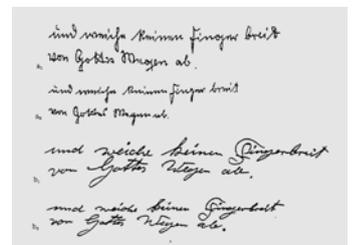


<b>Berufspolitik</b>	37. Kammerversammlung	<b>588</b>
	Berufspolitik traf Fachpolitik	<b>596</b>
<b>Rechtsfragen in Klinik und Praxis</b>	Verquickung ärztlicher mit gewerblicher Tätigkeit ist berufsrechtlich unzulässig	<b>597</b>
	Impressum	<b>598</b>
<b>Hygiene aktuell</b>	Rotavirusimpfung als Standardimpfung empfohlen	<b>599</b>
	Novellierung der Impfpflichtung E 1	<b>599</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Impressionen aus Nah und Fern Ausstellung der KÄK Stadt Leipzig	<b>600</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen	<b>601</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>601</b>
	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	<b>601</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>602</b>
<b>Originalie</b>	Leitsymptom Handschriftveränderungen Teil III	<b>603</b>
<b>Leserbriefe</b>	Dr. Gerhard Barthe/ Dr. Peter Schwarz	<b>626</b>
<b>Verschiedenes</b>	Ausfahrt der Senioren der KÄK Dresden	<b>627</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Januar 2008	<b>628</b>
	Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum 65. Geburtstag	<b>630</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Schwere erworbene Hirnschädigungen	<b>629</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Der Schachtisch	<b>631</b>
<b>Weihnachten</b>	Allerlei Kurzweiliges zum Weihnachtsfest	<b>634</b>
Mittelhefter	Satzungsänderungen Fortbildung in Sachsen – Februar 2008	
Beilage	Impfpflichtung der Sächsischen Impfkommision	



37. Kammerversammlung  
Seite 588



Leitsymptom Handschriftveränderungen  
Seite 603



Impressionen aus Nah und Fern  
Seite 600



Der Schachtisch  
Seite 631

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## 37. Kammer- versammlung 10. November 2007

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte bei der Eröffnung der 37. Kammerversammlung herzlich die auf dem 17. Sächsischen Ärztetag gewählten Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, den Alterspräsidenten, Dr. med. Bernhard Ackermann, Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, die Damen und Herren der Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer sowie alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, den Vertreter der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Prof. Dr. Michael Laniado, und die anwesenden Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 62 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig. In seiner Grundsatzrede zur 37. Kammerversammlung wies der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer auf vier wesentliche Trends der Gesundheits- und Berufspolitik der letzten Jahre hin, die die ärztliche Tätigkeit und das Berufsbild „Arzt“ beeinflussen und Reaktionen der Berufspolitik verlangen.

### Trend 1: Einheitskrankenversicherung

Die Einführung einer Einheitsversicherung mit der Aufhebung der Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat gerade begonnen. Die Wahltarife bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, das heißt, die Aufweichung des Solidarprinzips und die damit einhergehende Übernahme von Elementen der privaten Krankenversicherung sowie die Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung, sind eindeutige Schritte in Richtung einer zukünftigen Einheitsversicherung.

### Trend 2: Einfluss auf Therapiefreiheit

Einerseits gelten im GKV-System unbestimmte Rechtsbegriffe, wie das Anrecht



Das Präsidium

der Patienten auf eine ausreichende, zweckmäßige, unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten stattfindende und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Therapie. Diese Begriffe sind auf ein Individuum, nicht aber auf die Gesamtheit der Versicherten gerichtet. Andererseits ist dieses Prinzip mit der Einbeziehung der Finanzierbarkeit des Gesamtsystems als übergeordneter Parameter eingeschränkt worden. Das dafür schon vor Jahren entwickelte Instrument ist ein Leistungskatalog, der nicht nur nach Nutzen Gesichtspunkten aufgebaut ist, sondern nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Damit mischt sich der Staat massiv in die Ausgabenseite ein und steuert das Leistungsgeschehen. Eine medizinische Rationierung ist die Folge.

### Trend 3: Privatisierung

Die Privatisierung von Versorgungseinrichtungen beschäftigt nicht nur die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken, sondern auch die kommunalen Krankenhäuser. Nach dem Grundgesetz ist der Staat für die Daseinsvorsorge zuständig. Und obwohl der Staat sich über Jahrzehnte verpflichtet hatte, diese Versorgungseinrichtungen auch zu garantieren, hat er den Krankenhäusern in der Vergangenheit immer weniger Mittel zugewiesen und sich so aus seiner Verantwortung geschlichen. Die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009“ stellen in diesem



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Zusammenhang eine offene Provokation der Bundesländer im Hinblick auf die Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich dar. Der Entwurf zu den Eckpunkten hätte bei Umsetzung eine deutliche Schwächung der aktuellen Krankenhausplanungsbefugnisse der Bundesländer zur Folge. Die Rolle der Krankenkassen wird im Gegenzug deutlich gestärkt. Weithin unkonkret bleiben die Erwägungen des BMG zu einem Übergang von der dualen auf eine monistische Finanzierung ab 2009 innerhalb von zehn bis fünfzehn Jahren. Die Krankenhäuser sollen über die DRG-Fallpauschalen auf leistungsbezogener Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen erhalten. Der Investitionsstau müsste abgebaut und die infolge der monistischen Finanzierung eintretende finanzielle Entlastung der Länder kompensiert werden.

### Trend 4: Zersplitterung der ärztlichen Kompetenz

Das Gutachten des Sachverständigenrates „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ fordert eine optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen und einen Neuzuschnitt von Aufgaben aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Eine Verbesserung in mangelhaften Versorgungssituationen könne durch die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe erreicht werden. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird im Gutachten in eine Richtung gedeutet, die dazu führen könnte, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland sinkt. Doch gerade die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen genießt bei den sächsischen Ärzten eine hohe Priorität.

### Welche Schlussfolgerungen müssen aus den beschriebenen Trends gezogen werden?

Ärzte müssen stärker die politische Diskussion bestimmen. Bereits 1999 auf dem

102. Deutschen Ärztetag in Cottbus haben die sächsischen Delegierten beim Thema „Grundsätze einer patientengerechten Gesundheitsreform“ ein solches Mitbestimmen durch eigene Konzepte gefordert und blieben ungehört. Heute, acht Jahre später, ist die deutsche Ärzteschaft auf dem Weg, eigene gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln. „Dieses Konzept kann, wenn gut platziert, seine Wirkungen vor der kommenden Bundestagswahl 2009 entfalten und unsere ärztlichen Positionen deutlich machen“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Weiterhin muss die medizinische Versorgungsqualität der Patienten als zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit in den Vordergrund gerückt werden. Strukturdaten, wie sie in einer Studie des BMG zum Vergleich der EU-Mitgliedsländer und der deutschen Bundesländer analysiert wurden, sind dabei wenig zielführend. Aber in Zukunft wird es in der Diskussion um das Gesundheitssystem auch zuerst um Versorgungsqualität gehen. Deshalb war es vom Deutschen Ärztetag 2006 sehr weitsichtig, eine Versorgungsforschung auf den Weg zu bringen und auch zu finanzieren. Außerdem befindet sich ein zweites Instrument über die Bundesärztekammer im Aufbau: ein nationales Leitlinienprogramm für die wichtigsten Krankheiten, welches sich am bestmöglichen Stand der Medizin orientiert. Es müsse vermieden werden, dass in der öffentlichen Meinung ein Abgleiten in eine minderwertige Medizin akzeptabel gemacht wird, mit der Begründung, dass andere Leistungen nicht mehr bezahlbar seien. Gleichzeitig muss sich die Ärzteschaft Klarheit darüber verschaffen, ob sie zukünftig an der Festlegung medizinischer Leistungskataloge mitwirken will oder nicht und ob sie die gesellschaftliche Diskussion dazu befördern will. Die Politik hat es dagegen versäumt, die Reformgesetze durch eine Begleitforschung auf die Wirkungen hin zu analysieren. Sie schiebt den Schwarzen Peter für abnehmende Leistungen immer der Selbstverwaltung zu.

Versorgungsqualität hängt aber auch sehr eng mit der Frage der vorhandenen berufstätigen Ärzte zusammen. Und da sieht es für Sachsen nicht besonders günstig aus. In einer Strukturstudie des BMG liegt Sachsen im Vergleich der Bundesländer bei der Arztdichte auf Platz 14.

„Das wundert uns nicht, denn wir kennen das Problem Ärztemangel nicht erst seit heute“, so Prof. Dr. Schulze. Eine neue prognostische Analyse der Arztzahlen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer beweist Defizite durch ein altersbedingtes Ausscheiden in den kommenden Jahren – neben dem hausärztlichen Bereich auch für Augenärzte, Hautärzte, Frauenärzte und Nervenärzte.

Ein Ausgleich durch ausländische Ärzte ist nicht zu erwarten, weil der Zugang seit 2003 rückläufig ist. Dagegen arbeiten rund 16.000 gut und teuer ausgebildete deutsche Ärzte im Ausland. Und der Bedarf an Ärzten wird in Sachsen nicht sinken, sondern sich sogar noch erhöhen, denn Sachsen hat den höchsten Altersdurchschnitt in Deutschland.

Deshalb bedarf es eines koordinierten Maßnahmenpaketes zur Unterstützung von Ärzten, die in Sachsen tätig werden wollen, ganz gleich ob im Krankenhaus oder in einer Niederlassung. Eine zielgerichtete Koordination kann dabei Kräfte

bündeln sowie Ressourcen erschließen und so Einzelmaßnahmen effektiver machen. „Dieser von mir vor Jahren auf einem Sächsischen Ärztetag vorgetragene Vorschlag stieß damals noch auf absolute Ablehnung. Doch jetzt wird die Sächsische Landesärztekammer im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales voraussichtlich eine Koordinierungsstelle einrichten können, die sich über die sächsischen Selbstverwaltungspartner finanziert“, betonte Prof. Dr. Schulze.

Bei all diesen Tendenzen, resümierte der Präsident, müssten die Ärzte Sorge dafür tragen, dass die Patient-Arzt-Interaktion so individuell wie möglich bleibt und sich der Patient auch zukünftig nicht als Vertragspartner eines Unternehmens empfindet. Der Patient soll in seinem Arzt nicht den Erfüllungsgehilfen eines unpersönlichen Systems, sondern einen Begleiter in den schwierigen Zeiten der Krankheit sehen.

Ein weiterer Höhepunkt der Kammerversammlung war der Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, Hauptge-

schäftsführer der Bundesärztekammer, zum Thema **„Gesundheitspolitische Leitsätze der Deutschen Ärzteschaft“**. Mit Beschluss vom 15. Mai 2007 beauftragte der 110. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm der Deutschen Ärzteschaft zu entwickeln, das dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm zur Verabschiedung vorgelegt werden soll. Das sogenannte „Ulmer Papier“ wird sich auf Positionen der Ärzteschaft zu den drängendsten Fragen im Zusammenhang mit der Umbruchsituation in unserem Gesundheitswesen konzentrieren. Im Unterschied zum gesundheitspolitischen Programm der Deutschen Ärzteschaft von 1994 – das sogenannte „Blaue Papier“ – erhebt das „Ulmer Papier“ keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern konzentriert sich nach derzeitigem Planungsstand auf zehn Fragen, die von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens sind, unter anderen:

Welche Rahmenbedingungen sollten gewährleistet sein, damit eine gute Medizin auch bei knapper werdenden Ressourcen weiterhin möglich ist?

Welche Rolle sollte der Staat, der Markt, die ärztliche Selbstverwaltung bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung übernehmen?

Welche Rolle spielt ärztliche Freiberuflichkeit für die Sicherstellung qualitativ hochwertiger, patientenorientierter Medizin? Mit welchem prioritären Versorgungsbedarf haben wir in den kommenden Jahren zu rechnen, welche Versorgungsstrukturen sollten aus Sicht der Ärzteschaft hierfür vorgehalten werden?



Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs

Wie könnte aus Sicht der Ärzteschaft ein Vorschlag für eine nachhaltige generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens aussehen?

Dem großen Problem der Finanzierung des Gesundheitswesens wird dabei ein eigenständiger Teil gewidmet. Noch nicht zu allen Einzelaspekten des Fragenkatalogs hat bereits eine abschließende Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft stattgefunden. Eine am 10. Oktober 2007 an die Landesärztekammern versandte Version des „Ulmer Papiers“ versteht sich als eine noch in Arbeit befindliche Beratungsgrundlage. Es wird die Aufgabe der kommenden Monate sein, bei den noch offenen Fragen einen innerärztlichen Klärungsprozess herbeizuführen und pointierte Positionen zu entwickeln, die der Ärzteschaft in den kommenden Jahren als eigenständige Argumentationsbasis für die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen dienen sollen. Dabei wird es vor allem um die Erhaltung ärztlicher Identität im Spannungsfeld zwischen zunehmender Marktorientierung unseres Gesundheitswesens auf der einen Seite und massiver staatlicher (Gegen-) Regulierung auf der anderen Seite gehen.

Prof. Dr. Fuchs kündigt einen weiterentwickelten Diskussionsentwurf mit gesund-

heitspolitischen Leitsätzen sowie Grundzügen einer patientengerechten Finanzierung des Gesundheitswesens an, der noch im November 2007 den Landesärztekammern zugehen wird. Die Kammern sind aufgefordert, auf der Grundlage dieses Diskussionsentwurfes eine rege und konstruktive Diskussion zu den dargestellten gesundheitspolitischen Fragestellungen zu führen. Das daraus sich entwickelnde „Ulmer Papier“ könne nach Verabschiedung auf dem 111. Deutschen Ärztetag Wahlprüfsteine für die nächste Bundestagswahl enthalten.

**Schwerpunktt Themen der anschließenden Diskussion** waren:

- Die Medizin ist im Wesentlichen eine Erfahrungswissenschaft, eine Humanwissenschaft, die sich der Erkenntnisse der Psychologie, der Ingenieurwissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Kommunikationswissenschaften, der Geisteswissenschaften und in bestimmtem Umfang auch der Theologie bedient.
- Durch die Kostendämpfungs- und Rationierungspolitik über Jahrzehnte sind die Patient-Arzt-Beziehung und das Verständnis von der Medizin empfindlich gestört. Die Patienten erwarten eine gute Medizin. Die individuelle Zuwendung des Arztes steht für die Patienten im Vordergrund.
- Medizinische Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit ist maßgeblich von der Interaktion zwischen dem Vertrauen des Patienten in den Arzt sowie der Empathie des Arztes für den Patienten bestimmt.
- Den neuen Anforderungen durch die zunehmende Komplexität der Medizin, die wachsende Patientensouveränität, die Erwartungen des Patienten an individueller Zuwendung und Empathie müssen Ärzte gerecht werden.
- Nur ein gesunder Arzt kann Empathie geben.
- Die Ärzteschaft weist die politische Einschätzung entschieden zurück, ein universelles Leistungsversprechen sei bei limitierten Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsgleichheit möglich.
- Die Freiberuflichkeit des Arztberufes und die freie Arztwahl von Patienten sind weiterhin das Sinnbild einer Gesundheitskultur.
- Die Ärzteschaft setzt sich aktiv für neue Versorgungsformen ein, mit denen eine interdisziplinäre, sektorenübergreifen-

de und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gefordert wird.

- Um die Errungenschaften des Gesundheitswesens weiter zu entwickeln, ist es erforderlich, alle Faktoren – Einnahmen und Ausgaben, den zukünftigen Versorgungsbedarf, die erforderlichen Versicherungsstrukturen, die Steuermechanismen und die gesundheitspolitische Entscheidungskultur insgesamt – zu erfassen und perspektivisch zu beurteilen.
- Bei der Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse notwendig und die Gewährleistung einer adäquaten und regional angepassten medizinischen Versorgung vor Ort erforderlich. Die Neuausrichtung darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen.
- Es muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben und finanziell abgesichert werden.
- Der freiberufliche Charakter des Arztberufes dient vor allen dem Patientenschutz.
- Die sächsischen Ärzte unterstützen den Vorschlag der Bundesärztekammer zur Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates in Anbetracht der offenen Fragen zur zukünftigen Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Bundesgesundheitsrat soll unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissen-

schaftlichen und sozialen Kriterien Vorschläge für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens entwickeln und in einem transparenten und strukturierten Verfahren Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereiten.

- Die Prävention muss insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin verstärkt Berücksichtigung finden.
- Die Prophylaxe wird zu wenig gewürdigt und propagiert sowie nicht gefördert. Es fehlen wissenschaftliche Institutionen, insbesondere Hygieneinstitute, nicht nur in Sachsen.
- Das „medizinisch Notwendige“ muss durch Ärzte und nicht vom Gesetzgeber detailliert definiert werden. Ärzte sind allein verantwortlich für die Behandlung der Patienten.
- Im Spannungsfeld Marktorientierung und freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit muss die ärztliche Identität unbedingt erhalten bleiben.
- Das Arztbild muss wieder bewusst positiv in der Öffentlichkeit dargestellt werden, um ärztlichen Nachwuchs gewinnen zu können. Erneut wird eine professionelle Imagekampagne vorgeschlagen.
- Der Ärztemangel in Sachsen ist weiter zunehmend. Die Sächsische Landesärztekammer hat seit dem Jahr 2001 auf den drohenden Ärztemangel eindeutig hingewiesen. Nach einer aktuellen Statistik werden verstärkt Hausärzte, Haut-, Augen-, Nerven-, Kinder- und Jugendärzte fehlen. Ähnlich wie bei den Hausärzten müssen Anreize ge-



Das Plenum der sächsischen Ärzteschaft

schaffen werden, um Fachärzte nach Sachsen zu bekommen (finanzielle Förderung, weniger Bürokratie, Vergütung). Zugleich müssen mehr junge Ärzte für eine Weiterbildung zum Facharzt „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ begeistert werden.

- In den letzten Jahren zeigt sich eine zunehmende Tendenz zur Akademisierung bisheriger so genannter medizinischer Assistenzberufe und zu deren Herauslösung aus der ärztlichen Gesamtverantwortung. Hierzu gehören die Einführung von Studiengängen (zum Beispiel Pflege, Physiotherapie) und die Diskussionen um die Berufe Rettungsassistent, Anästhesietechnischer Assistent und Operationstechnischer Assistent. Die sächsische Kammerversammlung fordert, dem Phänomen einer zunehmenden „Entprofessionalisierung“ der ärztlichen Tätigkeit durch Akademisierung und Teilqualifizierung medizinischer Assistenzberufe sowie deren schrittweise Herauslösung aus der Gesamtverantwortung des Arztes besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Anamnese, Diagnose und Therapie sind und bleiben die zentralen Sä-

len der ärztlichen Tätigkeit. Die ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar. Die Qualität der Patientenbetreuung darf nicht durch Parzellierung des Betreuungsprozesses und durch Parallelisierung eigentlich komplexer und teambezogener Handlungsabläufe und damit durch Verlust einer klaren Verantwortungshierarchie gefährdet werden.

- Die Ärzte fordern den Schutz des Patientengeheimnisses. Die Sächsische Landesärztekammer hatte bereits im September 2007 alle Bundestagsabgeordneten des Freistaates Sachsen aufgefordert, gegen die von der Bundesregierung ab 1. Januar 2008 geplanten Änderungen der Telekommunikationsüberwachung zu stimmen. Der mit der Novellierung verbundenen Gefährdung der grundsätzlich geschützten Patienten-Arzt-Beziehung treten die Mandatsträger der Kammerversammlung entschieden entgegen und fordern, auch Ärzte unter den gleichen Schutz zu stellen wie Geistliche, Mitglieder des

Bundestages und der Landtage und Strafverteidiger. Die Neuregelung wurde inzwischen vom Deutschen Bundestag beschlossen.

- Die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft fordern erneut die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit durch zeitgemäße Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und durch eine leistungsgerechte Bezahlung ohne West-Ost-Gefälle umgehend zu verbessern, damit gut ausgebildete junge Ärzte für die kurative Medizin wieder gewonnen werden.
- Die Kammerversammlung unterstützt nachträglich die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 4. Juli 2007 „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2007“. Die Krankenhausplanungsbefugnisse der Bundesländer dürfen nicht zugunsten der Krankenkassen auf eine Rahmenplanung mit Schwerpunkt Notfallversorgung reduziert werden. Die Kerntätigkeit der Behandlung und Betreuung

von Patienten im Krankenhaus hat einen handwerklichen, kommunikativen und sozialen Charakter. Diese Kerntätigkeit ist nicht automatisierbar und nur begrenzt rationalisierbar. Die Wahlfreiheit des Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses zur stationären Behandlung muss erhalten bleiben. Die Ärzte lehnen eine weitere Einschränkung der Therapiefreiheit durch Schematisierung von Behandlungsabläufen ab.

#### **Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer**

Der Deutsche Ärztetag ist die jährliche Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern. Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer ist die Zahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag auf 250 begrenzt. Bezogen auf die Anzahl ihrer Mitglieder erhält die Sächsische Landesärztekammer 12 Sitze im Deutschen Ärztetag. Gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wählt die Kammerversammlung aus den Mitgliedern der Landesärztekammer Delegierte zu den Deutschen Ärztetagen für vier Jahre, die mit der Amtsperiode der Kammerversammlung beginnen. Die Kammerversammlung wählte folgende Delegierte und Ersatzdelegierte (in der Reihenfolge der erreichten Stimmen):

#### **Delegierte:**

1. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden, FA für Innere Medizin, A
2. Erik Bodendieck, Wurzen  
FA für Allgemeinmedizin, N
3. Dr. med. Steffen Liebscher, Aue  
FA für Innere Medizin, N
4. Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig  
FA für Allgemeinmedizin, N
5. Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig  
FA für Neurologie und Psychiatrie, R
6. Dr. med. Claus Vogel, Leipzig  
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
7. Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig  
FA für Pathologie, R
8. Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann  
FA für Neurologie und Psychiatrie, A
9. Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig  
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
10. Dr. med. Stefan Windau, Leipzig  
FA für Innere Medizin, N

11. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Dresden, FÄ für Pathologie, A
12. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig, FA für Kinder- und Jugendmedizin, R

#### **Ersatzdelegierte:**

13. Dr. med. Rainer Kobes, Werdau, FA für Innere Medizin, A
14. Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen, FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ für Hygiene- und Umweltmedizin, A
15. Dr. med. Thomas Fritz, Dresden, FA für Innere Medizin, A
16. Ute Taube, Berthelsdorf, FÄ für Allgemeinmedizin, N
17. Dr. med. Eberhard Huschke, Löbau, FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
18. Dr. med. Dietrich Steiniger, Rodewisch, FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, FA für Chirurgie, A
19. Dr. med. Klaus Kleinertz, Chemnitz, FA für Innere Medizin, N
20. Dr. med. Simone Steinbrecher, Dresden, FÄ für Allgemeinmedizin, N
21. Dipl.-Med. Sabine Ermer, Eilenburg, FÄ für Innere Medizin, A
22. Dr. med. Gudrun Böhm, Dresden, FÄ für Innere Medizin, N

#### **Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

Dr. med. Andreas Prokop

Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht  
Nach der letzten Novellierung des § 18 Abs. 1 der (Muster)Berufsordnung ist es in einigen Kammerbereichen Deutschlands zu Zusammenschlüssen gekommen, die sich als Teil-Berufsausübungsgemeinschaft bezeichneten, tatsächlich aber keine gemeinsame Berufsausübung vorweisen konnten. Deshalb hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, die entsprechende Regelung zu präzisieren. Aus diesem Grunde soll unsere Berufsordnung an die (Muster)Berufsordnung angepasst werden.

#### **Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Die Novellierung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekam-

mer dient der Anpassung an die Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (Änderungen § 18 und 19). Die neue europaweit gültige Berufsanerkennungsrichtlinie ersetzt die vorherige Richtlinie 93/16/EWG und erfordert die Umsetzung in landesrechtliche Bestimmungen.

Kernpunkte der Anpassungen sind die Wiedereinführung der Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ im Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“, Anpassungen in den Facharztweiterbildungen „Psychiatrie“ und „Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sowie Änderungen in der Zusatzweiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden“. Weiterhin beinhaltet die Novellierung der Weiterbildungsordnung redaktionelle Änderungen bei den Facharztanforderungen für „Allgemeine Chirurgie“ und Übergangsbestimmungen hinsichtlich der Zusatzweiterbildungen „Spezielle Unfallchirurgie“. Eine weitere redaktionelle Änderung der Weiterbildungsordnung beinhaltet die Aufnahme

medizinischer Versorgungszentren in die Begriffsbestimmung „Ambulanter Bereich“. Mit der Wiedereinführung der Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ auf der Basis einer Empfehlung des Weiterbildungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer soll darüber hinaus eine Vorgabe der Muster-Weiterbildungsordnung umgesetzt werden.

#### **Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten**

Erik Bodendieck, Vizepräsident,

Mitglied des Berufsbildungsausschusses  
Die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten trat am 1. August 2006 in Kraft.

Die Neuordnung des Ausbildungsberufes erforderte das Erstellen einer Prüfungsordnung. Neu geregelt werden hier auf der Grundlage der Ausbildungsverordnung und des Berufsbildungsgesetzes



Die Mandatsträger bei der Abstimmung

insbesondere Inhalte und die Gliederung der Prüfung im schriftlichen und praktischen Teil, Bewertung und Feststellen des Prüfungsergebnisses, Erstellen des Prüfungszeugnisses und die Grundsätze der Zwischenprüfung als Anlage 1 zur Prüfungsordnung.

Die Prüfungsordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

**Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin und Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten**

Erik Bodendieck, Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses  
Die Satzung bezüglich der Entschädigung im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin gilt als Übergangslösung. Geändert wurde das Sitzungsgeld bei einer Abwesenheit von weniger als fünf Stunden, die Prüfungsvergütung für die Begutachtung und Benotung einer schriftlichen Prüfungsleistung und die Erstattung der Fahrtkosten vom Wohnort zu dem Ort, an dem der jeweilige Prüfungsausschuss seine Sitzung durchführt.

Die Satzung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten regelt davon abweichend die Prüfungsvergütung für den praktischen Teil der Abschlussprüfung, da die Ausbildungsverordnung für diesen Teil der Prüfung eine erheblich längere Prüfungszeit vorschreibt.

Diese Satzungen treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

**Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

Dr. med. Claus Vogel  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Der bereits im Jahr 2006 von 0,60 Prozent auf 0,58 Prozent gesenkte Beitragsatz zur Erhebung des Kammerbeitrages wird ab dem Jahr 2008 nochmals auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesenkt. Die Beitragstabelle wird entsprechend verändert. Somit ergibt sich durchschnittlich je Beitragsstufe ein um ca. 25 bis 30 EUR geringerer Kammerbeitrag. Der Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR und der Höchstbeitrag in Höhe von 2.500 EUR bleiben unverändert. Gleichzeitig wurde eine Befreiung von der Beitragspflicht für die Mitglieder im Ruhestand beschlossen, wenn die jährlichen Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit nicht höher als 5.000 EUR sind. Damit wird einerseits dem steigenden Verwaltungsaufwand für die Erhebung des Mindestbeitrages für diesen Teil der Ärzteschaft und andererseits dem Beitrag dieser Mitglieder zur derzeitigen soliden finanziellen Situation der Sächsischen Landesärztekammer Rechnung getragen. Mitglieder im Ruhestand mit einer gelegentlichen ärztlichen Tätigkeit mit jährlichen Einkünften über 5.000 EUR werden zukünftig pauschal mit der Beitragsstufe 2 veranlagt. Die Beitragstabelle wurde um 5 Beitragsstufen ergänzt, und es erfolgten redaktionelle Änderungen, die der Klarstellung und Übersichtlichkeit der Beitragsordnung dienen. Alle genannten Änderungen treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.

**Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

Dr. med. Claus Vogel,  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Die Kammerversammlung hat Änderungen des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung beschlossen. Dies betrifft insbesondere Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses, welche die Erhebung der Gebühren für ärztliche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelt. So entfällt zukünftig die Gebühr für die Erteilung eines Fortbildungszertifikates. Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung der Gebührenpflicht für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen. Eine weitere Änderung wurde in Ziffer 7 des Gebührenverzeichnisses bezüglich der Gebührenerhebung für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer vorgenommen, indem nunmehr

auch die Berufsbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten erfasst ist. Die Änderungen der Gebührenordnung treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.

**Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe**

Dr. med. Claus Vogel,  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Die mit dieser Satzung beschlossenen Änderungen der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe beruhen im Wesentlichen auf der Auflösung des Ausschusses Sächsische Ärzthilfe. Dessen Aufgaben wurden an den Ausschuss Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer übertragen. In diesem Zusammenhang erfolgte zugleich eine Anpassung des Satzungstextes bezüglich der Regelung des Regelbedarfs (§ 3 der Satzung) an § 53 der Abgabenordnung. Auch diese Satzungsänderung tritt zum 1. Januar 2008 in Kraft.

**Haushaltsplan 2008**

Dr. med. Claus Vogel,  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Dr. Vogel stellte den, als Beschlussvorlage Nr. 9 allen Mandatsträgern vorliegenden, ausgeglichenen Haushaltsplan des Jahres 2008 mit einem Gesamtvolumen von 7.972.000 EUR vor.

Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2008 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2006 um 9,9 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2007 um 4,0 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2006 eine Senkung von 8,1 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2007 eine Erhöhung von 4,0 Prozent vorgesehen.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2008 wird von verschiedenen Sachverhalten geprägt.

- Zunächst ist festzustellen, dass die Anzahl der Kammermitglieder vom Jahr 2000 zum Jahr 2006 um 2.347 gestiegen ist. Das bedeutet eine Zunahme von 13,9 Prozent. Wir gehen bei der Planung von einer stabilen Entwicklung aus. Gleichzeitig verändert sich die Altersstruktur unserer Ärzteschaft und es werden sich in den nächsten Jahren anteilig mehr Ärzte im Ruhestand befinden als in den Vorjahren.
- Die Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge hat weiter zugenommen, insbesondere im Bereich der Fort- und Wei-

terbildung. Die Durchführung von mündlichen Prüfungen für alle Weiterbildungsbezeichnungen, die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, die Führung von Online-Fortbildungspunkte-Konten und die Beantragung von Fortbildungszertifikaten haben zu einer starken Erhöhung des Verwaltungsaufwandes geführt, der durch die Zunahme der Gebühren teilweise gegenfinanziert wird.

- Die Anzahl der Arzneimittelstudien, die durch die Ethikkommission zu bearbeiten sind, nimmt weiter zu. Die Aufwendungen werden durch Gebühren gedeckt.
- Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sieht aufgrund der aktuellen Politik die Notwendigkeit, die berufs- und gesundheitspolitischen Aktivitäten weiter zu verstärken.
- Die vielfältigen Aufgaben der Kammer sind ohne den Einsatz von effizienter Hard- und Software nicht mehr zu bewältigen. Die zunehmende Komplexität erfordert einen hohen Aufwand bei der Gestaltung und Pflege der Hard- und Softwarelandschaft.
- Die inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen für die Betreuung des Projektes „Elektronischer Arztausweis“ sind aufgrund der forcierten Entwicklung durch die Politik gestiegen.
- Im Vergleich der Aufwendungen zum Ist des Jahres 2006 hat die Erhöhung der Mehrwertsteuer durchaus materielle Bedeutung, insbesondere bei den Sachaufwendungen.
- Im September 2008 wird das 4. Deutsch-polnische Symposium in Dresden stattfinden.
- Die beschlossene Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit und die Befreiung der Mitglieder im Ruhestand von der Beitragspflicht sind mit Auswirkungen auf die Höhe der Einnahmen aus Kammerbeiträgen verbunden. Es wird der niedrigste Kammerbeitrag pro Kammermitglied seit satzungsmäßiger Erhebung der Kammerbeiträge kalkuliert.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2008 wurde durch die 37. Kammerversammlung bestätigt.

### **Beschlüsse der 37. Kammerversammlung**

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 37. Kammerversammlung am 10. November 2007 folgende Beschlüsse

#### **Beschlussvorlage Nr. 1:**

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 2:**

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 3:**

Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 4:**

Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 5:**

Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 6:**

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 7:**

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 8:**

Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 9:**

Haushaltsplan 2008 (bestätigt)

#### **Beschlussvorlage Nr. 10:**

Bekanntgabe von Terminen (18. Sächsischer Ärztetag/38. Kammerversammlung, 39. Kammerversammlung) (bestätigt)

### **Beschlussantrag Nr. 11:**

Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

(bestätigt)

### **Beschlussantrag Nr. 12:**

Schutz des Patientengeheimnisses (bestätigt)

### **Beschlussantrag Nr. 13:**

Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe (bestätigt)

### **Beschlussantrag Nr. 14:**

Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit verbessern

(bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten, Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin, Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 603 bis 622, amtlich bekannt gemacht.

### **Bekanntgabe der Termine**

Der 18. Sächsischer Ärztetag/38. Kammerversammlung findet **am Freitag, dem 27. Juni und Sonnabend, dem 28. Juni 2008** und die 39. Kammerversammlung **am Sonnabend, dem 18. November 2008** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Berufspolitik traf Fachpolitik

Am 17. Oktober 2007 hatte die Sächsische Landesärztekammer wie in jedem Jahr Vertreter der sächsischen ärztlichen Fachgesellschaften zum bereits bewährten Erfahrungsaustausch eingeladen.

Zum Auftakt der Sitzung betonte Kammerpräsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze die Bedeutung dieser Begegnung zwischen Berufs- und Fachpolitik für das Erreichen gemeinsamer Ziele, wie die Qualifizierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und der Ausbildung von Arzthelferinnen (Medizinischen Fachangestellten) sowie die Weiterentwicklung und Verbesserung des Qualitätsmanagements.

Anschließend leitete Prof. Dr. Schulze zur fachlichen Diskussion über. Er umriss die gesundheitspolitische Situation nach der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetzes (GKV-WSG). Durch die Gesetzesvielfalt im Zuge der Gesundheitsreform ist ein überreguliertes System entstanden. Der Staat mischt sich dadurch an vielen Stellen massiv in die Ausgabenseite ein und versucht, das Leistungsgeschehen zu steuern. Eine medizinische Rationierung ist die Folge. Dabei betonte Prof. Dr. Schulze, dass sich die ärztliche Selbstverwaltung keineswegs generell gegen ökonomische Sichtweisen in der Gesundheitsversorgung wendet. Lediglich der Trend zur drastischen ökonomischen Regulierung seitens der Politik ist nicht akzeptabel.

Prof. Dr. Schulze kritisierte weiterhin scharf, dass flächendeckende Änderungen im Gesundheitssystem von den politisch Verantwortlichen oft als „selbstlernende Systeme“ angelegt werden, ohne im Vorhinein oder im Verlauf Auswirkungen auf das Gesamtsystem zu überprüfen. Neuregelungen zum Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), wie beispielsweise die neuen Rabattverträge, die das Bonus-/Malussystem in seiner Wirkung konterkarieren, dürfen nicht dem Selbstlauf überlassen werden, sondern sind im Verlauf ein-



Prof. Dr. med. Otto Bach, Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Prof. Dr. med. Jan Schulze, Prof. Dr. med. Uwe Köhler (v.l.)

gehend zu testen, um gefährliche Schiefagen zu Lasten von Patienten, Ärzten und Apothekern zu vermeiden.

Der Präsident informierte die Vertreter der ärztlichen Fachgesellschaften über die geplante Einführung einer Koordinierungsstelle gegen den Ärztemangel in Sachsen. Gemeinsam mit weiteren aktiven Partnern des sächsischen Gesundheitswesens hat sich die Sächsische Landesärztekammer diesem Ziel verschrieben, um – wie bereits seit mehr als fünf Jahren – auch weiterhin zielgerichtet und mit gebündelter Kraft Nachwuchsmediziner für Sachsen zu gewinnen. Er machte aber auch deutlich, dass dieses Ziel nur erreicht werden kann, wenn das Berufsbild „Arzt“ grundsätzlich verbessert wird, und zwar materiell wie ideell. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit müssen umgestaltet werden, um junge Mediziner überhaupt noch nachhaltig für den Beruf begeistern zu können.

Inhaltlicher Schwerpunkt des Treffens war ein Expertenvortrag von Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht an der Juristischen Fakultät der Universität Leipzig zur „Delegation oberärztlicher Aufgaben auf Fachärzte und ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal“. Die provokative Frage „Brauchen wir eigentlich noch Oberärzte?“ beantwortete Prof. Dr. Kern am Ende seiner Ausführungen mit einem klaren „Ja“. Ohne sie sei ein moderner Klinikbetrieb nicht denkbar. Aus ökonomischen Gründen darf es keine Reduzierung der Qualität geben, sondern nur einen optimalen Einsatz der verfügbaren Ressourcen.

Zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal betonte Prof. Dr. Kern vor allem, dass die momentan bestehende Grauzone solcher im Einzelfall delegierbaren Aufgaben nur die ärztliche Profession aus sich heraus definieren kann. Keinesfalls kann die Politik als Mittel gegen Ärztemangel und wirtschaftliche Sparzwänge funktionierende Strukturen festlegen. Zudem muss die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal aus Sicht von Prof. Dr. Kern auch mit einer echten Übertragung von Verantwortung einhergehen, um Ärzte zu schützen.

Nach dem Vortrag von Prof. Dr. Kern präsentierte Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, die Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2006, deren Novellierung sowie die Ergebnisse einer Befragung von Weiterbildungsassistenten. Abschließend stellte Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, die Fortbildungszertifizierung und Akkreditierung sowie auszugswise das Fortbildungsprogramm für das Jahr 2008 vor.

Am 10. November 2007 hat die 37. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung in Sachsen beschlossen. Alle Beschlüsse finden Sie auf den Seiten 603 bis 622 dieses Heftes.

Der Vortrag von Prof. Dr. Kern wird im Heft 2/2008 im Ärzteblatt Sachsen veröffentlicht.

Anja Miesner M.A.  
Referentin für Presse- und  
Öffentlichkeitsarbeit

## Verquickung ärztlicher mit gewerblicher Tätigkeit ist berufsrechtlich unzulässig

Damit die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten gewahrt bleibt, richtet sich insbesondere die Abgabe von Produkten in der Arztpraxis nach bestimmten berufsrechtlichen Kriterien, auf die in diesem Artikel eingegangen werden soll.

Die Sächsische Landesärztekammer hatte sich in der Vergangenheit mit Fällen zu befassen, die den Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln in einzelnen Arztpraxen durch Ärzte, deren Angehörige oder durch das Personal im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit an Patienten beinhalteten.

Diese Tatsache kann jedoch ernsthafte berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Die Berufspflichten der im Freistaat Sachsen tätigen Ärzte sind in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BO) festgelegt. Gemäß § 3 Abs. 1 BO ist dem Arzt neben der Ausübung seines Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird. Darüber hinaus ist dem Arzt gemäß § 3 Abs. 2 BO untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwen-

diger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

Dem Arzt ist es gemäß § 34 Abs. 5 BO nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

Unter Berücksichtigung dieser Regelungen ist dem Arzt zwar grundsätzlich eine gewerbliche Betätigung nicht untersagt, jedoch muss bei dem Betreiben des Gewerbes auf eine räumliche, organisatorische und personelle Trennung von seiner Person als Arzt, seiner Praxis und der ärztlichen Tätigkeit geachtet werden.

Auch die Vermittlung von Aufträgen und Geschäften über die Arztpraxis ist unzulässig. Dabei ist es unerheblich, ob der Arzt durch die „Geschäftsvermittlung“ selbst finanzielle Vorteile hat, wobei dies natürlich ein zusätzliches Indiz für eine berufsrechtliche Unzulässigkeit wäre. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist der Hinweis an Patienten während der Konsultation in der Arztpraxis auf den im gleichen Objekt befindlichen Gesundheits-Shop und die dort angebotenen Produkte unzulässig. Der Patient entwickelt eine Erwartungshaltung an die Durchführung der Ernährungsberatung, insbesondere dass diese auf der Grundlage der „ärztlichen Begleitung“ erfolgt und der Arzt hinter der gewerblichen Einrichtung, deren Leistung sowie deren angebotenen Produkte steht und als solcher diese Produkte unterstützt. Das besondere Vertrauen, das einem Arzt durch einen Patienten entgegengebracht wird, kann durch das Empfehlen von Produkten auf Grund der Ernährungsberatung in der Praxis beeinträchtigt werden. Die Sächsische Landesärztekammer sieht es daher auch als berufsrechtlich unzulässig an, wenn Patienten auf den Bezug bestimmter Nahrungsergänzungsmittel (beispielsweise bei der mithelfenden Ehefrau, dem mithelfenden Ehemann) hingewiesen werden und in den Räumen der Arztpraxis hierzu Informationsmaterial ausgehändigt bekommen.

In diesem Zusammenhang möchte die Sächsische Landesärztekammer auch auf die einschlägige Rechtsprechung zu der Thematik hinweisen. Nach zwei höchstrichterlichen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 02.06.2005 (Az: I ZR 215/02 und I ZR 317/02) ist es Ärzten untersagt, aus einem in deren Praxen befindlichen Depot eines Sanitätshauses Diabetesteststreifen abzugeben, soweit dies nicht anlässlich der Schulung von Patienten oder in Notfällen erfolgt. Der BGH hat grundsätzlich festgestellt, dass die Abgabe von Waren in der Arztpraxis gemäß § 3 Abs. 2 BO nur dann zulässig ist, wenn sie wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie ist. Es soll damit der Kommerzialisierung des Arztberufes vorgebeugt werden.

Die Abgabe von Produkten im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit, die nicht notwendigerweise zur ärztlichen Therapie gehören, ist berufsrechtlich unzulässig. Nach Ansicht des von der Sächsischen Landesärztekammer kontaktierten Bundesinstitutes für Risikobewertung können Patientinnen und Patienten diese Präparate auf ärztlichen Rat oder nach ärztlicher Vorschrift einnehmen, nachdem sie zum Beispiel in einer Apotheke gekauft wurden. Dies ist auch bei Arzneimitteln allgemein üblich. Die Präparate dienen bei nicht therapeutischer Notwendigkeit weder einer Notversorgung, die nur durch den Arzt oder in der ärztlichen Praxis geleistet werden könnte, noch besteht die medizinische Notwendigkeit eines verkürzten Verordnungsweges für deren Abgabe. Der rechtlich vorgeschriebene Vertriebsweg, die Abgabe von Produkten im Rahmen der ärztlichen Praxis nur als Ausnahme zuzulassen, ist aus Sicht des Verbraucherschutzes von besonderer Bedeutung, damit nicht der Verdacht entsteht, dass Hoffnungen und Ängste von Verbrauchern im Hinblick auf ihre Gesundheit unzulässig ausgenutzt werden.

Leider wird durch eine Vielzahl von Patientenbeschwerden der Eindruck erweckt und verstärkt, dass die Kommerzialisierung des Arztberufes nicht an jeder Praxistür endet und die Pro-

duktabgabe weit über die Fälle der therapeutischen Notwendigkeit hinaus geht.

### Wie geht die Sächsische Landesärztekammer bei solchen Fällen vor?

Die Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer sind im Sächsischen Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) definiert. Eine gesetzliche Aufgabe besteht unter anderem darin, die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen. Gelangt der Sächsischen Landesärztekammer ein berufsrechtlich relevanter Sachverhalt zur Kenntnis, wird der Arzt zunächst angehört. Bei unterschiedlichen oder nicht vollständig erscheinenden Sachverhalten sind gegebenenfalls auch Rückfragen erforderlich.

Die Abgabe der Stellungnahme des Arztes ist deshalb wichtig, um sein Handeln, insbesondere seine Entscheidungen aus medizinischer Sicht, in die Sachverhaltsprüfung einbeziehen zu können. Ist der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer der Ansicht, dass ein Mitglied die ihm obliegende Berufspflicht verletzt hat, kann er entweder ein Rügeverfahren durchführen oder ein berufsgerichtliches Verfahren einleiten.

Der Vorstand beschränkt sich auf die Durchführung eines Rügeverfahrens, wenn ihm die Schuld des Mitgliedes gering und deshalb die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich erscheint. Im Rahmen des Rügeverfahrens wird der Arzt vor Erteilung einer Rüge erneut

gehört. Die Erteilung der Rüge durch den Vorstand erfolgt durch einen gebührenpflichtigen Bescheid. Neben der Erteilung einer Rüge kann zusätzlich auch ein Ordnungsgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden.

Ist der Vorstand der Ansicht, dass ein Rügeverfahren nicht ausreichend ist, um die Verletzung der Berufspflichten zu verfolgen, kann er einen Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens stellen. Das Verfahren vor dem Berufsgericht richtet sich nach den Vorschriften des SächsHKaG. Im Urteil des Berufsgerichts kann auf folgende Maßnahmen erkannt werden:

- Verweis,
- Geldbuße bis zu 50.000 EUR,
- Aberkennung der Mitgliedschaft in Organen der Kammer,
- Aberkennung der Wählbarkeit in Organe der Kammer bis zur Dauer von fünf Jahren,
- Aberkennung des Wahlrechts zur Kammerversammlung,
- Ausschluss aus der Kammer, wenn die Mitgliedschaft freiwillig ist.

Vor diesem Hintergrund sollten unsere Mitglieder die Gelegenheit wahrnehmen, sich bereits vor Aufnahme einer gewerblichen Tätigkeit an die Sächsische Landesärztekammer zu wenden und den juristischen Rat zur Umsetzung des Vorhabens einholen.

Dr. med. Andreas Prokop  
Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

Dr. jur. Alexander Gruner  
Komm. Leiter der Rechtsabteilung

## Aufruf

Für ein Forschungsprojekt zur deutsch-tschechischen Medizingeschichte suchen wir dringend alles über den Chirurgen Professor Josef Hohlbaum (1884 bis 1945).

Josef Hohlbaum war in Leipzig Direktor der Chirurgische Universitätspoliklinik bis zu seiner Berufung 1941 nach Prag als Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik an der Deutschen Universität Prag. 1945 ist er schwer verletzt nach Leipzig zurück gekommen und bereits im Dezember 1945 gestorben (Diagnose: Sepsis).

Einen Dank für Kondolenz und Blumen hat Ruth Hohlbaum, die Schwiegertochter, im Januar 1946 an die Leipziger Medizinische Fakultät gesandt. Ihre letzte Leipziger Adresse lautete Otto-Schmiedt-Straße 1.

Wer hat Prof. Hohlbaum noch gekannt? Wer weiß etwas über die Umstände von Hohlbaums Rückkehr nach Leipzig 1945? Wer kann Hinweise zu den Nachkommen Hohlbaums geben? Wer weiß, wo man ein Foto Hohlbaums finden kann? Es danken Prof. Dr. Stingl, Prag; Prof. Dr. Kästner, Leipzig (Hinweise bitte an Ingrid.Kaestner@online.de)

### Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

#### Herausgeber:

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

#### Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

#### Redaktionskollegium:

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

#### Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

#### Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
*Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.*  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

#### Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

# Rotavirusimpfung als Standardimpfung in Sachsen ab 1. 1. 2008 empfohlen

## Novellierung der Impfempfehlung E 1:

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) hat auf ihrer 30. Sitzung am 19.10.2008 im Rahmen der Novellierung der „Empfehlung der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ vom 02.09.1993, Stand 1.4.2007, Nachstehendes beschlossen:

### 1. Empfehlung der Rotavirusimpfung als Standardimpfung in Sachsen:

Wegen der Brisanz dieser Entscheidung – es ist die erste Empfehlung der SIKO, die getroffen wurde, ohne dass eine Gewährleistung der daraus sich zwingend ableitenden Überwachungs- und Kontrollarbeiten gesichert ist – hat sich die SIKO in einem Brief an die Sächsische Staatsministerin für Soziales gewandt. Im Brief sind die fachliche Begründung und die zu lösenden Aufgaben wie nachstehend ausgeführt:

„Sehr verehrte Frau Staatsministerin, die Sächsische Impfkommission hat auf ihrer 30. Sitzung am 19.10.2007 die Einführung der Rotavirusschluckimpfung als Standardimpfung für alle Kinder empfohlen.

Begründen möchten wir diesen Schritt mit der hohen Krankheitslast für Kinder bis zum 5. Lebensjahr. 2006 wurden im Freistaat Sachsen 10.273 Rotavirusgastroenteritiden an die Gesundheitsämter gemeldet, davon entfielen 6.882 = 67 Prozent auf Kinder jünger als 5 Jahre. Nach RKI-Angaben mussten von erkrankten Kindern unter 2 Jahren wegen der Schwere der Krankheit etwa 50 Prozent hospitalisiert werden. Die wahren Erkrankungszahlen liegen nach internationaler epidemiologischer Beurteilung wesentlich höher, in der Regel in der Größenordnung mindestens der Jahrgangsstärken, da jedes Kind bis zum 5. Geburtstag 1 bis 2 Rotaviruserkrankungen erleidet.

Für Sachsen wären dies 30.000 Erkrankungen jährlich.

Da seit 2006 in der EU zwei zugelassene Impfstoffe verfügbar sind, bei deren Anwendung in 90 % schwere Erkrankungen verhütet werden könnten, sahen wir uns zu dieser Entscheidung veranlasst.

Die Rotavirusimpfung ist bereits 2006/07 in Österreich, Belgien, Luxemburg und in den USA allgemein empfohlen worden.

Die Verhütung von schweren Rotaviruserkrankungen wäre ein markanter Beitrag zur Realisierung des sächsischen Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ und würde die „Kinderfreundlichkeit“ der sächsischen Regierungsparteien hervorragend demonstrieren.

Dazu sind aber staatliche Überwachungsmaßnahmen im ÖGD und der LUA Sachsens zu realisieren. Dies sind:

1. Überwachung eines evtl. Typenwechsels (Replacement) der aktu-

ell zirkulierenden Rotavirustypen bei schweren Erkrankungen, ähnlich wie bei Influenza.

(Realisierungsvorschläge unterbreitet)

2. Mikrobiologische Untersuchungen zur Klärung eines ursächlichen Zusammenhangs bei an ein Gesundheitsamt gemeldeten „atypischen Impfverläufen“ (§ 6, Abs.1, Nr.3 IfSG) oder vermeintlichen Impfschadensfällen, bei möglichen nosokomialen Erkrankungen durch Impfviren sowie bei schweren Erkrankungen trotz Impfung.

(Realisierungsvorschläge unterbreitet)

3. Epidemiologische Überwachungsaufgaben durch den ÖGD.

Sehr verehrte Frau Staatsministerin, die Mitglieder der Sächsischen Impfkommission erbitten dringend diesbezüglich von Ihnen:

## Epidemiologische Aufgaben für den ÖGD nach Einführung der Rotavirusstandardimpfung

### 1. Rotaviruserkrankung trotz Impfung:

Alle Ärzte der Primärversorgung sind aufzuklären, jede Durchfallerkrankung insbesondere von geimpften Kindern, die Gemeinschaftseinrichtungen besuchen, konsequent ätiologisch abzuklären. Bei Erkrankung trotz Impfung ist der Schweregrad der Erkrankung nach dem Clark-Score anzugeben und im Meldebogen unter der Spalte „Für die klinische Diagnose relevante Symptome“ anzugeben. Bei allen Infektionsmeldungen bei Rotaviruserkrankungen sind künftig die auf dem Meldeformular bereits vorhandenen Angaben zum „Impfstatus bei Meldung einer impfpräventablen Erkrankung“ konsequent einzutragen und bei stattgehabter Impfung durch den Impfstoffnamen zu ergänzen.

Die Gesundheitsämter sind gehalten, bei Fehlen der oben genannter Angaben diese von den meldenden Ärzten oder Eltern zu erfragen oder zu ergänzen. Bei schweren Erkrankungen, die zur Hospitalisierung führten, ist eine Typenbestimmung zu veranlassen.

Die Angaben zum Impfstatus, Impfstoff und Schweregrad der Erkrankung sind der LUA bei den Meldungen zur Auswertung mit anzugeben.

### 2. Atypische Impfverläufe / Impfschadensfälle:

Vorgehen nach E 10 „Empfehlung der Sächsischen Impfkommission beim Auftreten von atypischen Impfverläufen im Freistaat Sachsen vom 15.5.1998, Stand 1.12.2003“.

### 3. Beobachtung einer evtl. Zirkulation von Impfviren:

Bei Häufungen in Kindereinrichtungen oder in Krankenhäusern, in die geimpfte Kinder einbezogen sind, sind eine Typisierung der Rotavirusstämme und eine eventuelle Bestimmung eines der 6 Impfstämme vorzunehmen.

1. Novellierung der „VwV Schutzimpfung vom 24. Mai 2007“ (Einfügen der Rotavirusimpfung – Zuarbeit erfolgt durch die SIKO-Geschäftsstelle)
  2. Dienstanweisung an die LUA zur Realisierung der Anlagen 1 und 2 (die Rotavirustypenbestimmung war bereits 2002 eingeführt und einmalig durchgeführt worden)
  3. Empfehlung an den ÖGD zur Realisierung der epidemiologischen Überwachung und damit Mithilfe bei der Sicherung einer ausreichenden und qualifizierten Personalbesetzung der Gesundheitsämter auch nach der Verwaltungsstrukturreform.“
2. Empfehlung einer 2. Varizellenimpfung in Sachsen  
Ab 1. Januar 2008 wird eine 2. Varizellenimpfung auch für empfängliche Kinder vor dem 14. Lebensjahr empfohlen, das heißt konkret:
- Erstimpfung für alle Kinder ab 2. Lebensjahr mit negativer Varizellenanamnese
  - Zweitimpfung ab 6. Lebensjahr
- Auch hier besteht die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Begleitung durch den ÖGD.
3. Als wesentlichste weitere Novellierungen sind zu nennen:
    - 3.1. Die Empfehlung, alle empfänglichen Personen (also auch Männer) nach dem 18. Lebensjahr gegen Varizellen zu impfen (2malige Impfung, Mindestabstand 6 Wochen).
    - 3.2. Bereits seit dem 1. April 2007 ist die Impfung gegen Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV) öffentlich empfohlen als Standardimpfung für alle Mädchen/weiblichen Jugendlichen zwischen dem 13. und dem 18. Lebensjahr. Diese Empfehlung wird in den Text der E 1 aufgenommen.
    - 3.3. Die E 1 enthält erstmals einen Impfkalender für Erwachsene (Synopsis der erforderlichen (Impf-)Immunität bei Erwachsenen). Er soll insbesondere allen Hausärzten, aber auch allen anderen Kollegen, einen schnellen Überblick über die erforderlichen Impfungen (Art, Anzahl und Abfolge) in Abhängigkeit vom Lebensalter und aktuellem Impfstatus geben.
    - 3.4. Die Pflicht des Arztes zum Anbieten von Impfungen:

Beschlussgrundlage ist die gutachterliche Stellungnahme „Die Pflicht des Arztes, den Patienten auf eine Impfung hinzuweisen“ von E. Deutsch, Universität Göttingen, herausgegeben von der Niedersächsischen Gesellschaft für Impfwesen und Infektionsschutz e.V. Bei Verletzung der Rechtspflicht zur Mitteilung können Rechtsfolgen eintreten. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass der Arzt trotz eigener Bedenken die Pflicht hat, jeden Patienten und jeden Sorgeberechtigten eines Patienten auf die Möglichkeit und Notwendigkeit von Impfungen hinzuweisen. Unterlässt er dies, verletzt er in schwerwiegender Weise seine ärztliche Pflicht. (Die novellierte „Empfehlung der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ vom 02.09.1993, Stand 1.1.2008 im vollen Wortlaut liegt als Anlage dem „Ärzteblatt Sachsen“ 12/2007 bei.)

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. habil. S. Bigl  
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision  
Ludwigsburgstr. 21  
09114 Chemnitz

## Impressionen aus Nah und Fern

### Ausstellung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

Erhard Müller Dipl. Grafiker  
\* 30. 1. 1936 † 3. 5. 2005

Die Ausstellung soll Leben und Werk des Verstorbenen würdigen. Erhard Müller studierte an der Hochschule für Grafik und Buchkunst Leipzig bei den Professoren W. Mattheuer, E. Voigt, E. Pruggmeier und H. Wagner. Studienreisen führten ihn nach Albanien und Rumänien.

Er arbeitete als Grafiker/Designer u.a. für die Unternehmen TAKRAF, GISAG, BAUKEMA und ILV/Dipl. Ing. Wagner, sowie den KLETT Schulbuch Verlag Leipzig.

In seiner Freizeit schuf er eine Vielzahl Grafiken, Zeichnungen, Aquarelle, Pastelle sowie Acrylbilder, die vom sicheren Mix linearer Strenge



Steinberg Haff, Aquarell, 2002

und poetischer Fabulierkunst bestimmt sind. In all seinen Arbeiten spürt man Humor und Lebensfreude. Der Bogen seiner Bilder spannt sich von der Ostsee über den Leipziger Raum bis in das Ausland nach Schottland, Österreich, Italien, Türkei, Portugal, Griechenland.

Durch seine in der Ausstellung gezeigten Bilder bleibt er uns lebendig.

Ausstellung in der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, 4. Etage, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, vom 25. Januar 2008 bis Januar 2009. Montag bis Freitag 9.00 bis 17.00 Uhr.

**Vernissage:**  
**Freitag, 25. Januar 2008, 15.00 Uhr.**

## Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen

Die Sächsische Landesärztekammer plant in Zusammenarbeit mit dem Fort- und Weiterbildungszentrum des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden einen neuen Kurs für die Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen vom 4. 4. 2008 bis 24. 5. 2008.

Teilnehmerinnen sind Arzthelferinnen und Krankenschwestern mit abgeschlossener Berufsausbildung und einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit im operativen Bereich einer Arztpraxis.

Die Fortbildung umfasst insgesamt 160 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs,

- der fachpraktischen und fachtheoretischen Unterricht (120 Stunden) und
- ein Praktikum (40 Stunden) integriert.

Inhaltlich richtet sich die Fortbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen.

Aufgrund veränderter Anforderungen und rechtlicher Bestimmungen in den Teilgebieten Hygiene, Instru-

mentenaufbereitung und Sterilisation wird zusätzlich der Sachkundelehrgang zum Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 (3) der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis, Lehrgangsteil A mit 40 Unterrichtsstunden in den Kurs integriert. Die Kosten für die Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen und den Lehrgang zum Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 (3) MPBetreibV für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis, Lehrgangsteil A einschließlich Prüfung betragen nach der Kalkulation des Fort- und Weiterbildungszentrums 965,00 EUR.

Die Durchführung der Fortbildung ist abhängig von der Teilnehmerzahl. Wir weisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass die Fortbildung nur bei einer Mindestteilnehmerzahl von 20 durchgeführt werden kann. Bei Interesse bitten wir um eine verbindliche Anmeldung bis zum 25.01.2008.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351-8267170 oder -171 zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Mitteilungen der Bezirksstellen

Die **Bezirksstelle Chemnitz** ist wegen Urlaub in der Zeit vom 18.12.2007 bis 2.1.2008 nicht besetzt.

Die **Bezirksstelle Leipzig** ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 13.12. bis 14.12.2007 und 27.12. bis 28.12.2007 nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon 0351 8267411.

## Korrektur

Im Schreiben des Sächsischen Sozialministeriums für Soziales an die Sächsische Landesärztekammer zum Thema „Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung“, veröffentlicht im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007, Seite 566, letzter Absatz muss es richtig heißen:

„Aktueller Stand zum Zeitpunkt 15. 10. 2007:

Der Entwurf eines Gesetzes über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung ist am 21.9.2007 mehrheitlich in den Bundesrat im ersten Durchgang eingebracht wurden. (Sachsen hat nicht zugestimmt.) **Als nächsten Schritt wurde der Gesetzentwurf dem Bundestag zugeleitet.**

Redaktion „Arzteblatt Sachsen“

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzerte

**Festsaal**, Sonntag, 6. Januar 2007,  
11.00 Uhr

Junge Matinee

Rund um die Violine

Werke von Corelli, Mozart, Ravel und  
Wieniawski, Violine: Fanny Fröde,

Friederike Jahn, Zuzana Urbanova,  
Emily Yabe (Klasse Prof. Ivan Ženatý),  
Klavier: Natalia Posnova, Hana  
Vlasáková, Prof. Brunhild Webersinke,  
Kathrin Zobel  
Hochschule für Musik Carl Maria von  
Weber Dresden

### Foyer und 4. Etage

Irmin Beck

Natursichten

bis 13. Januar 2007

### Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung

Foyer, 12. 12. 2007 bis 30. 4. 2008

Fotoausstellung

Zeitzeugnisse

Rudolf Peperkorn

Vernissage: Mittwoch,

12. Dezember 2007, 19.00 Uhr

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C069

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2007

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C070

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2007

Facharzt für Radiologie  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 07/C071  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2007

Facharzt für Radiologie  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 07/C072  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2007

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C073

### Chemnitzer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/C074

### Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C075

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.01.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/D069  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.12.2007

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 07/D070  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.12.2007

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 07/D073

### Riesa-Großenhain

Facharzt für Innere Medizin-fachärztlich  
Reg.-Nr. 07/D071  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.12.2007

### Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 07/D072

### Bautzen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/D074

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.01.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/L097  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/L098  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/L099

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.01.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341/2432-154.

# Leitsymptom Handschriftveränderungen

## Teil III

R. Ludewig

### 4. Erfahrungen mit dem graphomotorischen Leitsymptom

Das Schrifttum über die Brauchbarkeit von chronologischen Handschriftvergleichen ist so umfangreich, dass hier nur cursorisch auf die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen sowie auf Übersichten hingewiesen werden kann, denen weiterführende Einzelheiten und Quellennachweise sowie Abbildungen aufschlussreicher Schriftproben zu entnehmen sind<sup>72,78,129</sup>. Während spontan auffallende Schreibstörungen (vgl. Kapitel 2) zunächst nur zur Suche nach den auslösenden Ursachen anregen können, setzen die nachfolgend genannten Beispiele im Wesentlichen voraus, dass die (Verdachts-)Diagnose zwar schon bekannt ist, dass aber eine Ergänzung der Objektivierung und Dokumentation des Krankheitsverlaufs sowie des Behandlungseffektes nützlich sein kann.

### 4.1 Krankheiten

#### 4.1.1 Hyperthyreose

Als eines der sichersten und frühesten Symptome der Hyperthyreose gilt bekanntlich der feinschlägige metabolische Haltetremor<sup>40,120</sup> der sich häufig auch im Schriftbild schon vor anderen Krankheitserscheinungen zu erkennen gibt<sup>72,123,124</sup>.

Die Zitterschrift (s. unter 2.2) vermag deshalb dazu beizutragen, durch einen chronologischen Schriftvergleich (s. unter 3.1) den Beginn der Erkrankung grob abzuschätzen und die Wirksamkeit der antithyreoidalen Behandlung oder Rezidive zu objektivieren und zu dokumentieren<sup>56</sup>. Wenn diese Schreibstörung von anderen Merkmalen (s. Kapitel 2 u. 3) begleitet ist, kann der erfahrene Beobachter mitunter noch wichtige Hinweise ableiten, die in praxi nur mühsam zu erhalten oder leicht zu übersehen sind. Zur Klärung psychologischer Faktoren, die als Ursache oder Folge der Hyperthyreose mitunter eine wichtige Rolle spielen, kön-

nen die Empfehlungen am Ende des Kapitels 1 sowie im Absatz 3.1 beitragen.

#### 4.1.2 Chronische Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen

Auch an dieser Stelle muss zunächst nachdrücklich vor unqualifizierten und spektakulären Behauptungen gewarnt werden, man könne aus der Handschrift Differentialdiagnosen ableiten (s. Kapitel 1). Am ehesten dann, wenn im Verlaufe dieser Krankheiten eine zirkulatorisch, respiratorisch, anämisch oder zytotoxisch bedingte Hypoxie wesentlich wird, ist auch mit Schreibstörungen zu rechnen, da die für die Fein- oder Graphomotorik mitverantwortlichen Hirnstrukturen im Kortex und im Striatum gegen Sauerstoffmangel besonders empfindlich sind und in Abhängigkeit von vielen Faktoren individuell sehr unterschiedlich reagieren<sup>29,67,72,85,97,121,122</sup>. Deshalb sind in schweren Fällen nahezu alle in den Kapiteln 2 und 3 aufgeführten Schreibstörungen möglich, deren Registrierung im chronologischen Schriftvergleich relativ mühelos zur Verlaufsobjektivierung und -dokumentation sowie zur Therapieeinschätzung beitragen kann (s. unter 3.1).

#### 4.1.3 Ausgewählte Leber- und Nierenerkrankungen

Insbesondere dann, wenn durch erhebliche Einschränkungen der Leber- oder Nierenfunktionen die hepatische oder renale Elimination versagt, sammeln sich im Körper Schlacken- oder Fremdstoffe an, die in Verbindung mit Störungen im Neurotransmitter-System sowie im Stoffwechsel- und Elektrolythaushalt (s. unter 4.1.5) zur Enzephalopathie führen können. In derartigen Fällen zeigen sich in der Handschrift mitunter schon so frühzeitig auffallende Veränderungen (s. unter 2.1-3 u. 3.4 sowie Abb. 3 u. 5), dass erfahrene Hepatologen bei der Enzephalopathie hepatica die Beachtung und Registrierung der entsprechenden Störmerkmale (als Warnsignal und „EEG des kleinen Mannes“<sup>63</sup>) in die Objektivierung und Dokumentation von Verlauf und Behandlungserfolg einbeziehen<sup>15,20,35,55,56,84,100</sup>.

#### 4.1.4 Affektionen im Bereich des Zentralnervensystems

Es ist naheliegend, dass Erkrankungen sowie Verletzungen aller an der Schreibhandlung beteiligten Hirnstrukturen, Muskeln und Gelenke früher oder später zu Handschriftveränderungen führen können und deshalb den größten Raum im einschlägigen Schrifttum beanspruchen<sup>8,24,60,64,65,69,72,78-81,88,97,109,114,116,119,129,133</sup>. Den Grenzen und dem Anliegen der vorliegenden Übersicht entsprechend werden daraus an dieser Stelle nur repräsentative Beispiele hervorgehoben. Diese sollen lediglich dazu anregen, auffallende Schreibstörungen in die Routinediagnostik einzubeziehen, etwa dann wenn ein Verdacht vorliegt, wenn aus psychologischen, technischen oder ökonomischen Gründen eine aufwendige Diagnostik aufgeschoben, vorbereitet oder ergänzt werden soll oder wenn die Dokumentation von Krankheitsverläufen und Behandlungseffekten auf diese Weise zu erleichtern ist (s. Hinweise unter 3.1).

Zu den unterschiedlichsten Verletzungen und Erkrankungen im ZNS mit ihren graphomotorischen Reaktionen, die beschrieben, übersichtlich zusammengestellt sowie veranschaulicht wurden<sup>129</sup>, gehören beispielsweise relativ typische Schreibstörungen bei der Chorea (s. unter 3.2 und Abb. 1) und beim Parkinson-Syndrom (s. unter 3.3 u. in Abb. 4 u. 7). Sehr viel komplizierter ist die Analytik und Hermeneutik einer Handschrift sowie ihrer Veränderungen durch psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen, da hier unter anderem Eigenheiten und Veränderungen der Persönlichkeit oder auch nur psychologische Reaktionen auf die Mitteilung einer Angst auslösenden Diagnose (zum Beispiel Krebs oder AIDS) eine so große Rolle spielen können, dass die Beurteilung weniger Störmerkmale nicht mehr ausreicht. In diesen Fällen können wahrscheinlich die Hinweise am Ende des Kapitels 1 sowie im Absatz 3.1 konkret weiterhelfen. Zu Notsignalen in der Handschrift von Jugendlichen<sup>2,3</sup> siehe auch unter 4.3.

Besondere Aufmerksamkeit haben auch solche Schriftveränderungen

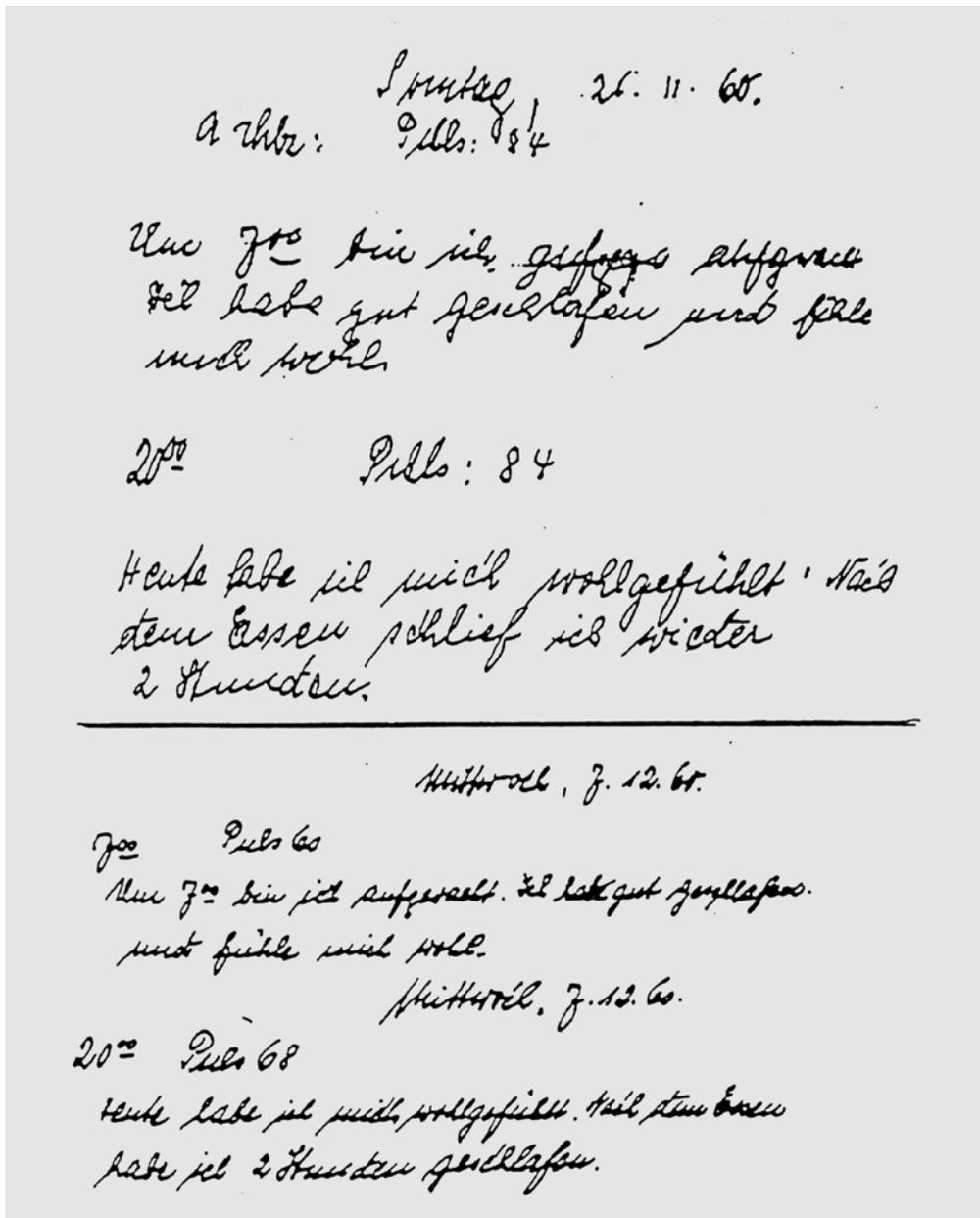


Abb. 6: Kalium-Mangel (26.11.60), der sich graphomotorisch zunächst weniger durch besonders auffällige Störmerkmale, wohl aber frühzeitig im Schriftvergleich mit der prämorbidem Probe, später mit dem Behandlungserfolg (7.12.60) ausdrückt (Einzelheiten bei Lang und unter 4.1.5 sowie jeweils in den Kapiteln 2 u. 3)

gefunden, die durch zunehmende Sehstörungen zur Beeinträchtigung der visuellen Kontrolle des Schreibvorgangs führen. Da diese durch die kinästhetische Kontrolle zeit- oder teilweise kompensiert wird und von ophthalmologischen, psychischen sowie anderen Faktoren sehr abhängig ist, sind bis zur Erblindung praktisch alle in den Kapiteln 2 u. 3 beschriebenen Störmerkmale beobachtet und beschrieben worden <sup>34,59,76,103,105,129</sup>.

#### 4.1.5 Störungen im Elektrolyt- und Kohlenhydrathaushalt

Wegen der Bedeutung, die das Kalium für das Nervensystem, den Muskel-, Leber- und Kohlenhydratstoffwechsel hat, verlangen die Hypokalie und Hypokaliämie insbesondere bei Erkrankungen von Darm, Leber, Nieren oder Pankreas, als Folge einer Fehlernährung, eines Missbrauchs oder einer Überdosierung von Arzneimitteln (zum Beispiel

Laxantien, Saluretika, ACTH, Glukokortikoide, Antidepressiva, Beta-Sympathomimetika, Methylxanthine) oder einer Vergiftung (zum Beispiel mit Barium, Methanol, Quecksilber, div. Phosphorsäureestern) eine möglichst frühzeitige Erkennung <sup>40,66,72,75,126</sup>. Da die ersten Symptome leicht zu übersehen sind und der Kaliummangel – ebenso wie der Magnesiummangel und die Hypoglykämie – nicht stets eine Zitter- oder Ataxie-Schrift verursachen, kann nur der chronologische Schriftvergleich helfen, einen Verdacht zu bestätigen und die hierfür üblichen physikalischen und biochemischen Untersuchungen dann zu ergänzen, wenn engmaschige Kontrollen des Verlaufs und des Behandlungserfolges mit geringem Aufwand dokumentiert werden sollen (siehe hierzu Kapitel 3 und Abb. 6).

#### 4.2 Arzneimittel

Wenn man bedenkt, dass die gleichen Hirnstrukturen, Transmitter und Rezeptoren, die durch Arzneimittel zu beeinflussen sind, auch die Graphomotorik steuern <sup>72,97</sup>, werden Veränderungen der Handschrift durch die Pharmakotherapie verständlich. Zahlreiche Originalarbeiten über Handschriftvergleiche sowie ausführliche Erläuterungen in klassischen Lehrbüchern und Monographien <sup>6,33,72,78,97,119,125,129</sup>, die infolge der Faszination moderner Techniken im Laufe von Jahrzehnten großenteils in Vergessenheit geraten sind, gewinnen aus folgenden Gründen wieder an Bedeutung:

Die Multimorbidität unserer immer älter werdenden Patienten und die Verlockungen der pharmazeutischen Industrie führen fast zwangsläufig zur Polypragmasie.

Da es derzeit trotz aller Informationsangebote <sup>74</sup> in praxi kaum möglich ist, alle wirklich relevanten Nebenwirkungen der jeweils verordneten Arzneimittel zu überschauen, sind rechtzeitige Warnungen durchaus wünschenswert. Das ist besonders auch deshalb wichtig, weil wir heute zwar einen Großteil der Interaktionen zwischen zwei gleichzeitig auf-

# Amtliche Bekanntmachungen

## Inhaltsverzeichnis

1. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 23. November 2007
2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 23. November 2007
3. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin  
Vom 23. November 2007
4. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten  
Vom 23. November 2007
5. Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten  
Vom 23. November 2007
6. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 23. November 2007
7. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 23. November 2007
8. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe  
Vom 23. November 2007

## Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 23. November 2007

Aufgrund von § 8 Abs. 3 und § 17 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 beschlossen:

### Artikel 1

Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 17. Juni 1998, Az. 52-5415.20/14, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/1998, S. 352), zuletzt geändert mit Satzung vom 6. Juli 2006 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 6. Juli 2006, Az. 21-5415.21/6 II, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2006, S. 422) wird wie folgt geändert:

§ 18 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht lediglich einer Umgehung des § 31 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft

beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.“

### Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 22. November 2007, Az. 21-5415.21/6 II die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 23. November 2007

Aufgrund von § 8 Abs. 3 und §§ 18 ff. des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) vom 26. November 2005 beschlossen:

## Artikel 1

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 25. November 2005, Az. 21-5415.21/7, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2005, S. 584), zuletzt geändert mit Satzung vom 27. November 2006 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 23. November 2006, Az. 21-5415.21/7II, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2006, S. 603) wird wie folgt geändert

### I. Inhaltsverzeichnis

1. Das Inhaltsverzeichnis wird in Abschnitt A wie folgt geändert:

Nach § 18 werden die §§ 18a bis 18c wie folgt eingefügt:

- „ § 18a Anerkennung erworbener Rechte
- § 18b Anerkennung von Drittlanddiplomen
- § 18c Verfahren für die Anerkennung der Berufsqualifikationen gemäß §§ 18, 18a und 18b“

2. Das Inhaltsverzeichnis wird in Abschnitt B unter Nr. 12 „Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wie folgt neu gefasst:

- „12.1 Facharzt / Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt / Hausärztin)
- 12.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin (Internist / Internistin)
- 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und *weitere Kompetenz*:
  - 12.3.1 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie
  - 12.3.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
  - 12.3.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie
  - 12.3.4 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
  - 12.3.5 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie
  - 12.3.6 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie
  - 12.3.7 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie
  - 12.3.8 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“

3. Das Inhaltsverzeichnis wird in Abschnitt C wie folgt geändert:

Nach Nr. 4 „Andrologie“ wird Nr. 4a wie folgt eingefügt:

„4a Betriebsmedizin“

### II. Abschnitt A

1. In „§ 3 Führen von Bezeichnungen“ wird nach Absatz 7 folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Für die gemäß §§ 18, 18a, 18b und 19 erworbenen Bezeichnungen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

2. „§ 18 Weiterbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ wird wie folgt neu gefasst:

„Für die Anwendung der §§ 18 bis 18c gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Ausbildungsnachweis

„Ausbildungsnachweise“ sind Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise, die von einer zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates für den Abschluss einer überwiegend in der Europäischen Union absolvierten Ausbildung ausgestellt werden.

2. Zuständige Behörde

„Zuständige Behörde“ ist jede von den Mitgliedstaaten mit der besonderen Befugnis ausgestattete Behörde oder Stelle, Ausbildungsnachweise und andere Dokumente oder Informationen auszustellen bzw. entgegenzunehmen sowie Anträge zu erhalten und Beschlüsse nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Amtsblatt der Europäischen Union vom 30. September 2005) zu fassen.

(1) Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum einen Ausbildungsnachweis für eine Weiterbildung besitzt, der nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen oder nach dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gegenseitig anerkannt wird, erhält auf Antrag das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnung entsprechenden Bezeichnung. Die gegenseitig anzuerkennenden Ausbildungsnachweise sind dem Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG sowie den entsprechenden Ergänzungen des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für die Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen zu entnehmen.

(2) Stimmt bei Antrag eines Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum die Bezeichnung eines Ausbildungsnachweises nicht mit der für den

betreffenden Staat im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG oder in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführten Bezeichnung überein und wird eine Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Einrichtung vorgelegt, so erhält er eine Anerkennung für eine entsprechende Kompetenz und das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnung entsprechenden Bezeichnung. Aus dieser Bescheinigung muss hervorgehen, dass der betreffende Ausbildungsnachweis den Abschluss einer Weiterbildung entsprechend den Bestimmungen des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum bestätigt oder von dem ausstellenden Mitgliedstaat oder Vertragsstaat mit demjenigen Ausbildungsnachweis gleichgestellt wird, der im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG oder in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführt ist.

(3) Die von dem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem der anderen Mitglied- oder Vertragsstaaten abgeleistete Weiterbildungszeit, die noch nicht zu einem Ausbildungsnachweis gemäß Absatz 1 Satz 1 geführt hat, ist nach Maßgabe des § 10 auf die in dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen. Dasselbe gilt für die Weiterbildungszeit, welche durch eine von der zuständigen Behörde eines Mitglied- oder eines anderen Vertragsstaates ausgestellten Ausbildungsnachweis, der nicht unter die Regelungen des Absatz 1 fällt, belegt ist, soweit diese Weiterbildungszeit der nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht. Dabei ist die im anderen Mitglied- oder Vertragsstaat erworbene Berufserfahrung und dort durchgeführte Zusatzausbildung zu berücksichtigen.“

3. Nach „§ 18“ werden folgende „§§ 18a bis 18c“ eingefügt:

#### § 18a

##### Anerkennung erworbener Rechte

Als ausreichenden Nachweis erkennt die Ärztekammer bei Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union deren von Mitgliedstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweis an, der die Aufnahme fachärztlicher Tätigkeit gestattet, auch wenn dieser Ausbildungsnachweis nicht alle Anforderungen an die Ausbildung nach den Artikeln 24 und 25 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt, sofern dieser Nachweis den Abschluss einer Ausbildung belegt, der vor den in Anhang V Nummern 5.1.1. und 5.1.2. der genannten Richtlinie aufgeführten Stichtagen begonnen wurde, und sofern ihnen eine Bescheinigung darüber beigefügt ist, dass der Inhaber während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat.

#### § 18b

##### Anerkennung von Drittlanddiplomen

Einem Ausbildungsnachweis gleichgestellt ist jeder in einem Drittland ausgestellte Ausbildungsnachweis, sofern der Arzt in dem betreffenden Beruf drei Jahre Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaates, der diesen Ausbildungsnachweis nach Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG anerkannt hat, besitzt und dieser Mitgliedstaat diese Berufserfahrung bescheinigt.

#### § 18c

##### Verfahren für die Anerkennung der Berufsqualifikationen gemäß §§ 18, 18a und 18b

(1) Die Ärztekammer erteilt auf Anfrage einem Arzt die Auskunft zur Weiterbildungsordnung und zum Verfahren.

(2) Die Ärztekammer bestätigt dem Arzt binnen eines Monats den Empfang der Unterlagen und teilt ihm gegebenenfalls mit, welche Unterlagen fehlen. Das Verfahren für die Prüfung eines Antrags auf Zulassung zur fachärztlichen Tätigkeit muss innerhalb kürzester Frist abgeschlossen werden, spätestens jedoch drei Monate nach Einreichung der vollständigen Unterlagen des Arztes; die Entscheidung muss begründet werden. Diese Frist kann in Fällen, die unter die Kapitel I und II des Titels III der Richtlinie 2005/36/EG fallen, um einen Monat verlängert werden.

(3) Auf das Verfahren finden in den Fällen des Art. 14 Abs. 1 Buchstaben a) bis c) der Richtlinie 2005/36/EG die Bestimmungen der §§ 10, 12-16 entsprechende Anwendung.“

4. „§ 19 Weiterbildung außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Facharzt- oder Schwerpunkt-Weiterbildung“ durch das Wort „Bezeichnung“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates oder eines anderen Vertragsstaates“ durch die Wörter „Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Im Übrigen sind die durch die Europäische Union und die Bundesrepublik Deutschland vertraglich eingeräumten Rechtsansprüche, insbesondere in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, zu berücksichtigen.“

5. In dem Abschnitt „Begriffserläuterungen für die Anwendung im Rahmen der Weiterbildungsordnung“ werden im Absatz „Ambulanter Bereich“ hinter den Wörtern „poliklinische Ambulanzen“ die Wörter „Medizinische Versorgungszentren“ eingefügt.

### III. Abschnitt B

1. Im Inhaltsverzeichnis unter der Überschrift „Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen“ wird Nr. 12 wie folgt neu gefasst:

- |                    |        |  |
|--------------------|--------|--|
| 12. Innere Medizin | 12.1   | FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt / Hausärztin) |
| und                | 12.2   | FA Innere Medizin (Internist / Internistin)            |
| Allgemeinmedizin   | 12.3   | FA Innere Medizin und <i>weitere Kompetenz</i>         |
|                    | 12.3.1 | FA Innere Medizin und Angiologie                       |
|                    | 12.3.2 | FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  |

- 12.3.3 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
- 12.3.4 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 12.3.5 FA Innere Medizin und Kardiologie
- 12.3.6 FA Innere Medizin und Nephrologie
- 12.3.7 FA Innere Medizin und Pneumologie
- 12.3.8 FA Innere Medizin und Rheumatologie

## 2. Nummer 6.1. „Facharzt / Fachärztin für Allgemeine Chirurgie (Allgemeinchirurg / Allgemeinchirurgin)“

wird in dem Absatz „Weiterbildungszeit:“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

24 Monate Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie und

48 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 24 Monate in Allgemeiner Chirurgie und/ oder anderen Facharztweiterbildungen des Gebietes Chirurgie, davon können bis zu
  - 12 Monate in Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Gastroenterologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Pathologie und/oder Urologie angerechnet werden
  - 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden
- 12 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie
- 12 Monate in Visceralchirurgie“

## 3. Nummer 12 „Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

wird wie folgt geändert:

a) Nummer 12 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Absatz „Weiterbildungsziel:“ werden die Wörter „Facharzt- / Schwerpunktkompetenzen“ durch das Wort „Facharztkompetenzen“ ersetzt und nach der Angabe „12.1 / 12.2“ die Angabe „und/oder 12.3“ eingefügt.

bb) Die Überschrift des Absatzes „Gemeinsame Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/ Schwerpunktkompetenzen 12.1 und 12.2:“ wird wie folgt neu gefasst:

„Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharztkompetenzen 12.1, 12.2 und 12.3:“

b) Nummer 12.1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Absatz „Weiterbildungsziel:“ werden die Wörter „gemeinsamen Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/ Schwerpunktkompetenzen“ durch die Wörter „Inhalte der Basisweiterbildung“ ersetzt.

bb) In dem Absatz „Weiterbildungszeit:“, erster Punkt, werden die Wörter „internistischen Patientenversorgung“ durch die Wörter „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt.

cc) In dem Absatz „Weiterbildungsinhalt:“, 1. Spiegelstrich, werden die Wörter „gemeinsamen Inhalten für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen“ durch die Wörter „Inhalten der Basisweiterbildung“ ersetzt.

c) Nach Nummer 12.1 wird eine Nummer 12.2 mit folgendem Wortlaut eingefügt:

## „12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (Internist/ Internistin)“

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin, davon
  - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können oder
  - 24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztkompetenzen 12.2 und/oder 12.3, die in mindestens 2 verschiedenen Facharztkompetenzen abgeleistet werden, davon
  - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den Inhalten der Basisweiterbildung
- der Vorbeugung, Erkennung, Beratung und Behandlung bei auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der inneren Organe
- der Erkennung und konservativen Behandlung der Gefäßkrankheiten einschließlich Arterien, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße und deren Rehabilitation
- der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Stoffwechselleiden einschließlich des metabolischen Syndroms und anderer Diabetes-assoziiierter Erkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich deren Infektion, z.B. Virushepatitis, bakterielle Infektionen des Intestinaltraktes
- der Erkennung und Behandlung maligner und nicht maligner Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems
- der Erkennung und Behandlung von soliden Tumoren
- der Erkennung sowie konservativen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards
- der Erkennung und konservativen Behandlung der akuten und chronischen Nieren- und renalen Hochdruckerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Lunge, der Atemwege, des Mediastinums, der Pleura einschließlich schlafbezogener Atemstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestation pulmonaler Erkrankungen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen einschließlich der entzündlich-rheumatischen

- Systemerkrankungen wie Kollagenosen, der Vaskulitiden, der entzündlichen Muskelerkrankungen und Osteopathien
- der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere bei multimorbiden Patienten mit inneren Erkrankungen
- der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Maßnahmen
- den gebietsbezogenen Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose
- der gebietsbezogenen Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung
- der Indikationsstellung, Mitwirkung, Fortführung und Überwachung der gebietsbezogenen Tumortherapie
- der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters und deren Therapie
- den geriatrisch diagnostischen Verfahren zur Erfassung organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen
- der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

#### Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Echokardiographien sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße
- Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich broncho-alveolärer Lavage
- Ösophago-Gastro-Duodenoskopien einschließlich interventioneller Notfall-Maßnahmen und perkutaner endoskopischer Gastrotomie (PEG)
- untere Intestinoskopien einschließlich endoskopischer Blutstillung und Proktoskopien
- Therapie vital bedrohlicher Zustände, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung
- Selbständige Durchführung von Punktionen, z. B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen“

d) Die bisherige Nummer 12.2 wird Nummer 12.3 und wird wie folgt geändert:

In der Überschrift werden nach dem Wort „Facharzt“ die Wörter „/ Fachärztin für“ eingefügt und das Wort „Schwerpunkt“ durch die Wörter „weitere Kompetenz“ ersetzt.

e) Die bisherigen Nummern 12.2.1 bis 12.2.8 werden die Nummern 12.3.1 bis 12.3.8 und werden wie folgt geändert:

aa) In den Überschriften wird jeweils das Wort „Schwerpunkt“ gestrichen.

bb) In den Absätzen „Weiterbildungsziel:“ werden jeweils die Wörter „Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen“ durch das Wort „Facharztkompetenz“ und die Wörter „gemeinsamen Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen“ durch die Wörter „Inhalte der Basisweiterbildung“ ersetzt.

cc) Die Absätze „Weiterbildungszeit:“ werden jeweils wie folgt geändert:

(1) In Punkt 1 werden die Wörter „internistischen Patientenversorgung“ durch die Wörter „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt.

(2) In Punkt 2 werden die Wörter „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt und nach den Wörtern „6 Monate internistische Intensivmedizin“ die Wörter „, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ eingefügt.

(3) Nach dem bisherigen Wortlaut wird folgender Satz angefügt:  
„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

dd) In den Absätzen „Weiterbildungsinhalt:“, 1. Spiegelstrich, werden jeweils die Wörter „gemeinsamen Inhalten für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/ Schwerpunktkompetenzen“ durch die Wörter „Inhalte der Basisweiterbildung“ ersetzt.

ee) In Nummer 12.3.2 wird der Absatz „Übergangsbestimmungen:“ gestrichen.

ff) In Nummer 12.3.3 wird in dem Absatz „Weiterbildungsinhalt:“, 2. Spiegelstrich, das Wort „schwerpunktbezogenen“ durch das Wort „facharztbezogenen“ ersetzt.

gg) In Nummer 12.3.6 werden in dem Absatz „Weiterbildungszeit:“, Punkt 2, die Wörter „im Schwerpunkt“ durch die Wörter „in Nephrologie“ ersetzt.

f) Der Absatz „Übergangsbestimmungen für das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1, 2 und 5 werden gestrichen.

bb) Nach dem bisherigen Wortlaut wird folgender Satz angefügt:  
„Kammerangehörige, die eine Schwerpunktbezeichnung im Gebiet Innere Medizin besitzen, sind berechtigt, stattdessen die entsprechende Facharztbezeichnung nach dieser Weiterbildungsordnung zu führen.“

**4. Nummer 14 „Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie“** wird in dem Absatz „Weiterbildungsinhalt:“ wie folgt geändert:

a) In dem Absatz „Strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil“ werden im 6. Spiegelstrich nach den Wörtern „240 Therapie-Stunden mit Supervision nach jeder vierten Stunde“ die Wörter „entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw.“ eingefügt.

b) Der Absatz „Selbsterfahrung“ wird wie folgt neu gefasst:  
„- 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.“

**5. Nummer 26 „Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie“** wird in dem Absatz „Weiterbildungsinhalt:“ wie folgt geändert:

a) In dem Absatz „Strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil“ werden im 5. Spiegelstrich nach den Wörtern „240 Therapie-Stunden mit Supervision nach jeder vierten Stunde“ die Wörter „entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw.“ eingefügt.

b) Der Absatz „Selbsterfahrung“, 1. Spiegelstrich wird wie folgt neu gefasst:

„- 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.“

#### IV. Abschnitt C

1. Das Inhaltsverzeichnis unter der Überschrift „Zusatz-Weiterbildungen“ wird wie folgt geändert:

Nach Nr. 4 „Andrologie“ wird Nr. 4a wie folgt eingefügt:  
„4a Betriebsmedizin“

2. In **Nr. 4 „Andrologie“** wird in dem Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:“ das Wort „Schwerpunktanerkennung“ durch die Wörter „Schwerpunkt- bzw. Facharztanerkennung“ ersetzt.

3. Nach **Nr. 4 „Andrologie“** wird folgende **Nr. 4a „Betriebsmedizin“** eingefügt:

##### „4a Betriebsmedizin

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin.

##### Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten.

##### Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Betriebsmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

##### Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

##### Weiterbildungszeit:

36 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1, davon

- 12 Monate Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- 24 Monate Betriebsmedizin/Arbeitsmedizin

360 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8, die während der 24 Monate in betriebsmedizinischer/arbeitsmedizinischer Weiterbildung abgeleistet werden sollen.

##### Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten sowie der auslösenden Noxen einschließlich epidemiologischer Grundlagen
- der Gesundheitsberatung einschließlich Impfungen
- der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließlich der individuellen und gruppenbezogenen Schulung

- der Beratung und Planung in Fragen des technischen, organisatorischen und personenbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- der Unfallverhütung und Arbeitssicherheit
- der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz
- der Mitwirkung bei medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation
- der betrieblichen Wiedereingliederung und dem Einsatz chronisch Kranker und schutzbedürftiger Personen am Arbeitsplatz
- der Bewertung von Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit einschließlich der Arbeitsphysiologie
- der Arbeitshygiene einschließlich der arbeitsmedizinischen Toxikologie
- der Arbeits- und Betriebspsychologie einschließlich psychosozialer Aspekte
- arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (einschließlich verkehrsmedizinischen Fragestellungen)
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen einschließlich des Biomonitorings und der betriebsmedizinischen Bewertung der Ergebnisse
- der Entwicklung betrieblicher Präventionskonzepte

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Rechtsvorschriften
- Arbeitsplatzbeurteilungen und Gefährdungsanalysen
- Beratungen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung
- Ergometrie
- Lungenfunktionsprüfungen
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens mittels einfacher apparativer Techniken
- betriebsmedizinische Bewertung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klimagrößen, Beleuchtung, Gefahrstoffe“

4. In **Nr. 6 „Diabetologie“** wird in dem Einleitungssatz das Wort „Schwerpunkt-Weiterbildung“ durch die Wörter „Schwerpunkt- bzw. Facharzt-Weiterbildung“ ersetzt.

5. In **Nr. 10 „Hämostaseologie“** wird in dem Absatz „Weiterbildungszeit:“ nach der Angabe „6 Monate in“ die Wörter „Innere Medizin,“ eingefügt.

6. **Nummer 21 „Medikamentöse Tumorthherapie“** wird wie folgt geändert:

- a) Der Einleitungssatz wird wie folgt neu gefasst:  
„Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie sind integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung in Strahlentherapie, der Schwerpunkt- bzw. Facharztweiterbildungen in Gynäkologische Onkologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie.“
- b) In dem Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:“ wird das Wort „Schwerpunktbezeichnung“ durch die Wörter „Schwerpunkt- bzw. Facharztbezeichnung“ ersetzt.

7. **Nummer 30 „Proktologie“** wird wie folgt geändert:

- a) In dem Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:“ werden nach den Wörtern „Innere und Allgemeinmedizin,“ die Wörter „Innere Medizin,“ eingefügt.
- b) In dem Absatz „Weiterbildungszeit:“ werden nach den Wörtern „Innere und Allgemeinmedizin,“ die Wörter „Innere Medizin,“ eingefügt.

8. In **Nr. 32 „Psychotherapie – fachgebunden -“** wird der Absatz „Weiterbildungsinhalt:“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsinhalt:

- fachgebundene Erkennung und psychotherapeutische Behandlung gebietsbezogener Erkrankungen

Die Weiterbildung erfolgt entweder in der Grundorientierung psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie.

*Grundorientierung psychodynamische/tiefenpsychologische Psychotherapie:*

Theoretische Weiterbildung

- 120 Stunden in Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitslehre, Psychopharmakologie, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Tiefenpsychologie, Lernpsychologie, Psychodynamik der Familie und Gruppe, Psychopathologie, Grundlagen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbilder, Einführung in die Technik der Erstuntersuchung, psychodiagnostische Testverfahren
- Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren
- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose
- 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe

Diagnostik

- 10 dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen

Behandlung

- 15 Doppelstunden Fallseminar
- 120 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische supervidierte Psychotherapie, davon 3 abgeschlossene Fälle

Selbsterfahrung

- -100 Stunden Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrung. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet.

*Grundorientierung Verhaltenstherapie*

Theoretische Weiterbildung

- 120 Stunden in psychologischen Grundlagen des Verhaltens und des abweichenden Verhaltens, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Lern- und sozialpsychologische Entwicklungsmodelle, tiefenpsychologische Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodelle, systemische Familien- und Gruppenkonzepte, allgemeine und spezielle Psychopathologie und Grundlagen der psychiatrischen Krankheitsbilder, Motivations-, Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalysen als Grundlagen für Erstinterview, Therapieplanung und -durchführung, Verhaltensdiagnostik einschließlich psychodiagnostischer Testverfahren
- Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren
- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose

- 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe

Diagnostik

- 10 dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen

Behandlung

- 15 Doppelstunden Fallseminar
- 120 Stunden supervidierte Verhaltenstherapie, davon 3 abgeschlossene Fälle

Selbsterfahrung

- 100 Stunden Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrungen. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet.“

9. **Nummer 35 „Schlafmedizin“** wird wie folgt geändert:

- a) Der Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:“ wird wie folgt neu gefasst:

„Facharztanerkennung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

- b) In dem Absatz „Weiterbildungszeit:“ werden die Wörter „Innere Medizin und Schwerpunkte“ durch die Wörter „im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt.

10. **Nummer 39 „Spezielle Unfallchirurgie“** wird wie folgt geändert:

- a) In dem Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:“ werden nach dem Wort „Chirurgie“ die Wörter „mit Schwerpunkt Unfallchirurgie“ gestrichen.

- b) Nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt:“ wird folgender Absatz angefügt:

„Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die die Facharztbezeichnung Chirurgie in Verbindung mit der bisherigen Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie besitzen, sind berechtigt, die Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie zu führen.“

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 22. November 2007, AZ 21-5414.21/7 die Genehmigung erteilt

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin

Vom 23. November 2007

Aufgrund von § 8 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, in Verbindung mit § 40 Abs. 4 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 232 der VO vom 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407, 2435) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung am 10. November 2007 folgende Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin beschlossen:

## § 1

### Entschädigung für Zeitversäumnis, Prüfungsvergütung

(1) Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse erhalten für die Teilnahme an Sitzungen des Prüfungsausschusses und für sonstige Tätigkeiten im Auftrage des Prüfungsausschusses 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. Ein Sitzungsgeld wird nicht gewährt, wenn dem Ausschussmitglied eine Prüfungsvergütung nach Absatz 2 zusteht.

(2) Als Prüfungsvergütung werden im Einzelnen gezahlt:

1. Schriftliche Prüfungen
  - 1.1. Ausarbeitung einer Prüfungsarbeit mit Lösungsvorschlag und Bewertungsanleitung für die
    - Zwischenprüfung 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsfach Medizin 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsfach Verwaltung 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsfach Wirtschafts- und Sozialkunde 28,00 EUR.
  - 1.2. Erstbegutachtung und Benotung einer schriftlichen Prüfungsleistung für die Abschlussprüfung im Prüfungsfach Verwaltung 7,50 EUR.
  - 1.3. Die weitere Begutachtung bei Kenntnis der vorangegangenen Gutachten für die Abschlussprüfung im Prüfungsfach Verwaltung 5,00 EUR.
2. Prüfungsfach Praktische Übungen  
Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse, einschließlich des Vorsitzenden, erhalten für ihre Tätigkeit im Prüfungsfach Praktische Übungen und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling und Prüfung 7,50 EUR.
3. Mündliche Ergänzungsprüfung  
Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse, einschließlich des Vorsitzenden, erhalten für ihre Tätigkeit in der mündlichen Ergänzungsprüfung und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling und Prüfung 7,50 EUR.

4. Hilfstätigkeiten
  - 4.1. Der Schriftführer erhält für alle im Rahmen der Prüfung anfallenden Verwaltungstätigkeiten pro Prüfling 3,00 EUR
  - 4.2. Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse oder andere Personen, die an der Abwicklung der Prüfung mitwirken, insbesondere Aufsichtsführende, erhalten je Stunde 8,00 EUR.

## § 2

### Fahrtkosten, sonstige Kosten

- (1) Die Sächsische Landesärztekammer gewährt allen Mitgliedern der Prüfungsausschüsse eine Erstattung der Fahrtkosten vom Wohnort zu dem Ort, an dem der jeweilige Prüfungsausschuss seine Sitzung durchführt.
- (2) Fahrtkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln gezahlt. Bei der Fahrt mit dem privaten Pkw werden pro gefahrenem Kilometer 0,27 EUR gezahlt.
- (3) Übernachtungskosten werden nicht erstattet.
- (4) Im Rahmen der Prüfung anfallende Portokosten werden gegen Vorlage eines Nachweises erstattet.

## § 3

### Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- (1) Diese Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.
- (2) Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferinnen/Arzthelfer vom 4. März 1996, zuletzt geändert durch Satzung vom 22. November 2001, tritt am 1. Januar 2008 außer Kraft.

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 19. November 2007, Az 21-5415.21/1 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Vom 23. November 2007

Aufgrund von § 8 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, in Verbindung mit § 40 Abs. 4 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 232 der VO vom 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407, 2435) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung am 10. November 2007 folgende Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten beschlossen:

## § 1

### Entschädigung für Zeitversäumnis, Prüfungsvergütung

(1) Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse erhalten für die Teilnahme an Sitzungen des Prüfungsausschusses und für sonstige Tätigkeiten im Auftrage des Prüfungsausschusses 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. Ein Sitzungsgeld wird nicht gewährt, wenn dem Ausschussmitglied eine Prüfungsvergütung nach Absatz 2 zusteht.

(2) Als Prüfungsvergütung werden im Einzelnen gezahlt:

1. Schriftliche Prüfungen
  - 1.1. Ausarbeitung einer Prüfungsarbeit mit Lösungsvorschlag und Bewertungsanleitung für die
    - Zwischenprüfung 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsbereich Behandlungsassistenten 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung 55,00 EUR
    - Abschlussprüfung im Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde 28,00 EUR.
  - 1.2. Erstbegutachtung und Benotung einer schriftlichen Prüfungsleistung für die Abschlussprüfung im Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung 7,50 EUR.
  - 1.3. Die weitere Begutachtung bei Kenntnis der vorangegangenen Gutachten für die Abschlussprüfung im Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung 5,00 EUR.
2. Praktischer Teil der Abschlussprüfung  
Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse, einschließlich des Vorsitzenden, erhalten für ihre Tätigkeit in der praktischen Prüfung und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling und Prüfung 15,00 EUR.
3. Mündliche Ergänzungsprüfung  
Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse, einschließlich des Vorsitzenden, erhalten für ihre Tätigkeit in der

mündlichen Ergänzungsprüfung und der dafür notwendigen Vorbereitung und Beratung pro Prüfling und Prüfung 7,50 EUR.

4. Hilfstätigkeiten
  - 4.1. Der Schriftführer erhält für alle im Rahmen der Prüfung anfallenden Verwaltungstätigkeiten pro Prüfling 3,00 EUR.
  - 4.2. Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse oder andere Personen, die an der Abwicklung der Prüfung mitwirken, insbesondere Aufsichtsführende, erhalten je Stunde 8,00 EUR.

## § 2

### Fahrtkosten, sonstige Kosten

- (1) Die Sächsische Landesärztekammer gewährt allen Mitgliedern der Prüfungsausschüsse eine Erstattung der Fahrtkosten vom Wohnort zu dem Ort, an dem der jeweilige Prüfungsausschuss seine Sitzung durchführt.
- (2) Fahrtkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln gezahlt. Bei der Fahrt mit dem privaten Pkw werden pro gefahrenem Kilometer 0,27 EUR gezahlt.
- (3) Übernachtungskosten werden nicht erstattet.
- (4) Im Rahmen der Prüfung anfallende Portokosten werden gegen Vorlage eines Nachweises erstattet.

## § 3

### Inkrafttreten

Diese Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 19. November 2007, Az 21-5415.21/1 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Vom 23. November 2007

Aufgrund

- von § 5 Abs. 1 Nr. 7 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist,
- von § 71 Abs. 6 i. V. m. § 47 Satz 1, § 48 Abs. 1 und § 79 Abs. 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931),
- der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097),
- des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses „Medizinische Fachangestellte“ im Freistaat Sachsen vom 18. November 2006, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten beschlossen\*:

## I. Abschnitt Prüfungsausschüsse

### § 1 Errichtung

- (1) Für die Abnahme der Abschlussprüfung errichtet die Sächsische Landesärztekammer Prüfungsausschüsse (§ 39 Abs. 1 BBiG).
- (2) Bei Bedarf, insbesondere bei einer großen Anzahl von Prüflingen, können mehrere Prüfungsausschüsse errichtet werden. Werden mehrere Prüfungsausschüsse errichtet, sollen Sitz und Zusammensetzung der Ausschüsse nach regionalen Gesichtspunkten bestimmt werden.
- (3) Bei einer Abschlussprüfung mit landeseinheitlichen Prüfungsaufgaben wird ein überregionaler Prüfungsausschuss für die Erstellung der Aufgaben sowie die Musterlösungen berufen. Dieser Ausschuss besteht aus sechs Mitgliedern, und ihm gehören je zwei Beauftragte der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie zwei Lehrkräfte einer berufsbildenden Schule an.

### § 2 Zusammensetzung und Berufung

- (1) Der Prüfungsausschuss besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 40 Abs. 1 BBiG).

(2) Dem Prüfungsausschuss müssen als Mitglieder Ärzte als Beauftragte der Arbeitgeber, Arzthelfer oder Medizinische Fachangestellte als Beauftragte der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens eine Lehrkraft einer berufsbildenden Schule angehören. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer (§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 BBiG). Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn anderenfalls die erforderliche Zahl von Mitgliedern des Prüfungsausschusses nicht berufen werden kann (§ 40 Abs. 5 BBiG).

(3) Die Mitglieder haben Stellvertreter (§ 40 Abs. 2 Satz 3 BBiG).

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Sächsischen Landesärztekammer längstens für fünf Jahre berufen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 BBiG).

(5) Die Beauftragten der Arbeitgeber werden auf Vorschlag der Sächsischen Landesärztekammer berufen.

(6) Die Beauftragten der Arbeitnehmer werden auf Vorschlag der im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung berufen (§ 40 Abs. 3 Satz 2 BBiG).

(7) Lehrkräfte von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (§ 40 Abs. 3 Satz 3 BBiG).

(8) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Sächsischen Landesärztekammer gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen oder wird das Einvernehmen zu einer Berufung nach Absatz 7 nicht hergestellt, so beruft die Sächsische Landesärztekammer insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 Satz 4 BBiG).

(9) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grund abberufen werden (§ 40 Abs. 3 Satz 5 BBiG).

(10) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuss ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Sächsischen Landesärztekammer mit Genehmigung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (Aufsichtsbehörde) festgesetzt wird (§ 40 Abs. 4 BBiG).

### § 3 Ausschluss/Befangenheit

- (1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Mitglieder der Prüfungsausschüsse nicht mitwirken, die z. B. mit dem Prüfling verheiratet oder verheiratet gewesen oder mit ihm in gerader Linie verwandt

\* Im nachfolgenden Text werden Berufs- und Funktionsbezeichnungen in der männlichen Form verwendet. Diese gelten einheitlich und neutral für männliche und weibliche Personen.

oder verschwägert oder durch Annahme als Kind verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht. Im übrigen findet § 20 VwVfG (Ausschluss), im Hinblick auf Befangenheit § 21 VwVfG Anwendung.

(2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der ausbildende Arzt, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.

(3) Mitglieder des Prüfungsausschusses, die sich befangen fühlen, oder Prüflinge, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Sächsischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuss.

(4) Die Entscheidung über den Ausschluss von der Mitwirkung trifft die Sächsische Landesärztekammer, während der Prüfung der Prüfungsausschuss.

(5) Wenn infolge Ausschluss oder Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die Sächsische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungsausschuss übertragen. Das Gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

#### § 4

##### **Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung**

(1) Der Prüfungsausschuss wählt ein Mitglied, das den Vorsitz führt und ein weiteres Mitglied, das den Vorsitz stellvertretend übernimmt. Der Vorsitzende und das ihn stellvertretende Mitglied sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören (§ 41 Abs. 1 BBiG).

(2) Der Prüfungsausschuss ist beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des vorsitzenden Mitglieds den Ausschlag (§ 41 Abs. 2 BBiG).

#### § 5

##### **Geschäftsführung**

(1) Die Sächsische Landesärztekammer regelt im Benehmen mit dem Prüfungsausschuss dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.

(2) Über jede Sitzung des Prüfungsausschusses ist ein Protokoll zu führen. Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom vorsitzenden Mitglied zu unterzeichnen. § 22 Abs. 5 und 6 bleiben unberührt.

#### § 6

##### **Verschwiegenheit**

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses sowie Gäste gemäß § 16 Abs. 1 haben über alle Prüfungsvorgänge gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht gegenüber dem Berufsbildungsausschuss und der zuständigen Stelle. Ausnahmen von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit bedürfen der Einwilligung der Sächsischen Landesärztekammer.

## **II. Abschnitt Vorbereitung der Prüfung**

#### § 7

##### **Prüfungstermine**

(1) Die Sächsische Landärztekammer bestimmt in der Regel zwei für die Durchführung der Prüfung maßgebende Termine im Jahr. Diese Termine sollen auf den Ablauf der Berufsausbildung und des Schuljahres abgestimmt sein.

(2) Die Sächsische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig, mindestens zwei Monate vorher, bekannt.

(3) Wird die Abschlussprüfung mit einheitlichen überregionalen Prüfungsaufgaben durchgeführt, sind einheitliche Prüfungstermine anzusetzen.

#### § 8

##### **Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlussprüfung**

(1) Zur Abschlussprüfung ist zuzulassen (§ 43 Abs. 1 BBiG),  
1. wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat oder wessen Ausbildungszeit nicht später als zwei Monate nach dem Prüfungstermin endet,

2. wer an der Zwischenprüfung teilgenommen sowie den schriftlichen Ausbildungsnachweis geführt hat,

3. wessen Berufsausbildungsverhältnis in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen oder aus einem Grund nicht eingetragen ist, den weder der Auszubildende noch dessen gesetzlicher Vertreter zu vertreten hat.

(2) Zur Abschlussprüfung ist ferner zuzulassen, wer in einer berufsbildenden Schule oder einer sonstigen Einrichtung ausgebildet worden ist, wenn dieser Bildungsgang der Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten entspricht (§ 43 Abs. 2 Satz 1 BBiG).

(3) Behinderte Menschen sind zur Abschlussprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 nicht vorliegen (§§ 64, 65 Abs. 2 Satz 2 BBiG).

#### § 9

##### **Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen**

(1) Der Auszubildende kann nach Anhören des ausbildenden Arztes und der berufsbildenden Schule vor Ablauf seiner Ausbildungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn seine Leistungen dies rechtfertigen (§ 45 Abs. 1 BBiG).

(2) Zur Abschlussprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, dass er mindestens das Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, im Beruf des Medizinischen Fachangestellten oder des Arzthelfers tätig gewesen ist. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen einschlägigen Ausbildungsberuf. Vom Nachweis der Mindestzeit nach Satz 1 kann ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargelegt wird, dass der Prüfling die berufliche Handlungsfähigkeit erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen. Ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland sind dabei zu berücksichtigen (§ 45 Abs. 2 BBiG).

(3) Soldaten auf Zeit und ehemalige Soldaten sind nach Absatz 2 Satz 3 zur Abschlussprüfung zuzulassen, wenn das Bundesministerium für Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle bescheinigt, dass der Prüfling berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat, welche die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen (§ 45 Abs. 3 BBiG).

## **§ 10 Anmeldung zur Prüfung**

(1) Die Anmeldung zur Prüfung hat schriftlich nach den von der Sächsischen Landesärztekammer bestimmten Anmeldefristen und Formularen durch den ausbildenden Arzt mit Zustimmung des Auszubildenden zu erfolgen.

(2) In besonderen Fällen kann der Prüfling selbst den Antrag auf Zulassung zur Prüfung stellen. Dies gilt insbesondere in Fällen gemäß § 9 und bei Wiederholungsprüfungen, falls ein Ausbildungsverhältnis nicht mehr besteht.

(3) Örtlich zuständig für die Anmeldung ist die Sächsische Landesärztekammer, wenn in ihrem Einzugsbereich

- in den Fällen des § 8 Abs. 1 und § 9 Abs. 1 die Ausbildungsstätte,
- in den Fällen des § 8 Abs. 2 der Wohnsitz des Prüflings,
- in den Fällen des § 9 Abs. 2 die Arbeitsstätte oder, soweit kein Arbeitsverhältnis besteht, der Wohnsitz des Prüflings

liegt. Zuständig kann die Sächsische Landesärztekammer auch in den Fällen sein, in denen der Prüfling einen Schulort in ihrem Einzugsbereich besucht, die Ausbildungsstätte aber nicht im Einzugsbereich liegt.

(4) Der Anmeldung sind beizufügen:

- a) in den Fällen der §§ 8 Abs. 1 und 9 Abs. 1
  - eine Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, sofern diese nicht bei der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt wurde
  - der schriftliche Ausbildungsnachweis,
- b) in den Fällen der §§ 8 Abs. 2 und 9 Abs. 2
  - Ausbildungsnachweise im Sinne des § 8 Abs. 2 ggf. in übersetzter Form oder Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb der beruflichen Handlungsfähigkeit im Sinne des § 9 Abs. 2,
- c) in den Fällen des § 9 Abs. 1 außerdem ein Nachweis über
  - mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
  - gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
  - mindestens befriedigende Leistungen in der Zwischenprüfung, sofern diese nicht bei der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt wurde.

(5) Der Anmeldung sollen beigefügt werden:

- a) in den Fällen der §§ 8 und 9 Abs. 1
  - ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,
  - ein tabellarischer Lebenslauf,
  - ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- b) in den Fällen der §§ 8 Abs. 2 und 9 Abs. 2
  - soweit vorhanden, Zeugnisse einer weiterführenden Schule in Abschrift,
  - ein Nachweis über ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe,
  - ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,
  - ein tabellarischer Lebenslauf,

- ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- Nachweise über ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland in übersetzter Form.

(6) Die Abschlussprüfung ist für Auszubildende gebührenfrei (§ 37 Abs. 4 BBiG). Die Gebühr für das Verfahren zur Abschlussprüfung hat in den Fällen der §§ 8 Abs. 1 und 9 Abs. 1 der auszubildende Arzt, in den übrigen Fällen der Prüfling zu entrichten. Die Höhe der Prüfungsgebühr wird in der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt.

## **§ 11 Entscheidung über die Zulassung**

(1) Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die Sächsische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 BBiG).

(2) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Prüfling rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstages und -ortes einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzuteilen. Auf das Antragsrecht behinderter Menschen nach § 12 ist dabei hinzuweisen.

(3) Die Zulassung kann vom Prüfungsausschuss bis zum Beginn der Prüfung, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen worden ist, zurückgenommen werden.

(4) Die Entscheidung über die Nichtzulassung und Entscheidungen nach Absatz 3 sind schriftlich und unter Angabe der Gründe mitzuteilen. Der ausbildende Arzt ist von der Entscheidung zu benachrichtigen.

(5) Auszubildenden, die Elternzeit in Anspruch genommen haben, darf bei der Entscheidung über die Zulassung hieraus kein Nachteil erwachsen (§ 46 Abs. 2 BBiG).

## **§ 12 Regelungen für behinderte Menschen**

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Art und Umfang der im Einzelfall zu gewährenden Erleichterungen sind rechtzeitig mit dem Behinderten zu erörtern.

## **III. Abschnitt Durchführung der Prüfung**

### **§ 13 Prüfungsgegenstand**

Durch die Abschlussprüfung ist festzustellen, ob der Prüfling die berufliche Handlungsfähigkeit erworben hat. In ihr soll der Prüfling nachweisen, dass er die erforderlichen beruflichen Fertigkeiten beherrscht, die notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt und mit dem im Berufsschulunterricht zu vermittelnden, für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff vertraut ist. Die Ausbildungsordnung ist zugrunde zu legen (§ 38 BBiG).

## § 14

### Inhalt und Gliederung der Prüfung

(1) Die Abschlussprüfung erstreckt sich auf die im Ausbildungsrahmenplan der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten aufgeführten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie auf den im Berufsschulunterricht zu vermittelnden Lehrstoff, soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist.

(2) Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen und einem praktischen Teil. Der schriftliche Teil der Prüfung kann in programmierter Form durchgeführt werden.

(3) Der schriftliche Teil der Prüfung besteht aus den Prüfungsbereichen Behandlungsassistentenz, Betriebsorganisation und -verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde. Die Anforderungen in den Prüfungsbereichen sind:

#### 1. Prüfungsbereich Behandlungsassistentenz

Der Prüfling soll praxisbezogene Aufgaben bearbeiten. Er soll in der Prüfung zeigen, dass er im Bereich der Diagnostik und Therapie Arbeitsabläufe planen und die Durchführung der Behandlungsassistentenz beschreiben kann. Dabei soll er gesetzliche und vertragliche Bestimmungen der medizinischen Versorgung, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, Umweltschutz sowie Maßnahmen der Arbeits- und Praxishygiene berücksichtigen. Der Prüfling soll nachweisen, dass er fachliche Zusammenhänge verstehen, Sachverhalte analysieren sowie Lösungsmöglichkeiten entwickeln und darstellen kann.

Dem Prüfungsbereich sind folgende Gebiete zugrunde zu legen:

- a) Qualitätssicherung,
- b) Zeitmanagement,
- c) Schutz vor Infektionskrankheiten,
- d) Arzneimittel, Sera, Impfstoffe, Heil- und Hilfsmittel,
- e) Patientenbetreuung und -beratung,
- f) Grundlagen der Prävention und Rehabilitation,
- g) Laborarbeiten,
- h) Datenschutz und Datensicherheit,
- i) Dokumentation,
- j) Handeln bei Notfällen,
- k) Abrechnung erbrachter Leistungen.

#### 2. Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung

Der Prüfling soll praxisbezogene Aufgaben bearbeiten. Er soll in der Prüfung zeigen, dass er Betriebsabläufe beschreiben, Arbeitsabläufe systematisch planen sowie interne und externe Koordinierungsaufgaben darstellen kann. Dabei soll er Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, Umweltschutz, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten berücksichtigen.

Dem Prüfungsbereich sind folgende Gebiete zugrunde zu legen:

- a) Gesetzliche und vertragliche Bestimmungen der medizinischen Versorgung,
- b) Arbeiten im Team,
- c) Verwaltungsarbeiten,
- d) Dokumentation,
- e) Marketing,
- f) Zeitmanagement,
- g) Datenschutz und Datensicherheit,
- h) Organisation der Leistungsabrechnung,
- i) Materialbeschaffung und -verwaltung.

#### 3. Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde

Der Prüfling soll praxisbezogene Aufgaben aus der Berufs- und Arbeitswelt bearbeiten und dabei zeigen, dass er allgemeine wirtschaftliche und gesellschaftliche Zusammenhänge darstellen kann.

(4) Für den schriftlichen Teil der Prüfung ist von folgenden zeitlichen Höchstwerten auszugehen:

1. im Prüfungsbereich Behandlungsassistentenz  
120 Minuten,
2. im Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung  
120 Minuten,
3. im Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde  
60 Minuten.

(5) Die in Abs. 4 genannte Prüfungsdauer kann insbesondere unterschritten werden, soweit die schriftliche Prüfung in programmierter Form durchgeführt wird.

(6) Im praktischen Teil der Prüfung soll der Prüfling in höchstens 75 Minuten eine komplexe Prüfungsaufgabe bearbeiten sowie während dieser Zeit in höchstens 15 Minuten hierüber ein Fachgespräch führen. Dem Prüfling ist eine angemessene Vorbereitungszeit einzuräumen. Bei der Prüfungsaufgabe soll er praxisbezogene Arbeitsabläufe entsprechend der folgenden Nummer 1 oder 2 simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren:

1. Assistieren bei Diagnose- und Therapiemaßnahmen einschließlich Betreuen des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Pflegen, Warten und Handhaben von Geräten und Instrumenten, Durchführen von Hygienemaßnahmen, Abrechnen und Dokumentieren von Leistungen sowie Aufklären über Möglichkeiten und Ziele der Prävention,
2. Assistieren bei Diagnose- und Therapiemaßnahmen einschließlich Betreuen des Patienten vor, während und nach der Behandlung, Pflegen, Warten und Handhaben von Geräten und Instrumenten, Durchführen von Hygienemaßnahmen, Abrechnen und Dokumentieren von Leistungen sowie Durchführen von Laborarbeiten.

Durch die Durchführung der Prüfungsaufgabe und das Fachgespräch soll der Prüfling zeigen, dass er mit den Patienten situationsgerecht und personenorientiert kommunizieren, sie sachgerecht informieren und zur Kooperation motivieren kann. Er soll nachweisen, dass er Arbeitsabläufe planen, Betriebsabläufe organisieren, Verwaltungsarbeiten durchführen, Mittel der technischen Kommunikation nutzen, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit und Belange des Umweltschutzes berücksichtigen sowie die für die Prüfungsaufgabe relevanten fachlichen Hintergründe aufzeigen und die Vorgehensweise bei Durchführung der Prüfungsaufgabe begründen kann. Darüber hinaus soll er nachweisen, dass er Erste-Hilfe-Maßnahmen am Patienten durchführen kann.

(7) Sind im schriftlichen Teil der Prüfung die Prüfungsleistungen in bis zu zwei Prüfungsbereichen mit mangelhaft und im weiteren Prüfungsbereich mit mindestens ausreichend bewertet worden, so ist auf Antrag des Prüflings oder nach Ermessen des Prüfungsausschusses in einem der mit mangelhaft bewerteten Prüfungsbereiche die schriftliche Prüfung durch eine mündliche Prüfung von höchstens 15 Minuten zu ergänzen, wenn diese für das Bestehen der Prüfung den Ausschlag geben kann. Der Prüfungsbereich ist vom Prüfling zu bestimmen.

## **§ 15 Prüfungsaufgaben**

(1) Der überregionale Prüfungsausschuss beschließt die Prüfungsaufgaben sowie Musterlösungen, Bewertungshinweise und die zulässigen Arbeits- und Hilfsmittel auf der Grundlage der Ausbildungsverordnung.

(2) Die regionalen Prüfungsausschüsse haben überregional erstellte Prüfungsaufgaben, Musterlösungen, Bewertungshinweise und die zulässigen Arbeits- und Hilfsmittel, die vom überregionalen Prüfungsausschuss beschlossen werden, zu übernehmen.

## **§ 16 Nichtöffentlichkeit**

(1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (Aufsichtsbehörde) und der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder des Berufsbildungsausschusses können anwesend sein. Der Prüfungsausschuss kann im Einvernehmen mit der Sächsischen Landesärztekammer andere Personen als Gäste zulassen.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

## **§ 17 Leitung und Aufsicht**

(1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom Prüfungsausschuss abgenommen.

(2) Bei schriftlichen Prüfungen regelt die Sächsische Landesärztekammer im Benehmen mit dem Prüfungsausschuss die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, dass der Prüfling die Arbeiten selbstständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt. Die Prüfungsaufgaben sind dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag zu übergeben, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist.

(3) Der Prüfungsausschuss kann sich im Einvernehmen mit der Sächsischen Landesärztekammer bei der Durchführung der Prüfung der Hilfe anderer Personen bedienen.

## **§ 18 Ausweisungspflicht und Belehrung**

Die Prüflinge haben sich auf Verlangen des vorsitzenden Mitglieds oder der Aufsichtsführenden über ihre Person auszuweisen und zu versichern, dass sie sich gesundheitlich in der Lage fühlen, an der Prüfung teilzunehmen. Sie sind vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, über die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren.

## **§ 19 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße**

(1) Prüflinge, die versuchen, das Ergebnis der Prüfung durch Täuschung oder Benutzung nicht zugelassener Hilfsmittel zu beein-

flussen oder die sonst erheblich gegen die Ordnung der Prüfung verstoßen, kann die aufsichtsführende Person von der Prüfung vorläufig ausschließen.

(2) Der Prüfungsausschuss kann nach Anhörung des Prüflings für die betreffenden Prüfungsarbeiten die Note „6“ (ungenügend) erteilen. In schwerwiegenden Fällen kann er den Prüfling von der Fortsetzung der Prüfung ausschließen; in diesem Fall gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(3) Stellt der Prüfungsausschuss in der praktischen Prüfung Ordnungsverstöße fest, so entscheidet er entsprechend Absatz 2 über deren Folgen für die Prüfung.

(4) Wird ein Verstoß nach Absatz 1 erst nach Beendigung des Prüfungsverfahrens bekannt, so kann der Prüfungsausschuss innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Prüfungsverfahrens nach Anhörung des Prüflings das Prüfungsergebnis entsprechend berichtigen oder die Prüfung für nicht bestanden erklären. Das unrichtige Zeugnis ist einzuziehen. Die Frist nach Satz 1 gilt nicht in den Fällen, in denen der Prüfling über seine Teilnahme an der Prüfung getäuscht hat.

## **§ 20 Rücktritt, Nichtteilnahme**

(1) Der Prüfling kann nach erfolgter Anmeldung vor Beginn der Prüfung durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht begonnen.

(2) Tritt der Prüfling nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, in sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt, der – im Krankheitsfalle durch Vorlage eines ärztlichen Attestes über die Prüfungsunfähigkeit am Prüfungstag – unverzüglich nachzuweisen ist.

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfling an der Prüfung nicht teil, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(4) Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes und über den Umfang der anzuerkennenden Prüfungsleistung trifft der Prüfungsausschuss nach Anhören des Prüflings.

## **IV. Abschnitt Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses**

### **§ 21 Bewertung**

(1) Die Prüfungsleistungen gemäß der Gliederung der Prüfung nach § 14 sowie die Gesamtleistung sind - unbeschadet der Gewichtung von einzelnen Prüfungsleistungen auf Grund der Ausbildungsverordnung - wie folgt zu bewerten:

eine den Anforderungen in besonderem Maße entsprechende Leistung

= 100 - 92 Punkte = Note 1 = sehr gut

eine den Anforderungen voll entsprechende Leistung

= unter 92 - 81 Punkte = Note 2 = gut

eine den Anforderungen im Allgemeinen entsprechende Leistung

= unter 81 - 67 Punkte = Note 3 = befriedigend

eine Leistung, die zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht

= unter 67 - 50 Punkte = Note 4 = ausreichend  
eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind,

= unter 50 - 30 Punkte = Note 5 = mangelhaft  
eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht und bei der selbst die Grundkenntnisse lückenhaft sind,

= unter 30 - 0 Punkte = Note 6 = ungenügend.

(2) Soweit eine Bewertung der Leistungen nach dem Punktesystem nicht sachgerecht ist, ist die Bewertung nur nach Noten vorzunehmen. Bei Prüfungsaufgaben im Antwort-Wahl-Verfahren hat der Prüfling anzugeben, welche der mit den Aufgaben vorgelegten Antworten er für zutreffend hält. Dabei werden allen Prüflingen eines Prüfungsdurchganges dieselben Prüfungsaufgaben gestellt. Bei der Aufstellung der Prüfungsaufgaben ist festzulegen, welche Antworten als zutreffend anerkannt werden. Die Prüfungsaufgaben sind vor der Feststellung des Prüfungsergebnisses darauf zu prüfen, ob sie gemessen an den Anforderungen der zu prüfenden Themenbereiche fehlerhaft sind. Ergibt diese Überprüfung, dass einzelne Prüfungsaufgaben fehlerhaft sind, sind diese bei der Feststellung des Prüfungsergebnisses nicht zu berücksichtigen. Die Zahl der Aufgaben für die Prüfung mindert sich entsprechend; bei der Bewertung des schriftlichen Teils der Prüfung ist von dieser verminderten Zahl der Prüfungsaufgaben auszugehen. Sind mehr als die Hälfte der Prüfungsaufgaben fehlerhaft, ist der schriftliche Teil der Prüfung zu wiederholen.

(3) Jede Prüfungsleistung ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt und selbständig zu beurteilen und zu bewerten.

(4) Zur Vorbereitung der Beschlussfassung kann der Vorsitzende mindestens zwei Mitglieder mit der Bewertung einzelner, nicht mündlich zu erbringender Prüfungsleistungen beauftragen (§ 42 Abs. 2 Satz 1 BBiG). Die Beauftragten sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören. Diese dokumentieren die wesentlichen Abläufe und halten die für die Bewertung erheblichen Tatsachen fest (§ 42 Abs. 3 BBiG).

## § 22

### Feststellung des Prüfungsergebnisses

(1) Innerhalb des schriftlichen Teils der Prüfung sind die Prüfungsbereiche wie folgt zu gewichten:

1. Prüfungsbereich Behandlungsassistenz  
40 Prozent,
2. Prüfungsbereich Betriebsorganisation und -verwaltung  
40 Prozent,
3. Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde  
20 Prozent.

(2) Das Ergebnis des schriftlichen Teils der Prüfung ist dem Prüfling vor Beginn des praktischen Teils der Prüfung bekannt zu geben.

(3) Bei der Ermittlung des Ergebnisses für den Prüfungsbereich der Ergänzungsprüfung gemäß § 14 Abs. 7 sind das bisherige Ergebnis und das Ergebnis der mündlichen Ergänzungsprüfung im Verhältnis 2:1 zu gewichten.

(4) Die Prüfung ist bestanden, wenn jeweils im praktischen und im schriftlichen Teil der Prüfung sowie innerhalb des schriftlichen Teils der Prüfung in mindestens zwei Prüfungsbereichen mindestens ausreichende Prüfungsleistungen erbracht sind. Werden die Prüfungsleistungen in einem Prüfungsbereich mit „ungenügend“ bewertet, ist die Prüfung nicht bestanden.

(5) Der Prüfungsausschuss muss dem Prüfling mitteilen, ob er die Prüfung bestanden hat. Dem Prüfling ist unverzüglich eine vom Vorsitzenden zu unterzeichnende Bescheinigung auszuhändigen. Der Termin des Bestehens bzw. Nichtbestehens ist der Tag der Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss.

(6) Über den Verlauf der Prüfung einschließlich der Feststellung der einzelnen Prüfungsergebnisse ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

(7) Bei nicht bestandener Prüfung kann der Prüfungsausschuss unbeschadet des § 25 Abs. 2 bestimmen, in welchen Prüfungsbereichen oder Prüfungsteilen eine Wiederholungsprüfung nicht erforderlich ist.

## § 23

### Prüfungszeugnis

(1) Über die Prüfung erhält der Prüfling von der Sächsischen Landesärztekammer ein Zeugnis (§ 37 Abs. 2 BBiG).

(2) Das Prüfungszeugnis enthält:

- die Bezeichnung „Prüfungszeugnis“ nach § 37 BBiG,
- die Personalien des Prüflings,
- den Ausbildungsberuf,
- die Ergebnisse der einzelnen Prüfungsteile und Prüfungsbereiche,
- das Datum des Bestehens der Prüfung,
- die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Beauftragten der Sächsischen Landesärztekammer mit Siegel.

(3) Dem Zeugnis ist auf Antrag der Auszubildenden eine englischsprachige und eine französischsprachige Übersetzung beizufügen. Auf Antrag der Auszubildenden kann das Ergebnis berufsschulischer Leistungsfeststellungen auf dem Zeugnis ausgewiesen werden (§ 37 Abs. 3 BBiG).

(4) Die Sächsische Landesärztekammer stellt nach bestandener Prüfung den Brief „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ aus.

(5) Die Ergebnisse der Abschlussprüfung werden den auszubildenden Ärzten auf deren Verlangen übermittelt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 BBiG).

## § 24

### Nicht bestandene Prüfung

(1) Bei nicht bestandener Prüfung erhalten der Prüfling, ggf. sein gesetzlicher Vertreter sowie der auszubildende Arzt von der Sächsischen Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchem Prüfungsteil oder Prüfungsbereichen ausreichende Leistungen nicht erbracht worden sind und welche Prüfungsteile oder Prüfungsbereiche in einer Wiederholungsprüfung nicht mehr wiederholt zu werden brauchen (§ 22 Abs. 7).

(2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 25 ist hinzuweisen.

## V. Abschnitt

### Wiederholungsprüfung

## § 25

### Wiederholungsprüfung

(1) Eine Abschlussprüfung kann im Falle des Nichtbestehens zweimal wiederholt werden (§ 37 Abs. 1 Satz 2 BBiG).

(2) Hat der Prüfling bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsteil oder Prüfungsbereich mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist dieser auf Antrag des Prüflings nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von zwei Jahren – gerechnet vom Tage der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung an – zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

(3) Die Prüfung kann frühestens zum nächsten Prüfungstermin wiederholt werden.

(4) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung (§§ 8 bis 11) gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der vorausgegangenen Prüfung anzugeben.

## **VI. Abschnitt Schlussbestimmungen**

### **§ 26 Rechtsbehelfsbelehrung**

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Sächsischen Landesärztekammer sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfling mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den Ausführungsbestimmungen des Freistaates Sachsen.

### **§ 27 Prüfungsunterlagen**

Auf Antrag ist dem Prüfling nach Abschluss der Prüfung Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind zwei Jahre, die Anmeldungen und Niederschriften gemäß §§ 10 und 22 Abs. 6 sind 10 Jahre aufzubewahren.

### **§ 28 Zwischenprüfung**

(1) Für die gemäß § 48 Abs. 1 BBiG zur Ermittlung des Ausbildungsstandes durchzuführende Zwischenprüfung sind die Grundsätze für die Durchführung der Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten (Anlage 1) anzuwenden.

(2) Die Zwischenprüfung ist für den Auszubildenden gebührenfrei (§ 48 i.V.m. § 37 Abs. 4 BBiG). Die Gebühr für das Verfahren zur Zwischenprüfung hat der ausbildende Arzt zu entrichten. Die Höhe der Prüfungsgebühr wird in der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt.

### **§ 29 Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung**

(1) Die Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

(2) Die Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen vom 27. März 1993 tritt am 1. Januar 2009 außer Kraft.

(3) Prüflinge, deren Berufsausbildung vor dem 1. August 2006 begonnen hat und hinsichtlich deren Berufsausbildungsverhältnis

nicht gemäß § 10 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006, BGBl. I S. 1097 ff, die Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung vereinbart wurde, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen vom 27. März 1993 geprüft.

Anlage 1 – Grundsätze für die Durchführung der Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 19. November 2007, Az. 21-5415.21/11 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

## Anlage 1

# Grundsätze für die Durchführung der Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

### 1. Zweck

Zweck der Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten ist die Ermittlung des Ausbildungsstandes, um gegebenenfalls korrigierend auf die weitere Ausbildung einwirken zu können.

### 2. Inhalt und Gliederung

(1) Die Zwischenprüfung erstreckt sich auf die in den Anlagen 1 und 2 zu § 5 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 für die ersten 18 Monate aufgeführten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie auf den im Berufsschulunterricht entsprechend dem Rahmenlehrplan zu vermittelnden Lehrstoff, soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist.

(2) Die Zwischenprüfung ist schriftlich anhand praxisbezogener Aufgaben in höchstens 120 Minuten in folgenden Prüfungsbereichen durchzuführen:

1. Arbeits- und Praxishygiene,
2. Schutz vor Infektionskrankheiten,
3. Verwaltungsarbeiten,
4. Datenschutz und Datensicherheit,
5. Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten.

(3) Die Zwischenprüfung kann in programmierter Form durchgeführt werden. Insbesondere in diesem Fall kann die Prüfungsdauer unterschritten werden.

### 3. Aufgabenerstellung

Der überregionale Prüfungsausschuss beschließt auf der Grundlage der Ausbildungsverordnung die Prüfungsaufgaben, Musterlösungen, Bewertungshinweise und die zulässigen Arbeits- und Hilfsmittel.

### 4. Prüfungsausschüsse

Für die Durchführung der Zwischenprüfung sind die Prüfungsausschüsse zuständig, die bereits für Abschlussprüfungen errichtet sind.

### 5. Prüfungstermin

(1) Der Zeitpunkt der Zwischenprüfung soll so abgestimmt werden, dass einerseits die Ausbildung so weit fortgeschritten ist, dass hinreichende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten prüfbar sind und andererseits gegebenenfalls notwendige Korrekturen in der Ausbildung noch erfolgen können.

(2) Die Zwischenprüfung soll vor Ende des zweiten Ausbildungsjahres stattfinden.

### 6. Anmeldung

Die Sächsische Landesärztekammer fordert den auszubildenden Arzt rechtzeitig zur Anmeldung des Auszubildenden für die Teilnahme an der Zwischenprüfung auf. Die Anmeldung hat schriftlich nach den von der Sächsischen Landesärztekammer bestimmten Fristen und Formularen zu erfolgen.

### 7. Feststellung des Ausbildungsstandes

(1) Mängel im Ausbildungsstand sind gegeben, wenn die Leistungen zwar Mängel aufweisen, aber im Ganzen den Anforderungen noch entsprechen.

(2) Die Bewertung der Prüfungsleistungen erfolgt gemäß § 21 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten in der jeweils gültigen Fassung.

### 8. Aufsicht

(1) Die Sächsische Landesärztekammer regelt im Benehmen mit den regionalen Prüfungsausschüssen die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, dass der Prüfling die Arbeiten selbständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt.

(2) Über den Verlauf der Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen.

### 9. Prüfungsbescheinigung

(1) Über die Teilnahme wird eine Bescheinigung ausgestellt. Ergänzend wird eine Auswertung über die Ergebnisse der einzelnen Prüfungsbereiche erstellt und übergeben.

(2) Die Bescheinigung und die Auswertung über die Ergebnisse der einzelnen Prüfungsbereiche erhalten der Auszubildende und der auszubildende Arzt auf dessen Verlangen.

(3) Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist Zulassungsvoraussetzung für die Abschlussprüfung (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 BBiG).

# Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

**Vom 23. November 2007**

Aufgrund des § 14 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beitragsordnung - Beitrags-O) vom 26. Juni 2002 beschlossen:

## Artikel 1

Die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2002, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, S. 337), zuletzt geändert mit Satzung vom 26. November 2005 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 25. November 2005, Az. 21-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2005, S. 576) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

Absatz 4 wird aufgehoben.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 Buchstabe e) wird aufgehoben.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „Mehrfach approbierte und freiwillige Mitglieder, Mitglieder im Ruhestand“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:  
 „(3) Mitglieder im Ruhestand zahlen keinen Kammerbeitrag, sofern die Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit 5.000,00 EUR im Beitragsjahr nicht überschreiten. Mitglieder im Ruhestand mit Einkünften aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit in Höhe von mehr als 5.000,00 EUR im Beitragsjahr zahlen einen Kammerbeitrag in Höhe der Beitragsstufe 2. Sofern der Eintritt in den Ruhestand während des Beitragsjahres erfolgt, wird der Jahresbeitrag anteilig nach vollen Monaten festgesetzt.“

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „eines jeden Jahres“ durch die Wörter „des Beitragsjahres“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „Das Mitglied ist verpflichtet, in den Fällen des § 3 Abs. 1 sowie des § 4 Abs. 1 und 3 die erforderlichen Nachweise zu führen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „des Kalenderjahres“ durch die Wörter „des Beitragsjahres“ ersetzt.

7. § 7 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefasst: „Der Kammerbeitrag ist am 1. März des Beitragsjahres fällig. In den Fällen des § 6 ist der Kammerbeitrag mit Zugang des Beitragsbescheides fällig und innerhalb eines Monats zu entrichten.“

8. § 9 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „März“ die Wörter „des Beitragsjahres“ eingefügt.

9. Die Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird wie folgt neu gefasst:

„Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

**Beitragstabelle**

Beitragsstufe	Einkünfte pro Jahr in EUR über	bis	Jahresbeitrag in EUR
1		5.000,00	15,00
2	5.000,00	10.000,00	30,00
3	10.000,00	15.000,00	60,00
4	15.000,00	20.000,00	85,00
5	20.000,00	25.000,00	115,00
6	25.000,00	30.000,00	140,00
7	30.000,00	35.000,00	170,00
8	35.000,00	40.000,00	200,00
9	40.000,00	45.000,00	230,00
10	45.000,00	50.000,00	255,00
11	50.000,00	55.000,00	280,00
12	55.000,00	60.000,00	310,00
13	60.000,00	65.000,00	340,00
14	65.000,00	70.000,00	370,00
15	70.000,00	75.000,00	400,00
16	75.000,00	80.000,00	430,00
17	80.000,00	85.000,00	455,00
18	85.000,00	90.000,00	480,00
19	90.000,00	95.000,00	510,00
20	95.000,00	100.000,00	540,00
21	100.000,00	105.000,00	570,00
22	105.000,00	110.000,00	600,00
23	110.000,00	115.000,00	630,00
24	115.000,00	120.000,00	655,00
25	120.000,00	125.000,00	680,00
26	125.000,00	130.000,00	710,00
27	130.000,00	135.000,00	740,00
28	135.000,00	140.000,00	770,00
29	140.000,00	145.000,00	800,00
30	145.000,00	150.000,00	830,00
31	150.000,00	155.000,00	860,00
32	155.000,00	160.000,00	890,00
33	160.000,00	165.000,00	920,00
34	165.000,00	170.000,00	950,00
35	170.000,00	175.000,00	975,00
36	175.000,00	446.428,57	0,56 % der Einkünfte
Höchstbeitrag	446.428,57		2.500,00“

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 22. November 2007, AZ 21-5415.21/4 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

---

# Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 23. November 2007

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 beschlossen:

## Artikel 1

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14. März 1994, Az. 52-8870-1-000/10/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/1994, S. 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 26. November 2005 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 25. November 2005, Az. 21-5415.21/5, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2005, S. 579) wird wie folgt geändert:

Das Gebührenverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. Nr. 6. wird wie folgt gefasst:

„6. Gebühren für ärztliche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

6.1. Verfahren zur Anerkennung (Zertifizierung)

- für gesponserte Fortbildungsveranstaltungen und/ oder

- für Fortbildungsveranstaltungen, bei denen eine Teilnahmegebühr erhoben wird und/ oder

- bei nichtärztlichen oder gewerblichen Antragstellern/ Veranstaltern/ Mitveranstaltern/ Anbietern

150,00 EUR

6.2. Teilnahme an gebührenpflichtigen Fort- und

Weiterbildungsveranstaltungen pro Stunde

7,00 EUR bis 13,00 EUR“

2. Nr. 7. wird wie folgt geändert:

„7. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung  
Arztthelfer(in)/ Medizinische(r) Fachangestellte(r)

7.1. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung  
Arztthelfer(in)/ Medizinische(r) Fachangestellte(r)“

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 22. November 2007, AZ 21-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe

Vom 23. November 2007

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 10. November 2007 die folgende Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe vom 10. September 1993 beschlossen:

## Artikel 1

Die Satzung der Sächsischen Ärztehilfe vom 10. September 1993 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 28. Juni 1993, Az. 52-8870-1-000/33/93, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1993, S. 781), zuletzt geändert mit Satzung vom 22. November 2001 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 19. November 2001, Az. 61-5415.21/8, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2001, S. 558) wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Unter Nr. 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 22 des Bundessozialhilfegesetzes“ durch die Wörter „§ 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- bb) Unter Nr. 2 wird Satz 5 wie folgt neu gefasst:  
„Zu den Bezügen zählen nicht Leistungen der Sozialhilfe, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Leistungen der Sozialhilfe Unterhaltsleistungen an Personen, die ohne die Unterhaltsleistungen sozialhilfeberechtigt wären, oder Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch hätten.“
- b) In Absatz 2 Buchstabe c) wird nach den Wörtern „vorhanden ist“ das Semikolon durch ein Komma und nach dem Wort „erscheint“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt.

2. In § 5 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Sächsischen Ärztehilfe“ durch die Wörter „Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer“ ersetzt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Sächsischen Ärztehilfe“ durch die Wörter „Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „der Sächsischen Ärztehilfe“ durch die Wörter „Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer“ ersetzt.

4. § 7 wird gestrichen.

5. Die bisherigen §§ 8 bis 10 werden die §§ 7 bis 9.

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Dresden, 10. November 2007

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 22. November 2007, AZ 21-5415.21/8 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 23. November 2007

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

genommenen Pharmaka kennen<sup>1</sup>, über die Wechselwirkungen zwischen drei oder mehr (> 12) Wirkstoffen jedoch nur Vermutungen anstellen können. Sobald aber der pharmakologische Streuschuss direkt oder indirekt auf das zentrale oder vegetative Nervensystem trifft, kann zumindest bei einer Überdosierung, bei einer pharmakokinetischen oder -dynamischen Interaktion die Feinmotorik mehr oder weniger, früher oder später gestört sein und als Schreibstörung sichtbar werden (s. auch unter 3.1 und 4.1.5).

Zu den am häufigsten beobachteten Schreibstörungen, die durch den Missbrauch oder die Überdosierung neurotroper Arzneimittel<sup>75</sup> verursacht werden, gehören die Ataxie, der Tremor und parkinsonartige Bewegungseinschränkungen (s. unter 2.1, 2.2 u. 3.3). Diese Reaktionen können allein oder gemeinsam auffallen, aber auch begleitet sein von Schriftveränderungen durch Sehstörungen (s. hierzu Hinweise unter 4.1.4), die ebenfalls medikamentös bedingt sein können: zum Beispiel Unverträglichkeit oder Überdosierung von Alpha-Sympathomimetika, Amphetaminen, Analeptika, Antikonvulsiva, Barbituraten, Beta-Blockern, MAO-Hemmstoffen, Mutterkornalkaloiden, Parasympatholytika.

Das durch die (Über-)Dosierung klassischer Neuroleptika vom Benperidol-Typ<sup>75</sup> ausgelöste Parkinsonoid (zunehmender Dopaminmangel) mit parasympathischer Prävalenz wird durch eine Verkleinerung der Handschrift meist schon vor der Ausbildung des gefürchteten grobmotori-

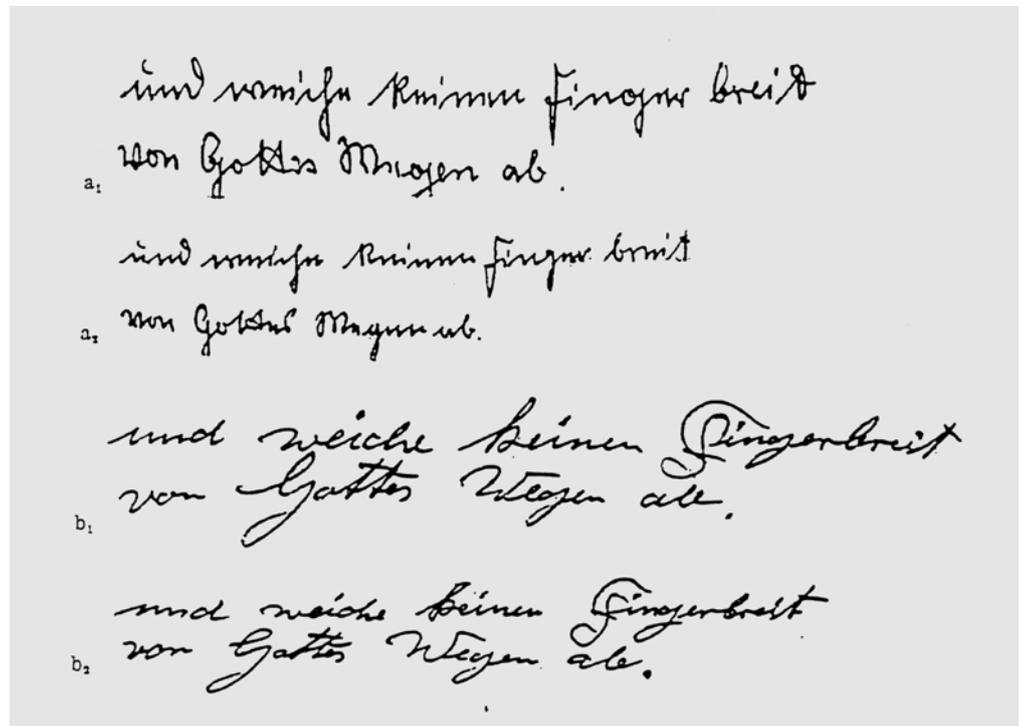


Abb. 7: Schriftproben von zwei Patienten (a und b) zur Ermittlung der optimalen Dosierung eines Neuroleptikums, 1 = vor Behandlungsbeginn, 2 = beim Erreichen der „neuroleptischen Schwelle“ (Einzelheiten bei Haase sowie unter 3.3 u. 4.2)

schen Parkinson-Syndroms erkennbar. Dieses „pharmakogene hypokinetische Syndrom“<sup>119</sup> wurde vor allem durch die Empfehlungen von Haase<sup>36-39</sup> und anderen Autoren weithin bekannt und teilweise zur Ermittlung der individuell optimalen Dosierung den konventionellen Blutspiegelbestimmungen vorgezogen<sup>78,82,125</sup>. Die Planimetrie der Schriftverkleinerung in vorgegebenen Texten und die Registrierung weiterer Merkmale<sup>33</sup> (s. unter 3.6) werden heute wohl nur noch ausnahmsweise angewendet, aber die einfache Beobachtung einer Mikrographie kann hier

als Dosierungshilfe oder Frühwarnung, zur Dokumentation des Verlaufs oder des Behandlungseffektes in praxi sicher nützlich sein (vgl. Abb. 7).

Fortsetzung im Teil IV (Absätze 4.3 – 4.5: graphomotorische Reaktionen auf Gifte, Genuss- und Rauschmittel; Schriftbeispiele in Abb. 8 – 13).

Literatur beim Verfasser oder im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de), „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2007.

Anschrift des Verfassers:  
Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig  
Bochumer Straße 47, 04357 Leipzig

## Das besondere Geschenk

### Erinnerungen sächsischer Ärzte aus der Zeit von 1939 bis 1949

Wer noch auf der Suche nach einem passenden Weihnachtsgeschenk ist, dem können wir das von der Sächsischen Landesärztekammer herausgegebene Buch „Erinnerungen sächsischer Ärzte aus der Zeit von 1939 bis 1949“ empfehlen. In diesem Band

sind Zeitzeugenaussagen und zeitgenössische Dokumente von Ärzten zusammengefasst, welche in Sachsen studiert oder gearbeitet haben. Neben der dramatischen Darstellung der medizinischen Versorgungslage, finden sich auch persönliche Schicksale sowie Berichte über die Situation an den sächsischen Universitäten in dem Buch wieder. Viele der erwähnten Personen und Einrichtungen sind nicht nur der älteren Ärztegeneration bekannt. Auch jungen

Lesern bietet dieses Buch einen interessanten und aufschlussreichen Einblick in die schwierigen Verhältnisse der Kriegs- und Nachkriegszeit.

Das Buch ist nicht im Buchhandel erhältlich! Es kann gegen eine Schutzgebühr von 8 Euro unter der Nummer 0351 8267161 bestellt werden.

Knut Köhler M.A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Primärprävention des Diabetes mellitus

Dr. med. Gerhard Barthe  
Pegenauer Straße 24 B  
01665 Naustadt/über Meißen  
24. 6. 2007

Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“ 6/2007

Der Beitrag enthält eine Serie von Hiobsbotschaften, aber auch einige Ungereimtheiten, die zumindest hinterfragt werden müssen:

1. „Fast jedes 2. im Jahr 2000 Geborene wird an Diabetes mellitus erkranken und vor seinen Eltern sterben“. Wie denn das, wenn die Inzidenz der Diabetes mellitus Typ 2 begünstigenden Gene auf 10 Prozent geschätzt wird?

Aussage ist nicht zu belegen!

2. „17 Prozent der Kosten geben wir heute für die Behandlung des Diabetes mellitus aus“. Hier kursieren Angaben zwischen 10 Prozent (das wäre normal, keine erhöhten Kosten) bis zu 30 Prozent (stark überproportionale Kosten). Anscheinend hat hier noch niemand ernsthaft nachgerechnet!

3. Es fehlen generell Aussagen zur Kosten-Nutzen-Relation. Hier empfehle ich die Lektüre des Deutschen Ärzteblatt 25, Seite 1804, I. Mühlhauser: „Ist Vorbeugen besser als heilen?“. Die Autorin hat die Dinge offensichtlich mal durchgerechnet. Dabei ergibt sich eine große Ernüchterung angesichts des Mangels an validen Daten zu vielen Präventionsprogrammen in Deutschland.

Gerhard Barthe

## Antwort zum Kommentar von Barthe G. zu P. E. H. Schwarz et al.: Primärprävention des Diabetes mellitus – sinnvoll – effektiv – umsetzbar

12. 10. 2007

Ich danke Herrn Barthe für das Interesse an unserem Artikel und möchte gerne die angesprochenen Punkte klarstellen.

Zu 1.

Einer von zwei (korrekt sind 2,2) Menschen, die im Jahr 2000 geboren sind,

wird später einen Diabetes entwickeln. Mit dieser Zahl machte Dr. Robert Rizza, Präsident der American Diabetes Association (ADA), bei seinem Eröffnungsvortrag auf der Tagung der American Diabetes Association 2006 die Dringlichkeit des Problems Diabetes deutlich<sup>1</sup>. Wenn man diese Daten für europäische Kohorten hochrechnet, ergeben sich gleichwertige Inzidenz- und Prävalenzzahlen<sup>2</sup>.

Die Inzidenz der diabetesbeeinflussenden Gene ist demzufolge auch deutlich höher als 10 Prozent. Wir gehen davon aus, dass man praktisch nur dann einen Typ 2 Diabetes entwickeln kann, wenn man auch eine Veranlagung dazu hat. Wenngleich eine zum Übergewicht führende Ernährung und Bewegungsmangel die Manifestation des Typ-2-Diabetes verursachen, bildet eine genetische Prädisposition wahrscheinlich die Grundlage, auf der ein „ungesunder“ Lebensstil die Erkrankung begünstigt. Allerdings ist die Veranlagung unser evolutionäres Erbe in Form unseres Stoffwechsels (gute Form von Speicherung von Energie in viszeralem Fett), was während der evolutionären Entwicklung einen Vorteil darstellte – heute jedoch zum drastischen Ansteigen metabolischer Erkrankungen führt. Allerdings kennen wir heute vermutlich nur 10 – 15% dieser genetischen Faktoren.

Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen, dass genetische Faktoren in der Pathogenese des Typ 2 Diabetes eine entscheidende Rolle spielen<sup>3-8</sup>.

In dieser Zeit sind verschiedene genetische Faktoren, die mit Typ 2 Diabetes assoziiert sind, gefunden worden (CAPN10, APM1, PPAR- $\gamma$ , E48K in Kir6.2, AV98 in HNF1a, TCF7L2). Mit der Entdeckung des CAPN10-Gens, unter Mitarbeit der Dresdener Arbeitsgruppe, konnte ein entscheidender vererbter Risikofaktor für den Typ 2 Diabetes beschrieben werden<sup>6, 9</sup>. Man geht davon aus, dass sich beim Typ 2 Diabetes – einer multifaktoriellen polygenetischen Erkrankung – verschiedene genetische Faktoren in einem oder mehreren Genen summieren und im Zusammenspiel mit den entsprechenden Umweltfaktoren, wie fettreicher Ernährung und Bewegungsmangel, in einem schleichenden Prozess zur Manifestation der Erkrankung führen.

Dabei wird nicht die Erkrankung selbst, sondern die Disposition dafür vererbt<sup>10</sup>.

Zu 2.

Diese Bemerkung des Lesers ist korrekt. Es gibt in Deutschland keine verlässlichen Hochrechnungen, was die Kosten der Behandlung des Diabetes und diabetesassoziierter Erkrankungen anbelangt. Was auf der Hand liegt, ist, dass eine Diabetesdiagnose eine Erhöhung der Kosten für das Gemeinwesen darstellt<sup>11</sup>. Nach Analyse der vorliegenden deutschen Daten im Kontext mit europäischen Daten geben wir heute etwa 17% der Kosten zur Behandlung des Diabetes und seiner Komplikationen aus, davon über 90% für Erkrankungen, deren Risiken effizient behandelbar sind<sup>12</sup>. Neue Studien zeigen, dass die hohe Prävalenz der Diabeteserkrankung in Deutschland mittlerweile bereits zu einer 3,8%igen Reduktion des Bruttosozialproduktes führt<sup>13</sup>.

Zu 3. Wir danken sehr für den Hinweis des Lesers. Die Kosten-Nutzen-Relation im Hinblick präventiver Konzepte ist kontrovers diskutiert und es existiert ein Mangel an validen Daten. Im Hinblick auf die Diabetsprävention sieht die Situation allerdings ausgesprochen gut aus – und gerade in Sachsen existieren valide Daten.

Die gute Nachricht: In den letzten Jahren haben verschiedene Studien wiederholt erfolgreich belegt, dass die Prävention des Diabetes mellitus mit einer Lebensstil-Intervention bei Risikopersonen möglich und erfolgreich durchführbar ist. Außerdem sind diese Interventionen kosteneffektiv<sup>14-17</sup>. Es ist deshalb an der Zeit, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus flächendeckend in der Praxis umzusetzen<sup>18-20</sup>. Im Rahmen eines Pilotprojektes haben wir in Sachsen ein solches Programm durchgeführt und können in der Versorgung zeigen, dass sich diabetesspezifische Risiken deutlich reduzieren. Der Effekt des Programms ist nach einem Jahr besser als in den oben genannten Studien<sup>21</sup>, allerdings muss die Nachhaltigkeit noch gezeigt werden (Daten voraussichtlich 2009).

In der Praxis geht die Prävention des Diabetes gleichzeitig mit einer ebenso wirksamen Prävention anderer chronischer Krankheiten einher, die in hohem Maße wegbereitende Adipositas-Ent-

wicklung vorangestellt. Die Krankheitsbilder von vergleichbarer epidemiologischer Bedeutung, die mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ihrem Auftreten vermindert werden können, sind vor allem:

- Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und
- Krankheiten des cerebrovaskulären Systems bzw. des Metabolischen Syndroms),
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes,

- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane,
- Psychische/psychosomatische Krankheiten (vor allem Depressionen),
- Schlaf-Apnoe-Syndrom,
- Bösartige Neubildungen (Krebskrankheiten).

Eine wirksame Prävention des Diabetes erreicht mit hinreichender Evidenz auch die Prävention der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Auch bei Krankheiten wie Depression oder Krebs sind positive Präventionswirkungen zu er-

warten<sup>22</sup>. Eine systematische und flächendeckende Diabetesprävention wird so zur Lokomotive für die Umsetzung einer allgemeinen Präventionspolitik und einer allgemeinen präventiven und gesundheitsförderlichen Versorgung in Deutschland, mit denen die Herausforderung der heutigen Massenkrankheiten erfolgreich bewältigt werden kann.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Peter E. H. Scharz  
Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus der Technischen Universität  
Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## Ausfahrt der Senioren der Kreisärztekammer Dresden

Die traditionelle Ausfahrt der Senioren führte in diesem Jahr in die Lausitz.

Unter bewährter Begleitung von Frau Dr. Unger und Frau Riedel bestiegen am 23.5.2007 158 Teilnehmer erwartungsvoll die bequemen Reisebusse, deren Fahrer unter anderem auch zum reibungslosen Ablauf der Tour betrug. Bereits während der Fahrt wurden Prospekte verteilt, sodass man sich rechtzeitig über die geplanten Sehenswürdigkeiten informieren konnte. Auch der Wettergott meinte es gut mit den Organisatoren und den Ausflüglern. Obwohl zu Beginn der Himmel noch bedeckt war, zeigte sich im Verlauf zunehmend die Sonne und im Gegensatz zu den Vortagen waren die Temperaturen durchaus erträglich.

Der Besuch des Findlingsparks Nochten, durch seinen Charakter einzigartig in Europa, war für alle ein Erlebnis, da viele diesen kunstvoll gestalteten Landschaftsgarten bisher nicht kannten. Er entstand in den Jahren 2000 bis 2003 und ist eine beeindruckende Symbiose aus Steinen, Pflanzen und Wasser. Welch ein Kontrast zu den unweit rauhenden Schloten des Kraftwerkes Boxberg! Es erwies sich als sinnvoll, auf eine Führung zu verzichten. So konnte jeder nach eigenen Vorstellungen das Gelände erkunden und sich am Heidegarten (mit mehr als 160 Sorten blühender Sommer- und Winterheide), Heidemoor, Steingarten, „Klein-Skandinavien“ mit über 90 Findlingen und

vielen Stauden und Gehölzen erfreuen. Zwischen Mittagessen und Kaffeetrinken im nahegelegenen traditionsreichen „Kaffee-König“ erfolgte die Besichtigung des Pückler-Parks in Bad Muskau, seit 2.7.2004 zum Weltkulturerbe gehörend. Das Interesse an der Gartenkunst des späteren Hermann Ludwig Heinrich Fürst v. Pückler-Muskau (1785 bis 1871) wurde wohl schon im Kindesalter geweckt. Während seiner Erziehung im Knabenpensionat Uhyst (heute noch in der Nähe der Kirche stehendes Gebäude) erhielt er wie alle anderen Zöglinge ein kleines Gartenstück, das er mit viel Liebe gestaltet und gepflegt haben soll.

Die wesentlichen Anregungen bekam er aber im Rahmen seines Aufenthaltes 1814 in England. An der Seite des Großherzogs von Weimar, Karl August, durfte er mit Zar Alexander und König Friedrich Wilhelm III. an den Feiern anlässlich des Sieges über Napoleon in London teilnehmen. Diese Reise nutzte er aufmerksam zu Studien der von William Kent, Lancelot „Capability“ Brown und Humphrey Repton geschaffenen englischen Parks. Der von Stourhad (in Englands grüner Grafschaft Wiltshire gelegen) wird zum Vorbild für den Park in Bad Muskau. Die Anregungen Pücklers wurden später von den Gartenbauinspektoren Jacob Heinrich Rehden und John Aday Repton realisiert. Durch kompetente Führung erhielt man einen Überblick über die Historie des am 23.6.1823 eröffneten Parks und den gegenwärtigen Zustand. Wer ihn aus früherer Zeit kennt, war erstaunt über die nach der Wende erbrachten denkmalpflegerischen Leistungen. Beson-

ders zeigte sich die handwerkliche Kunst an der Restaurierung des Marstalls und Bauhofs, der Orangerie und den fertiggestellten Teilen des Schlosses. Nach Passieren des Grenzpostens an der Doppelbrücke über die Neiße, volkstümlich „Kanzlerblick“ genannt (Kanzler Schröter hatte bei seinem Besuch in Bad Muskau 1998 den Bau der Brücke zugesichert) konnte man sich noch einen Eindruck vom polnischen Teil des Parks (Park Muzakowski) verschaffen. Reizvoll dabei der Blick vom Pückler-Stein auf das Schloss und das Neißetal.

Für Eisliebhaber sei angefügt, dass Pückler wohl ein Feinschmecker war, aber das Pückler-Eis ist nicht seine Erfindung. Diese „Création“ stammt von einem Cottbuser Konditoreimeister, der bat, dafür den erlauchten Namen verwenden zu dürfen.

Nach dem Kaffeetrinken im Kaffee König mit köstlichem Kuchen aus der hauseigenen Bäckerei traten alle Teilnehmer die Heimfahrt mit der Gewissheit an, einen ereignisreichen und anregenden Ausflug erlebt zu haben. Nicht nur das kulturelle Angebot, sondern auch die Begegnung mit ehemaligen Berufskolleginnen/-Kollegen machen die Seniorenausflüge immer wieder zu einem schönen und nachhaltigen Erlebnis.

Es ist daher ein Bedürfnis, den Organisatoren, speziell Frau Dr. Unger und Frau Riedel, für die mit der Planung und Durchführung verbundene Mühe sehr herzlich zu danken.

Prof. Dr. med. Horst Todt  
Plauenscher Ring 38, 01187 Dresden

## Unsere Jubilare im Januar wir gratulieren

### 60 Jahre

03. 01. Eibisch, Wolfgang  
09366 Stollberg
03. 01. Weigel, Christel  
01157 Dresden
04. 01. Dr. med. Geyer, Uta  
09125 Chemnitz
04. 01. Thiele, Gabriele  
08289 Schneeberg
04. 01. Dr. med. Thoms, Edelhard  
31832 Springe
08. 01. Dr. med. Krause, Udo  
02826 Görlitz
15. 01. Dipl.-Med. Harzer, Bernd  
04129 Leipzig
19. 01. Dr. med. Schirmer, Veronika  
08527 Plauen
21. 01. Dipl.-Med. Seidemann,  
Claus-Michael  
04680 Colditz
24. 01. Dipl.-Med. Bernhardt, Dorothea  
08396 Waldenburg
28. 01. Dr. med. Leff, Wolfgang  
04451 Borsdorf

### 65 Jahre

01. 01. Dr. med. Wustmann, Ulrich  
09648 Mittweida
02. 01. Dr. med. Bochmann, Helmut  
09116 Chemnitz
02. 01. Dr. med. Harraß, Wolf-Dietrich  
08371 Glauchau
03. 01. Dr. med. Unger, Stefan  
08112 Wilkau-Haßlau
04. 01. Dr. med. Heyer, Ernst  
09130 Chemnitz
04. 01. Dr. med. Krause, Ingrid  
09376 Oelsnitz/ Erzgeb.
04. 01. Dr. med. Richter, Axel  
04157 Leipzig
05. 01. Dr. med. Hoffmann, Beate  
02797 Luftkurort Lückendorf
05. 01. Dr. med. Löffler, Jürgen  
08280 Aue
05. 01. Dr. med. Mehlhorn, Dietmar  
09350 Lichtenstein
06. 01. Dietrich, Jürgen  
04703 Leisnig
06. 01. Dr. med. Glöckner, Ursula  
09212 Limbach-Oberfrohna
06. 01. Dr. med. Pigur, Peter  
04779 Wermisdorf
07. 01. Guthknecht, Bernhard  
08297 Zwönitz
07. 01. Dr. med. Rießland, Heidrun  
01237 Dresden
08. 01. Schmidt, Ute  
01445 Radebeul
09. 01. Dr. med. Hegenbarth, Gunter  
04643 Geithain
09. 01. Dr. med. Hennig, Peter  
02730 Ebersbach
10. 01. Dr. med. Schuster, Christine  
09623 Frauenstein
11. 01. Dipl.-Med. Plank, Katrin  
09244 Niederlichtenau
12. 01. Dr. med. von Jagow, Dietrich  
01662 Meißen
12. 01. Dr. med. Schmidt, Reiner  
04808 Wurzen
13. 01. Dinkel, Regina  
08349 Johannegeorgenstadt
13. 01. Dr. med. Panzig, Angelika  
04277 Leipzig
14. 01. Koziar, Karla  
08349 Erlabrunn

15. 01. Dr. med. Drescher, Michael  
04703 Leisnig
16. 01. Dr. med. Straßburger, Peter  
04416 Markkleeberg
22. 01. Dr. med. Wendelin, Ulrike  
01259 Dresden
23. 01. Dr. med. Schneider, Maria  
04683 Naunhof
24. 01. Prof. Dr. med. habil.  
Kunath, Hildebrand  
01309 Dresden
25. 01. Dr. med. Geistlinger, Heide-  
lore  
01445 Radebeul
25. 01. Dr. med. habil. Rabenalt, Peter  
04159 Leipzig
26. 01. Dr. med. Bretzke, Gebhard  
08064 Zwickau
27. 01. Dr. med. Pittasch, Käte  
04103 Leipzig
27. 01. Dr. med. Schumann, Martina  
04105 Leipzig
29. 01. Dr. med. Dressel, Rolf  
08209 Rempesgrün
29. 01. Dr. med. Franz, Gisa  
01328 Dresden
30. 01. Drescher, Barbara  
04703 Leisnig
30. 01. Dipl.-Med. Klug, Isolde  
04209 Leipzig
30. 01. Doz. Dr. med. habil.  
Lathan, Hans-Henning  
04277 Leipzig
31. 01. Dr. med. Heller, Gudrun  
04683 Threna
31. 01. Dr. med. Rößger, Bernd  
01445 Radebeul

### 70 Jahre

02. 01. Dr. med. Lauschke, Hans-Peter  
02829 Königshain
02. 01. Märten, Waltraut  
09112 Chemnitz
04. 01. Dr. med. Flade, Bernd  
09125 Chemnitz
04. 01. Heinrich, Ursula  
02906 Sproitz
04. 01. Dr. med. Loebe, Dietlind  
08058 Zwickau
04. 01. Dr. med. Mager, Gotthard  
01917 Kamenz
06. 01. Reschke, Felicitas  
04289 Leipzig
06. 01. Prof. Dr. med. habil. Schippel, Klaus  
04229 Leipzig
08. 01. Dr. med. Miegliitz, Ralf  
02625 Bautzen
09. 01. Dr. med. Winderlich, Ingrid  
01731 Kreischa
10. 01. Dr. med. Peters, Christa  
01558 Großenhain
11. 01. Hanke, Margarete  
01277 Dresden
12. 01. Dr. med. Passauer, Klaus  
01307 Dresden
12. 01. Dr. med. Saft-Weller, Elfgart  
40699 Erkrath
13. 01. Dr. med. Liebau, Helmut  
04880 Dommnitzsch
13. 01. Dr. med. Zeug, Edgar  
09217 Burgstädt
15. 01. Dr. med. Glaubitz, Christa  
02763 Zittau
15. 01. Dr. med. Rohr, Ursel  
02625 Bautzen
15. 01. Stahl, Hans  
04316 Leipzig
17. 01. Dr. med. Donnerstag, Gisela  
01796 Pirna
18. 01. Dr. med. Prietzel, Siegfried  
09221 Adorf
19. 01. Dr. med. Möbius, Horst  
02929 Rothenburg
19. 01. Dr. med. Müller, Ursula  
01309 Dresden

20. 01. Dr. med. Krug, Ingrid  
01187 Dresden
20. 01. Dr. med. Leonhardt, Irmgard  
01239 Dresden
20. 01. Dr. med. Strobel, Rolf  
08324 Bockau
21. 01. Dr. med. Mrosk, Helmut  
01609 Frauenhain
22. 01. Dr. med. Kloss, Sigrid  
04703 Leisnig
23. 01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Poegel, Klaus  
01324 Dresden
24. 01. Dr. med. Günther, Gisela  
08228 Rodewisch
24. 01. Dr. med. Sillat, Alla  
04207 Leipzig
24. 01. Dr. med. Zaumseil, Renate  
08527 Plauen
25. 01. Dr. med. Feuer, Horst  
01307 Dresden
26. 01. Prof. Dr. med. habil. Justus, Bärbel  
01326 Dresden
26. 01. Dr. med. Kirsten, Anita  
08058 Zwickau
26. 01. Dr. med. Kunze, Joachim  
02625 Bautzen
27. 01. Dr. med. Broesan-Kornberger,  
Eva-Maria  
02977 Hoyerswerda
27. 01. Dr. med. Bruchmüller, Gerhard  
01936 Königsbrück
27. 01. Dr. med. Fröhlich, Gislinde  
01277 Dresden
28. 01. Dr. med. Steikowsky, Christa  
09114 Chemnitz
31. 01. Schnaubelt, Christa  
04249 Leipzig

### 75 Jahre

02. 01. Leichsenring, Manfred  
09496 Marienberg
11. 01. Dr. med. Fiebiger, Sonja  
01187 Dresden
17. 01. Dr. med. Hopfe, Sigrid  
08058 Zwickau
19. 01. Dr. med. Ezold, Martel  
04315 Leipzig
24. 01. Kühn, Renate  
07985 Elsterberg
27. 01. Dr. med. Kretschmar, Eva  
02730 Ebersbach
30. 01. Dr. med. Pötzsch, Renate  
09130 Chemnitz
31. 01. Gründel, Gerda  
04318 Leipzig

### 80 Jahre

01. 01. Dr. med. Kipke, Lothar  
04821 Waldsteinberg
07. 01. Dr. med. Loos, Gotthard  
09224 Grüna
10. 01. Dr. med. Suchert, Gerhard  
01825 Liebstadt
27. 01. Dr. med. Thiem, Walter  
01099 Dresden

### 81 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

### 82 Jahre

01. 01. Prof. Dr. med. habil.  
Abmann, Dietmar  
01796 Pirna
13. 01. Dr. med. Schubert, Edith  
08066 Zwickau
20. 01. Dr. med. Peschel, Gerhard  
09130 Chemnitz

**83 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

**84 Jahre**

- 13. 01. Prof. Dr. med. habil.  
Dürwald, Wolfgang  
04299 Leipzig

**85 Jahre**

- 31. 01. Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen  
01662 Meißen

**86 Jahre**

- 07. 01. Dr. med. Rocholl, Albrecht  
01309 Dresden

**87 Jahre**

- 18. 01. Dr. med. Herzog, Eleonore  
01728 Bannowitz

**88 Jahre**

- 28. 01. Dr. med. Lorenz, Irene  
01067 Dresden

**89 Jahre**

- 02. 01. Dr. med. Patzelt, Oskar  
04808 Wurzen
- 09. 01. Dr. med. Gawantka, Joachim  
09481 Scheibenberg
- 22. 01. Dr. med. Nickol, Renatus  
01219 Dresden

**91 Jahre**

- 23. 01. Dr. med. Illing, Heinrich  
09496 Marienberg

**95 Jahre**

- 04. 01. Dr. med. Langer, Horst  
01689 Weinböhla

**Schwere erworbene Hirnschädigungen – Wege zur Behandlungsentscheidung mit Radierungen von R. Springer**

Oehmichen, F.:  
Zuckschwerdt-Verlag  
München-Wien-New York 2007  
ISBN 978.3.88603-920-3

Die moderne Medizin führt dazu, dass Menschen mit erheblichen Einschränkungen ihrer Lebensfunktionen, ihrer Lebensqualität und ihren Möglichkeiten des „auf den Anderen Hinlebens“ in der Folge ihrer Erkrankungen weiter existieren müssen und können. Der Gedanke, dass medizinisches Handeln immer zu restitutio ad integrum führt, ist eine Illusion. Diese einfachen Wahrheiten führen aber zu einer Fülle von ethischen Erwägungen über ärztliches Handeln in Grenzsituationen, in denen Entscheidungen unter Beachtung des medizinisch Möglichen, aber auch des vom Patienten Gewünschten (insbesondere, wenn er sich in der Akutsituation seiner Fähigkeit zur Willensbekundung beraubt sieht) und auch im Hinblick auf ökonomische Auswirkungen zu treffen sind. Über derartige Fragen tritt der Autor in einen Diskurs ein, den er, um gewissermaßen die emotionalen Begleitschwingungen beim Leser zu verstärken, durch Illustrationen des Dresdner Künstlers Reinhard Springer – durch themenbezogene, auf den Rezensenten ästhetisch und inhaltlich ausgesprochen anregend wirkende Radierungen – unterstreicht. Im Folgenden beschreibt der Autor Syndrome, die zu Einschränkungen der Willensbestimmung des Patienten

führen können. Terminologische Klärung zu oft unklar verwendeten Begriffen werden versucht: zum Beispiel „Koma“ – „Vigilanz“ – „Bewusstseinszustand“ – Apallisches Syndrom mit einer ausführlichen auch frühe Literatur ins Auge fassenden Begriffsklärung – Locked-in-Syndrom unter anderem auch psychiatrische Syndrome.

Ein spezielles Kapitel befasst sich mit der Prognose bei Koma und apallischem Syndrom und mit therapeutischen Implikationen. Ab Seite 48 kommt der Autor dann zu den vom Rezensenten erwarteten eigentlichen Fragen, die sich stellen: der juristischen Rechtfertigung ärztlichen Handelns in speziellen Situationen. Folgerichtig setzt er sich mit dem Konstrukt der Einwilligungsfähigkeit auseinander und führt zur Frage über, welchen Wert bestimmte vorfixierte Patientenbekundungen in Notsituationen für den Arzt haben können. Zu nennen wären in erster Linie die Patientenverfügungen. Das ärztliche Handeln kann sich danach richten (muss es das in jedem Falle, fragt der Rezensent dieser Publikation?). Es muss aber auch – wie der Autor sehr differenziert auseinandersetzt – im gegebenen Falle der mutmaßliche Wille des Betroffenen zu eruieren versucht werden, was sicher noch schwieriger für den handelnden Arzt wird, wenn er bei schwer Hirngeschädigten den Versuch unternähme, Willensbekundungen aus Reaktionen der (zum Beispiel apallischen) Patienten abzuleiten. Der Autor reflektiert im Weiteren die Bedeutung der Indikationsstellung zum Handeln, die zunächst einem naturwissenschaftlichen Denkmodell

folgt, jedoch die anthropologische Seite ärztlichen Handelns nicht aus dem Auge zu verlieren hat; die Prognose spielt dabei eine erhebliche Rolle, sie hat – wie der Autor betrachtet – neben einem objektiv von Erfahrungen geprägten Aspekt auch eine subjektive Seite. Sehr lesenswert und von der Erfahrung des mitten im ärztlichen Handeln stehenden Autors geprägt, sind Ausführungen zur Sterbeprognose und Sterbephase.

Ein weiteres Kapitel befasst sich mit Modellen von Entscheidungsfindungen in Situationen, die vom Autor zuvor ventiliert wurden, um schließlich durch zwei eindrucksvolle Fallbeispiele die theoretischen Erwägungen zu verlebendigen. Ein Resümee führt die Grundgedanken zusammen. 88 Literaturquellen zum Thema ermöglichen Vertiefungen einzelner Aspekte der Arbeit.

Herr Professor Oehmichen legt eine lesenswerte und bedenkenswerte Schrift vor, die ihm als handelnden Arzt mit hohem Verantwortungsbewusstsein, aber in dieser Schrift vor allem als ethisch reflektierenden Mediziner ausweist. Ob der spezialisierte Neurologe oder Psychiater im klinischen Teil alle Beschreibungen und Krankheitsdefinitionen voll unterschreiben würde, sei dahingestellt. Das Gesamtanliegen der Schrift wird dadurch nicht geschmälert. Die Verbindung von medizinischem Wissen, ethischen Reflexionen und Beschreibungen besonders komplizierter ärztlicher Entscheidungssituationen und die künstlerische Gestaltung der Buchausgabe lassen das Werk zu einer lesens- und empfehlenswerten Schrift werden.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

## Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum 65. Geburtstag



Am 20. November 2007 feierte Herr Professor Dr. med. habil. Jan Schulze seinen 65. Geburtstag.

Der Vorstand und die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Mitglieder des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ gratulieren dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer recht herzlich und wünschen dem Jubilar gute Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit, weitere Schaffenskraft und Freude am Leben.

Die Glückwünsche sind verbunden mit dem Dank für sein engagiertes und erfolgreiches Wirken für die sächsische Ärzteschaft.

Herr Prof. Dr. Schulze, geboren 1942, studierte von 1962 bis 1965 an der Humboldt-Universität Berlin und danach bis 1968 an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Nach dem Staatsexamen und der Approbation im Jahr 1968 promovierte er 1969, erhielt 1973 die Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin und 1976 die Anerkennung als Subspezialist für Diabetologie. Seine 1985 abgeschlossene Habilitation hatte das Thema „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Fettstoffwechselstörungen“. 1992 erfolgte die Berufung zum a.o. Professor, 1994 zum Universitätsprofessor mit den Schwerpunkten Endokrinologie und klinische Stoffwechselkrankheiten.

Von 1991 bis 1994 war Herr Prof. Dr. Schulze Mitglied der Medizinischen

Fakultät der TU Dresden und stellvertretender Ärztlicher Direktor, von 1996 bis 1999 stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden, von 1999 bis 2000 Mitglied des Ausschusses Diabetologie sowie von 1999 bis 2005 Vorsitzender des Ausschusses Satzungs- und Antragskommission der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Seit 2003 ist Prof. Dr. Schulze Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Prävention des Diabetes der DDG und seit 2005 Mitglied des Kuratoriums der Deutschen Diabetes Stiftung. Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Tätigkeit waren und sind unter vielen anderen:

- Versorgungsforschung zur dualen Betreuung des Diabetikers im „Modell Sachsen“,
- Maßgebliche Erarbeitung „Sächsischer Leitlinien Diabetes“, die in das Nationale Leitlinienprogramm der Bundesärztekammer aufgenommen sind,
- Forschungsarbeiten zur Genetik des Typ-2-Diabetes mellitus.

Herr Prof. Dr. Schulze war an der Erarbeitung von mehr als 160 wissenschaftlichen Publikationen und an über 400 Vorträgen im In- und Ausland beteiligt.

Als international anerkannter Wissenschaftler hat Herr Prof. Dr. Schulze hohe Auszeichnungen und Ehrungen erhalten. Beispielhaft sind genannt:

1996: „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ der Sächsischen Landesärztekammer,  
1998: Richard-Merten-Preis für Qualitätssicherung in der Medizin auf dem Gebiet des Diabetes mellitus,  
2003: Mikulicz-Radecki-Medaille und  
2005: Bronze-Award Disease Management Association of Amerika.

Im August 2007 wurde Herr Prof. Dr. Schulze für seine hervorragenden Leistungen in Forschung und Lehre sowie in der ärztlichen Berufspolitik mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland geehrt.

Herr Prof. Dr. Schulze ist seit 1989 berufspolitisch aktiv. Nach der politischen Wende war er Mitinitiator vom „Unabhängigen Dozentenrat“ und

Vorsitzender vom „Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“. Herr Prof. Dr. Schulze ist Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und gehört seit 1990 kontinuierlich deren Vorstand an. Im Zeitraum 1991 bis 2000 wählten ihn die Ärztinnen und Ärzte der Stadt Dresden zu ihrem ehrenamtlichen Vorsitzenden der Kreisärztekammer. Er war langjähriges Mitglied der Ausschüsse „Satzungen“ und „Ambulante Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter“ der Sächsischen Landesärztekammer und ist Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“.

Prof. Dr. Schulze ist Sprecher des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“.

Seit dem 12. Juni 1999 ist Herr Prof. Dr. Schulze Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied im Verwaltungsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung und geachtetes Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Bei der Bundesärztekammer wirkt er im Wissenschaftlichen Beirat und im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten „ebenso mit wie im Ausschuss „Qualitätssicherung/ärztliche Berufsausübung“ und in der „Ständigen Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung“.

Das Engagement des Jubilars und seine Diskussionsfreudigkeit sind für alle, die mit ihm verbunden sind, ein belebendes Element. Ein besonderes Anliegen ist ihm das konstruktive Zusammenwirken der Sächsischen Landesärztekammer mit den weiteren Körperschaften und Verbänden des Gesundheitswesens zum Wohle der sächsischen Ärzte und Patienten.

Mögen Herrn Prof. Dr. Schulze seine geistige Frische, seine berufspolitischen und gesundheitspolitischen Aktivitäten, seine integrative Kraft, seine globale Interessiertheit und beste Gesundheit für viele weitere Jahre begleiten.

Erik Bodendieck, Vizepräsident  
PD Dr. jur. Dietmar Boerner,  
Hauptgeschäftsführer

Prof. Dr. med. Winfried Klug, Vorsitzender des  
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

## Der Schachtisch

### Zur Erinnerung an Heinrich Wilhelm Conradi

**(geb. am 22. 03. 1876,**

**Frankfurt/Main**

**gest. am 26. 04. 1943**

**in Gestapo-Haft in Dresden)**

Die Winterabende der Nachkriegsjahre 1945 bis 1947 waren lang und kalt, aber voller menschlicher Wärme. Unser Vater brachte meinem Bruder und mir geduldig bei Kerzenlicht, später bei dem ruhigeren Schein der Petroleumlampe, das Schachspiel bei. Wenn abends die Stromsperre einsetzte, saßen wir schon am Schachtisch und schoben die Figuren leise auf ihrem Filzsockel hin und her. Nur beim Mattzug wurde die zuletzt ziehende Figur heftig aufgesetzt und der König vom Verlierer umgelegt. Es waren wunderbare Abende, die Schulaufgaben waren erledigt, das Abendessen vorüber, gelegentlich krächzte der Volksempfänger, dessen Hakenkreuz unkenntlich gemacht worden war, Fernsehen gab es nicht, die Kinos wegen der Stromsperre abends geschlossen. Mein Vater war ein „kleiner PG“ und Angestellter der ÖVA (Öffentlichen Versicherungsanstalt) gewesen, inzwischen entnazifiziert, entrümpelte er tagsüber die verbliebenen Mauerreste des Deutschen Hygiene-Museums, ehe er mit den ersten Hygiene-Ausstellungen (Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose) über Land zog.

Gesprochen wurde damals während des Schachspiels kaum. Ich erinnere mich an diese Schachabende vor allem wegen des auffallend schönen Schachtischs mit seinen Intarsien und wegen der roten und gelben Elfenbeinfiguren (Abb. 1) und so fragte ich meinen Vater, woher dieser wertvolle Tisch stamme und wie er in unser ansonsten schlichtes Mobiliar geraten sei. Die Antwort kam sehr zögernd und nach und nach etwas verständlicher.

Er sei das Geschenk eines guten väterlichen Freundes, eines bedeutenden Arztes, Prof. Conradi, mit dem er vor vielen Jahren jede Woche gespielt hätte. Was aus ihm geworden sei, konnte (oder wollte) er mir

damals nicht sagen, nur dass er „umgekommen“ sei vor Jahren während des Krieges, wie so viele „umgekommen“ waren. Nach seinem Tod habe seine Frau den Schachtisch gebracht als Geschenk und als Zeichen der Erinnerung.

Mir ist diese Geschichte nahe gegangen, sie hat mich verfolgt und begleitet. Ein Gespräch über das dritte Reich, über Nazis und Judenverfolgung, über Auschwitz und Hitlers Verbrechen war in diesen Nachkriegsjahren nicht üblich, auch später in den 50-er Jahren rasch verdrängt durch den stillen und offenen Protest gegen die stalinistische Entwicklung in der DDR.

Der Tisch aber ging seinen eigenen Weg. Er landete in den 70-er Jahren als Schmuggelgut bei meinem Bruder im Westen. Er hatte ihn auseinandergeschraubt und im Kofferraum versteckt mitgenommen. Gelegentlich vielleicht genutzt, verfiel er äußerlich etwas, ehe er jetzt nach dem Tod meines Bruders zurückkehrte. Und wieder tauchte die Frage auf: woher kommt dieser auffällig schöne Tisch – wer war Conradi?

Da kamen mir die Tagebücher Victor Klemperers zu Hilfe: „Ich will Zeugnis ablegen bis zum letzten“. Im zweiten Band fand ich die Eintragung vom 25. April 1942. Klemperer lebte damals in „privilegierter Misch-

ehe“ in Dresden. Von der Technischen Universität entlassen, war er in der Teefabrik Schlüter (einem „Dresdner Schindler“ mit langer Judenliste) untergekommen. Am Ostersonntag 1943 also schreibt Klemperer:

*„– und gestern Abend die Nachricht von Conradis Verhaftung. Damit fällt der letzte in meiner Einbildung bisher noch vorhandene Wall zwischen dem Tod und mir. Auch Conradi Professor, pensionierter Staatsbeamter, Kriegsteilnehmer (als Stabsarzt), politisch mehr rechts als links, in Mischehe, wissenschaftlich angesehen, vorsichtig und ruhig – ich lernte ihn erst Montag kennen, war voreingegenommen gegen ihn, weil ich immer nur Übles von ihm gehört, und doch gefiel mir sein Wesen durchaus. – Jede Stunde kann es mich treffen. Und dann in der Zelle sitzen und von Minute zu Minute auf den Henker warten, vielleicht einen Tag, vielleicht Wochen, vielleicht erwürgt mich hier auch niemand („erhänge ich mich nicht“), sondern ich sterbe erst auf dem Weg ins KZ („bei Fluchtversuch erschossen“) oder in Auschwitz selber an „Insuffizienz des Herzmuskels“. Es ist so entsetzlich, das in allen Einzelheiten auszudenken in Bezug auf mich, in Bezug auf Eva. Ich dränge es immer wieder zurück, will jeden Tag, jede Stunde ausnutzen. Vielleicht überlebe ich doch...“*



Abb. 1: Der Schachtisch Conradis

Die Leute sprechen von ihren früheren Geschäften, sie vergleichen die Arbeit bei Schlüter mit der im Zeiss-Ikon-Werk, sie sind nicht unzufrieden, sofern sie nicht ein neuer Schock aufscheucht und verängstigt. Als ich antrat war die Verhaftungswelle der letzten Tage fast schon verschmerzt. Dann kam der neue Schlag....

Die beiden interessantesten Männer sind bzw. waren mir Conradi und Jakubowski. Im Anfang meiner Professur hörte ich in der Hochschule viel von einem Disziplinarverfahren gegen Conradi sprechen. Dann lange Jahre nichts von ihm. Danach erzählte Kätchen Sarah von ihrem „Vetter“ Conradi, der bei Zeiss-Ikon arbeite – ein berühmter Mann, aber so england-feindlich, so antisemitisch, so beinahe nazistisch. Zuletzt berichtete Steinitz von Conradis illoyalem Wesen. Um so erstaunter war ich, in Conradi einen durchaus zutunlichen, natürlichen, umgänglichen Menschen zu finden, mit dem sich mancher Berührungspunkt ergab. Ein ruhiger alt aussehender Mann von 66 Jahren. Er hat an der TH ein Nebenamt gehabt, war in der Hauptsache Beamter des Landesgesundheitsamtes; er gehörte zur Chemischen Abteilung, deshalb bin ich ihm nie begegnet. Ich versprach mir noch manches von dem Plaudern mit Conradi – er saß weit ab von mir, wir trafen uns bloß in den Pausen. Am Donnerstag berichtete er, er sei angeschrien worden, als er aus einem Laden kam: „Daß Du nicht Deinen Stern verdeckst, Du weißt, wo Du sonst hinkommst!“ Er habe sofort protestiert, er verdecke ihn nicht; es sei wohl auch nur eine Warnung und Einschüchterung gewesen, der Mann, den er als Gestapobeamten schon kenne, habe ihn nicht aufgeschrieben.

– Frau Hirschel berichtete weiter: Die Gemeinde sei von der Gestapo angerufen worden, den Mann festzustellen, der heute am Antonsplatz Radieschen eingekauft habe und danach ein Renkontre hatte. Radieschen, sagt Eva, sind Mangelware und also für Juden verboten. Daran also dürfte Conradi sterben. Die Lehre vom zureichenden Grunde. Am nächsten Tag, am Ostermontag,

dem 26. April 1943 abends: Steinitz brachte die Nachricht, dass Conradi bereits tot sei – Jakobi war zur Empfangnahme der Leiche ins PPD (Polizeipräsidium Dresden) beordert worden. Es kann mich jede Stunde treffen, ich werde das Grauen nicht mehr los.

09. Mai, Sonntag Mittag: Die beiden Beisetzungen verliefen in üblicher Weise. Beide Male viel Blumenschmuck, beide Male zuviel Geleit, dass man im Vorraum stand, beide Mal das übliche sinnlose Aneinanderreihen von Bibelsprüchen, abgelschten deutschen Versen, Formeln – beide, Conradi, der 66jährige, Gimpel, der 58jährige, waren „früh vollendete“ – falsches Pathos ...“

Ich habe diese Texte mehrfach gelesen, um sie zu verstehen; Conradi war also, wie von meinem Vater berichtet, ein bekannter Arzt in Dresden gewesen, Professor sogar und Jude, umgekommen wegen des für Juden verbotenen Einkaufs von Radieschen für das Osterfest 1943. Wenn es so war, dann musste es auch weitere Spuren geben. Zunächst in Dresden selbst. Das Institut für Geschichte der Medizin hatte nach der Wende Dissertationsthemen über jüdische Ärzte in Dresden vergeben und eine davon war bereits 1993 erschienen: Jaqueline Hippe – „Der Hygieniker und Bakteriologe H. W. Conradi (1876 bis 1943). Leben und Wirken unter besonderer Berücksichtigung des Schicksals in der Zeit des Faschismus.“ J. Hippe hatte alles zusammengetragen, was möglich war: die Biographie Conradis füllte sich mit Lebensdaten, auch mit ganz privaten.

1876 in Frankfurt/Main als Heinrich Wilhelm Cohn geboren, 1892 getauft, Namensänderung in H. W. Conradi. 1899 Promotion in Straßburg „Zu Fragen der Toxin-Bildung bei den Milzbrand-Bakterien.“ (Abb. 2). Ab 1901 fast 10 Jahre lang Mitarbeiter von Robert Koch in Berlin und gemeinsam mit Drigalski Entwicklung spezieller Nährböden zum Nachweis der Typhus-Erreger (sog. „Conradi – Drigalski – Nährboden“). Zwischen 1899 bis 1920 insgesamt 58 wissenschaftliche Publikationen über Typhus, Diphtherie und Gas-

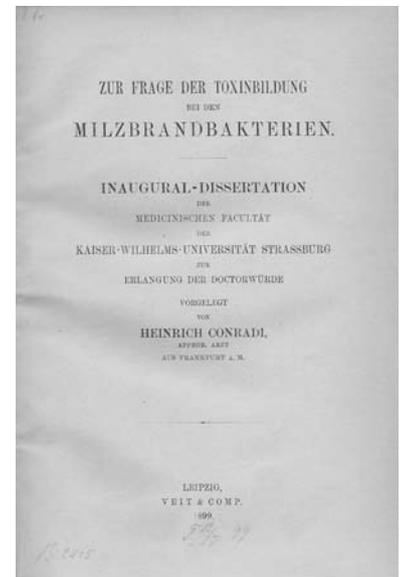


Abb. 2: Dissertation Conradis: „Zu Fragen der Toxinbildung bei den Milzbrandbakterien.“ Straßburg 1899

brand in bedeutenden deutschen Zeitschriften (MMW, DMW, Centralblatt für Bakteriologie etc.). Der Weg führte schließlich über Trier, Frankfurt am Main und Halle an der Saale nach Dresden. Habilitation an der TU und Venia legendi bis September 1935. Ab 30. 09. 1938 Berufsverbot. Diese Verzögerung des Berufsverbots und der relativ späte Einzug in eines der sogenannten Judenhäuser verdankte Conradi seinem Status als Frontkämpfer des ersten Weltkrieges und seiner „privilegierten Mischehe“ mit der Dresdnerin Margarethe Naumann.

Drei Tage nach seiner Verhaftung wurde er tot in der Zelle gefunden, die Umstände seines Todes waren unklar. J. Hippe konnte bei ihrer Recherche 1993 (noch vor der Veröffentlichung) von der Witwe Hadwig Klemperer die Originale der Tagebücher einsehen und fand einen Tagebucheintrag, der später nicht mehr auftaucht. Unter dem 28. 04. 1943 schreibt Klemperer: „Was man alles als Trost und Erleichterung nehmen kann. Ich erfuhr gestern, dass Conradi sich zweifellos vergiftet hat. Ich hörte auch, dass er seit langen Jahren nicht mehr im Staatsdienst gewesen, sondern Gutachter bei der ÖVA<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> ÖVA war die Abkürzung für die öffentliche Versicherungsanstalt, an der auch mein Vater tätig war

war.“) Auch im Einäscherungsregister in Dresden-Tolkewitz ist Vergiftung als Todesursache angegeben. Aber welche Spuren gibt es von dem Menschen Conradi? J. Hippe gibt die Gespräche mit einer Bekannten wieder: Conradi sei ein hochgebildeter, gut situiertes Mensch gewesen. Er wohnte mit seiner Frau in schönen Villen mit herrlichen Räumen und einer umfangreichen Bibliothek. Er sei ein großer Opernfreund gewesen und ein begehrter Schachspieler, der sich im engsten Kreise regelmäßig zu Schachabenden traf. Bei einem dieser Schachabende lernte sie als 13-jähriges Mädchen Conradi kennen. Und Frau Conradi sei eine großzügige Frau gewesen, die sie immer reichlich und mit wunderbaren Dingen beschenkt hätte. Dann aber berichtet sie: Ihr Onkel (der Freund Conradis) sei der NSDAP beigetreten, weil er seine Stellung als Reichspostbeamter behalten wollte und als deutschem Beamten war ihm der Umgang mit jüdischen Bürgern untersagt. Sie selbst sei Anfang der 40er Jahre Conradi in der Stadt begegnet, sei aber aus Angst, ihre Arbeitsstelle zu verlieren, vorbeigegangen...

Inzwischen war dies nach dem Erlass des Reichssicherheitshauptamtes vom 24. 10. 1941 verständlich: „Deutschblütige Personen, die in der Öffentlichkeit freundschaftliche Beziehungen zu Juden zeigen, sind aus erzieherischen Gründen vorübergehend in Schutzhaft zu nehmen bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zur Dauer von drei Monaten in einem KZ, Stufe I, einzuweisen. Der jüdische Teil ist in jedem Falle bis auf weiteres in ein KZ in Schutzhaft zu nehmen.“ Ich habe monatelang nach Spuren Conradis in unserer Familiengeschichte gesucht.

Von meinem Vater sind die Tagebücher aller drei Kinder von 1935 an lückenlos erhalten geblieben. Obwohl alle Begegnungen und Ereignisse akribisch erfasst sind, kommt sein „väterlicher Freund“ selbst nur einmal vor. Anlässlich der Geburt meines Bruders heißt es im Juni 1935: „Der 22. 06. brachte hohen Besuch: Professor Dr. Conradi und Gattin waren die Gäste. Beide waren



Abb. 3: Grabstein des Ehepaars Conradi auf dem Neuen Jüdischen Friedhof in Dresden

über das Bübchen erstaunt und der ärztliche Fachmann gab manch wertvolle Anregung für die Eltern, während seine Gattin ein paar reizende Strampelhöschen schenkte, die bei der schnellen Entwicklung unseres Kindes sich fast als zu klein erwiesen“.

Ein Jahr später taucht nur noch Frau Conradi auf, „die es sich nicht nehmen ließ, kurze Zeit anwesend zu sein, obwohl ihr Gatte erkrankt war(!)“.

Drei Jahre später „stellt sich zu unserer Überraschung Frau Professor Conradi ein und brachte einen hübschen handgestrickten Westover, ein seltenes Stück“. Immerhin erfolgt kurz danach im Mai 1938 noch ein Besuch bei Conradis in der Löbnitz (Radebeul bei Dresden), der Name Conradi taucht aber nicht mehr auf. Es heißt: „Kaffee, Kuchen und Spiele mit der guten Tante Professor. Selbst der sonst zurückhaltende Professor taut auf, seine Gattin sitzt mit unserem Bub auf dem Teppich...“ Zu dieser Zeit war mein Vater Abteilungsleiter in der ÖVA (s.v.) und ein begeisterter Anhänger Hitlers. Es fanden von da an keine Begegnungen mit Conradis mehr statt, auch kein Eintrag über den Tod von Conradi 1943, von dem aber meine Eltern erfahren hatten, bis 1948: am Heiligabend besuchte mein Vater erstmals wieder die Witwe Conradi;

es existiert ein kurzer Eintrag ohne Hinweis auf den Tod des Freundes. Aber von nun an fanden wieder regelmäßige Begegnungen zu Familienfesten und Feiertagen statt, die letzte Heiligabend 1952.

Am 07. 03. 1953 starb Margarethe Conradi und wurde in der Grabstätte ihres Mannes auf dem Neuen Jüdischen Friedhof an der Trinitatiskirche in Dresden beerdigt (Abb. 3).

Auf dem Grabstein steht:

„Hier ruht mein ganzes Glück  
Prof. Dr. med. Heinz Conradi  
gest. 26. 4. 1943  
Margarete Conradi  
geb. Naumann  
gest. 7. 3. 1953“

Die Parallelen zu der oben erwähnten Erinnerung der Bekannten Conradis sind eindeutig: Als Beamter und Mitglied der NSDAP brach mein Vater alle Beziehungen zu seinem Freund ab. Nur der Schachtisch mit den wunderbaren Elfenbeinfiguren, den er nach dem Tode von Conradis Frau erhielt, blieb als Erinnerungstück und als mahnende Anfrage. – Aber warum hat er mit uns in den Jahren des Schachspiels bis weit in die 60-er Jahre hinein darüber nie gesprochen? Conradis Tod war ein Tabu. Unsere Mutter sprach kurz vor ihrem Tod noch einmal über Conradi, diesen „feinen und berühmten“ Menschen, dessen Frau ihm das Gift in die Gestapohaft geschmuggelt hatte, um Folter, Demütigung und KZ zu ersparen. Aber wie mag es dann dieser Frau ergangen sein, als sie sich ihrer Rolle bewusst wurde? Immerhin war Klemperer ebenfalls kurz in Gestapohaft, hatte oft den gleichen Wunsch nach dem „Todesengel“, aber er hatte glücklich überlebt.

Viele Fragen bleiben unbeantwortet, aber die Erinnerung an diesen bedeutenden Bakteriologen und an die Umstände seines Todes sollten wachgehalten werden.

Literatur beim Verfasser

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Werner F. Kümmel, Prof. em. für Geschichte der Medizin, Universität Mainz, bei der Spurensuche.  
Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. Volker Hofmann,  
Amselweg 31, 06110 Halle/Saale

## Allerlei Kurzweiliges zum Weihnachtsfest

### Von Weihnachtskrippen, Krippenspielen und Weihnachtssternen

Wie in jedem Jahr möchte auch diesmal das Ärzteblatt Sachsen zum Jahresabschluss und zu den Weihnachtsfeiertagen allen Kolleginnen und Kollegen für die anstrengende und aufopferungsvolle ärztliche Tätigkeit danken und mit einer kleinen Weihnachtsbetrachtung auf die Feiertage einstimmen.

Entsprechend der großen Bedeutung und Volkstümlichkeit des Weihnachtsfestes hat sich eine kaum noch überschaubare Vielfalt an Gebräuchen und Gestaltungselementen entwickelt. Heute soll über Weihnachtskrippen, Krippenspiele und Weihnachtssterne berichtet werden.

Das Weihnachtsfest ist die Feier der Geburt Jesu Christi vor etwa 2000 Jahren. Es ist eingebunden in den Weihnachtsfestkreis des kirchlichen und weltlichen Brauchtums, der mit dem ersten Advent (Beginn des Kirchenjahres) anfängt und bis zum 2. Februar (Maria Lichtmeß) dauert. Das Weihnachtsfest selbst erstreckt sich nunmehr auf drei Tage, vom 24. Dezember bis 26. Dezember. Der eigentliche Tag der Geburt Christi am 25. Dezember wurde jedoch erst im vierten Jahrhundert festgelegt.

Die Festlegung auf diesen Zeitpunkt resultiert aus dem fehlenden Wissen um den genauen Termin (Tag und Jahr) von Christi Geburt, welcher bis heute trotz intensiver und interdisziplinärer Forschung von Historikern und Astronomen nicht genau bestimmt werden konnte.

Um das Weihnachtsfest rankt sich ein seit vielen Jahrhunderten gewachsenes traditionelles Brauchtum. Die Weihnachtskrippen und das Krippenspiel gehören bei uns fest eingebunden dazu.

Der historischen Überlieferung nach ist zwar im Weihnachtsevangelium nicht von der Armut der „Heiligen Familie“ zu lesen, doch die Bibelstelle, nach der das Kind an einen Platz gelegt wurde, der sonst für das Futter der Tiere vorgesehen ist – „da in der Herberge kein Platz für sie war“ –, wurde dementsprechend interpretiert. So mutmaßte man also, dass Jesus nicht

aus einem gehobenen Stande kam, sondern einer aus dem einfachen Volk war. Die heutigen Weihnachtskrippen gehen bereits auf das frühe Christentum zurück. Anfangs zeigten die Darstellungen nur das Christkind nach dem Lukas-Evangelium in der Futterkrippe liegend mit zwei Tieren, so Ochs und Esel.

Die biblische Darstellung der „Drei Weisen“, die ihre Geschenke dem Gotteskind darbringen (verwiesen wird auf das berühmte Mosaik in Ravenna) ist älter als diejenige Gestaltung mit Mutter Maria und Vater Josef.

Die Darstellung von Christi Geburt, oft auch gemeinsam mit der Abbildung der Anbetung der „Drei Weisen“ aus dem Morgenland und dem Weihnachtsstern, auf diesen wird noch eingegangen, ist heute die gängigste und bekannteste Krippenform.

Nach dem Aufstellungsort unterscheidet man Kirchenkrippen und Hauskrippen. In unserer Zeit werden auch auf Weihnachtsmärkten Krippen mit lebenden Tieren wie Eseln, Ziegen und Schafen gezeigt.

Die heute vor allem in Kirchen, aber auch im häuslichen Milieu zur Weihnachtszeit aufgebauten Krippen haben ihren Ursprung im 13. Jahrhundert. Es wird berichtet, dass Franziskus von Assisi im Jahre 1223 für die Feier der weihnachtlichen Mitternachtsmesse in Greccio in der Kirche die Grotte von Bethlehem nachbilden ließ mit Krippe, Ochs und Esel. Dies fand großen Anklang beim Kirchenvolk und hat die uns bekannte weltweite Verbreitung vermutlich ausgelöst.

Die Wurzeln des Brauches liegen also im Gottesdienst. Dazu kam damals ein neuer Stil der Frömmigkeit, dessen Anliegen das Leben Jesu Christi in seiner konkreten Gestalt, besonders in seiner Armut gewesen ist.

Aus Italien kommend, wo Neapel ein Hauptort der Krippendarstellung war, gelangte der Brauch auch nach Deutschland. In der Michaeliskirche in München wurde historisch belegt 1603 durch Jesuiten zum ersten Mal eine Krippe aufgebaut. Diese Darstellung wurde mit Unterbrechungen zur Tradition. Diese Tradition rief somit auch in unserer Zeit also im 20. und 21. Jahrhundert Krippenvereine und Krippenmuseen ins Leben. Während des Sommerurlaubes 2007 hatte ich Gelegen-

heit in Vorarlberg/Österreich in der Stadt Dornbirn ein Krippenmuseum zu besuchen und viele interessante Aspekte zu den Weihnachtskrippen zu erfahren. Es ist dort eine beeindruckende Sammlung von etwa 120 Krippen und Figuren aus aller Welt, selbst vom afrikanischen Kontinent, auf zwei Etagen zu besichtigen. Jährlich werden Ausstellungsstücke mit anderen ausgetauscht und es bestehen weltweit Verbindungen zu anderen Krippenmuseen. Das Museum hat auch selbstverständlich eine Krippenverkaufsstelle, in der verschiedene Krippen, Figuren und Zubehör für Sammler und Liebhaber zum Verkauf angeboten werden. Die Krippenställe und die bekleideten Krippenfiguren sind reine Handarbeit und damit ist jedes Stück ein Unikat. Der Krippenverein Dornbirn hatte nach einem Besuch eines Krippenmuseums in Italien bereits 1982 die Idee ein solches Museum entstehen zu lassen. Die Verwirklichung dieser Idee ist sehr gut gelungen.

Es gibt neben dem Krippenmuseum in Dornbirn weitere Museen in Deutschland Italien und anderswo in Europa. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen nur einige genannt werden, so zum Beispiel in Schirgiswalde/Oberlausitz, in Bamberg, in Mindelheim/Unterallgäu, in Berkheim/Oberschwaben, in Losheim/Eifel, in München, in Innsbruck, in Wien, und an anderen Orten.

Inzwischen gibt es auch berühmte Krippenbauer, die sich gewerblich und auch hobbymäßig mit dem Krippenbau beschäftigen. Mittlerweile kann man auch schon von einer Typisierung der Krippen sprechen.

Wie bereits oben erwähnt werden nach dem Aufstellungsort, Kirchenkrippen und Hauskrippen unterschieden, wie auch nach der Art der äußeren Gestaltung etwa Stallkrippen, Höhlenkrippen, Tempelkrippen, Landschaftskrippen, Kastenkrippen und Bretterkrippen. Dem Stil nach teilt man ein in Stilkrippen, Wurzelkrippen, orientalische Krippen, Heimatkrippen und Schneekrippen.

Nach der Machart der Figuren unterscheidet man Loammandlkrippen, Zinnkrippen, Santons, Terrakottakrippen, geschnitzte Krippen, Wachskrippen, Pappmaché-Krippen und Krippen mit biblischen Erzählfiguren.

Nach den dargestellten Szenen kennt man Weihnachtskrippen und Krippen mit

der Darstellung des Leben Jesu. Diese nennt man auch Dioramen. Sie beschäftigen sich mit biblischen Szenen außerhalb der Geburt Jesu. Nach der Zahl der dargestellten Szenen unterscheidet man nun noch Simultankrippen, Wechselkrippen und Jahreskrippen.

Sonderformen sind Papierkrippen, Baumschwammkrippen, Weihnachtspyramiden mit Krippenmotiven und mechanische Krippen.

Bevor im 19. Jahrhundert der Christbaum seine allgemeine Verbreitung fand, stand die Krippe im Mittelpunkt zum Beispiel bei der katholischen familiären Weihnachtsfeier. Die Hauskrippen sind in vielen Gegenden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz heute fester Bestandteil des häuslichen Weihnachtsschmuckes und werden in allen, wie oben genannt, erdenklichen und künstlerischen Stilen und Materialien gefertigt. Beliebte sind auch die selbst gebastelten Krippen, Bastelbögen oder fertig gekaufte Krippen als Festtagsschmuck, bis hin zur Weihnachtskrippe von Playmobil, die erstmals seit dem Jahre 2000 vermarktet wird.

Im gewissen Sinne kann man auch bei der Aufstellung der Krippen und der Figuren von einem Krippenspiel sprechen, weil die Szenen immer wieder verändert werden können. Die Weihnachtskrippen verbinden die Bilder der Adventszeit mit dem Dreikönigsfest. Dabei kommt dem Weihnachtsstern mit seinem Schweif eine besondere Bedeutung zu. Man spricht auch vom Stern der Weisen, dem Dreikönigsstern, beziehungsweise vom Stern von Bethlehem.

Nach dem Neuen Testament handelt es sich offenbar um eine Himmelserscheinung (Stern, Komet), die den „Drei Weisen“ aus dem Morgenland, den heiligen drei Königen (Caspar, Melchior und Baltasar) den Weg nach Bethlehem, dem Geburtsort Jesu, wies. Von den Astronomen werden ein Nova-Ausbruch, eine Kometen-Erscheinung, eine Jupiter-Saturn-Konjunktion im Sternbild Fische 7 vor Christus oder auch eine extrem enge Begegnung des Jupiters mit der Venus am 17.6. des Jahres 2 vor Christus zur Erklärung des überlieferten Phänomens erörtert.

Eine andere Variante der Weihnachtstradition ist somit der Adventsstern über den jetzt berichtet wird.

Der Adventsstern ist ein christliches Symbol, welches den Stern von Bethlehem darstellen soll und ursprünglicher Bestandteil der Weihnachtskrippe ist. Er stammt auch als Herrnhuter Stern bekannt aus dem Brauchtum der Herrnhuter Brüdergemeine und wird in der Weihnachtszeit in und an Wohnhäusern bzw. Kirchen aufgehängt oder auf Tannensäulen aufgesteckt. Dort verbleiben sie in der Regel bis zum Fest der Erscheinung des Herrn am 6. Januar.

Die Herrnhuter Brüdergemeine hat ihren Stammsitz in Herrnhut in der Oberlausitz, einem von den Nachfahren der evangelischen Brüderunität Mähren am 17. Juni 1772 gegründeten Ort unter damaliger Leitung von Nikolaus Graf von Zinzendorf. Von da aus entwickelte sich eine große Missionarstätigkeit und somit verbreiteten sich auch die Sterne in aller Welt. Sie waren und sind noch immer beliebt wegen ihrer Form, ihres Lichtes und ihrer Schlichtheit.

Der Herrnhuter Stern ist also ein beleuchteter Advents- und Weihnachtsschmuck in Sternform. Beim kommerziellen Stern fehlt die obere Zacke. Dort ist die Einleitung für ein elektrisches Licht beziehungsweise die Aufhängung angebracht. Im Handel wird der Stern zerlegt angeboten und er besteht aus viereckigen und dreieckigen Zacken sowie Zubehör zum Selbstaufbau.

Auch in vielen protestantischen Kirchen hängen, besonders in unserer sächsischen Region, in der Weihnachtszeit ein oder mehrere solcher Sterne.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts begann in Ostsachsen die manufakturmäßige Herstellung und der Vertrieb der



Krippe

Foto: Gräfe

„Original Herrnhuter Sterne“. Selbst in der DDR führte der damals volkseigene Betrieb VEB Stern die Produktion fort. Noch heute produziert die Herrnhuter Sterne-GmbH für das In- und Ausland ein reichhaltiges Sortiment an Sternen und natürlich auch uns zur Freude.

Mit dem Wissen um Krippen und Weihnachtsterne ausgerüstet kann jetzt für uns eine friedliche und besinnliche Weihnachtszeit beginnen. Alle Hast und alle Sorgen des letzten Jahres sollen nun hinter uns liegen und wir wollen auch dankbar auf Erreichtes zurückblicken. In der Feiertagspause sollten wir aber nicht nur ruhen, sondern auch unsere Sinne für das neue Jahr 2008 schärfen.

**Der Autor des Beitrages sowie das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen allen Kolleginnen und Kollegen sowie auch allen Leserinnen und Lesern unsere Standesorgans frohe, gesunde und besinnliche Festtage und einen guten Start sowie Erfolge für das Jahr 2008.**

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Kohren-Sahlis