewählt werden.

Das Horchmuseum (im September 2004 eröffnet) empfängt Automobilinteressierte Besucher im ehemaligen Audi-Werk in Zwickau. Auf einer zweigeschossigen Ausstellungsfläche wird über 100 jährige Zwickauer Automobilbautradition dargeboten. Mehr als 70 Exponate werden präsentiert, unter anderem auch in einem nachgebildeten historischen Straßenzug mit verschiedenen Szenarien der 1930er- und 1950er-Jahre.

Luxusautos, wie der Horch Phaeton aus dem Jahr 1911, ruhmreiche Rennautos, wie der Audi B und auch der Trabant aus DDR-Zeiten begeistern nicht nur Autonarren. Im Jahr 2005 wurde das Museum um die Horchvilla erweitert. Hier werden die Besucher mit der anrührenden Lebensgeschichte von August Horch bekannt gemacht.

Der Zwickauer Dom St. Marien ist das Ziel der zweiten Gruppe. In einem Vortrag und einer Führung hören die Gäste Wesentliches zu Geschichte und Ausstattung des Domes. Sie erfahren, dass in dieser Kirche Thomas Müntzer im Bauernkrieg gepredigt hat und hier die Gedanken der Reformation sehr schnell aufgegriffen wurden. Die Baugeschichte des ursprünglich romanischen Gotteshauses reicht bis in das Jahr 1180 zurück. Feuer und Blitz zerstörten das Bauwerk im Mittelalter teilweise, sodass immer wieder Neu- und Anbauten erforderlich wurden, die die damals reiche Stadt Zwickau im jeweiligen künstlerischen Stil der Zeit in Auftrag gab. Besonders stolz sind die Zwickauer auf den Altar ihres Domes. Er wurde in der Werkstatt des Albrecht-Dürer-Lehrmeisters, Michael Wolgemut, in Nürnberg geschaffen. Es entstand ein wandelbarer Flügelaltar. Ein Figureschrein ruht auf einer Predella und trägt neben zwei Standflügeln vier wandelbare Flügel, die neben der Festtagseite je einen Zyklus zur Weihnachtsgeschichte und zur Passion Christi aufweisen. Im Mittelpunkt steht eine Skulpturengruppe um die Gottesmutter. In der Führung wird die reiche Ausstattung des Domes präsentiert. Auch Kanzel und Taufbecken haben eine besondere Geschichte. Ein Orgelanspiel ergänzte den Dombesuch.

Anschließend rundete ein Kaffeetrinken und hausgebackener Kuchen im Zwickauer Brauhaus den Ausflugstag ab. Die wartenden Busse brachten die Senioren pünktlich nach Hause.

Dr. med. Ute Göbel, Leipzig

Hubert M. Turnbull

* 1875 † 1955

Gastforscher in Dresden und emigranter britischer Pathologe

Im Pathologisch-Anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt, das von 1894 bis 1932 von Professor Georg Schmorl (1861 bis 1932) geleitet wurde, gab es ein ständiges Kommen und Gehen. Hunderte von jungen Ärzten aus dem In- und Ausland besuchten Dresden, um bei dem hoch angesehenen Schmorl für einige Zeit zu arbeiten und zu lernen. Im Institut wurde ein „Goldenes Buch“ geführt, in das sich im Laufe der Jahre viele Gastforscher und Assistenten des Instituts eingetragen hatten. Leider ist dieses für die Medizinhistorie so überaus interessante Buch in den Wirren von Krieg und Nachkrieg um 1945 verloren gegangen. So müssen andere Quellen herangezogen werden, um etwas über Name und Herkunft der damaligen Besucher des Instituts zu erfahren, von denen mehrere später Weltruf erlangten.

An einige der bei Schmorl arbeitenden Forscher wurde bereits im „Ärztblatt Sachsen“ erinnert, so an seinen Schüler und Nachfolger Paul Geipel (1869 bis 1956) durch J. Justus in 10/2007 und an die amerikanischen Pathologen Aldred S. Warthin (1866 bis 1931) und F. Peyton Rous (1879 bis 1970, Nobelpreis 1966) durch V. Wunderlich & P. Kunze in 7/2008. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit dem namhaften britischen Pathologen Hubert Maitland Turnbull. Dessen Laufbahn entschied sich in Dresden im Jahre 1905 in eine vorher nicht geplante Richtung.

Turnbulls Weg zur Pathologie

Turnbull war in Edinburgh aufgewachsen und hatte in Oxford und London Medizin studiert. Schon als Student gewann er verschiedene Preise. In Oxford hörte er mit großer Begeisterung Vorlesungen zur Pathologie bei seinem schottischen Landsmann James Ritchie (1864 bis 1923), der dort der erste Professor für Pathologie war. Während der klinischen Ausbildung in London konnte



Abb. 1: Porträt Christian Georg Schmorl. Kreidezeichnung (23,9 x 18,9 cm) von Robert Sterl (1867 – 1932), dem bedeutenden Vertreter des deutschen Impressionismus (Mit Erlaubnis des Robert-Sterl-Hauses Naundorf. Z863; Foto: Jürgen Karpinski).

Turnbull seine Kenntnis der Pathologie bei dem Bakteriologen William Bulloch (1868 bis 1941) erweitern. Besonders interessierte ihn in dieser Zeit allerdings die Neurologie. Mit einer neuropathologischen Arbeit erlangte er den Grad eines Doctor of Medicine. Einer der Gutachter dieser Arbeit war Charles S. Sherrington (1859 bis 1952, Nobelpreis 1932), der Turnbull eine viel versprechende Laufbahn in der Neurologie voraussagte. Doch Turnbull hatte andere Pläne. Er wollte, ganz im Sinne seiner Oxfordler Lehrer, orthopädischer Chirurg werden. Sein Mentor Ritchie empfahl ihm, zur Vorbereitung der Spezialisierung mehr über die Pathologie der Knochen bei Georg Schmorl in Dresden zu lernen. Auch Bulloch unterstützte dieses Vorhaben. Bulloch hatte zur selben Zeit wie Schmorl einige Monate bei Felix Victor Birch-Hirschfeld (1842 bis 1899) in Leipzig gearbeitet und ein Jahrzehnt zuvor mit Schmorl zusammen publiziert. Um sein Deutsch zu vervollkommen, reiste Turnbull im Juli 1904 für einige Wochen nach Jena. Ein Radcliffe Reisestipendium der Universität Oxford ermöglichte es ihm, im Frühjahr 1905 als unbezahlter Assistent in das Dresdener Institut einzutreten. Der Aufenthalt in Dresden war zweigeteilt. Zunächst blieb Turnbull nahezu ein Jahr bei Schmorl. Schon nach wenigen Monaten entschloss er sich, seine vorgesehene Laufbahn als

Chirurg aufzugeben und sich zukünftig allein der Pathologie zu widmen (oder der „morbiden Anatomie“, wie man bis heute in Großbritannien anstelle von Pathologie gelegentlich sagt). Er kehrte dann für einige Monate nach London zurück, um eine Bewerbung als Direktor voranzutreiben. Da er sich für die in Aussicht genommene Position noch nicht gut genug gerüstet fühlte, kam er erneut für weitere sieben Monate nach Dresden, um sich gezielt mit den neuen Aufgaben, die ihn in London erwarteten, vertraut zu machen. Aus den Sektionsprotokollen aus jener Zeit, die im heutigen „Pathologischen Institut Georg Schmorl“ des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt erhalten sind, lässt sich ersehen, dass Turnbull in Dresden von Anfang Mai bis Ende Oktober 1906 insgesamt 44 Autopsien durchgeführt hat. Danach nahm er im November 1906 seine Tätigkeit als Direktor des Pathologischen Instituts im London Hospital auf. Schmorl gab ihm zum Abschied mit auf den Weg „Vergessen Sie nicht, eine Bandsäge für Knochen anzuschaffen!“. Dieses für ein Laboratorium eher ungewöhnliche Gerät hatte Schmorl in die Pathologie eingeführt und ausgiebig verwendet.

Turnbull hat später oft erklärt, dass er unter dem Einfluss der Persönlichkeit Schmorls von der Chirurgie zur Pathologie „konvertiert“ sei. Die Pathologen in Großbritannien glaubten um die Jahrhundertwende, dass mit dem Wirken von Rudolf Virchow (1821 bis 1902) das Fachgebiet wissenschaftlich weitgehend ausgeschöpft und mit Ausnahme der Bakteriologie und Serologie nicht mehr attraktiv sei. In Dresden wurde Turnbull durch den ständigen Umgang mit Schmorl eines Besseren belehrt. Ihm wurde sehr bald klar, dass die ihm aus England vertraute Auffassung nicht stimmen konnte und die Pathologie sehr wohl ein lebendiges Fach geblieben war, dessen Fortschritte für die gesamte Medizin enorm wichtig wären. Schlagartig muss ihm in Dresden bewusst geworden sein, dass er in der Pathologie seine Lebensaufgabe als Arzt und Wissenschaftler gefunden hatte.

Das Dresdener Institut als Vorbild für das London Hospital

Die ersten Jahre als Direktor im London Hospital waren für Turnbull außerordentlich schwierig. Er organisierte sein Institut nach dem Vorbild, das er in Dresden erlebt hatte. Dabei stieß er auf erhebliche Widerstände. In England war es bis zu dieser Zeit üblich, dass die Kliniker als „visiting“ Pathologen ihre Autopsien selbst durchführten. Alle Biopsien wurden in klinische Laboratorien eingesandt. Es gelang Turnbull mit großer Beharrlichkeit, diesen Zustand zu ändern, sodass alle Sektionen wie auch die Untersuchungen von Biopsien bzw. Nekropsien im pathologischen Institut erfolgten. Er bestand darauf, bei der post mortem Untersuchung eine komplette und systematische Sektion des Körpers mit exakten Messungen durchzuführen, mikroskopische Präparate einzulagern und alle objektivierbaren Details zu berücksichtigen. Im Interesse der Forschung und der Verbesserung der Genauigkeit führte er eine große Zahl von spezifischen neuen Färbemitteln in die Histologie ein. Die akribischen Aufzeichnungen zu den in seinem Institut durchgeführten Sektionen gelten bis heute als einzigartige Kollektion, deren Wert für die Forschung immer wieder gezeigt wurde. Es verwundert nicht, dass Turnbull über viele Jahre einer der gefragtesten histopathologischen Diagnostiker war.

Auch eine andere Gepflogenheit übernahm Turnbull von Schmorl. Ab 1908 kamen zu ihm in wachsender Zahl Graduierte und Assistenten aus dem In- und Ausland (besonders den Dominien) zur Ausbildung. In ganz Westeuropa wurde diese bald als exzellent bekannt. In täglichen, auch von Klinikern besuchten, Demonstrationen wurden – wie bei Schmorl – die Sektionen detailliert besprochen. Als ein absolutes „Muss“ galten bei jungen Ärzten seine akribisch vorbereiteten Vorlesungen, obwohl sie in den Mittagsstunden stattfanden, lange andauerten und zuweilen etwas dröge waren. Wie Schmorl wurde Turnbull ein berühmter Lehrer. Es wird heute oft gesagt, die Anbindung an eine Universität in der Einheit von Forschung und Lehre sei



Abb. 2: Porträt Hubert M. Turnbull. 1936 gemalt von Wilhelm Kaufmann (1901 – 1999), einem in Großbritannien sehr geschätzten Porträtisten aus Salzburg. (Reproduced with permission from: Journal of Medical Biography 16 [2008], 227-231. The Royal Society of Medicine Press Ltd.).

notwendig, um für den wissenschaftlichen Nachwuchs attraktiv zu sein. Schmorl und Turnbull bewiesen zu ihrer Zeit, dass außeruniversitäre Einrichtungen für junge Ärzte und Wissenschaftler ebenso anziehend sein können.

So gut sich Schmorl und Turnbull verstanden, so grundverschieden war ihr Naturell. Schmorl war vital, charismatisch, mit (nach Turnbull) ansteckendem Enthusiasmus und seiner Sache sicher, während Turnbull, lebenslang von Krankheiten geplagt, zurückhaltend und distanziert, zögerlich und eher unmodern wirkte. Trotz aller charakterlichen Unterschiede waren ihre Laufbahnen in bemerkenswerter Weise ähnlich. In ihrer langjährigen souveränen Amtsführung waren beide unangefochten. Wäre es heute noch möglich, dass ein und dieselbe Person ein vergleichbares Amt über vier Jahrzehnte ausüben könnte?

Anders als Schmorl hat Turnbull nur relativ wenig publiziert. Er verhielt sich altruistisch und überließ seinen Mitarbeitern und Schülern die Publikation ohne Nennung seines Namens. Auch schob er eine Veröffentlichung oft lange hinaus, bevor nicht die allerletzten Zweifel ausgeräumt waren. Mit seinem Namen verbunden sind dennoch eine Reihe von neuen Erkenntnissen. Er identifizierte zuerst die postvaksinale Enzephalomyelitis, beschrieb umfassend die

normale und abnorme Struktur der Arterien und erarbeitete wegweisende Studien zu intrakraniellen Aneurysmen. Seine besondere Liebe galt der Osteopathologie und der Neurologie. Seine Schülerin und Nachfolgerin Dorothy Russell (1895 bis 1983), eine Neuropathologin, wurde die erste Frau, die einen pathologischen Lehrstuhl in Westeuropa innehatte.

„Der englische Schmorl“

Die außergewöhnlich hohe Reputation von Turnbull wurde erneut deutlich, als er starb. In einem in THE LANCET veröffentlichten Nachruf (englisch im Original) hieß es:

„Für die pathologische Arbeit in Großbritannien setzte Turnbull einen Standard und erhob die ‚morbide Anatomie‘ zu einer Wissenschaft. Ein Teil seines Beitrags war es, diejenigen ‚deutschen‘ Untersuchungs- und Aufzeichnungsmethoden einzuführen und einzubürgern, die erwiesenermaßen für den Fortschritt der Pathologie notwendig waren. Er hätte dies nicht tun können, wenn er nicht ein Mann von singulärer und inspirierender Qualität gewesen wäre, dessen Schüler allerorten einen dauerhaften Glauben an das, wofür er selbst stand, in die Krankenstationen, Operationsäle und Laboratorien mitgenommen hätten. Er war groß, nicht in erster Linie als Entdecker von Neuem oder als Lehrer, sondern in seinem beispielhaften Gebrauch der wissenschaftlichen Methode: gewissenhaft, aus reinem Herzen und voller Hingabe an die Wahrheit. Nur wenige Menschen hatten in der Medizin unserer Tage mehr Einfluss.“

„Turnbull war der englische Aschoff“ schrieb ein englischer Pathologe in einem weiteren Nachruf, indem er den Verstorbenen mit dem verdienstvollen deutschen Pathologen Ludwig Aschoff (1866 bis 1942) verglich. Der ebenso richtige Satz „Turnbull war der englische Schmorl“ hätte den Sachsen sicherlich besser gefallen.

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

Erinnerungen an Käthe Kollwitz

* 1867 † 1945

Hat der Arztberuf des Mannes ihr künstlerisches Schaffen beeinflusst?

Im „Brockhaus“ von 1923 (Leipzig) wird das Schaffen der am 8. Juli 1867 in Königsberg geborenen Grafikerin Käthe Schmidt damit charakterisiert, dass sie vor allem den Menschen im Elend und besonders die Leiden des Großstadtproletariats darstellen würde.

Das „Allgemeine Lexikon der bildenden Künstler des XX. Jahrhunderts“ (Seemann, Leipzig, 1999) hebt hervor, dass Käthe Kollwitz seit ihrer Verheiratung 1891 im Norden Berlins bis zur Ausbombung ihres Ateliers 1944 lebte und künstlerisch mit dem Armenviertel, gemeint ist der Berliner Bezirk Prenzlauer Berg, verwachsen war.

Diese beiden lexikalischen Aussagen sind nicht falsch, aber sie bedürfen der biografischen Ergänzung zur Persönlichkeit von Käthe Kollwitz.

Dr. med. Hans Kollwitz (1892 bis 1971), erstgeborener Sohn des Ehepaares Käthe und Dr. Karl Kollwitz, berichtete in „Käthe Kollwitz; Tagebuchblätter und Briefe“ (Berlin, 1948), dass seine Mutter ein schüchternes und nervöses Kind war. Ihr bockiges Brüllen war so gefürchtet und belastend, dass die Eltern sie einsperren mussten! Als Kind und auch später habe sie Phasen von Verstimmungen durchlebt. Sie hatte Angst, die Mutter könne vielleicht wahnsinnig werden. Bruder Konrad (1863 bis 1932) musste seine Schwester oft tagsüber begleiten. Noch in der Schulzeit lernte sie das Waisenkind Karl Kollwitz (1863 bis 1940) kennen, denn er war ein Freund ihres Bruders.

Käthes Vater, Karl Schmidt (1825 bis 1889) war Jurist, Maurermeister und Prediger der freireligiösen Gemeinde in Königsberg. Er erkannte früh das zeichnerische Talent seiner Tochter und ließ sie bei guten Lehrern in Königsberg, Berlin und München ausbilden. Besonders Ludwig Herte-

rich in München schulte das Auge der jungen Künstlerin, die dadurch selbst erkannte, dass sie keine Malerin ist (Käthe-Kollwitz-Bekenntnisse; Frankfurt/M., 1982) sondern die Schwarz-Weis-Grafik fortan ihr Betätigungsfeld sein würde. Sie liebte die Natur, stellte sie aber nicht dar. Was sie wie ein Magnet anzog, das waren die einfachen Menschen in der Königsberger Region, das Arbeiterleben. Die Lastträger im Hafen und der pflügende Bauer („Großzügigkeit der Bewegungen im Volke“) empfand sie als schöne Motive für ihre Arbeit. Dagegen waren ihr Menschen aus dem bürgerlichem Leben uninteressant.

Mit 17 Jahren hatte sich Käthe Schmidt mit dem Medizinstudenten Karl Kollwitz verlobt (1884) und als dieser seinen Beruf um 1890 als Kasernenarzt in Berlin für eine sichere Lebensbasis hielt, heirateten beide und zogen im Frühjahr 1891 nach Berlin. Im Bezirk Prenzlauer Berg fanden sie Räumlichkeiten für Arztpraxis und Wohnung in einem Haus. Fast 50 Jahre war Dr. Karl Kollwitz unermüdlich als Armenarzt tätig und seine junge Frau erlebte unmittelbar das Leid und die Not der armen Leute.

Durch Elternhaus und Ehemann war Käthe Kollwitz sozialdemokratisches Gedankengut nicht fremd.

Sie erkannte die gesellschaftlichen Ursachen für die Missstände im Leben des Proletariats und bezog Front gegen Arbeitslosigkeit, Prostitution, Ausbeutung und Elend. Patienten ihres Mannes kamen auch ratsuchend zu ihr. Dieses düstere Bild im damaligen Leben musste sie künstlerisch darstellen. Ihre schon als Kind gezeigte Empfindsamkeit spiegelte sich jetzt in ihren Werken wider und bald war sie als „soziale Künstlerin“ abgestempelt. Not und Unglück in Arbeiterfamilien darzustellen war für sie wie ein Ventil. Im Werkverzeichnis der Grafik (Alexandra von dem Knesebeck; Neubearbeitung des Verzeichnisses von August Klipstein, publiziert 1955) sind 275 Werke von Käthe Kollwitz aufgeführt, von denen 45 das Motiv „Tod“ zum Inhalt haben (Zertretene, Überfahrene, Gefallen, Ruf des Todes, Tod



Abbildung 1: Ehepaar Karl und Käthe Kollwitz, Zeichnung von Frau Maritta Seybold, Plauen, nach einer Bildvorlage

auf der Landstraße, Tod im Wasser, Tod und Frau um das Kind ringend, Zwei Tote, Tod wird als Freund erkannt, etc.).

Einfluss auf ihr künstlerisches Schaffen hatten Peter Paul Rubens, Emile Zola, Gerhard Hauptmann, Max Klinger und Ernst Barlach. Ihre Kunst wurde vom deutschen Kaiserhaus, wie auch von den Nationalsozialisten abgelehnt. Manchmal zweifelte sie selbst an ihrem Talent und schon 1913, sie war 46 Jahre alt und Mutter von zwei Söhnen (Hans 1892 und Peter 1896) zählte sie sich zum



Abbildung 2: „Zertretene“. 1900. Originalradierung von Käthe Kollwitz in Besitz des Autors. Genehmigung (c) VG Bild-Kunst, Bonn 2010. Mit freundlicher Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. med. Andreas-Arne Kollwitz, Berlin.



Abbildung 3: Käthe-Kollwitz-Denkmal auf dem Käthe-Kollwitz-Platz (Plastik von Gustav Seitz) in Berlin, Prenzlauer Berg. Foto (September 2010): Frau Christa Rettig, Plauen

„alten Eisen“. Mit den grafischen Zyklen „Ein Weberaufstand“ und „Bauernkrieg“ verdeutlichte sie die revolutionäre Kraft, die gegen Unterdrückung und Verelendung vom unteren Volk ausgehen kann. Sie selbst fühlte sich nicht als eine Revolutionärin, neigte mehr zur Sozialistin oder Demokratin. Bei aller Parteinahme für das Volk gehörte Käthe Kollwitz nie einer Partei an, aber ihre persönliche Empfindsamkeit hat sie als Künstlerin mit der Thematik „Not“, „Tod“ und „Krieg“ anschaulich verdeutlicht.

Als ihr Sohn Peter 1914 in Belgien mit Millionen junger Männer den



Abbildung 4: Grabstein auf dem Zentralfriedhof Friedrichsfelde in Berlin. Foto (Juli 2010): Herr Dr. med. Harry Rudolph, Berlin

Soldatentod fand, wurde Käthe Kollwitz zur Anklägerin aller Leidtragenden.

Mit ihrem Mann, der sich täglich um Kranke und in Not geratene Menschen aktiv (manchmal auch mit Geld) kümmerte und den sie öfters bei Hausbesuchen begleitete, beriet sie sich wegen der Schaffung eines Denkmals für Peter. Es sollte eine Plastik werden, die ein trauerndes Elternpaar zeigt.

Über Jahre reifte in Käthe Kollwitz die Ausführung dieses Denkmals, welches schließlich, Mutter und Vater knieend in Granit dargestellt, 1932 auf einem Soldatenfriedhof in Flandern aufgestellt wurde.

Als während des Ersten Weltkrieges ihr Mann von einem Hausbesuch zurückkam und von einer verstorbenen Patientin berichtete, die zwei kleine Kinder zurückgelassen hatte, deren Vater im Krieg war, nahm Käthe Kollwitz das Mädchen Trude Prengel kurzzeitig in ihre Obhut. Das Thema „Mutter und Kind“ rückte dadurch auch inhaltlich in ihr künstlerisches Schaffen. Ihr Sohn, Dr. med. Hans Kollwitz, fand für das Schaffen seiner Mutter in einem Artikel „Le beau c'est le laid“ (Therapeutische Berichte, 39/67) den er ihr zum 100. Geburtstag widmete, folgende Erklärung. Sie war in der Nähe des Leidens angesiedelt und wurde so zur Gestalterin des Leidens und Mitleidens. Mit anderen Worten: Käthe Kollwitz gab der sozialen Seite des menschlichen Lebens ein Gesicht. Und auch der Arztberuf ihres Mannes beeinflusste ihre Arbeit! So entstanden die Bilder „Beim Arzt“, „Die Kranke und ihre Kinder“, „Verunglücktes Kind“, „In der Sprechstunde des Kinderarztes“, „Besuch im Kinderkrankenhaus“ und „Besuch im Krankenhaus“. Auch ein Plakat „Syphilis“ hat eindeutig medizinischen Hintergrund.

1919 wurde Käthe Kollwitz als erste Frau in die Preußische Akademie der Künste in Berlin aufgenommen und zur Professorin mit Lehrauftrag berufen. Wegen ihrer Einstellung musste sie 1933 zusammen mit Heinrich Mann die Berliner Akademie wieder verlassen. So gehörte sie bis zu ihrem Lebensende zu den Gemaßregelten.

Als 1940 Dr. Karl Kollwitz starb, verlor die Künstlerin eine starke Stütze ihres Lebens. Der Krieg vertrieb sie aus Berlin. Auf der Flucht führte ihr Weg über Nordhausen nach Moritzburg bei Dresden, wo ihr Prinz Ernst Heinrich von Sachsen im „Rüdenhof“ gegenüber dem Schloss Moritzburg, Unterschlupf gewährte. Ihre Augen waren immer schlechter geworden, die Brille half nicht mehr. Das Herz dieser starken Frau war schwach geworden und hörte am 22. April 1945 auf zu schlagen. Ihre letzte Ruhe fand Käthe Kollwitz auf dem Zentralfriedhof Friedrichsfelde in Berlin in einem Gemeinschaftsgrab bei ihrem Mann Karl und ihrem Bruder Konrad.



Abbildung 5: „Pieta“ (Mutter mit totem Sohn), vergrößerte Statue nach Käthe Kollwitz in der Zentralen Gedenkstätte der BRD, „Neue Wache“, Unter den Linden, Berlin. Foto (September 2010). Frau Christa Rettig, Plauen

Einmalig und erschütternd real hat uns Käthe Kollwitz Bilder aus finsterner Zeit deutscher Geschichte hinterlassen, die für immer ihren mahnenden Charakter behalten und die Achtung vor dieser Grafikerin und Bildhauerin hochhalten.

Bereits im Juli 1945 erließ die Landesverwaltung Sachsen eine Verordnung zur Ehrung von Käthe Kollwitz derart, dass Dresden, Chemnitz und Leipzig angewiesen wurden, einer städtischen Hauptstraße den Namen „Käthe-Kollwitz-Straße“ zu verleihen (Lexikon Leipziger Straßennamen, 1995).

Dr. med. Heinz Zehmisch,
Plauen

Weihnachten – eine Tradition – weltweit

In aller Welt ist das Weihnachtsfest bekannt, denn es gibt wohl keinen Kontinent unserer Erde, auf dem das Fest nicht gefeiert wird. Weltweit begehen etwa zwei Milliarden Christen den Tag von Jesu Geburt. Auch die anderen nichtchristlichen Menschen haben teilweise Anteil an dem Glauben, dass die Welt erlöst ist. Das zweitgrößte Jahresfest der gemeinsamen christlichen Tradition (nach Karfreitag/Ostern) zeigt, wie Sitten und Gebräuche zu Weihnachten von Land zu Land unterschiedlich sind. Das Gemeinsame in der Vielgestaltigkeit gibt uns die Möglichkeit, unsere europäischen Nachbarn besser zu verstehen, aber auch weltweit die Bewohner auf anderen Kontinenten. Das Fest wird auf unterschiedlichste Weise gefeiert. Viele Bräuche sind im Laufe der Jahrhunderte entstanden und haben sich, teilweise regional beschränkt, weiterentwickelt. Jeder Mensch weiß bei uns in Deutschland, welche Elemente zum Weihnachtsfest gehören, so die Vorweihnachtszeit, also der Advent, der Nikolaus, der Adventskranz, Weihnachtsmärkte, der geschmückte Tannenbaum mit Lichterkerzen und Kugeln, Weihnachtsleckereien wie Lebkuchen und Stollen, besinnliche Weihnachtslieder, Weihnachtsmärchen, kleine und große Geschenke unter dem Weihnachtsbaum, der Weihnachtsbraten, aber auch für viele der weihnachtliche Kirchgang und der Mitternachtsgottesdienst. Allerdings kennen auch viele Menschen das Weihnachtsfest als solches gar nicht, weil es in ihrer Religion keine Rolle spielt. Wiederum andere Menschen feiern Christi Geburt an einem anderen Tag. Somit ist Weihnachten nicht gleich Weihnachten.

Zunächst soll die Frage geklärt werden, wie Weihnachten nach Deutschland kam. Eigentlich ist die Antwort ganz einfach. Weihnachten ist also der Geburtstag von Jesus. Wie jeder andere Mensch wurde er von einer Mutter zur Welt gebracht. Dennoch gibt es einen gewaltigen Unterschied. Jesus war nicht nur ein Mensch, son-

dern immerhin der Sohn Gottes, und er war auserwählt, die Welt von der Sünde zu erlösen. Jesus wurde von seinen früheren Anhängern „Christos“ – der Gesalbte, der Erlöser – genannt, gemäß der damaligen griechischen Weltsprache. Wir feiern also zu Weihnachten das religiöse Fest der Menschwerdung Gottes in Gestalt Jesu. Deshalb wird jedes Jahr am 25. Dezember, dem ersten Feiertag, nicht nur Christus, sondern das gesamte Christentum neu geboren.

Auch im heutigen aufgeklärten Europa, wo der Glaube an Christus oft in Frage gestellt wird, spielt das immer noch eine sehr große Rolle. Für über die Hälfte der Deutschen, egal ob evangelischen oder katholischen Glaubensbekenntnisses, ist Weihnachten ein religiöses Fest. Die andere Hälfte begeht das Fest immerhin als ein Familienfest. Die Geschenke gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz allerdings schon am Vorabend, dem 24. Dezember. Wenn wir die Evangelien studieren, steht nirgendwo etwas von einem 25. Dezember geschrieben. Die Kirche hat sich aber bewusst für diesen Termin entschieden. Im Altertum wechselte die Herrschaft von Tag und Nacht am 25. Dezember. Heute ist es allerdings der 21. Dezember, gemäß der Kalenderreform im 16. Jahrhundert. Zum Konzil von Nicäa im Jahr 325 wurde der Termin der Geburt Jesu also auf den 25. Dezember festgeschrieben. Papst Liberius (Papst von 352 bis 366) hielt am 25. Dezember des Jahres 354 in Santa Liberiana, dem Vorgängerbau von Santa Maria Maggiore in Rom, die erste Weihnachtspredigt.

Das Weihnachtsfest wurde somit dauerhaft terminiert. Doch es war früher nicht das große Weltfest von heute. Das Christentum war anfänglich nicht überall willkommen. Die von Rom aus aufgebrochenen Missionare wurden bei weitem nicht immer herzlich aufgenommen. Auch die Germanen verweigerten sich anfänglich vehement dem neuen Glauben. Erst im achten Jahrhundert setzte sich bei den Germanen der Christusglaube nach und nach durch.

Der Feiertag wurde der Wiederkunft des Lichtes gewidmet und war auch den Germanen bekannt, jedoch nannten sie ihn Julfest. Das Wort Weihnachten ist abgeleitet von dem mittelhochdeutschen – zu den wihen nahten – den geweihten Nächten, und seit etwa 1150 schriftlich überliefert in der lateinischen Übersetzung „nox sancta“ – heilige Nacht. Soweit zur Vorgeschichte.

In neuerer Zeit entwickelte sich das rein kirchliche Fest nach und nach auch zur Familienfeier mit dem Weihnachtsessen als Höhepunkt. Die uns bekannte traditionelle Bescherung und der Lichterbaum verbreiteten sich in Deutschland, Österreich und der Schweiz erst im 19. Jahrhundert/Anfang des 20. Jahrhunderts, ausgehend von den städtischen Zentren hin zu den Dörfern. Über den Ablauf des Weihnachtsfestes in den deutschsprachigen Ländern sind wir also ziemlich gut informiert. Wie feiern aber nun die anderen Europäer und die Weltbürger?

Westeuropa

In **Frankreich** heißt der Weihnachtsmann Père Noël. Er trägt ein langes, rotes Gewand mit Zipfelmütze. Die Geschenke trägt er in einem Korb. Die Bescherung erfolgt am 24. Dezember nachts. Zum Feiertagsbrauch gehört die leckere französische Küche, so Gänseleberpastete, Trüffel, geräucherter Lachs und gefüllter Truthahn. In Belgien und den Niederlanden wird eigentlich der Sinterklaasabend (Nikolausabend) gefeiert. In den zurückliegenden Jahren hat sich allerdings der Weihnachtsabend mit dem Weihnachtsmann und gutem Essen mehr und mehr durchgesetzt. In Luxemburg wird traditionell am Vorabend des 6. Dezembers ein Schuh vor der Haustür abgestellt, den der Kleeschen (Nikolaus) nachts mit Süßigkeiten befüllt. Am Weihnachtsabend wird meist Blutwurst mit Stampfkartoffeln und Apfelfoße gereicht und gemeinsam mit der Familie und auch mit guten Freunden gespeist und die Geschenke werden unter dem Weihnachtsbaum erst nach der Mitternachtsmesse ausgepackt.

Großbritannien

Vereinigtes Königreich Großbritannien und Irland: Die uns bekannte Weihnachtstradition auf den britischen Inseln wurde auch von den ehemaligen Kolonien und in Nordamerika, Australien und Neuseeland übernommen. Am Heiligen Abend (Christmas Eve) werden Geschenke durch den Weihnachtsmann, den Father Christmas, unter den Weihnachtsbaum gelegt. Am Weihnachtstag (Christmas Day) kommt die Familie zum traditionellen Weihnachtsmahl zusammen (Christmas Dinner). Es gibt zum Beispiel gefüllte Pasteten und Truthahn. Übrigens ist seit 1947 eine norwegische Weihnachtstanne auf dem Trafalgar Square Tradition. Schon 1832 hatte die damalige Prinzessin Victoria geschmückte Bäume im Palast beschrieben. Richtig populär wurde die Weihnachtstanne erst nach Victorias Heirat 1840 mit dem deutschen Prinzen Albert von Sachsen-Coburg und Gotha. Vor dem Weihnachtsfest gehen die Kinder in England häufig Weihnachtslieder (Christmas Carols) singend von Haus zu Haus. Der Gabenbringer (Santa Claus – also Nikolaus) erscheint in der Nacht vom 24. auf den 25. Dezember. Viele Briten verfolgen in Rundfunk und Fernsehen die nachmittägliche Weihnachtsansprache der Königin. Am 26. Dezember geht man mit der Familie gemeinsam zum „Christmas Lunch“ ins Restaurant. Dieser Tag heißt „Boxing Day“, da man früher seinen Geschäftsfreunden kleine Geschenke zukommen ließ.

Nordeuropa

In **Schweden** beginnt die Weihnachtszeit auch mit dem ersten Advent. Wie in den anderen nordischen Ländern bringt der Weihnachtsmann am Heiligen Abend die Geschenke. Im Mittelpunkt steht das Weihnachtsessen am 24. Dezember. Es wird mit einem weihnachtlichen Smörgåsbord, dem Julbord mit dem besonderen Weihnachtsschinken (Julshinka) gefeiert. Diverse Süßigkeiten werden auch in Schweden mit dem Weihnachtsfest in Verbindung gebracht. Eine Spezialität ist der Glögg, ein Glühwein mit Mandeln und Beeren.

In **Norwegen** veranstalten in der Weihnachtszeit viele Arbeitgeber einen Julbord, eine Art Weihnachtsbuffet, als fröhliches Weihnachtsessen für ihre Mitarbeiter. Der 24. Dezember ist ein Arbeitstag und es wird bis 16.00 Uhr gearbeitet. Am Abend gibt es ein traditionelles Weihnachtsmahl, bestehend aus Schweine- oder Lammrippchen mit Kartoffeln, norwegischem Sauerkraut und Steckrüben. Der Julnisse verteilt meist für die Kinder Geschenke und legt sie unter den Weihnachtsbaum. Kirchgänger besuchen Gottesdienste.

In **Finnland** heißt der Weihnachtsmann Joulupukki. Er kommt am Heiligabend, trägt rote Kleidung und fährt mit einem Rentierschlitten zu den Häusern. Eines der Rentiere heißt Petteri Punakuono und es war das Vorbild für „Rudolph The Red-Nosed Reindeer“. Zum traditionellen Weihnachtsessen gehören Weihnachtsschinken, Kartoffeln und Steckrübenauflauf sowie Rosollisalat (Rote Beete). Als Gebäck gibt es Piperkakut (Pfefferkuchen). Üblich ist auch ein Weihnachtspunsch, der Glögi, mit Rosinen und Mandeln.

In Dänemark werden Adventskränze wie bei uns verwendet. Am Heiligen Abend wird das Wohnzimmer festlich geschmückt. Am 24. Dezember schauen viele Familien gemeinsam Weihnachtssendungen im Fernsehen. Anschließend wird Gans, Ente oder Schweinebraten mit Rotkohl gegessen. Geschenke werden unter den Weihnachtsbaum gelegt. Der Weihnachtsmann deutscher Prägung, beziehungsweise amerikanischer Art, hat sich allerdings in Dänemark nicht durchsetzen können. Es kommt der dänische Nisser, ein Weihnachtszwerg.

Mitteleuropa

Auch in unserem Nachbarland **Polen** beginnt die Weihnachtszeit mit dem ersten Advent. In Polen wird Weihnachten im Kreise der Großfamilie gefeiert. Das Weihnachtsessen (Wigilia) beginnt erst, wenn der erste Stern am Himmel aufgegangen ist. Es besteht aus zwölf Gerichten und ist abgesehen von Fisch, meist Karpfen, vorwiegend vegetarisch. Erst

nach dem Essen gibt es die Geschenke. Danach geht die Familie zur Mitternachtsmesse (Pasterka).

In **Tschechien** kommt am 5. Dezember der Nikolaus. Er sieht aus wie unser Weihnachtsmann und er verteilt Süßigkeiten. Am 24. Dezember, dem Stedry, gibt es abends die Geschenke. Sie kommen von Jezisek, dem Jesuskind. Unter dem Weihnachtsbaum steht die Krippe. Zum Weihnachtsabend gibt es gutes Essen und der Weihnachtszopf, Striezel, wird angeschnitten. Zum Abschluss des Heiligen Abends wird die Mitternachtsmesse besucht. In der Slowakei gibt es auch wie bei uns Weihnachtsmärkte. Am Weihnachtsabend bringt Jeziska, das Jesuskind, die Weihnachtsgeschenke. Auch hier beginnt das Weihnachtsessen mit Einbruch der Dunkelheit. Es gibt meistens Pilzsuppe, Fisch, Sauerkraut und zum Abschluss Gebäck. Danach wird auch hier die Mitternachtsmesse besucht. Am 25. und 26. Dezember trifft man Freunde und Bekannte. In Ungarn stellt man auch Weihnachtsbäume auf. Am Heiligen Abend gibt es traditionell Fischsuppe aus Karpfen, danach gebratenen Fisch, gefülltes Kraut und Süßigkeiten. Zu den Kindern kommt das Christkind. Es wird Jezuska genannt.

Osteuropa

In **Russland** und den anderen slawischen Ländern kennt man die Tradition des Ded Moros (Väterchen Frost). Er wird von seiner Enkelin Snegurotschka (Schneeflöckchen) begleitet. Nach einer Legende fährt er mit einer Troika, einem Schlitten, der von drei Pferden gezogen wird, und er bringt den Kindern die Geschenke. Weihnachten wird in Russland am 7. Januar (entspricht im Julianischen Kalender dem 25. Dezember) gefeiert. Das Mahl am Weihnachtsabend besteht aus zwölf Gerichten. Seit etwa 1992 wird das Russische Weihnachten mehr und mehr belebt und nach westeuropäischem Vorbild gefeiert. Viele russische Weihnachtsbräuche, so auch der Weihnachtsbaum (Jolka), gehen auf die Reisen Peters des Großen im späten 17. Jahrhundert zurück, als der Zar in Westeuropa Eindrücke sammelte.

In **Rumänien** wird Weihnachten am 24. und 25. Dezember feierlich begangen. Es gibt neben Geschenken traditionell gutes Essen und der Kirchengang darf nicht fehlen. Das Weihnachtsfest in Bulgarien wird am 25. Dezember gefeiert und heißt Roschdestwo Christowo. Am Weihnachtsabend kommt der Weihnachtsmann namens Ojado Koleda und bringt die Geschenke. Das Weihnachtsessen besteht aus Schweinefleisch und Geflügel. Kuchen und Süßigkeiten sind ebenso Tradition. Der Kirchengang gehört auch hier zum Fest.

Südeuropa

In **Spanien** und **Portugal** sind es traditionell die „Heiligen Drei Könige“, die am 6. Januar kommen und den Kindern die Geschenke überreichen. Auserwählte leckere Speisen gehören zur Festtagstradition. Es findet ein gemeinsames Familienessen statt und dieses heißt „cena de noche buena“. Etwa seit 1980 nehmen verstärkt mitteleuropäische Traditionen Einzug zum Weihnachtsfest. Allerdings werden keine Weihnachtsbäume aufgestellt, dafür sind aber Weihnachtskrippen traditionell. Auch in Italien wird das Weihnachtsfest gefeiert. Gottesdienste und Krippendarstellungen sowie Geschenke für Kinder, überbracht von Gesu bambine – dem Jesuskind – am Heiligabend, bringen Freude und es werden auserlesene Gaumenfreuden am Feiertag aufgetischt. Selbst in Griechenland wird Sankt Nikolaus verehrt und es ziehen die Kinder am 24. Dezember mit Trommeln und Glocken durch die Straßen und singen die Kalenda, also Lobgesänge, und bekommen dafür Süßigkeiten. Ein besonderer Feiertag ist der 1. Januar, der Namenstag des heiligen Vassilius. Er ist ein Schutzheiliger der Armen.

Amerika

Auch in Nordamerika und Südamerika ist das Weihnachtsfest, insbesondere durch die Einwanderungen, bekannt. In den USA wird das Weihnachtsfest prachtvoll gefeiert, besonders, weil sich viele Einwohner auf eine europäische Abstammung berufen können. Das Weihnachtsfest ist



Paris Champs Elysees

Foto: Fotalia; Ade

für die Amerikaner ein großes Geschäft mit viel Glimmer und Glamour. Weihnachtsbäume, Geschenke, Küsse unter dem Mistelzweig, kalorienreiches Essen, all das gehört zum Fest dazu. Unseren Weihnachtsmann, wie wir ihn heute kennen, mit Rauchschebart, Zipfelmütze und rotem Mantel verdanken wir seit den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts insbesondere der Cola-Werbung. Der deutsche Weihnachtsmann hatte ursprünglich eine braune Jacke an. In Amerika, Nordamerika wie Süd-

amerika, ist das Weihnachtsfest durch die religiösen Elemente der Kirche untermauert. Traditionelles Essen zum Fest gehört mehr oder weniger dazu. Das religiöse Element dominiert die Weihnachtsfeierlichkeiten besonders im streng katholischen Südamerika.

Asien, Afrika, Australien

Selbst in Asien, Afrika, Australien und Ozeanien kennt man das Weihnachtsfest. Entsprechend evangelischer und katholischer Religion wird



Foto: Fotosearch; Blend Images

das Fest auch in Abwandlungen begangen. In Australien fällt der 24. Dezember in die Periode des Hochsommers. Demgemäß feiern die Australier im Freien, am liebsten am Strand. Da gibt es Picknick und der Weihnachtsmann läuft umher. Die Weihnachtsbäume sind aus Kunststoff und nadeln nicht. Auch auf einen Weihnachtsschmaus am 25. Dezember und auf Geschenke für die Kinder wird selbstverständlich großen Wert gelegt.

Somit schließt sich der Kreis und wir konnten erkennen, dass Weihnachten ein internationales Fest geworden ist und entsprechend den religiösen Wurzeln der Christen gefeiert wird.

Der christliche Grundgedanke lebt seit fast zweitausend Jahren und es ist nun an uns dafür zu sorgen, dass dieses Gedankengut die Zeit überdauert und auch in die Zukunft fortgetragen wird. Aus moralischer Sicht ist das Weihnachtsfest nicht nur

schlichtweg ein religiöses Fest, sondern es ist ein Fest des Friedens und der liebevollen Verständigung.

In diesem Sinne wünschen der Autor und das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ allen Kolleginnen und Kollegen ein schönes, angenehmes und gesundes Weihnachtsfest und für das Jahr 2011 Erfolge und viel Schaffenskraft.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis