

<b>Editorial</b>	Wie steuern ohne Praxisgebühr?	<b>496</b>
<b>Berufspolitik</b>	47. Tagung der Kammerversammlung	<b>497</b>
	Beschlüsse der 47. Kammerversammlung	<b>501</b>
	Fachsymposium zur Berufs- und Gesundheitspolitik	<b>503</b>
	Zeugnisse für Fachwirte	<b>508</b>
	Informationsveranstaltung „Arzt in Sachsen“	<b>509</b>
	1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen	<b>510</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Nur eine Spritze	<b>512</b>
<b>Aus den Kreisärztekammern</b>	Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2012	<b>517</b>
<b>Ausschuss Senioren</b>	Ärztliche Senioren als Ehrenamtler	<b>518</b>
<b>Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung</b>	Beitragswerte 2013	<b>519</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Neue Räume für die sächsischen Ärzte	<b>520</b>
	Schließzeiten zum Jahreswechsel 2012 / 2013	<b>520</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>521</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Fettstoffwechselstörungen	<b>522</b>
<b>Verschiedenes</b>	Schwimmer oder Nichtschwimmer?	<b>509</b>
<b>Personalia</b>	Verdienstorden des Freistaates Sachsen an Dr. med. Matthias Czech	<b>524</b>
	Laudatio zum 70. Geburtstag für Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze	<b>525</b>
	Jubilare im Januar 2013	<b>526</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Zur 750-jährigen Geschichte der Knappschaft	<b>528</b>
<b>Weihnachten</b>	Allerlei Wissenswertes zu Weihnachten 2012	<b>530</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Februar 2013	



47. Tagung der Kammerversammlung Seite 497



Fachsymposium zur Berufs- und Gesundheitspolitik Seite 503



Neue Räume für die sächsischen Ärzte Seite 520



Weihnachten 2012 Seite 530

Titelbild: Leipziger Weihnachtsmarkt, © LTM-Studio 80

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

## Wie steuern ohne Praxisgebühr?



Erik Bodendieck

© SLÄK

Die Praxisgebühr, im Jahr 2004 unter vor allem erheblichem Kostendruck mit dem Deckmäntelchen der Notwendigkeit der Steuerung von Arztbesuchen eingeführt, machte Arbeit, sie machte so viel Arbeit in den Arztpraxen, Notfallambulanzen und auch bei Hausbesuchen, dass geschätzte 360 Millionen Euro allein im Jahr bei zwei Milliarden zusätzlichen Einnahmen als Bürokratiekosten verursacht wurden. Und natürlich habe auch ich mich über Jahre gegen diese gefühltermaßen unnütze Aktion gewandt. Aber schauen wir mal genauer hin: Freilich hat es genervt, wenn allabendlich das Geld zur Bank geschafft werden musste, mancher Witz hinter der Ladentheke kam schon auch, wenn mit einem Bündel von 10-Euro-Scheinen bezahlt wurde oder mancher Einbrecher glaubte, den großen Reibach zu machen.

Aber ist das alles? Sind wir sicher, dass wirklich keine positiven Nebeneffekte durch die Praxisgebühr auftraten? Woher wissen wir, dass nicht doch eine Steuerungswirkung eintrat? Und wie ist es mit den Finanzen der Zukunft bei der Gesetzlichen Krankenversicherung bestellt?

Der durch die zehn Euro aufgebaute Druck auf die Patienten sich per Überweisung auch zu Routineuntersuchungen bei Fachärzten vorzustellen, führte zumindest dazu, dass ich als Hausarzt bei einem Großteil meiner Patienten wusste, bei welchem Facharzt sie wann vorstellig wurden. Im Übrigen ist die Behandlung auf

Überweisung auch an die Pflicht gebunden, Befunde an den Überweiser zu schreiben, dieser Pflicht entzog sich bisher ohnedies schon so manche Kollegin, mancher Kollege. Als Hausarzt bleibt mir dann nur noch die Möglichkeit, durch aufwendige Telefonate die Befunde zusammenzutragen. Sind es doch die Hausärzte, welche für die Koordination der Patientenbehandlung zuständig sein sollen, Abstimmungen zwischen den Fachärzten durchführen sollen und auch die ersten sind, welche zum Beispiel bei der Abgabe von ärztlichen Gutachten zum Beispiel bei der Deutschen Rentenversicherung oder der Beurteilung des Grades der Behinderung angefragt werden.

Die Abschaffung ist aus meiner Sicht deshalb ein Bärendienst an der freien Arztwahl.

Nicht nur eine Zunahme der Frequentierung der Arztpraxen bleibt zu erwarten, auch wird die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an Krankenhäusern noch weiter zunehmen. Untersuchungen in Sachsen durch die Sächsische Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung haben ganz deutlich gezeigt, dass es eine erheblich vermehrte Nutzung von Notfallambulanzen zumindest punktuell gab und gibt. Hier spielt die Erbringung ambulanter Leistungen am Krankenhaus über den Umweg der prästationären Behandlung mit hinein. Nicht zuletzt ersparten sich Patienten Wege und Termine, wenn sie zum Beispiel zur Gastroskopie nicht zum nächsten niedergelassenen Arzt fahren, sondern lieber im nächstgelegenen Krankenhaus in der Notfallambulanz gegen Entrichtung von zehn Euro einen Einweisungsschein erhielten und sofort in den Genuss der notwendigen Untersuchung kamen. Die Praxisgebühr war nicht beliebt, zugegeben, aber wie steht es nun um die Finanzen der GKV in der Zukunft. Nehmen wir Berechnungen der Gesundheitsökonomien oder der GKV selbst, seien hier nur Prof. Dr. med. Fritz Beske und die BARMER GEK genannt, so wird sich der Morbiditäts- und damit Kostendruck in

den nächsten Jahren massiv verschärfen. Ob die derzeit gut gefüllten Kassen der GKV halten, wenn sich Konjunktur in Rezession wandelt, bleibt auch zu bezweifeln. Und die Politik verschließt sich einer Priorisierung in der Medizin weiter. Wehklagen über Finanzlöcher höre ich schon heute.

Diejenigen, welche das Gesundheitssystem nach meiner Wahrnehmung (valide Untersuchungen dazu sind nicht bekannt) viel in Anspruch nehmen, haben ohnedies eine Befreiung von Zuzahlungen nach der Chronikerregelung oder bei bereits geringer jährlicher Belastung (zum Beispiel ALG II-Empfänger).

Wem nützt die Abschaffung also? Taugt sie ein Jahr vor der Bundestagswahl als Wahlgeschenk oder ist es nur eine populistische, zu kurz gedachte Aktion, um Umfragetiefs zu beschönigen?

Und wer denkt an die Krankenhausfinanzierung, Notopfer und den dringend notwendigen Bedarf an Finanzmitteln zur Erhaltung der guten Krankenhausinfrastruktur ganz besonders in Sachsen? Da sind zähe Verhandlungen notwendig, wenig politische Einsicht vorhanden und es lässt sich manche Nachhaltigkeit vermissen.

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, um Eigenbeteiligung der Patienten in finanzieller wie aber auch in ideeller Hinsicht intelligent zu stärken, die Vollkasko mentalität in der solidarischen Krankenversicherung zu besiegen, dazu braucht es erst einmal einer genauen Diagnose. Dann kann man die Therapie festlegen. Mit einem pauschalierten Entgeltsystem in der niedergelassenen Medizin (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) zum Beispiel ist dies sicher nicht möglich. Und erst nach Stellung der Diagnose können wir mit der Therapie beginnen. Es ist nicht zu spät und ein neues Jahr liegt vor uns.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine gesegnete Weihnacht und ein interessantes und erfolgreiches neues Jahr.

Erik Bodendieck  
Vizepräsident

## 47. Tagung der Kammerversammlung

10. November 2012

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der Kammerversammlung den Alterspräsidenten, Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Ministerialrat Dr. rer. nat. Frank Bendas, Leiter des Referats „Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Arzneimittel und Apothekenwesen, Tierarzneimittel in der Abteilung 2 „Gesundheits- und Veterinärwesen, Verbraucherschutz“, die Vertreterin des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Carl Gustav Carus, Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Dr. med. Bernhard Rochell, den Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 68 der 102 ärztlichen Mandatsträger anwesend.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits-, Sozial- und ärztlichen Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
In der aktuellen Politik ist der beginnende Bundestagswahlkampf bereits zu spüren. Die Praxisgebühr wurde bereits wahlwerbewirksam wegen der sehr guten Finanzlage der Krankenkassen abgeschafft. Aber auch in die Bedarfsplanung ist Bewegung geraten. Eine Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie von 1993, die bisher von einem Überschuss ausging, soll zum 1. Januar 2013 erfolgen. „Im Vorfeld wurde nicht zuletzt durch unsere Initiative die Grundlage für die Einrichtung des sogenannten „Gemeinsamen Landesgremiums“ in Sachsen geschaffen“, so Prof. Dr. Jan Schulze. Dieses Landesgremium kann Empfehlungen zu sektoren-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLÄK

übergreifenden Versorgungsfragen abgeben und zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne Stellung nehmen. Nach einem ersten Treffen im Sozialministerium ist er auf die inhaltliche Ausgestaltung dieses Gremiums und auf dessen tatsächliche Mitwirkungsmöglichkeiten sehr gespannt.

Die Honorarverhandlungen zwischen der KBV und den Krankenkassen bezeichnete Prof. Dr. Schulze als in der Sache notwendig, denn aus seiner Sicht ging es um die Grundfrage, wer den Wert einer medizinischen Leistung bestimmt: die Krankenkassen oder die Ärzte?

### Investitionen in Krankenhäuser

Der Rückzug der Länder aus den Investitionen in Krankenhäuser sieht der Präsident kritisch. Nach dem

Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung müssten die Länder die Mittel für Investitionen in den Krankenhäusern aufbringen. Doch während seit 1991 vom Freistaat 3 Mrd. Euro/Jahr zur Verfügung standen, sieht der Entwurf für den kommenden Doppelhaushalt in Sachsen nur noch eine Investitionssumme von 101 Millionen Euro/Jahr vor. Und 2015 fallen zudem die zusätzlichen Investitionen der Krankenkassen weg. Staatsministerin Christine Clauß hat kürzlich darauf hingewiesen, „dass die Krankenhäuser ihre Investitionsplanungen neu durchdenken und nach neuen innovativen Finanzierungsformen suchen müssten. Auch der Freistaat wird die Art der Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand stellen. Prof. Dr. Schulze begrüßt deshalb die vom Bundesrat angestoßene Diskussion um eine Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel, Krankenhäuser nachhaltig finanziell zu sichern. „Doch wir müssen auch den Freistaat nachdrücklich daran erinnern, der Verpflichtung zur Finanzierung dringend notwendiger Krankenhausinvestitionen nachzukommen“. Um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssten Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen und Eigenmittel ansaparen. Diese Mittel fehlen dann in der Patientenversorgung. Auch einer Ökonomisierung der Medizin wird damit Vorschub geleistet. Dies sieht der Präsident besonders kritisch. Deshalb dürfe man Krankenhäuser



Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig:  
„Ich halte die ersatzlose Abschaffung  
der Praxisgebühr für falsch!“

© SLÄK



Dr. med. Stefan Windau, Leipzig:  
„Die Praxisgebühr hatte durchaus  
Steuerwirkung.“

© SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann,  
Dresden: „Die klinischen Krebsregister  
im Freistaat müssen rechtlich dem  
Gemeinsamen Krebsregister in Berlin  
gleichgestellt werden.“

© SLÄK

nicht nur als reine Kostenverursacher betrachten, sondern eher als Wirtschaftsfaktor einer Region.

### Ärztebedarf

Der Ärztebedarf in Sachsen bleibt weiterhin hoch. Eine aktuelle Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen „112 – und keiner hilft“ hat errechnet, dass bis 2020 33.000 und bis 2030 sogar rund 76.000 ärztliche Vollzeitstellen in Deutschland fehlen. Hervorgerufen wird das Defizit laut der Studie durch den demografischen Wandel und die niedrige Absolventenzahl. Besonders in der fachärztlichen Versorgung, wie im Bereich HNO oder Augenheilkunde, sieht die Prognose schlecht aus. Und auch in der Allgemeinmedizin könnte ein Drittel der Vollzeitstellen unbesetzt bleiben. Der Studie zufolge ist dieser Trend dadurch bedingt, dass durch die demografische Entwicklung die Nachfrage steigt und knapp ein Drittel der ausgebildeten Fachkräfte in Deutschland wegen der hohen Arbeitsbelastung nicht im erlernten Beruf tätig sind, sondern in die Wirtschaft abwandern. Zu bekämpfen sei der Mangel nur, und das ist nun nicht neu, durch eine drastische Minimierung der Arbeitsbelastung der Ärzte sowie durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, unter anderem durch Bürokratieabbau und einer

Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bei der Gewinnung von Nachwuchs wird es zwischen den Bundesländern zu immer mehr Konkurrenz kommen. Selbst Österreich spricht aktuell von einem Ärztemangel.

Mit dem Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ hat Sachsen deshalb einen wichtigen strategischen Schritt gemacht. Das Netzwerk widmet sich in erster Linie der Nachwuchsgewinnung. Dies erfolgt ganz klassisch auf Veranstaltungen für Medizinstudenten oder für junge Ärzte sowie über Flyer und Anzeigen in bundesdeutschen Studentenzeitschriften, aber zunehmend auch via Film und soziale Netzwerke. Gleichzeitig erfolgt eine engere Kooperation mit den Universitäten in Sachsen. Für Anfang kommenden Jahres will sich die Lenkungsgruppe mit neuen Strukturen in der medizinischen Versorgung auseinandersetzen, da die Einzelpraxis in ländlichen Regionen wahrscheinlich aus wirtschaftlichen Gründen wenig Zukunft hat.

„Demografischer Wandel und Globalisierung, verbunden mit einem Fachkräftemangel, werden in naher Zukunft, wir reden hier in Zeiträumen von 10 bis 15 Jahren, zu immer mehr ausländischem Personal führen. Darauf müssen wir uns, die Gesellschaft wie auch die Ärzte, einstellen“, so Prof. Dr. Schulze. Die EU-

Kommission will mit einer Richtlinie unter anderem eine europaweite Anerkennung der medizinischen Abschlüsse erreichen. „Ich unterstütze grundsätzlich diese Richtlinie. Sie vereinfacht eine grenzüberschreitende Mobilität von europäischen Ärzten. Aber ich lehne die drohende Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre ab, wie es die Richtlinie beschreibt“. Zugleich müssten Arbeitgeber darauf achten, dass die Sprachkenntnisse der ärztlichen Kollegen auch den Anforderungen im Beruf gerecht werden, damit Patienten nicht zu Schaden kommen und eine fachliche Verständigung möglich ist.

Durch die politisch verordneten Sparmaßnahmen steht das Modell der Rabattverträge grundsätzlich in der Kritik. Es kann dazu führen, dass billig vor zuverlässig geht, wie es beim Grippeimpfstoff wahrscheinlich der Fall war. Denn die Kassen bestimmen die Marke und lassen Arzt und Patient keine freie Wahl mehr. Mediziner sind gezwungen, einen Impfstoff zu verwenden, dessen Qualität nicht abgeklärt ist. Außerdem entstehen durch die Verträge regionale Abhängigkeiten von den Herstellern und die Präventionsmaßnahme „Grippe-schutz“ kommt in Verruf. Deshalb müsste für Impfstoffe die Forderung gestellt werden, diese aus den Rabattverträgen herauszunehmen.



Prof. Dr. med. Otto Bach, Leipzig: „Die Frage, ob 5 oder 6 Jahre Studium ist nicht entscheidend, sondern wer steht dem Studenten lehnend zur Verfügung?“  
© SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Leipzig: „Die Studienzeit in der Medizin ist zu lang.“  
© SLÄK



Dr. med. Brigitte Knüpfer, Frankenberg: „Wie definiere ich das 6. Studienjahr, nämlich das PJ?“  
© SLÄK

### Transplantation

Die Organspende ist nach Ansicht des Präsidenten leider in Verruf gekommen, da mit hoher krimineller Energie zwar nicht die Spende, wohl aber die Verteilung von Organen manipuliert wurde. Dies soll nun künftig schärfer kontrolliert und mit Sanktionsmaßnahmen geahndet werden. Zudem wurde eine unabhängige Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“ zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsgesetz eingerichtet.

Ob die seit 1. November 2012 im Transplantationsgesetz geregelte „Entscheidungslösung“ die Spendebereitschaft wieder verbessern wird, bleibt abzuwarten. Jetzt werden alle Bundesbürger regelmäßig aufgefordert, sich über das Thema Organspende zu informieren und dazu eine eigene Entscheidung zu treffen. Dies soll durch Briefe, aber auch durch soziale Netzwerke wie Facebook erfolgen. Ein abgestimmtes Vorgehen der Krankenkassen gibt es nicht. Erfahrungen in den Niederlanden mit einem solchen Vorgehen belegen allerdings einen Rückgang der Spendebereitschaft. Sehr viel erfolgreicher, so Prof. Dr. Schulze, sei dagegen die wichtige Arbeit der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken, die, mit entsprechender Ausbildung und ausreichend Zeit,

großen Einfluss auf die Spendebereitschaft haben können.

### Assistierter Suizid

Täglich müssen sich Ärzte mit den Fragen am Lebensende, mit ethischen Fragen, auseinandersetzen. Sterbebegleitung, Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid sind die Stichworte dazu. Das Bundesjustizministerium hat jetzt ein Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung in den Bundestag eingebracht. Dieser Gesetzesentwurf sieht vor, dass Angehörige und andere einem Suizidwilligen nahestehende Bezugspersonen, die sich als nicht gewerbsmäßig handelnde Teilnehmer an der Sterbehilfe beteiligen, straffrei bleiben sollen. Das könnte auch für Ärzte und Pflegekräfte gelten, wenn eine „über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende, länger andauernde persönliche Beziehung“ entstanden ist, wie dies zum Beispiel beim langjährigen Hausarzt der Fall sein kann. Palliativmediziner sollen weiterhin straffrei bleiben, wenn diese „einem unheilbar kranken Patienten ein Schmerzmittel zur Bekämpfung sogenannter Vernichtungsschmerzen bereitstellen, obwohl er und der Patient wissen, dass durch die palliative Sedierung unbeabsichtigt, aber wahrscheinlich der Todeseintritt beschleunigt werden kann“.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern lehnen den ärztlich assistierten Suizid grundsätzlich ab. Ärzte können nicht als Sterbehelfer zur Verfügung stehen. Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Ihnen ist es durch die Berufsordnung verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten und sie dürfen auch keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Die engagierten Ärzte in der Sächsischen Landesärztekammer setzten sich zu den vorgenannten Themen im politischen Diskurs mit Bundes- und Landtagsvertretern, Ministerien sowie Hochschulen und Verbänden auseinander. Die Sächsische Landesärztekammer ist eine übergreifende



Die Mandatsträger bei der Beschlussfassung

© SLÄK

Körperschaft in der Selbstverwaltung und nur sie kann deshalb die Interessen aller sächsischen Ärzte wirksam wahrnehmen. Der Präsident dankte zum Abschluss seiner Rede aus diesem Grund allen berufs- und gesundheitspolitisch engagierten Ärzten.

Aus seiner Sicht ist deren Engagement eine Investition in die Zukunft

- der sächsischen Ärzteschaft,
- der Qualitätssicherung der Medizin und
- der Sächsischen Landesärztekammer.

### **GKV-VStG-Stand der Umsetzung 10 Monate nach Inkrafttreten**

Die Ausführungen des Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Dr. med. Bernhard Rochell, werden wir in einem der nächsten Hefte des „Ärztblatt Sachsen“ abdrucken.

### **Novellierung der (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifizierung der Bundesärztekammer“**

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Auf der Kammerversammlung am 10.11.2012 wurde auch über den Stand der Novellierung der bestehenden Musterfortbildungssatzung der Bundesärztekammer (BÄK), wie auch der Satzung der der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) berichtet. Seit längerer Zeit ist dazu in den unterschiedlichen Gremien der Ärztekammern diskutiert worden; und

nun sollen auf dem Ärztetag in Hannover im Mai 2013 die Mustersatzung und im Juni 2013 auf dem Sächsischen Ärztetag diese Ordnungen mit eher geringen Veränderungen (im Vergleich zu bisherigen Regelungen) verabschiedet werden.

Im Einzelnen sollen die Ziele der Fortbildung umfassender im Sinne der Patientenzentriertheit und der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns definiert werden, aber auch Aspekte der Betriebswirtschaft in der ärztlichen Praxis als fortbildungsnotwendig eingearbeitet werden.

Die Kammern werden verpflichtet, eigene Fortbildungsangebote zu gestalten (wie die Geschäftsberichte ausweisen, wird dies in unserer Kammer sehr umfangreich betrieben). Einige neue Kategorien, dem Zuge der Modernisierung medientechnischer Möglichkeiten folgend, müssen zukünftig berücksichtigt werden: onlinegestützte Fortbildungsmaßnahmen, wie „e-learning“ und „blended-learning“. Der bisherige § 10 der Satzung, der geeigneten Veranstaltern ermöglicht, im Rahmen einer Akkreditierung die Fortbildungspunkte selbst zu vergeben, ist auf der Bundesebene strittig, soll aber in Sachsen erhalten bleiben.

Die 47. Kammerversammlung hat den Bericht zur Kenntnis genommen. Der weitere Prozessablauf sieht nun vor, dass die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in ihrer Dezembersitzung 2012 die Satzung berät und als Vorschlag an unseren Vorstand weiterleitet, um sie dann dem Ärztetag im Juni 2013 zur

Beschlussfassung vorzulegen. Die Satzung könnte dann ab 01.01.2014 wirksam werden. Eine Verfahrensordnung, die die formalen Details regelt, würde entsprechend modifiziert. Sie ist vom Vorstand zu gegebener Zeit zu verabschieden.

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

Dr. med. Thomas Fritz, stellv. Vorsitzender des Ausschusses Finanzen



Die Kammerversammlung bestätigte folgende Änderungen der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer:

- Erhöhung des Sitzungsgeldes für die Mitglieder der Fachkommission Strahlenschutz auf 300 EUR pro Gutachter und Vor-Ort-Begehung und
- Erhöhung der Fahrtkostenpauschale für Fahrten mit dem eigenen PKW auf 0,60 EUR/km.

Die Sächsische Landesärztekammer würdigt damit einerseits das große ehrenamtliche Engagement ihrer Mitglieder und berücksichtigt andererseits die gestiegenen Preise und Aufwände.

### **Haushaltsplan für das Jahr 2013**

Dr. med. Thomas Fritz, stellv. Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Herr Dr. Thomas Fritz erläuterte die geplanten Erträge und Aufwendungen für das nächste Jahr 2013. Der Haushalt 2013 hat einen Gesamtumfang von 11.170.200 EUR. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2013 eine Steigerung der Aufwendungen gegenüber dem Ist des Jahres 2011 um 17 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2012 um drei Prozent vor (siehe Seite 502).

Bei den Erträgen ist gegenüber dem Ist 2011 eine Senkung um sechs Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2012 eine Erhöhung von zwei Prozent vorgesehen.

Die Differenz zwischen Erträgen und Aufwendungen in Höhe von 940.500 EUR wird durch die planmäßige Entnahme aus zweckgebundenen Rücklagen gedeckt, die aus Überschüssen der Vorjahre gebildet wurden und somit die Haushalte der Folgejahre entlasten. Die Sächsische Landesärztekammer ist schuldenfrei. Der Haushalt für das folgende Jahr ist durch folgende Sachverhalte geprägt:

- Das Jahr 2013 dient nach den umfangreichen Umbau- und Modernisierungsarbeiten im Kammergebäude der Konsolidierung. Die Nutzung der neuen räumlichen und technischen Möglichkeiten ist durch die Durchführung von zusätzlichen Veranstaltungen, insbesondere Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, zu sichern. Eine entsprechende Nachfrage ist vorhanden. Finanzielle Auswirkungen sind im Haushaltsplan berücksichtigt.
- Die im Jahr 2012 begonnene Einführung eines Dokumentenmanagementsystems und die modulweise Umsetzung der elektronischen Archivierung werden in 2013 weiter fortgesetzt. Die Etablierung eines Onlineportals für die Kammermitglieder wird ein Hauptschwerpunkt des Jahres 2013 sein. Auch dabei wird die Anbindung der internen Systeme schrittweise aufgebaut.

- Der weitere Zugang an Kammermitgliedern hat sich fortgesetzt, sodass nunmehr von einer Erhöhung seit 2004 bis zum Jahr 2013 um 22 Prozent ausgegangen wird. Der Anstieg der berufstätigen Kammermitglieder fällt aufgrund des gestiegenen Anteils der nicht berufstätigen Kammermitglieder deutlich geringer aus.
- Der Beitragssatz zum Kammerbeitrag wurde im Jahr 2012 von 0,54 Prozent auf 0,52 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesenkt. Dieser Beitragssatz wird im Jahr 2013 unverändert beibehalten, obwohl durch die räumliche Erweiterung zusätzliche Aufwendungen entstehen. Eine teilweise Refinanzierung dieser Aufwendungen erfolgt über eine zweckgebundene Rücklage.
- Der Haushalt der Bundesärztekammer erfordert die Finanzierung über steigende Beiträge der Landesärztekammern.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2013 wurde durch die 47. Kammerversammlung bestätigt. Er ist noch durch die Rechtsaufsichtsbehörde, das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, zu genehmigen.

#### **Beschlüsse der 47. Kammerversammlung**

Die Mandatsträger der 47. Kammerversammlung fassten am 10. November 2012 folgende Beschlüsse:

#### **Beschlussvorlage 1:**

Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

#### **Beschlussvorlage 2:**

Beschluss über die Verwendung des Jahresüberschusses 2012

Angenommen

#### **Beschlussvorlage 3:**

Haushaltsplan 2013

Angenommen

#### **Beschlussvorlage 4:**

Beschluss über die Festsetzung der Höhe der Kammerbeiträge für das Jahr 2013

Angenommen

#### **Beschlussantrag 5:**

Pluralität statt Einheitsgewerkschaft

Angenommen

#### **Beschlussantrag 6:**

Keine Substitution ärztlicher Leistungen

Angenommen

#### **Beschlussantrag 7:**

Verwendung von Überschüssen aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Angenommen

#### **Beschlussantrag 8:**

Beibehaltung des Systems des Probenverkehrs im gesundheitlichen Verbraucherschutz zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit der LUA

Angenommen

#### **Beschlussantrag 9:**

Keine Verkürzung des Humanmedizinstudiums von sechs auf fünf Jahren bei unveränderter Unterrichtszeit

Vorstandsüberweisung

Haushaltsplan 2013			
Aufstellung nach Kostenarten			
Aufwendungen		Plan in EUR	
<b>I.</b>	<b>Personalaufwendungen</b>		
1.	Gehälter	3.683.600	
2.	Sozialaufwendungen	1.070.100	<b>4.753.700</b>
<b>II.</b>	<b>Aufwand für Selbstverwaltung</b>		
1.	Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche	543.940	
2.	Aufwandsentschädigungen für Sachverständige	15.360	<b>559.300</b>
<b>III.</b>	<b>Sachaufwand</b>		
1.	Honorare, Fremde Lohnarbeit	826.500	
2.	Geschäftsbedarf	234.100	
3.	Telefon, Porto	127.050	
4.	Versicherungen, Beiträge	987.450	
	darunter Beiträge an BÄK	650.000	
	darunter Rückflussgelder an KÄK	264.000	
5.	Reise- und Tagungsaufwand	914.000	
6.	Sonstiger Verwaltungsaufwand	692.100	
7.	Gebäudeabhängiger Aufwand	902.600	<b>4.683.800</b>
<b>IV.</b>	<b>Abschreibungen</b>		
1.	Betriebs- u. Geschäftsausstattung	546.970	
2.	Gebäude	604.430	
3.	Sonstige Abschreibungen	22.000	<b>1.173.400</b>
<b>V.</b>	<b>Zuweisungen und Rücklagen</b>		<b>0</b>
<b>Aufwendungen gesamt</b>			<b>11.170.200</b>

<b>Erträge</b>			
<b>I.</b>	<b>Kammerbeiträge</b>		<b>7.521.310</b>
<b>II.</b>	<b>Beiträge und Sonstige Erträge zum Fonds Sächsische Ärzthilfe</b>		<b>0</b>
<b>III.</b>	<b>Gebühren</b>		
1.	Gebühren laut Gebührenordnung	963.800	
2.	Gebühren Fortbildung	507.600	<b>1.471.400</b>
<b>IV.</b>	<b>Kapitalerträge</b>		<b>159.000</b>
<b>V.</b>	<b>Sonstige Erträge</b>		
1.	Externe Qualitätssicherung	444.100	
2.	Erträge Ärzteblatt Sachsen		
3.	Sonstige Erträge	633.890	<b>1.077.990</b>
<b>Zwischensumme</b>			<b>10.229.700</b>
<b>VI.</b>	<b>Entnahme Rücklage</b>		<b>940.500</b>
<b>Erträge gesamt</b>			<b>11.170.200</b>

Gemäß § 2 Absatz 7 der Haushalts- und Kassenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 11. Oktober 1995 dürfen die tatsächlichen Aufwendungen im Einzeltitel die unter diesem Titel geplanten Aufwendungen überschreiten, solange die Summe der tatsächlichen Aufwendungen des Haushalts um nicht mehr als 10 % überschritten wird.

Innerhalb der Abschnitte sind die Unterpositionen deckungsfähig, Überschreitungen bis zu 10 % sind ohne Zustimmung der Kammerversammlung zulässig.

**Beschlussantrag 10:**

Perspektiven von Kolleginnen und Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst verbessern  
Angenommen

**Beschlussantrag 11:**

Keine Zielvereinbarung für Kranken-

hausärztinnen und -ärzte auf primär ökonomischer Basis  
Angenommen

**Beschlussantrag 12:**

Keine Stigmatisierung von Selbstzahlerleistungen  
Vorstandsüberweisung

**Beschlussantrag 13:**

Rolle der Klinischen Krebsregister im zu novellierenden Sächsischen Krebsregistergesetz  
Vorstandsüberweisung

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

**Bekanntmachung der Termine**

Der 23. Sächsische Ärztetag und die 48. Tagung der Kammerversammlung werden am Freitag, dem 21. Juni 2013, und Sonnabend, dem 22. Juni 2013, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt.

Die 49. Tagung der Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem 9. November 2013, im Plenarsaal in der Sächsischen Landesärztekammer statt.

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

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

**Aufruf zur Publikation von Beiträgen**

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen (E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)). Die Manuskripte sollen in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) sind die Autorenhinweise nachzulesen.



## Fachsymposium zur Berufs- und Gesundheitspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze eröffnete das Fachsymposium zu Ehren seines 70. Geburtstages am 20. November 2012 und begrüßte die über 80 Gäste mit den Worten „Es gibt Momente im meinem Leben, wo ich trotz meiner umfangreichen Vortragstätigkeit großes Lampenfieber habe. Heute ist so ein Moment. Aber als „alter Hase“ werde ich versuchen, mir nichts anmerken zu lassen“.

Er hob besonders hervor, dass er für das Fachsymposium berufs- und gesundheitspolitische Koryphäen und Weggefährten genauso gewinnen konnte wie ebenfalls bereits mit viel Erfahrung ausgestattete junge Kollegen, die einmal seine Schüler waren. Darauf habe er besonderen Wert gelegt, denn das Miteinander der Generationen und der Austausch zwischen ihnen sei für die Entwicklung neuer Ideen oder für den Erkenntnisgewinn ausgesprochen wichtig. Sie alle verbindet die ärztliche Profession und ihr politisches Engagement. Und durch die Themen werde die Untrennbarkeit von Selbstverwaltung und ärztlicher Tätigkeit deutlich.

### Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer



Selbstverwaltung als freie und verantwortliche Regelung der eigenen



Frau Ines Schulze und der Präsident

Angelegenheiten, des Funktionierens der Gemeinschaft und auch der Festlegung künftiger Aufgaben durch die Betroffenen selbst, hat ihre Wurzeln im alten Griechenland.

In dem Bemühen die Zersplitterung der Heilberufe zu überwinden, ist die in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts beginnende Forderung nach ärztlicher Selbstverwaltung zu sehen, sie findet sich im naturwissenschaftlichen und medizinischen Vereinswesen.

Nach Gründung des Deutschen Reiches 1871 verstärkten sich die Bemühungen zum Zusammenschluss der Ärzte, die in dem Aufruf von Professor Hermann Eberhard Richter aus Dresden an alle ärztlichen Vereine vom Juli 1872 gipfelten, sich im August des gleichen Jahres in Leipzig zu treffen, um dort über die Errichtung eines gemeinsamen Verbandes zu beraten. Als Ergebnis dieses Treffens wurde der 1. Deutsche Ärztetag für den 17. September 1873 nach Wiesbaden einberufen, damit war der Grundstein für die ärztliche Selbstverwaltung gelegt (Anm. d. R.: Die Landesärztekammern gründeten sich zwischen 1892 und 1930).

Durch eine Brüningsche Notverordnung wurden ab 1932 Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts gebildet und die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt.

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung war in Zeiten der nationalsozialistischen Diktatur und des 2. Weltkrieges sowie nach dem staatlichen Zusammenbruch des Deutschen Reiches 1945 und der anschließenden Rechtsunsicherheit – jedenfalls im Westen – stets gesichert.

Bereits 1948 gründete sich unter dem Vorsitz von Dr. Ludwig Sievers – des damaligen Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen und Vorsitzenden des Norddeutschen Ärztekammerausschusses – die Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der später die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde, deren Vorsitzender Sievers bis 1957 blieb. Auch die Ärztekammern arbeiteten nach 1945 auf regionaler Ebene weiter und schlossen sich zu größeren Einheiten zusammen, zunächst auf der Grundlage freiwilliger Mitgliedschaft. Schon im Juni und Oktober 1947 trafen sich Vertreter aller westdeutschen Landesärztekammern und des Marburger Bundes, des ersten nach dem Kriege frei gegründeten Ärzteverbandes, und konstituierten eine Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern – die heutige Bundesärztekammer – und bereits 1948 wurde der 1. Deutsche Ärztetag nach dem Zweiten Weltkrieg abgehalten.

Heute sind die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften ein Baustein in unserem freiheitlich demokratischen Rechtsstaat. Die auf den Mitgliederkreis, also nach innen gerichtete Arbeit der Ärztekammern, hat erhebliche Auswirkungen auch nach außen. Sie beeinflusst maßgeblich die Qualität der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.

Der Staat darf Selbstverwaltung nicht als staatliche Auftragsverwaltung betrachten und nicht für Regelung von unlösbaren Problemen missbrauchen, für die es nach objektiven Kriterien entweder keine Lösung gibt oder aber für deren Lösung den verantwortlichen Politikern Einsicht, politischer Wille oder Mut – vielleicht auch alles zusammen – fehlen.

Die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung hängt davon ab, ob alle Ärztinnen und Ärzte ihre Pflichten gegenüber dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit ernst nehmen und sich durch eine hohe Wahlbeteiligung bei den Wahlen zu den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung mit dieser und deren Aufgaben identifizieren.

### Medizin im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach,  
Leipzig

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung



Zu den Spannungsfeldern, mit denen und in denen sich unser ärztliches Wirken abspielt, gehört die zunehmende Ökonomisierung ärztlicher Behandlungsprozesse. War bis in die 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts die Rolle des Arztes und seiner ethischen Einstellungen vorwiegend von einmaligen Arzt-Patient-Beziehungen und den Regeln des interkollegialen Umgangs bestimmt und damit eine immaterielle Wertschätzung des Arztbildes vorherrschend, so führten ökonomische Zwänge, zum Beispiel bindende Budgetbeschränkungen, zu neuen Einflüssen auf seine Identität. Professor Unschuld formulierte einmal, der Arzt werde zum Fremdling in der Medizin und befände sich im Griff sachfremder Interessen. Der Medizinethiker Maio meinte, die ärztliche Identität werde unterwandert durch Gewinnmaximierung als identitätsstiftendes Moment.

Auch unser früherer Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, stellte fest, dass in der Medizin das Pendel in Richtung Kommerz ausgeschlagen sei und damit gar die Freiberuflichkeit in Gefahr gerate. Der Wandel zu einer einseitig utilitaristischen und von den Gesetzen des Marktes durchdringenden Medizin beunruhigt die Ärzteschaft maßgeblich, ohne dass sie sich dem Sog entziehen könnte.

Den Phänomenen liegt ein gesamtgesellschaftlicher Konflikt zugrunde, wonach – wie es der frühere SPD-Vorsitzende, Franz Müntefering, einmal ausgedrückt hat – neoliberal ausgeweitete marktbedingte Sachzwänge zur Deregulierung staatlicher Aufgaben der Daseinsfürsorge führen.

Aber auch die ökonomischen Aspekte gesellschaftlicher Prozesse unterliegen einer spezifischen Ethik (Wirtschaftsethik), die vor einem Vorabsolutieren des Kosten-Nutzen-Denkens und der damit verbundenen Missachtung von Sinn- und Zweckorientierung warnt und Einfluss zu nehmen sucht, dass Wirtschaft – und damit auch Gesundheitswirtschaft – die Lebensdienlichkeit ihrer Prozesse als ethische Grundprämisse in sich aufnimmt. Manche Autoren sprechen von „integrativer Unternehmensethik“, die eben verhindern soll, was gerade zurzeit auf dem Markt der Krebsmittel und Antibiotika passiert, wo es zu beklagenswerten Mangelerscheinungen gekommen ist, weil die Pharmaindustrie aus seinem Gewinnstreben die Produktion nach China verlagert hat, um vor allem Personalkosten zu sparen.

Bedauerlicherweise wird in der Öffentlichkeit der Eindruck befördert, die Ärzteschaft interessiere sich nur für die Verbesserung ihrer eigenen Situation, wie der Konflikt der Ärzteschaft mit den Kassen im letzten Quartal dieses Jahres den Anschein erweckte. Das es in einem höchst verschlungenen Interaktionsfeld mannigfaltiger Wirtschaftssubjekte auf dem Gesundheitssektor für die Öffentlichkeit Unübersichtlichkeiten gibt, die der Patient womöglich auf den einzelnen Arzt oder die Gruppe der „Leistungserbringer“ projiziert, ist nicht ganz unverständlich – wenn gleich aufklärungsbedürftig. Sowohl die einzelnen Ärzte wie ihre berufsständigen Organisationen haben hier eine wichtige aufklärende Funktion. Ärztliches Ethos verlangt aber zunächst und in erster Linie entsprechende moralische Ansprüche an sich selbst zu richten und nicht ausschließlich mit gesellschaftlichen Dysbalancen zu hadern.

### Priorisierung – eine Aufgabe der Ärzte und ihrer Selbstverwaltung

Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs,  
Brühl

Ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer



In den 90er-Jahren war die Debatte zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen fokussiert auf die Fragen der Rationierung, das heißt bewusstes Vorenthalten an sich notwendiger medizinischer Maßnahmen – eine Entwicklung, vor der die Ärzteschaft nur warnen konnte.

In dieser Debatte ging unter, dass das Niveau einer Gesundheitsversorgung nicht allein eine Frage des Geldes ist. Wir mussten erkennen und anerkennen, dass es eine Begrenztheit von Gütern in der Gesundheitsversorgung gibt, die nicht durch Zukauf überwunden werden kann. So sind zu nennen die Zeit für die Zuwendung unheilbar Kranker und Sterbender, der Fachkräftemangel oder Organe zur Transplantation.

Eine solche Begrenzung von Gütern hat es schon immer gegeben, nicht nur im Gesundheitswesen der alten Bundesrepublik oder in der ehemaligen DDR. Es gibt sie auch heute – in unserem Alltag. Insofern macht es Sinn, sich zurückzubedenken, worum es im Kern nämlich geht: die Festlegung einer Vorrangigkeit von Maßnahmen nach Dringlichkeit und Wichtigkeit. Es geht um Priorisierung. Wir kennen sie aus dem Alltag. Umgangssprachlich heißt es „wir müssen Prioritäten setzen!“ Bezogen auf das Gesundheitswesen können Gegenstand der Priorisie-

zung zum Beispiel sein: Versorgungsziele, Versorgungsbereiche, Indikationen oder Personengruppen.

Es geht um eine gedankliche Ordnung von Maßnahmen nach deren Dringlichkeit und Wichtigkeit. Wie gewichten wir beispielsweise zukünftige Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft? Ich denke an Altersdemenz, an Pflege, an Palliativ-Versorgung oder Adipositas.

Eine Schlüsselfrage könnte lauten „Welche Patienten- oder Bevölkerungsgruppen sind in den nächsten zehn Jahren gesundheitlich besonders gefährdet oder vulnerabel?“

Angesprochen ist nicht nur die Ebene der politisch Verantwortlichen, das heißt die Makroebene. Die Mesoebene, die Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung, ist ebenso adressiert wie die Mikroebene. Damit meine ich die Verantwortungsebene von Ärztinnen und Ärzten in der unmittelbaren Patientenversorgung, sei es am Krankenbett, sei es in der Praxis.

Auch auf der Mikroebene ist Priorisierung Alltag. Beispiele sind dringende Hausbesuche, durch die andere Patienten warten müssen. Beispiele sind auch Situationen in einer Unfallchirurgie, wo am Vortag der Katalog notwendiger elektiver Operationen mühsam ausgeklügelt wurde und am nächsten Morgen Makulatur ist, weil in der Nacht zwei polytraumatisierte Patienten mit dem Rettungshubschrauber eingeflogen worden waren – lebensbedrohlich verletzt. Die Operationsverschiebung der anderen Patienten kann mit nennenswerten gesundheitlichen Risiken, mit starken psychischen Belastungen und mit hohem Leidensdruck verbunden sein.

Solche Entscheidungen müssen transparent und nachvollziehbar sein. Die Entscheidungs-Dilemmata auf der Mikroebene können sehr komplex werden, wenn es zum Beispiel um die Zuteilung begrenzter Beatmungsplätze auf einer Intensivstation geht, wenn statistische Risiken eingegangen werden müssen. Hier bedarf es einer starken und erfahrenen Arztpersönlichkeit, die fortgebildet ist im Umgang mit den Begriffen

Dringlichkeit oder Erfolgsaussichten oder der Gewichtung von unausweichlichen Wartezeiten. Welche Bewertungskriterien kommen infrage, welche weniger?

Dazu gibt es keine Algorithmen oder Richtlinien. Es mündet jeweils in eine Einzelfallentscheidung, bei dem die Gesamtumstände zu berücksichtigen sind.

Fallbesprechungen, Ethikkonsil, ärztliche Fortbildung und Empfehlungen zum Umgang mit solchen Konfliktsituationen auf der Mikroebene können von der ärztlichen Selbstverwaltung angeregt und angeboten werden.

Die Mesoebene, die Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung, erscheint mir im Übrigen am stärksten gefordert. Sie sollte eine Moderatorenfunktion übernehmen: Es geht zunächst um den innerärztlichen Diskurs. Es ist zu klären, was wir unter Priorisierung oder Prioritätensetzen verstehen. Wie ist die Abgrenzung von Priorisierung zur Rationierung und zur Rationalisierung? Wenn dieser Konsens erreicht ist, dann sollten wir uns alle auch daran halten.

Dies ist die zwingende Voraussetzung für den gesellschaftlichen Diskurs, den wir als Ärzteschaft anstreben müssen. Erst dann können wir überzeugend darlegen, dass Priorisierung weder ein Instrument der Kostensteigerung noch der Kostensenkung im Gesundheitswesen ist. Priorisierung muss enttabuisiert werden. Aus der Perspektive der ärztlichen Selbstverwaltung hat Priorisierung Empfehlungs-Charakter zum Umgang mit begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen sowohl in Richtung Mikroebene, das heißt Fortbildung, wie auch in Richtung Makroebene, das heißt Politikberatung.

Im Ulmer Papier hat der Deutsche Ärztetag die Einrichtung eines Gesundheitsrates empfohlen. Die Politik hat diese Empfehlung noch nicht aufgenommen.

Die Einrichtung eines solchen eigenständigen Gremiums auf der Makroebene ähnlich dem Deutschen Ethikrat halte ich nach wie vor für richtig. Ein solcher Rat entwickelt Empfehlungen, über die die politisch Verantwortlichen dann zu entschei-

den haben. Der Gesundheitsrat ist interdisziplinär zu besetzen. Patientenvertreter sind vorzusehen.

Angesichts der politischen Zurückhaltung gegenüber einem solchen Gremium wurde innerärztlich überlegt, den Gesundheitsrat bei der Bundesärztekammer anzusiedeln. Empfehlungen und Stellungnahmen allein aus der Ärzteschaft haben politisch nicht die erforderliche Durchschlagskraft. Sie laufen Gefahr, als interessegeleitet disqualifiziert zu werden, auch wenn sie noch so gut sind.

Klüger wäre es, seitens der Ärzteschaft für die kommende Legislaturperiode eine Enquetekommission des Deutschen Bundestages anzuregen, um bei den Politikern Interesse für diese so wichtige Thematik zu wecken.

In einem solchen Gremium müsste die ärztliche Selbstverwaltung natürlich mitwirken und die Einrichtung eines Gesundheitsrates verfolgen.

### **Perspektiven in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung für Praxis-, Klinik- und Hochschulkarriere**

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann  
Carus Hausarztpraxis am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden



Dieser kurze Überblick soll den Bogen vom aktuellen Stand in der Ausbildung bis hin zu Weiterbildung und Forschungstätigkeit spannen.

Aktuelle Änderungen der Ärztlichen Approbationsordnung wurden am 23.07.2012 vom Bundesrat beschlossen. Hauptziele der Änderung sind: „Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Ver-

sorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das durch die demografische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt. In manchen Regionen, insbesondere in ländlichen, zeichnet sich ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten ab, der die ärztliche Versorgung beeinträchtigen könnte. Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen sind erforderlich, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die Umsetzung dieser Maßnahmen fällt jedoch nur zum Teil in den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Die im vorliegenden Verordnungsentwurf enthaltenen Maßnahmen betreffen die gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Sie ergänzen die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Maßnahmen auf Bundesebene.“ [[http://www.bundesrat.de/cln\\_092/nn\\_2291536/SharedDocs/Beratungsvorgaenge/2011/0801-900/0862-11.html](http://www.bundesrat.de/cln_092/nn_2291536/SharedDocs/Beratungsvorgaenge/2011/0801-900/0862-11.html)]. Dies bedeutet in der Umsetzung, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin nun verpflichtend auf mindestens zwei Wochen ausgeweitet wurde, dass eine vierwöchige hausärztliche Famulatur eingeführt wurde, dass bis 2015 zehn Prozent im Fach Allgemeinmedizin das Wahlterial im Praktischen Jahr absolvieren können, bis 2017 zwanzig Prozent und ab 2019 alle, die dies wünschen (100 Prozent). Diese gesetzlichen Vorgaben sollen dem drohenden Hausarztmangel entgegenwirken. Der Bedarf an jungen Kollegen und Kolleginnen in der Niederlassung ist enorm. Ebenso kommt man den Wünschen der Studierenden nach, das Studium praxisnäher zu gestalten.

Aktuell zeigen die Entwicklungen bei den Studienanfängern, dass der Anteil der Studentinnen von 49 Prozent im Jahre 1992 auf 69 Prozent im Jahr 2010 gestiegen ist. Dieser Trend setzt sich weiter fort, was natürlich auch daran liegt, dass mehr Mädchen als Jungen das Abitur able-

gen. Dieser höhere Anteil Studentinnen steht nach dem Studium der Arbeitswelt zur Verfügung, das ist die tatsächliche Realität. Konkrete Wünsche der Ärztinnen und Ärzte in der Phase der Weiterbildung sind: eine strukturierte Weiterbildung in allen Fächern (nicht nur im Fach Allgemeinmedizin, für welches Weiterbildungsverbände an vielen Standorten hervorragend angenommen werden), die Möglichkeit der Absolvierung der Weiterbildung in Teilzeit, didaktisch hervorragend ausgebildete Weiterbilder (zum Beispiel durch Train-the-Trainer Programme), ein Mentoring für junge Ärzte in Weiterbildung und die Anpassung und Überarbeitung der Weiterbildungsinhalte an die tatsächliche Versorgungsrealität (durch den Weiterbildungsausschuss der Kammer und die jeweiligen Fachgesellschaften). Was bedeutet nun der hohe Anteil an Ärztinnen für die Versorgungsrealität?

Eine zentrale Frage ist hierbei die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Betrachtet man nach aktuellen Studien die erlebten beruflichen Hemmnisse, so sehen zwei von drei Ärztinnen als hemmend die Arbeitssituation bei dem jeweiligen Arbeitgeber, diese Wahrnehmung ist geschlechtsspezifisch. Hinzu kommt, dass gerade Mütter diese Probleme beobachten und spüren, sich hinsichtlich ihrer beruflichen Chancen gegenüber Frauen ohne Kindern benachteiligt fühlen und Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufweisen. Dies belegt eine sächsische Studie in gleicher Weise. Arbeitsanforderungen und Belastungen von Ärzten wurden als sehr hoch erlebt, eine hohe Wochenarbeitszeit, die schwere Vereinbarkeit von Familie und Beruf galten für fast alle Facharztgruppen und ärztliche Tätigkeitsbereiche sowie in allen Altersgruppen gleichermaßen.

Dennoch oder gerade deswegen steigt der Anteil der Frauen im niedergelassenen Bereich. In den letzten 20 Jahren hat er sich nahezu verdoppelt (1991: 28.019 vs. 2011: 45.761 Ärztinnen). Dies belegte eine Erhebung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in dem Zentralinstitut

der Kassenärztlichen Vereinigung aus den Jahren 2009/2010 zum Frauenanteil bei den ärztlichen Existenzgründern. In den alten Bundesländern betrug der Frauenanteil der Praxisgründerinnen 41,9 Prozent, in den neuen Bundesländern war dies deutlich höher mit 58,3 Prozent, Tendenz steigend. Die Entscheidung, in einer eigenen Praxis zu arbeiten, zum Beispiel als Hausärztin tätig zu sein, führt zu einer signifikant höheren Zufriedenheit im Beruf. Ursachen hierfür sind die bessere Möglichkeit der Selbstgestaltung der Arbeitszeit und der Arbeitsinhalte.

Die Versorgungsrealität mit einem hohen Anteil an Ärztinnen, die im Berufsleben stehen, ist Tatsache. Nun ist es an der Zeit, die Rahmenbedingungen an die Gegebenheiten anzupassen. Der Gesetzgeber hat darauf mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz reagiert.

...und die Forschungstätigkeit? Ein Ergebnis der Befragung der Weiterbildungsassistenten der Bundesärztekammer (BÄK) aus dem Jahr 2009 war, dass ca. 30 Prozent der Weiterzubildenden das Ziel angab, wissenschaftlich zu arbeiten, jedoch 61 Prozent keine Gelegenheit dazu vorfindet. Wissenschaftlicher Nachwuchs sollte demnach auch konsequent gefördert werden. Trotz des hohen Frauenanteils in der Medizin bildet sich dies auf der Karriereleiter nach oben nicht ab. Nur vier Prozent der universitären Klinikdirektoren sind aktuell weiblich, obwohl 77 Prozent der Assistenten Frauen sind (Studie der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010), in manchen Fächern sind es noch weniger Frauen, die Führungspositionen innehaben (zum Beispiel in der Augenheilkunde: von 119 leitenden Ärzten nur neun Frauen Chefärztinnen). Was sollte sich ändern? Neben fachlicher Kompetenz müssen leitende Ärzte natürlich auch Managementfähigkeiten (betriebswirtschaftliches Know-how, Führungskompetenz, Marketing) aufweisen. Es existieren schon spezielle Mentoringprogramme für Frauen in Führungspositionen (zum Beispiel Uniklinikum Würzburg, Universität Leipzig), damit Frauen ihre Karrieren konsequent planen und Netzwerke

bilden und Führungspositionen ausfüllen können.

Denn: „Wo Frauen führen, wachsen Frauen nach!“ (Heribert Prantl, Chefredaktion der Süddeutschen Zeitung). Nutzen wir das immense Potenzial, welches Ärztinnen bieten! Passen wir die Umgebung an die Realität an und schaffen Rahmenbedingungen, die ein Gleichgewicht zwischen persönlich und individuell Gewünschtem und von uns als Gesellschaft Erforderlichem schafft.

### **Prämissen der medizinischen Versorgung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes mellitus**

Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden, Medizinische Klinik III



Im Moment erlebt die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus eine deutliche Veränderung. Daher ist es von Bedeutung die Prämissen der Versorgung von Patienten mit dieser chronischen Erkrankung zu untersuchen und diese gegebenenfalls zu definieren. Prämissen der Versorgung mögen aus unterschiedlicher Sichtweise unterschiedliche Wertigkeit haben. Letzten Endes ist aber die Summe derer entscheidend, um eine hohe Qualität der Versorgung der chronisch erkrankten Patienten zu etablieren und zu gewährleisten. Diabetes mellitus hat sich von einer relativ seltenen Erkrankung zu einem Massenphänomen mit epidemischen Ausmaßen entwickelt. Da ist es natürlich, dass sich auch die Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten für die Versorgung verändert haben. Heute ist es sogar so, dass die Zunahme der Anzahl von Menschen mit Diabetes mellitus

nicht nur in Deutschland, sondern auch global zu einem nachteiligen Faktor für die „wirtschaftliche Entwicklung“ geworden ist. Die OECD definiert die Zunahme der chronisch Erkrankten als entscheidenden negativen Impact für die wirtschaftliche Entwicklung weltweit – mit einem Potenzial, welches acht Mal stärker ist als die derzeitigen Auswirkungen der Finanzkrise.

Das definiert wiederum den wachsenden Stellenwert der Prävention des Diabetes mellitus und anderer chronischer Erkrankungen. Prävention ist in aller Munde und alle fordern Maßnahmen dazu. Aber welche Maßnahmen sind wirklich wirksam und in welchem Kontext sollten welche Maßnahmen umgesetzt werden? Sehr wirksame Beispiele auf Bevölkerungsebene sind Steuererhöhungen zum Beispiel auf Produkte mit einem hohen Anteil gesättigter Fettsäuren oder Nahrungsmittelkennzeichnungen. Auf individueller Ebene und im Rahmen eines Hochrisikoansatzes ist es notwendig, dass Menschen mit Risiken für einen Diabetes mellitus möglichst frühzeitig erkannt werden, um dann gezielt und individuell intervenieren zu können. Diabetes mellitus ist charakterisiert durch ein häufiges, etwa fünf bis zehn Jahre dauerndes diagnosefreies Erkrankungsintervall und eine davorliegende Phase einer Dysglykämie, auch Prädiabetes genannt, die weitere fünf bis zehn Jahre umfassen kann. Wenn wir die Möglichkeit haben, Personen in diesem Stadium zu identifizieren, dann kann man extrapolieren, dass bis zu 90 Prozent der Manifestation der Erkrankung verzögert und ein substantieller Anteil auch nachhaltig verhindert werden kann. Hier liegt ein enormes medizinisches, soziales und auch wirtschaftliches Potenzial vor. Allerdings fehlen bisher entsprechende politische Rahmenbedingungen, um solche Maßnahmen ausreichend etablieren zu können.

Des Weiteren haben sich die Prämissen der medizinischen Versorgung der Erkrankten gewandelt. Definitionsgrenzen für Diabetes mellitus wurden in den letzten 25 Jahren mehrfach modifiziert. Wir arbeiten

heute in einem Umfeld, wo Diabetes mellitus in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich klassifiziert und diagnostiziert wird und evidenzbasierte Leitlinien mit unterschiedlichen Aussagen existieren. Um dieses Dilemma auf die Spitze zu treiben, existieren Empfehlungen für Disease Management Programme und Erstattungsvoraussetzungen, die wieder andere Kriterien beinhalten. Es ist notwendig, diese Plethora an konkurrierenden Empfehlungen zu bereinigen und in klare Praxisleitlinien zur Behandlung des Diabetes mellitus und seiner assoziierten und eng miteinander verbundenen anderen chronischen metabolischen Erkrankungen zusammenzufassen. Diabetes mellitus ist keine Erkrankung, die auf den Blutzucker reduziert werden kann. Vielmehr ist die Erhöhung des Blutzuckers ein Symptom des Endstadiums eines Prozesses, der zum Teil über Jahrzehnte in den betroffenen Patienten abläuft. Dabei stellt die viszerale Adipositas einen entscheidenden Trigger und die Insulinresistenz eine pathophysiologische Grundlage dar. Die Veränderung der Lipid-Trias im Zusammenhang mit einer Veränderung des Blutdrucks sind die entscheidenden Trigger für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität der Patienten. Die Veränderung des Endokrins ist die Basis, auf der assoziierte Komplikationen wie die Entwicklung einer Depression oder das zum Teil 15 Jahre frühere Einsetzen einer Demenz entstehen. Die Behandlung des Diabetes mellitus als glukozentrisches Management ist bei Weitem zu kurz gegriffen. Ein adäquates Lipid-Management und die Behandlung assoziierter Komplikationen wie Hypertonus, Übergewicht, Insulinresistenz und Hyperurikämie – aber auch das Verhalten der Patienten – sind von entscheidender Bedeutung für das Erreichen gesetzter Therapieziele. Diabetes mellitus muss im Kontext des metabolisch vaskulären Syndroms behandelt werden, um für den Patienten eine qualitativ hochwertige Therapie zu realisieren und entscheidend nachhaltig eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu erreichen.



Frau Staatsministerin Christine Clauß gratulierte dem Jubilar  
© SLÄK

Blicken wir in die Zukunft, erfordert das einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Der zukünftige Behandler wird in einem Patienten nicht erst den Diabetes, dann den Hypertonus, dann das Übergewicht und dann die Fettstoffwechselstörung behandeln. Chronic Care Management als patientenzentriertes individualisiertes Management, welches sektoren- und professionsübergreifend aus einer Hand realisiert wird, ist die Zukunft in der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Der Behandlungsprozess fokussiert dabei nicht nur auf die oder eine Erkrankung, sondern beginnt bei der Früherkennung und Prävention der Risikofaktoren über das Management der Erkrankung und reicht bis hin zu einer integrierten Rehabilitation bei erhöhter Morbidität. Chronic Care Management bedarf eines Umdenkens im Selbstverständnis der Gesundheitssektoren, aber auch von uns als Behandler, der Selbstverwal-

lung als auch der Erstattungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem. Chronic Care Management heißt nicht Management des Patienten, sondern Management für den Patienten, sodass der Patient mit der Ausprägung all seiner chronischen Konditionen im Mittelpunkt steht und verbunden mit einem integrierten Qualitätsmanagement eine integrierte und qualitativ hochwertige Versorgung erhält.

Prof. Dr. Schulze ist der Prior, der auf diesem oben beschriebenen Weg in den letzten 40 Jahren vorausgegangen ist. Dank seiner vorausblickenden Initiative und unter Einbeziehung eines Teams, welches immer wieder alle Professionen, unterschiedliche am Behandlungsprozess Beteiligte und auch Kollegen mit ganz unterschiedlichen medizinischen und wissenschaftlichen Positionen integrierte, moderierte er den Prozess, der letztendlich die Grundlage für einen Strukturvertrag Diabetes mellitus in Sachsen war, und erfüllte diesen mit Leben. Charakteristisch für seine Bemühungen war die ambulante und stationäre Versorgung zu verbinden und kooperative Versorgungsmodelle zwischen Hausärzten und Diabetologen zu etablieren. Noch heute ist der Sächsische Strukturvertrag Leitbild für modernes Chronic Care Management international und es gibt kein vergleichbares Modell, was so effizient umgesetzt und so umfangreich evaluiert wurde. Damit ist Prof. Dr. Schulze Schrittgeber für die Entwicklung moderner Versorgungskonzepte. Nach seinem Ausscheiden aus der Medizinischen Fakultät wurde diese Arbeit gemein-

sam mit jüngeren Beteiligten und in enger Kooperation mit ihm auf sächsischer, nationaler und internationaler Ebene fortgeführt. Mit diesem Artikel ist ein tiefer, inniger Dank an Prof. Dr. Schulze als Impulsgeber auf diesem Weg verbunden, aber auch Dank an ihn als Lehrer, Mentor, Diskussionspartner und kritischen Reflektor auf dem Weg, die Prämissen zur Behandlung chronisch Erkrankter am Beispiel Diabetes mellitus zu definieren und weiterzuentwickeln.



Vizepräsident Erik Bodendieck © SLÄK

Anschließend überbrachte der Vizepräsident, Erik Bodendieck, die Glückwünsche des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und machte die Leistungen von Prof. Dr. Schulze (siehe Seite 525 in diesem Heft) deutlich.

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

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Zeugnisse für Fachwirte

Im November 2012 haben 18 von 27 Medizinischen Fachangestellten ihre Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung bei der Sächsischen Landesärztekammer erfolgreich abgeschlossen. Diese erstmals angebotene Aufstiegsqualifikation befähigt die Teilnehmerinnen für eine leitende Tätigkeit im ambulanten Bereich. Der Abschluss bietet auch die Möglich-



keit des Fachhochschulzuganges. Die Weiterbildung erfolgte über drei Jahre und wurde von den Teilnehmerinnen neben Familie und Beruf an den Wochenenden absolviert. In den abschließenden schriftlichen Prüfungen und Fachgesprächen erreichten die Kursteilnehmer eine gute Durchschnittsnote von 2,2. Fachwirtbriefe und Zeugnisse erhielten sie vom Vizepräsidenten, Herrn Erik Bodendieck.

Knut Köhler M.A.

## Arzt in Sachsen

### Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen

Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK), die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), die Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS), die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Apo-Bank) laden alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie die PJ-ler herzlich zu einer

**Informationsveranstaltung, am 2. Februar 2013, von 10.00 Uhr bis ca. 15.30 Uhr in die Sächsische Landesärztekammer ein.**

Zum nunmehr fünften Mal findet diese mittlerweile sachsenweit renommierte Veranstaltung statt. Auch in diesem Jahr informieren und beraten Vertreter ärztlicher Standesorganisationen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser zu Chancen, Perspektiven und Einsatzmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Mittelpunkt steht die individuelle

Beratung und Information von Weiterzubildenden. Der Einführung um 10.30 Uhr folgt die Beratung im Foyer an den Ständen der beteiligten Institutionen und einer Vielzahl von Krankenhäusern im Freistaat Sachsen. Dabei können Fragen diskutiert und beantwortet werden zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Fördermöglichkeiten.

In parallel von 12.00 bis 15.00 Uhr stattfindenden Workshops stehen nachfolgende Themen zur Auswahl:

1. Der Landarzt – ein Erfolgsmodell für die Zukunft
2. Traumjob Hausarzt?!
3. Arbeiten als angestellter Arzt in einer Praxis
4. Familienfreundlichkeit als Standortfaktor
5. Psychiatrische Tätigkeit in modernen Krankenhausstrukturen
6. Vereinbarkeit von Beruf und Familie

wurden die häufigsten Diagnosen besprochen, die Männern bei unerfülltem Kinderwunsch gestellt werden. Störungen der Spermienreifung und des Transports sind demnach hauptursächlich für die Unfruchtbarkeit. Männer seien in etwa 30 Prozent der Fälle für das Ausbleiben der Schwangerschaft verantwortlich.

Dr. Held berichtete über die medizinischen Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung und die sächsische Förderung der nicht ganz billigen In-vitro-Fertilisation (IVF). Kritik übte der Mediziner allerdings in diesem Zusammenhang auch. So sei es nicht mehr zeitgemäß, dass jene finanzielle Unterstützung noch immer nur verheirateten Paaren zugestanden wird.

Doch auch den nicht verheirateten Paaren machte Dr. Held Mut. In seiner Praxis, die als erstes sächsisches IVF-Zentrum zertifiziert wurde, berät er zu allen medizinischen Varianten. Felix Wegener, bei dem sich dank

7. Finanzielle Grundlagen für das Berufs- und Privatleben
8. Ihre eigene Arztpraxis – Vorteile der Niederlassung
9. Arbeiten in ambulanten Versorgungszentren – Vom angestellten Arzt zum Unternehmer.

Die Workshops stehen unter der Leitung von erfahrenen Referentinnen und Referenten und dauern jeweils 45 Minuten. Jeder Workshop wird dreimal nacheinander durchgeführt. Die Anmeldung erfolgt vor Ort in der Reihenfolge der Einschreibung.

Die gesamte Veranstaltung ist für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 5 Fortbildungspunkten bewertet. Um Anmeldung bis zum 15. Januar 2013 wird gebeten.

Für Anmeldungen und Ihre Rückfragen stehen wir Ihnen unter der E-Mail-Adresse [Arzt-in-Sachsen@slaek.de](mailto:Arzt-in-Sachsen@slaek.de) zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de), Rubrik „Weiterbildung“ bzw. „Aktuelles in Kürze“.

Dr. med. Birgit Gäbler,  
Kommisarische ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

## SCHWIMMER ODER NICHTSCHWIMMER?

„Kinder oder keine Kinder?“ Bei der Veranstaltung am 6. November 2012 im Hygienemuseum Dresden sprachen „Zwei Männer zum Thema Kinderwunsch“. Diese zwei Männer waren der Dresdner Gynäkologe und Facharzt für Reproduktionsmedizin, Dr. med. Hans-Jürgen Held, und der Schriftsteller Felix Wegener, der aus seinem Roman „Nichtschwimmer“ las.

In der Reihe „Diagnosen. Literatur und Medizin“ kam so die Sprache auf ein von Männern gern verschwiegenes Problem: Unfruchtbarkeit. Für die gelungene Vermittlung des Themas sorgte nicht zuletzt eine gute Portion Selbstironie in Wegeners Roman.

Im Gespräch mit Dr. med. Hans-Jürgen Held, der seit 1998 ein Kinderwunsch-Zentrum in Dresden führt,



Dr. med. Hans-Jürgen Held  
© DHMD, Stephan Floss

künstlicher Befruchtung inzwischen Nachwuchs eingestellt hat, bestätigte abschließend die Vorteile der Reproduktionsmedizin und berichtete von seinem jungen Vaterglück.

Martin Kandzia B.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



## 1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen

### Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und Perspektiven

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte am 6. November 2012 rund 60 Teilnehmer. Die Sächsische Landesärztekammer hatte alle Ärztliche Direktoren der sächsischen Kliniken, ambulante Weiterbildungsbefugte, die letztes Jahr weitergebildet haben, und Vertreter von Fachgesellschaften und -verbänden eingeladen.

Der Präsident betonte, dass sich die Medizin ständig weiterentwickelt und somit ist auch die Weiterbildungsordnung ein „lebender Organismus“, der immer wieder überarbeitet werden muss.

Im Sommer 2011 wurde die Weiterbildung bundesweit evaluiert, um Anhaltspunkte für ihre Optimierung zu identifizieren. Hauptziel der Veranstaltung war, über Handlungsoptionen für die Verbesserung der Weiterbildung zu diskutieren. Nach dem Bericht des Präsidenten über die Weiterbildungssituation und die Hintergründe der Durchführung der bundesweiten Evaluation präsentierte Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, ausgewählte Ergebnisse und Auffälligkeiten der Online-Befragung. Des Weiteren informierte er über eine Neukonzeption der Evaluation und über den Stand der Novellierung der Weiterbildungsordnung. Er unterstrich die hohe Verantwortung der Weiterbildungsbefugten für die nachfolgende Ärztegeneration, insbesondere im Hinblick auf deren Motivation für eine Tätigkeit im Rahmen der ambulanten bzw.

stationären Patientenversorgung. Ärztinnen und Ärzte sollen während ihrer Weiterbildungszeit die Freude am Beruf nicht verlieren.

Andererseits sind aber auch Eigenverantwortung und hohes Engagement der jungen Ärzte gefragt.

Die anschließende Podiumsdiskussion wurde moderiert von Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung.

Im Podium nahmen folgende Diskutanten teil: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung bei der Sächsischen Landesärztekammer und Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums St. Georg Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Akademische Lehrpraxis für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Dresden, Prof. Dr. med. habil. Wolfgang E. Fleig, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig und Vorstandsmitglied der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Dr. med. Dietrich Steiniger, Leitender Chefarzt des Klinikums Obergöltzsch Rodewisch sowie die Ärztinnen bzw. Ärzte in Weiterbildung: Dr. med. Cornelia Schröder, Praxis Dr. med. Andrea Lindner in Heidenau, Dr. med. Stefanie Berthel, Klinikum Obergöltzsch Rodewisch, und Dr. med. Matthias Spalteholz, Klinikum St. Georg in Leipzig.

Prof. Köhler informierte am Anfang der Diskussion über die Aufgaben

des Weiterbildungsausschusses, zum Beispiel die Überprüfung der Weiterbildungsbefugten auf Zulassung. Er appellierte an die Weiterbildungsassistenten, dem Ausschuss Informationen zu den Problemen vor Ort und möglichen Defiziten zukommen zu lassen. Die Sächsische Landesärztekammer versteht sich als deren Interessenvertreter. Es werden regelmäßige Gespräche mit Vertretern von Fachgesellschaften und berufspolitisch Verantwortlichen geführt, um die Rahmenbedingungen der Weiterbildung zu verbessern.

Zur Verdeutlichung seien an dieser Stelle einige Zahlen aufgeführt. Im vergangenen Jahr bestanden 543 junge Ärzte ihre Facharzt- oder Schwerpunktprüfung in Sachsen. Lediglich 3 Prozent (n = 17) mussten ihre Prüfung aufgrund mangelnder Kenntnisse oder anderweitiger Defizite wiederholen (s. Tab. 1).

Diese Ergebnisse widerspiegeln die insgesamt doch gute Qualität der Weiterbildung in Sachsen.

Ein weiteres Thema in der Diskussionsrunde war die Weiterbildung im ambulanten Bereich. Eine Kinderärztin berichtete, dass sie seit sieben Jahren Ärztinnen in ihrer Niederlassung weiterbildet. Alle kamen aus der Elternzeit und konnten Beruf und Familie mit angepassten Arbeitszeiten vereinbaren.

Die Podiumsteilnehmerin Frau Dr. Schröder sagte, dass sie mit ihrer ambulanten Weiterbildungsstelle sehr zufrieden und dies unter anderem ein Ergebnis der individuellen Betreuung sei.

Tabelle 1: Prüfungszahlen/Anerkennungen 2011 in Sachsen (Auszüge aus dem Tätigkeitsbericht 2011 der SLÄK)

Fachgebiet/Schwerpunkt	bestanden	nicht bestanden
Anästhesiologie	48	1
Arbeitsmedizin	4	1
Herzchirurgie	2	1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	24	1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11	1
Allgemeinmedizin	34	4
Innere Medizin	113	3
Psychiatrie und Psychotherapie	22	1
Transfusionsmedizin	0	1
Urologie	14	3
<b>Gesamtanzahl aller Prüfungen:</b>	<b>543</b>	<b>17 (3%)</b>



Mittlerweile ist Weiterbildung in Teilzeit auch im stationären Bereich kein Einzelfall mehr, sondern in vielen Fächern die Regel. Zur Vereinbarkeit von Familie und einer Tätigkeit im stationären Bereich wurden in vielen Kliniken in den vergangenen Jahren darüber hinaus Kindertagesstätten geschaffen.

Herr Dr. Spalteholz hat seine Weiterbildung in zwei Kliniken absolviert und steht jetzt kurz vor der Facharztprüfung. Aus seiner Sicht ist das Engagement des Befugten für die Qualität der Weiterbildung entscheidend. In seinem Krankenhaus liegt Weiterbildung vorwiegend in den Händen der Oberärzte. Der Chefarzt selbst sei zu sehr von bürokratischen Aufgaben in Beschlag genommen. Er sagte weiterhin, dass junge Kolleginnen und Kollegen neben einer klar strukturierten Weiterbildung vor Ort ein regelmäßiges Feedback zum erreichten Kenntnisstand benötigen.

Obwohl die Bewertung der Weiterbildung bundesweit und auch in Sachsen, bezogen auf Schulnoten, insgesamt mit „gut“ erfolgte, konnte eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der Befugten und der Weiterzubildenden aufgezeigt werden. Die Befugten bewerteten ihre eigene Einrichtung, die Organisation und auch die Rahmenbedingungen günstiger. Es besteht zweifelsfrei eine unterschiedliche Sichtweise und damit Handlungsbedarf.

Aus dem Auditorium heraus betonte Prof. med. habil. Michael Laniado, Direktor der Klinik für Radiologie des Universitätsklinikums Dresden, dass „wir die Weiterbildung und das Medizinstudium nicht schlecht reden sollten. Beides ist besser organisiert und strukturiert als häufig angenommen.“ Dies komme auch in den Ergebnissen der Online-Befragung zum Ausdruck.

Dr. med. Rainer Kobes, Mitglied im Vorstand und Chefarzt im Krankenhaus Werdau, führte aus: „Eine Evaluation sollte intern in jeder Weiterbildungsstätte erfolgen. Der Weiter-

zubildende muss jederzeit zu seinem Weiterbilder gehen und sagen können, was ihm noch fehlt.“ Insbesondere sei die Vorbildwirkung der Weiterbilder von entscheidender Bedeutung.

Ein weiterer Arzt aus dem Auditorium ergänzte: „Ein wichtiges Kriterium, die Weiterbildung in einem bestimmten Krankenhaus aufzunehmen, ist nun mal heute eine attraktive örtliche Lage. Nicht jedes Krankenhaus befindet sich in oder in der Nähe einer Großstadt mit einer guten Verkehrsanbindung. Gibt es also weitere beeinflussbare Kriterien? Maßgeblich ist, dass das Klima in der Klinik stimmt und die Weiterbildungsstätte einen guten Ruf habe.“ Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Mitglied im Vorstand und Chefarzt der HNO-Klinik im Klinikum Chemnitz, ergänzte, die Evaluation der Weiterbildung sei gut. Restriktionen für Weiterbildungsbefugte, die bei der ersten Erhebung schlecht abgeschnitten haben, sollte es jedoch nicht geben. Nach wie vor ist die erfolgreiche Facharztprüfung das entscheidende Qualitätskriterium. Darüber hinaus wies er auf die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden ambulant-stationären Weiterbildung hin. Dafür seien die finanziellen Rahmenbedingungen noch nicht gegeben.

Die Finanzierung der Weiterbildung war generell ein wiederkehrendes Diskussionsthema. Die Frage ist: „Wer kann sich Weiterbildung unter den gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen leisten?“ Weiterbildung kostet Geld, vor allem aber Zeit und Engagement und dies muss refinanziert werden.

Folgende Vorschläge waren aus der Diskussion abzuleiten:

- Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten sich intensiver um die Rahmenbedingungen der Weiterbildung kümmern.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung benötigen einen von Anfang an klar strukturierten Ablauf- und Rotationsplan, der Weiterbildungsbefugte muss sich an die Vorgaben der Weiterbildungs-

ordnung halten. Er muss zudem wissen, was über den meist 5-jährigen Weiterbildungszeitraum an Inhalten zu vermitteln ist.

- Der Weiterbilder sollte über didaktische Fähigkeiten verfügen. Hierbei könnten entsprechende Kursangebote in Form von „Train-the-Trainer“-Programmen durch die Ärztekammer beitragen.
- Kammer und Berufsverbände sollten gemeinsam politisch dahingehend wirken, dass Weiterbildung refinanziert wird. Dann werde es mehr Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung geben. Gegenwärtige Unzulänglichkeiten haben vor allem ökonomische Ursachen.
- Insbesondere muss Weiterbildung im ambulanten Bereich vermehrt möglich und entsprechend finanziert werden.

## Fazit

Das Kolloquium war eine erfolgreiche Pilotveranstaltung und sollte wieder stattfinden. In verschiedenen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer wird besprochen, wie die dargestellten Probleme für die Zukunft der Weiterbildung gelöst werden können. Letztendlich ist dies nur unter Beteiligung aller gesundheitspolitisch Verantwortlichen möglich.

Die Ärzte in Weiterbildung sind aufgefordert, sich bei Problemen während ihrer Weiterbildungszeit an die Sächsische Landesärztekammer zu wenden. Nur so kann die Ärztekammer sich um deren Belange noch intensiver kümmern.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Peggy Thomas, Tel. 0351 8267-335, Fax -312, E-Mail [evaluation@slaek.de](mailto:evaluation@slaek.de)

Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de> → Weiterbildung → Evaluation

Peggy Thomas  
Sachbearbeiterin Evaluation

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung  
der Sächsischen Landesärztekammer

## Nur eine Spritze

### Der größte Medizinskandal der DDR

Beitrag zur Epidemiologie der Hepatitis C in Deutschland anhand der Stellungnahme zu „Dokumentarfilm über eine Hepatitis-Infektion von Ariane Riecker und Anne Mesecke, Film- und Fernsehproduktionsgesellschaft Hofrichter & Jacobs, mit freundlicher Unterstützung von Rundfunk Berlin-Brandenburg und Stiftung Aufarbeitung DDR“

### Einleitung

Vom 2. August 1978 bis zum 14. März 1979, also vor 33 bis 34 Jahren, wurde auf dem Territorium der ehemaligen DDR im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe maximal 6.773 Frauen eine virushepatitiskontaminierte Charge (Chargen-Nr: 080578 bis 221178) des Human-Immunglobulins Anti-D verabreicht (Lit.7).

Der Film handelt von diesem bedauerlichen, weil in großen Teilen absolut vermeidbaren humanmedizinischen Infektionsgeschehen in der DDR. Die Zahl der damals tatsächlich Infizierten ist unbekannt, kann aber aufgrund der extremen Chargenabhängigkeit und trotz der subtilen Ermittlungen und Nachuntersuchungen im Freistaat Sachsen 1994 bis 1996 sowie der Besonderheiten der seit 1990 Hepatitis C genannten Erkrankung auf 2.500 bis (3.500) Frauen hochgerechnet werden (nach Lit. 7 u. 8).

Im Film wurden nun die Epidemiologie, Mikrobiologie, Diagnostik, Symptomatik und Behandlung dieser Erkrankung unter den heutigen Aspekten, dem heutigen Wissen und anderem dargestellt, nicht aber unter den Verhältnissen von vor 33/34 Jahren. Dies führt zwangsläufig zu kritikwürdigen, ja teilweise falschen Darstellungen und Schlussfolgerungen.

### 1. Zur Epidemiologie der Virushepatitis bis 1989 in Deutschland

Die hier behandelte Erkrankung hieß damals laut Seuchengesetze in Ost- und Westdeutschland „Virushepatitis“ oder „Hepatitis infeciosa“, eine Unterteilung in die ätiologisch völlig

differenten Erkrankungen Hepatitis-A, -B, -C, -D, -E, (-F, -G) gab es damals noch nicht. Exakte Zahlen über die Häufigkeit der Erkrankung „Hepatitis infeciosa“ laut gesetzlicher Meldepflicht gibt es für die DDR seit 1951 und für die BRD – alt seit 1962. Die Krankheitshäufigkeiten DDR 1951 bis 1989 und BRD 1962 bis 1989 sind in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt. Die infektiösen Hepatitiden waren damals in Deutschland häufige Erkrankungen. In der BRD schwankte die jährliche Morbidität zwischen 25 und 40 ‰ (= Erkrankungen – E – pro 100.000 Einwohnern), das Maximum wurde 1973 mit einer Anzahl von 25.900 Erkrankungen (= 41,7 pro 100.000 E) erreicht und fiel danach

allmählich auf 9.763 E (= 15,7 ‰) 1989 ab (Abb.1). Die Mortalität (=Todesfälle pro 100 000 Einwohner und Jahr) stieg dagegen von 0,1 ‰ in den siebziger Jahren auf 0,36 ‰ 1989 an (Tab.1). In der DDR lag die Morbidität der Virushepatitis in den 60-ziger Jahren bei > 150 (Erkrankungen pro 100.000 E und Jahr), der Spitzenwert wurde 1961 mit 46.844 E (= 273,5 ‰) erreicht; dies entsprach dem 6,6-fachen des Maximalwertes in der BRD-alt. Hervorgerufen war dieser hohe Wert durch die frühzeitige Kollektivierung der Kinder in Kinderkrippen und Kindergärten in der DDR und die in diesem Alter hohe Infektionsrate durch Virushepatitis (1973 als Hepatitis A beschrieben, meldetechnisch erfasst seit

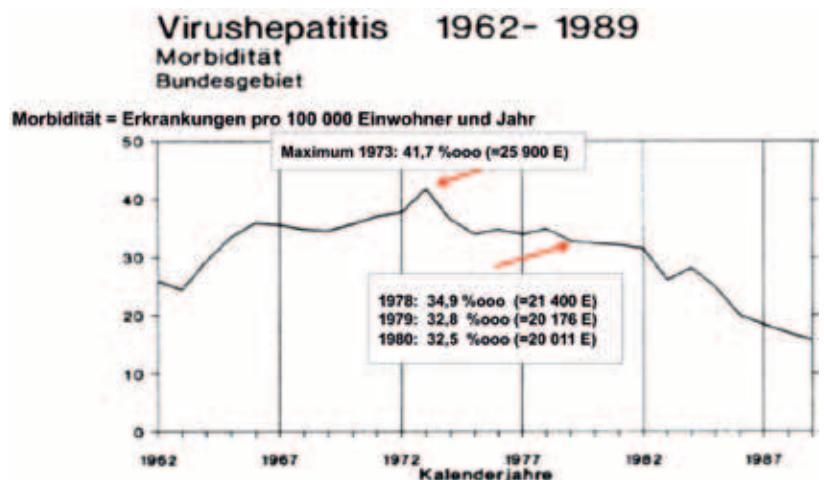


Abbildung 1

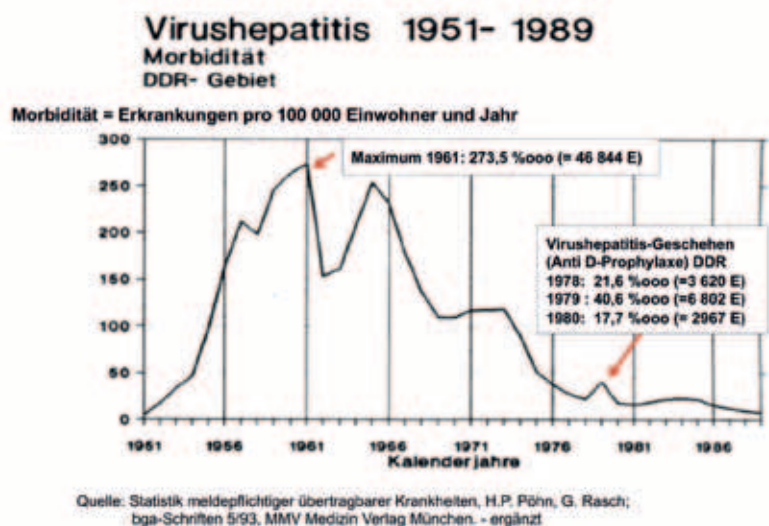


Abbildung 2

Tabelle 1: Virushepatitis BRD-alt 1977 – 1989\*

Jahr	Erkrankungen Anzahl	Erkrankungen Morbidität	Todesfälle Anzahl	Todesfälle Mortalität	Letalität (in %)
1977	20 849	34,0	69	0,11	0,3
1978	21 400	34,9	77	0,13	0,4
1979	20 176	32,8	123	0,20	0,6
1980	20 011	32,5	155	0,25	0,8
1981	19 813	32,1	139	0,23	0,7
1982	19 369	31,5	174	0,28	0,9
1983	15 970	26,0	182	0,30	1,1
1984	17 137	28,1	202	0,33	1,2
1985	15 153	24,8	205	0,34	1,4
1986	12 257	20,0	165	0,27	1,3
1987	11 249	18,4	200	0,33	1,8
1988	10 406	17,0	228	0,37	2,2
1989	9 763	15,7	222	0,36	2,3

\* Quelle: Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten, H.P. Pöhn, G. Rasch; bga-Schriften 5/93, MMV Medizin Verlag München.

Tabelle 2: Virushepatitis DDR 1977 – 1989\*

Jahr	Erkrankungen Anzahl	Erkrankungen Morbidität	Todesfälle Anzahl	Todesfälle Mortalität	Letalität (in %)
1977	4 653	27,8	12	0,07	0,3
1978	3 620	21,6	13	0,08	0,4
1979	6 802	40,6	17	0,10	0,2
1980	2 967	17,7	10	0,06	0,3
1981	2 692	16,1	13	0,08	0,5
1982	3 134	18,8	16	0,10	0,5
1983	3 565	21,3	21	0,13	0,6
1984	3 745	22,5	16	0,10	0,4
1985	3 606	21,7	17	0,10	0,5
1986	2 585	15,5	12	0,07	0,5
1987	1 999	12,0	7	0,04	0,4
1988	1 607	9,6	8	0,05	0,5
1989	1 234	7,4	11	0,07	0,9

\* Quelle: Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten, H.P. Pöhn, G. Rasch; bga-Schriften 5/93, MMV Medizin Verlag München.

1983). Erst durch gezielte staatlich verordnete und durch die „Staatliche Hygieneinspektionen“ (= Name der Gesundheitsämter in der DDR) durchgeführte Prophylaxe (Serum-Enzymbestimmungen zur Frühdiagnostik und Gammaglobulin-Prophylaxe bei Kontaktpersonen und strenge Absonderungsmaßnahmen von Erkrankten und Kontaktpersonen – siehe Lit. 2 und 3) seit 1970 fiel die Morbidität ab 1977 unter das Niveau der Bundesrepublik (1989: 1.234 E = 7,4 ‰). Die Mortalität fiel von 0,23 ‰ 1957 fast kontinuierlich auf 0,07 ‰ 1989. (Abb.2, Tab. 2. nach Lit. 1). Danach war 1977 bis 1989 die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis in der DDR wesentlich

geringer als in der BRD-alt; auch die Anzahl der registrierten Todesfälle (Mortalität) unterschied sich signifikant von 1977 bis 1989: DDR 173 (= 0,081 ‰), BRD-alt 2.141 Todesfälle (= 0,269 ‰), also 3,32 höhere Mortalität als in der DDR. Bei einer Mortalität wie in der DDR wären in der BRD in den 13 Jahren vor der Wiedervereinigung an Virushepatitis 1.496 Personen weniger verstorben (Zahlen nach Lit. 1, S. 104 bis 105). Die dargestellte Krankheitswelle in Abb. 2 von 1978/79 war bei der Gesamtbetrachtung der Hepatitis-morbidität also zahlenmäßig keine große Neuigkeit, wie es im Film zum Ausdruck gebracht wird. Es erkrankten 1978 in der DDR 3.620 Personen

(= 21,6 ‰), 1979 6.802 (= 40,6 ‰) Personen an Virushepatitis. In der BRD waren es 1978 21.400 Erkrankte (=34,9 ‰) und 1979 20.176 E. (=32,8 ‰). Bereits ein Jahr später (1980) hatten sich die Zahlen wieder „normalisiert“ (DDR 2.967 E = 16,1 ‰, BRD 20.011 E = 32,5 ‰).

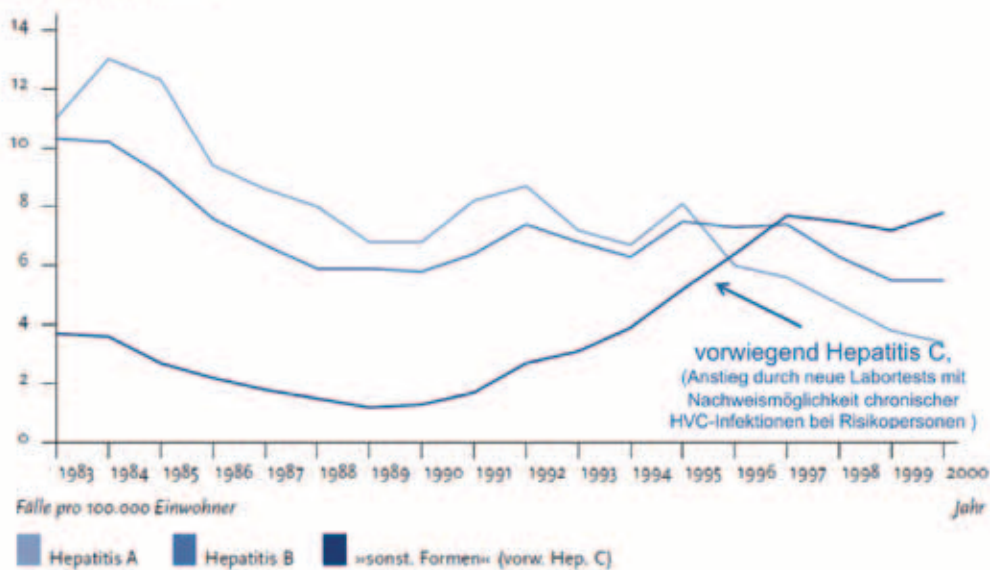
## 2. Antiepidemische Maßnahmen bei Virushepatitis

Auf diese Erkrankungszahlen der „Virushepatitis“ = „ansteckende Gelbsucht“ waren die antiepidemischen Maßnahmen in den 70-er Jahren ausgerichtet. Jede ansteckende Erkrankung, auch bei mildem oder sogar abortivem Verlauf, wurde auf einer Infektionsstation streng isoliert. Dies betraf nicht nur die Virushepatitis, sondern fast alle Infektionskrankheiten, auch zum Beispiel Scharlach, infektiösen Durchfall bei Salmonellennachweis und anderen Erregern, Masern usw. Dies war gesetzlich geregelt und vorgeschrieben. In der DDR galt die „Richtlinie zur Verhütung und Bekämpfung der Virushepatitis“ von 1970 (Lit. 3). Es sollten damit alle Kontaktpersonen vor einer Ansteckung geschützt werden und die Weiterverbreitung der Infektion (Entstehung von sogenannten Häufungen und Epidemien) vermieden werden.

Besuchszeiten in einer Isolierstation gab es nicht und nirgends! Der Kontakt zu den Isolierten konnte nur über ein oder wenige stationäre Telefone erfolgen. Mobiltelefone (Handys) waren noch unbekannt.

Dieser Tatbestand wird im Film völlig missachtet, es wird stattdessen eine Szenerie lange und wiederholt dargestellt, in der die infizierten Mütter von ihren Säuglingen und der Familie getrennt wurden und dies als staatliche extra angeordnete Willkür deklariert, um Fehler zu vertuschen. Dies erzeugt bei unwissenden Zuschauern Emotionen, die letztlich von den Filmmachern politisch missbraucht werden. Es ist andererseits keine einzige Person/Frau im Film dargestellt, interviewt oder erwähnt worden, die nach einer Bluttransfusion oder Gabe von Gerinnungsfaktoren unter anderem wegen zum Beispiel eines Unfalles oder anderer Leiden an der

Virushepatitiden in Deutschland  
(Meldefälle nach Bundesseuchengesetz 1983–2000)  
Quelle: Robert Koch-Institut



Quelle: Hepatitis C, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, RKI 2007

Abbildung 3

gleichen Infektion erkrankt war, obwohl, wie unter 1. dargestellt, es Hunderte jährlich gegeben hat. Die unter 1. beschriebene bessere anti-epidemische Organisation und anti-epidemischen Arbeit in der DDR gegenüber der BRD-alt, die von 1977 bis 1989 (außer 1979) insgesamt zu einer deutlicheren Senkung der Morbidität und Mortalität führte, wird gar nicht erwähnt. Dies war damals zu Recht ein besonderer Stolz des DDR-Gesundheitswesens und wäre ohne einen erheblichen fachspezifischen personellen Aufwand in den „Hygieneinspektionen“ der Kreise (= jetzt Gesundheitsämter) nicht möglich gewesen.

### 3. Medizinhistorisch bedingte Veränderungen in der Epidemiologie der Virushepatitis

Das Hepatitis-A-Virus wurde erstmals 1973 durch Stephen Feinstone elektronenmikroskopisch dargestellt; 1979 isolierten Philip Provost und Gert Frösner u. Mitarbeiter unabhängig voneinander das Virus. Weltweit wurden sechs verschiedene Genotypen (I – VI) identifiziert. Der Hepatitis-B-Erreger wurde im Jahre 1965/68 von Blumberg als „Australia-Antigen“ beschrieben und 1970 von David S. Dane beschrieben („Dane-Partikel“). Die Hepatitis C ist

virologisch erst 1989/90 identifiziert worden (Lit.10); eine Differenzierung in der Praxis, also beweisende Diagnostik in der Routine gibt es erst in Ost- und Westdeutschland seit 1991. Gegenwärtig unterscheidet man bei der epidemiologischen Analyse der Hepatitis-C-Virus-Erkrankungen 8 Genotypen (A-H; Lit. 10).

Die Unterscheidung in der gesetzlichen Meldepflicht und der Epidemiologie in „Hepatitis A“, „Hepatitis B“ und „nicht bestimmbare und übrige Formen“ (BRD) oder „Hepatitis non A non B und nicht näher bestimmt“ (DDR) erfolgte in der BRD 1980, in der DDR 1983 (= Lit. 1).

Auch zu diesen Zeitpunkten hieß es also noch nicht Hepatitis C.

Die Zahlen unter den genannten Positionen – „nicht bestimmbare und übrige Formen“ (BRD)1980 und „Hepatitis non A non B und nicht näher bestimmt“ (DDR) 1983 zum Zeitpunkt der Einführung – sind ein Maß (und erlauben eine berechnete Schätzung) für die Häufigkeit der später Hepatitis C genannten Virushepatitis auch zum Zeitpunkt des Geschehens durch Anti-D-Spritzen 1978/79.

BRD 1980:  
Hepatitis A 7.302 E = 11,8 ‰ (36,5 %)

Hepatitis B 5.313 E = 8,6 ‰ (26 %)  
Hepatitis nicht bestb.u. ü.F.  
7.396 E = 12,0 ‰ (37 %)  
Gesamt: 20.011 E = 32,5 ‰ (100%)  
1978 (berechnet): Hepatitis nicht bestimmbare und übrige Formen:  
7.918 E  
1979 (berechnet): Hepatitis nicht bestimmbare und übrige Formen:  
7.465 E

DDR 1983: Hepatitis A  
2.103 E = 12,6 ‰ (59,0 %)  
Hepatitis B  
770 E = 4,6 ‰ (21,6 %)  
Hepatitis non A +B u.n. b.F.  
692 E = 4,1 ‰ (19,4 %)  
Gesamt 3.565 E = 21,3 ‰ (100 %)  
1977 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 903 E  
1978 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 702 E  
1979 (berechnet): Hepatitis non A +B und nicht bestimmbare Formen 3.237 E  
davon durch Anti-D-Spritze (berechnet) 2.545 E  
1980 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 576 E.

Alle Blutspender wurden seit 1991/92 auf Hepatitis C untersucht, weil bis 1991/92 die meisten Hepatitis-C-Fälle – außer in dem Anti-D-Geschehen 1978/1979 – durch Bluttransfusionen oder Gabe von Blutderivaten, Gerinnungsfaktoren und anderem verursacht worden waren. Die Prävalenz der Hepatitis C in der Bevölkerung, also auch bei potenziellen Blutspendern, gibt das RKI wie folgt an: 2 bis 3 % der Weltbevölkerung. Schätzungen für Europa gehen von 3 bis 5 Millionen HCV-Infizierten = Virusträgern aus. Für Deutschland lauten die Zahlen: 0,5 bis 0,7 % der Einwohner = 400.000 bis 500.000 Virusträger (Lit. 5). Damit ging eine Infektionsgefahr von Hepatitis C auch vor 1991/92 grundsätzlich von 200 Blutspendern mindestens einmal aus.

Davon ist im Film keine Rede; es wird der Eindruck erweckt, als sei das Geschehen von 1978/79 in der DDR

ein einmaliges, allein durch die politischen Verhältnisse möglich gewordenes Ereignis der Infektionsübertragung und Ausbreitung der Hepatitis C gewesen. Die oben genannten Zahlen beweisen, dass es in Ost- und Westdeutschland vor 1991 jährlich Hunderte bis Tausende Neuerkrankungen an Hepatitis C durch die genannten und andere Ursachen gab (Abb.3).

#### 4. Das variable klinische Krankheitsbild der Hepatitis C

Die seit Erregeridentifizierung der Hepatitis C 1990/91 gewonnenen Erkenntnisse über das sehr variable klinische Krankheitsbild werden im Film nicht beachtet. In der Regel wird der Krankheitsverlauf dramatisiert. Dies ist unbedingt änderungs- und ergänzungsbedürftig und betrifft:

- die Infektionsrate (je nach Infektionsdosis):  
im Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 chargenabhängig 0 bis 73,5 %
- die Inkubationszeit = Beginn der Symptome: 6 bis 9 (2 bis 26) Wochen
- sogenanntes diagnostisches Fenster (Zeit von Infektion bis serologischer Nachweismöglichkeit): Wochen bis Monate
- die Häufigkeit der stummen, abortiven und akuten Krankheitsverläufe:
- Oft asymptomatisch oder mit geringen uncharakteristischen Beschwerden,
- die Chronifizierungsraten: Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 bis 1994/95: 41,5 %; andere Angaben: 60 bis 80 %
- die Letalität der neuen, akuten Infektionen: gering
- die Letalität der chronischen unbehandelten Form: nach 20 bis 30 Jahren Leberzirrhose, 5-Jahresüberlebensraten bei Leberzirrhose: 50 bis 80 %
- die Selbstheilungsraten: Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 bis 1994/95: 31 %, andere Angaben: 20 bis 50 %.

- die heutigen Therapiemöglichkeiten (Peginterferon, Ribavirin + Telaprevir)  
(Angaben nach Lit.5, 7, 8, 11).

Auch wird in dem Film nirgends auf die mit der Anti-D-Prophylaxe zu verhütenden Krankheitsbilder bei den neugeborenen Kindern hingewiesen (Morbus hämolyticus neonatorum und Hyperbilirubinämie) mit oft schwerwiegenden Schädigungen und lebenslangen Folgen bei Kindern, deren Mütter bei entsprechender Indikation keine Anti-D-Prophylaxe erhalten haben.

#### 5. Juristische Aspekte des Anti-D-Infektionsgeschehens 1978/79

Die Darstellung im Film, dass keine Entschädigung bei den Betroffenen des Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 erfolgt sei, ist falsch. Die Erkrankungen wurden sofort nach Bekanntwerden ohne Prüfung als Impfschäden anerkannt und entsprechend den Gesetzen und Richtlinien entschädigt (siehe Lit. 7).

Auch wurden alle erkrankten Frauen dieser Virushepatitis-Infektionshäufung sofort ab 1978/79 von infektiologisch bestqualifizierten Internisten in Chemnitz (damals Karl-Marx-Stadt), Dresden und Leipzig nach dem aktuellen Stand der Medizin behandelt (= damalige Spezialambulanzen in den Bezirken der ehemaligen DDR, jetzt des Freistaates Sachsen).

Ob die Schuld eines Einzelnen (Chef des Hallenser Blutspendedienstes Dr. Schubert), zweifellos unter politischem Druck entstanden, nicht aber Mitschuld der Mitarbeiter und Prüfbehörde der DDR, wie im Film richtig dargestellt wird, ausreicht, das Geschehen als gesellschaftlich und nicht individuell kriminell zu bewerten um finanzielle Sonderrechte der Entschädigung durchzusetzen, bedarf einer juristischen, nicht einer medizinischen Entscheidung. Dies ist aber nach Beurteilung der Sondermatinee mit der Premiere der Filmvorführung am 9. September 2012 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden zweifellos das Hauptziel der

Selbsthilfegruppe mit Unterstützung der Filmemacher gewesen.

Auch wurde im Film völlig ignoriert, dass die gesamte Angelegenheit auch nach der Wende 1994/95 mit großzügiger Unterstützung des Sächsischen Staatsministers für Gesundheit, Familie und Soziales (SMS), Dr. Hans Geisler, in Sachsen bereits aufgearbeitet worden ist. War dies den Filmemachern und der Selbsthilfegruppe wirklich unbekannt? Alle Betroffenen und ihre Angehörige wurden damals angeschrieben und untersucht. Die Ergebnisse wurden 1996 und 1998 veröffentlicht (Lit.7 u. 8). Dies ist das Verdienst des damaligen Referatsleiters im SMS, Dr. med. Wilfried Oettler. Wichtige Ergebnisse der klinischen, serologischen, molekular-biologischen, epidemiologischen und gutachterlichen Untersuchungen damals waren: Von 755 der 1.129 in Sachsen wahrscheinlich infizierten lagen Daten von 1978/79 und 1994/95 zur Auswertung vor, desgleichen von 470 Kindern, 185 Ehe- und Sexualpartnern und 94 sonstigen Kontaktpersonen. Die chargenbezogene Auswertung der bisherigen Krankheitsverläufe der 1978/79 wahrscheinlich infizierten zeigt, dass die einzelnen Chargen als Infektionsquelle differenziert betrachtet werden müssen. Die Chronifizierungsrate bis zu diesem Zeitpunkt (1994/95 = nach 16 bis 17 Jahren) für eine HCV-Infektion durch Anti-D-Prophylaxe mit den Chargen 080578 – 160978 lag bei dem untersuchten Patientengut mit 52,4 % niedriger, als andere Untersucher dies beschrieben hatten. Bei 11 in Sachsen bis 1994/95 verstorbenen HCV-Infizierten steht nur in einem Fall die Todesursache in einem wahrscheinlichen Zusammenhang mit der Anti-D-Prophylaxe; bei weiteren drei Fällen waren Kofaktoren oder ist die Todesursache als assoziierte Erkrankung zur Hepatitis C anzusehen. Intrafamiliäre Kontakte sowie die vertikale Übertragung spielten in dem Klientel keine Rolle. Nur in zwei Fällen konnte eine sexuelle Übertragung als wahrscheinlich angesehen werden. Eine Übertragung durch Stillen konnte in dem Patientengut nicht festgestellt werden. Es war

**HCV-Durchseuchungsraten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Deutschland**

Quellen:

\* Hepatitis C, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, RKI 2007

\*\* Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011, RKI

Bevölkerungsgruppe	HCV-Durchseuchung (Antikörper-positiv)
Menschen mit Bluterkrankheit (Hämophilie), die vor 1987 Blutgerinnungsfaktoren erhalten haben	80-90%
Intravenös injizierende Drogenkonsumenten	60-80%
Organtransplantierte	5-15%
Dialysepatienten	4-10%
Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft/Entbindung HCV-infiziert waren	3-5%
Allgemeinbevölkerung (Erwachsene)	0,5-0,7%
<b>Homosexuelle Männer (MSM) und verletzungsträchtige Sexualpraktiken **</b>	<b>4,3 %</b>
<b>Tätowieren, Piercing, Ohrlochstechen, unhygienische Injektionen, z.B. Ausland</b>	<b>?? %</b>

damals bereits allen anderen Neuen Bundesländern empfohlen worden, ein ähnliches Nachuntersuchungsprogramm in allen neuen Bundesländern durchzuführen, um der Aufklärungs- und Nachsorgepflicht zu genügen.

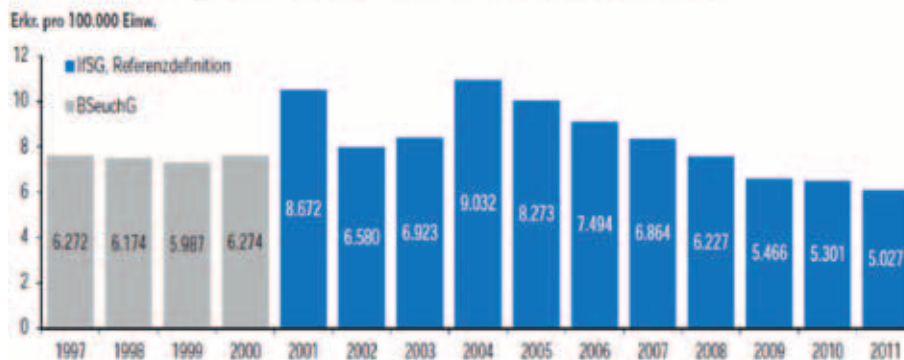
Auch wurde ein „Nachuntersuchungsprogramm“ für alle betroffenen Personen einschließlich aller Kontaktpersonen in regelmäßigen Abständen für die Folgezeit dringend angeraten; wörtlich steht in Lit. 7: „Die Gesundheitsämter sind hierfür fachlich zuständig.“ Auch diese wichtige bisher nicht realisierte Analyse fehlt bisher in Praxi und bleibt im Film unerwähnt.

**Schlussbemerkungen**

Die Hepatitis C hat wegen ihrer hohen Chronifizierungsrate eine hohe ethisch-moralische und gesundheitsökonomische Relevanz. Diese Infektionskrankheit ist in unserer Bevölkerung offenbar schon immer endemisch, seit 1980 unsicher, seit 1990/91 aber erst sicher ursächlich diagnostizierbar und damit sind die Häufigkeiten, Übertragungswege, Eigenschaften und anderes exakt bestimmbar. Diese jährliche Anzahl von Neuerkrankungen (laut Falldefinitionen) hat sich seit Jahrzehnten und auch in den letzten 11 Jahren seit Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 nur mäßig verändert (siehe Abb. 1 bis 4). Laut „Infektionsepidemiologischem

Jahresbericht des RKI für das Jahr 2011“ und „Virushepatitis A, B, C in Deutschland 2011“ vom September 2012 (Lit. 9) wurden im vergangenen Jahr in Deutschland 5.027 Hepatitis-C-Erkrankungen neu gemeldet, 2004 waren es 9.032 erstmals diagnostizierte Fälle. Als Ursache ist bei ca. 70 % = 3.500 E intravenöser Drogenkonsum angegeben. Auf diesen Umstand und die gesellschaftlichen Ursachen wird im Film nirgends hingewiesen. Auch heute reagieren Politik und Gesellschaft, insbesondere aber auch die Medien, nicht oder völlig unzureichend. Sind dies nicht vergleichbare Zustände und Missstände wie 1978/79 [heute: mangelnde Drogenprophylaxe, drastische Reduzierung des Personals im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und bei der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA), keine deutschlandweite Empfehlung und Bezahlung der Standard-Hepatitis-Impfungen für alle Bürger durch die Krankenkassen, verzögerte Durchsetzung antiepidemischer Maßnahmen bei Häufungen von Infektionskrankheiten und anderes, alles von den Verantwortlichen finanziell „begründet“], jetzt aber nicht mehr unter diktatorischen, sondern unter „demokratischen“ Verhältnissen! Der zu beurteilende Film behandelt (fachlich historisch unzureichend und vordergründig theatralisch politisch) ein für die Betroffenen tragisches und vermeidbar gewesenes Infektionsgeschehen vor 33/34 Jahren, das allen Fachleuten bekannt, vor 16 Jahren ausführlich beschrieben und öffentlich publiziert worden ist. Dass die Hepatitis C wegen ihrer nach wie vor bestehenden Probleme der Infektionsübertragung, Häufigkeit, Chronifizierung, fehlender Impfprophylaxe, Kostenverursachung und anderes eine nach wie vor hohe gesellschaftspolitische Bedeutung besitzt, kommt nirgends zum Ausdruck. Wir halten den Film daher in der vorliegenden Form für absolut entbehrlich.

**An das RKI übermittelte Hepatitis-C-Fälle pro 100 000 Einwohner nach Meldejahr 1997-2011 in Deutschland (in den Säulen Anzahl der Fälle absolut) \***



\*Quelle: Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 38 vom 26. September 2012, Seite 380

Abbildung 4

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz  
Dr. med. Wilfried Oettler, Dresden

## Jahresversammlung der KÄK Dresden 2012

Der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden lud am 6. November 2012 zur alljährlichen Mitgliederversammlung, mittlerweile zum dritten Mal, in den Martha-Fraenkel-Saal des Deutschen Hygiene-Museums Dresden ein. Damit hat sich dieser Ort für diese Veranstaltung bereits zu einer kleinen Tradition etabliert.

Im Bericht der Vorsitzenden wurden die Schwerpunkte der Vorstandstätigkeit umrissen. Der Schlichtungs- und Vermittlungsbedarf zwischen Patienten und Ärzten bewegte sich in etwa auf Vorjahresniveau, wobei auch 2012 die Anlässe der Beschwerden meist im kommunikativen Bereich lagen.

Einen der Schwerpunkte der Kreiskammertätigkeit bildete erneut die Seniorenarbeit. Die traditionellen quartalsweisen Treffen, geprägt vom kollegialen Austausch und anspruchsvollen Vorträgen im Plenarsaal des Kammergebäudes, erfreuten sich anhaltend regen Zuspruchs. Ca. 100 Kolleginnen und Kollegen im Ruhestand nahmen an der diesjährigen Tour nach Großenhain und zu den Schlössern Zabeltitz und Schönfeld teil. Des Weiteren unterstützte die Kreisärztekammer finanziell die Teilnahme ihrer Mitglieder an den Landesseniorentreffen.

Besonderes Anliegen des Vorstands war während der letzten Legislaturperiode, nicht nur die emeritierten Kollegen, sondern auch den ärztlichen Nachwuchs zu fördern und das kollegiale Miteinander der jungen Mediziner zu unterstützen. Zum einen geschah dies, indem Kurse im Rahmen der Facharztweiterbildung finanziell unterstützt wurden. Zum anderen hoffen wir, mit der 1. Dresdner Assistenzparty, die am 18. November 2011 in der legendären Kakadu-Bar stattfand, eine neue Tradition begründet zu haben. Die Resonanz war sehr positiv – die 2. Dresdner Assistentenparty fand am 30. November 2012 am gleichen Ort statt.

Die Entwicklung der Internetpräsenz hat sich als wichtiges Gebiet etabliert. Der elektronische Kommunikationsweg ist inzwischen der am häufigsten genutzte und wird dies sicher auch weiterhin bleiben. Termine, Kontakte und Informationen werden im aufbereiteten Design unter [www.kreisaerztekammer-dresden.de](http://www.kreisaerztekammer-dresden.de) angeboten und zunehmend zum Austausch genutzt. Insbesondere das Ärzte-Kultur-Netzwerk bietet hier eine noch sehr kleine, aber feine Plattform für Kultur speziell von Ärzten für Ärzte. Interessierte kunstschaffende Kolleginnen und Kollegen sind herzlich willkommen, sich hier zu vernetzen, Auftritt- und Ausstellungsmöglichkeiten zu finden und Kontakte zu pflegen.

Im Jahr 2012 war es nach zuletzt sinkenden Gästezahlen Zeit, dem Dresdner Ärzteball eine schöpferische Pause zu gönnen und das Konzept zu überarbeiten. Geplant ist, dieser Dresdner Tradition neuen Schwung zu geben, indem der nächste Ball im Frühjahr 2013 in neuem Ambiente (aber vielen vertraut) als eine gemeinsame Veranstaltung der Dresdner Heilberufler stattfinden wird. Gemeinsam mit den Zahn- und Tierärzten, den Psychotherapeuten und Apothekern lädt die Kreisärztekammer **am 6. April 2013 zum Ball ins Dresdner Albertinum ein!**

Den wichtigsten Tagesordnungspunkt der diesjährigen Veranstaltung bildete die Wahl des neuen Kreiskammervorstands, die nach Tätigkeits- und Finanzbericht zügig durchgeführt wurde. Der Vorstand der Legislaturperiode 2008 bis 2012 wurde einstimmig entlastet.

Bis auf Dr. med. Jörn Conell, dem hiermit herzlich für seine engagierte Mitarbeit gedankt sei, stellten sich alle bisherigen Vorstandsmitglieder erneut zur Wahl, dazu kamen noch mehrere neue Wahlvorschläge. Die Wahlkommission unter der prägnanten Leitung von Dr. med. Norbert Grosche und seinen Beisitzerinnen Dr. med. Sigrid Müller, Dr. med. Stefanie Otto, Jeannine Schübel und Dr.



Prof. med. habil. Gunter Haroske, Stefan Bojanowski, Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Katharina Schmidt-Göhrich, Dr. med. Stephan Schmidt, Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud (v.l.)

med. Brigitte Zschaber sorgte für einen zügigen und unkomplizierten Wahlverlauf.

Die bisherige Vorsitzende (Katharina Schmidt-Göhrich) und ihr Stellvertreter, Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, wurden wie die Vorstandsmitglieder Dr. med. Axel Arnholt, Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Prof. med. habil. Gunter Haroske, und Dr. med. Stephan Schmidt mit großer Stimmenmehrheit in ihren Ämtern bestätigt. Neu im Vorstand ist Stefan Bojanowski (Arzt in Weiterbildung), der insbesondere die Belange der Dresdner Assistenzärztinnen und Assistenzärzten vertreten wird.

Während der Stimmauszählung stellte Dr. Nitschke-Bertaud den aktuellen Stand der Ergebnisse der longitudinalen Langzeitbefragung unter Absolventen des 5. Studienjahres an der Medizinischen Fakultät vor dem Eintritt in das Praktische Jahr (PJ).

Diese Dresdner Studie ist einmalig in Deutschland und beschreibt mittlerweile die Berufsvorstellungen von mehr als acht Dresdner Studentengenerationen.

Nach der Verkündung der Wahlergebnisse und der Vorstellung des neuen Vorstands der Kreisärztekammer für die Legislaturperiode 2012 bis 2016 lud das Deutsche Hygiene-Museum Dresden mit seiner abendlichen Sonderöffnung zum Besuch der aktuellen Sonderausstellung „C'est la vie – das wahre Leben“. Gestärkt

durch den leckeren Imbiss, zubereitet vom Restaurant „Lingner“, ließen sich die ca. 90 Teilnehmer durch die Ausstellung führen und danach den Abend im Gespräch, angeregt von kollegialer und kulinarischer Atmosphäre, heiter ausklingen.

## Der Ausschuss Senioren informiert:

### „Ärztliche Senioren als Ehrenamtler“

Dem Ausschuss Senioren wurde wiederholt durch Institutionen und kommunale Einrichtungen der Wunsch vorgetragen, zur Unterstützung der Arbeit ärztliche Ruheständler zu gewinnen und damit deren Wissen und ihre Berufserfahrung für die jeweiligen Zielgruppen nutzen zu können.

Es handelt sich dabei sowohl um ehrenamtliche Aufgaben als auch Honorartätigkeiten. Vor dem Hintergrund des Ergebnisses der im vergangenen Jahr vom Ausschuss initiierten Befragung, bei welcher seitens der Teilnehmer überraschend häufig der Wunsch nach Informationen zu Ehrenamt und Honorartätigkeit formuliert wurde, soll nachfolgend über die dem Ausschuss zur Kenntnis gekommenen Möglichkeiten informiert werden. Dabei wird auch Ehrenamt einbezogen, das nicht allein ärztliche Berufserfahrung voraussetzt.

**1.** Eingangs soll nochmals auf die bereits im „Seniorenbrief“ des Präsidenten dargelegten Optionen hingewiesen werden (im Internet zu finden unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de), Informationen, einschließlich Kontaktadressen).

Dies sind:

- Ehrenamt bei der Sächsischen Landesärztekammer
- Honorartätigkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Honorartätigkeiten an berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens
- ärztliche Betreuung von Herzsportgruppen.

**2.** Gesucht werden ferner Ärztinnen und Ärzte zur Mitwirkung in den Seniorenkollegs/ Seniorenakademien im Freistaat Sachsen. An den Univer-

sitäten in Leipzig, Dresden und Chemnitz existieren seit vielen Jahren Einrichtungen für Senioren, die älteren Bürgern im dritten Lebensabschnitt durch Vorträge und Vorlesungsreihen interessante Themen nahe bringen und damit einen Beitrag zur Erhaltung der Persönlichkeitskompetenzen im Alter leisten. Unter anderem auch demografisch bedingt erscheint eine Erweiterung der Angebote als dringlich wünschenswert.

Direkte Unterstützungsmöglichkeiten werden auf folgenden Gebieten gesehen (Ehrenamt/ Aufwandsersatzung):

- Referenten zu Vorlesungsthemen aus allen Gesellschaftsbereichen
- Kursleiter zu speziellen Themen, zum Beispiel zur gesunden Ernährung, Bewegung etc.

Weitere Möglichkeiten:

- Mitarbeit in europäischen Projekten mit ähnlichen Partnern der Seniorenbildung
- Mitarbeit im Organisationsteam
- Mitarbeit bei Veröffentlichungen.

**3.** Weiterhin wird um die ehrenamtliche Mitwirkung von ärztlichen Senioren in den örtlichen Seniorenvertretungen oder Bürgerinitiativen, aber auch die Unterstützung der Arbeit von Seniorenbegegnungstätten, Wohlfahrts- und Seniorenvereinen, zum Beispiel von DRK, Volkssolidarität oder Kirchgemeinde nachgesucht. Referenten zu Themen der gesundheitlichen Prävention im Alter, der Lebensführung mit bestimmten Erkrankungen, der Wohngestaltung, der Pflege oder zu ganz persönlichen Interessengebieten wie Kunst oder Reiseberichte sind gefragt. Interessierte erhalten Informationen in den örtlichen Sozial- oder Gesundheitsämtern.

**4.** Letztlich soll auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, durch eine

Dem neuen Vorstand seien Kreativität, Schaffensfreude und die Fortsetzung der erfolgreichen Arbeit der vorhergehenden Jahre gewünscht!

Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende Kreisärztekammer Dresden

Tätigkeit im Bundesfreiwilligendienst im Inland oder über das EU-Programm Leonardo da Vinci im EU-Ausland noch einmal zeitlich begrenzt, aber voll in gesellschaftliche Verantwortung einzusteigen zu können.

Falls bei den oben genannten Ausführungen Fragen offen geblieben sind, können Sie gern mit dem Ausschuss Senioren Kontakt aufnehmen (Tel. 0351 8267 414/415, E-Mail [hgf@slaek.de](mailto:hgf@slaek.de)).

Kontaktadressen und Ansprechpartner:

### TU Chemnitz/ Seniorenkolleg

Prof. Dr. Roland Schöne  
Tel. 0178 5460763  
E-Mail: [roland.schoene@gmx.net](mailto:roland.schoene@gmx.net)  
Die TU Chemnitz strebt auch den Aufbau von Außenstellen im ländlichen Raum von Sachsen an, wo es bisher kaum Bildungsangebote wie in den Universitätsstädten gibt. Erste Ansätze unterstützt die TU Chemnitz im Erzgebirge.

### Dresdner Seniorenakademie Wissenschaft und Kunst

Dipl.-Ing. Dietmar Held  
Vorstandsmitglied Öffentlichkeitsarbeit  
Tel. 0351 4906470  
E-Mail: [buero-seniorenakademie@dsa-senioren.de](mailto:buero-seniorenakademie@dsa-senioren.de)  
Die Dresdner Seniorenakademie hat bereits Außenstellen in Tharandt und Coswig. Ärztliche Senioren könnten beim Aufbau weiterer Angebote sehr hilfreich sein.

### Universität Leipzig

Wissenschaftliche Weiterbildung  
Frau Yvonne Weigert  
Tel. 0341 9730051  
E-Mail: [weiterbildung@uni-leipzig.de](mailto:weiterbildung@uni-leipzig.de)

Dr. med. Ute Göbel  
Vorsitzende Ausschuss Senioren



# Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2013

## I. Rentenversicherung

### 1. Beitragssatz für alle

<b>Bundesländer:</b>	<b>18,90 %</b>
Arbeitgeberanteil:	9,45 %
Arbeitnehmeranteil:	9,45 %

<b>2. Beitragsbemessungsgrenze:</b>	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
gültig ab 01.01.2013	<b>4.900,00 EUR/Monat</b>	<b>5.800,00 EUR/Monat</b>
	<b>58.800,00 EUR/Jahr</b>	<b>69.600,00 EUR/Jahr</b>

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

<b>1) Regelbeitrag</b>	<b>926,10 EUR/Monat</b>	<b>1.096,20 EUR/Monat</b>
<b>2) Mindestbeitrag</b>	<b>92,61 EUR/Monat</b>	<b>109,62 EUR/Monat</b>
(1/10 vom Regelbeitrag)		
<b>3) halber Mindestbeitrag</b>	<b>46,31 EUR/Monat</b>	<b>54,81 EUR/Monat</b>
<b>4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen</b>	<b>2.315,25 EUR/Monat</b>	<b>2.740,50 EUR/Monat</b>

(gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 21 SSÄV)

Der Nachweis über die im Jahr 2012 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2013 zugeschickt.

## II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
<b>1) Beitragssatz</b>	15,50 %	15,50 %
<b>2) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.937,50 EUR/Monat	3.937,50 EUR/Monat

## III. Pflegeversicherung

<b>1) Beitragssatz</b>	2,05 %	2,05 %
<b>2) Beitragssatz für Kinderlose</b>	2,30 %	2,30 %
<b>3) Beitragsbemessungsgrenze</b>	3.937,50 EUR/Monat	3.937,50 EUR/Monat

## Lastschriftverfahren 2013

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2013 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

### Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2013
Februar	28.02.2013
März	28.03.2013
April	30.04.2013
Mai	31.05.2013
Juni	28.06.2013
Juli	31.07.2013
August	30.08.2013
September	30.09.2013
Oktober	30.10.2013
November	29.11.2013
Dezember	30.12.2013

### Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	28.03.2013
II. Quartal	28.06.2013
III. Quartal	30.09.2013
IV. Quartal	30.12.2013

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, zu denen die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten erfolgt. Konten bei anderen Banken oder Sparkassen werden je nach Bearbeitungsdauer des jeweiligen Kreditinstituts belastet. Beiträge und freiwillige Mehrzahlungen, die noch für das Jahr 2012 gutgeschrieben werden sollen, müssen bis spätestens 31.12.2012 auf den Konten der Sächsischen Ärzteversorgung eingegangen sein. Erfahrungsgemäß kann es aufgrund der Feiertage und des zum Jahreswechsel erhöhten Zahlungsverkehrs zu längeren Banklaufzeiten kommen. Wir bitten darum, die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den genannten Terminen verfügbar zu halten bzw. eine rechtzeitige Beitragsüberweisung zu veranlassen.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

## Neue Räume für die sächsischen Ärzte

Eine Investition in die Zukunft



Prof. Dr.-Ing. habil. Manfred Zumbe, Dr.-Ing. Jörg Düsterhöft, Dr. med. Steffen Liebscher (v.l.)

Die neuen Veranstaltungsräume im Kammergebäude konnten nach nur sieben Monaten planmäßiger Bauzeit bei laufendem Betrieb am 9. November 2012 eingeweiht und an die sächsischen Ärzte zur Nutzung übergeben werden.

Ermöglicht wurde diese Erweiterung durch den Neubau der Sächsischen Ärzteversorgung, in welchem auch die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer ihr neues Domizil gefunden hat.

Bereits im Januar 2009 berief der Vorstand eine Baukommission, die die Möglichkeiten einer Erweiterung der räumlichen Kapazitäten prüfen sollte. Hintergrund waren und sind die zunehmenden Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer, die verstärkten gesundheits- und berufspolitischen Aktivitäten, eine steigende Anzahl von Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgruppen sowie die Zunahme von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und deren

qualitative Weiterentwicklung, auch durch neue Formen der Wissensvermittlung.

Nach vielen Diskussionen und Abwägungen zu den verschiedenen Varianten der Nutzung und des Umbaus der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten stand fest, dass neben der moderaten Erweiterung der Büroräume, auch zum Zwecke der logistischen Zusammenführung der Geschäftsbereiche, vor allem die zunehmenden Bedürfnisse der Fort- und Weiterbildung und deren funktionale Umsetzung Berücksichtigung finden mussten. Ein Bereich von ca. 550 m<sup>2</sup> wurde zur Vermietung an einen solventen Mieter vorgesehen, um betriebswirtschaftlichen Kriterien zu entsprechen.

Diese strategischen Entscheidungen bestätigte die Kammerversammlung mit großer Mehrheit und durch die Einstellung von Überschüssen in eine zweckgebundene Rücklage „Räumliche Erweiterung“ konnte die Finanzierung ohne zusätzliche Belastung der Kammermitglieder gewährleistet werden.

Die geplanten Baukosten in Höhe von 2,2 Mio EUR wurden eingehalten. An dieser Stelle nochmals unser Dank an den Architekten Herrn Dr.-Ing. Jörg Düsterhöft, die Fachplaner und die 22 sächsischen Firmen, die nach einer öffentlichen Vergabe das Bauvorhaben in hoher Qualität umgesetzt haben.

Folgende Räume stehen nunmehr primär für unsere eigenen Veranstaltungen, aber auch für externe Dritte zusätzlich zur Verfügung:

- Erwin-Payr-Saal für 97 Personen,
- Seminarräume Heinz Brandt, Karl August Lingner und Otto Rostocki für insgesamt 92 Personen,
- eine Prüfpraxis für die praktische Prüfung der Medizinischen Fachangestellten einschließlich Vorbereitungsraum,
- das Kammerrestaurant Libelle für 60 Personen, vor allem für die gastronomische Betreuung der Veranstaltungsteilnehmer und
- das Gesellschaftszimmer Herrmann Hartmann für 24 Personen.

Die Weiterbildung kann sich über einen weiteren Prüfungsraum freuen und im Untergeschoss entstand ein

neuer Serverraum, der aktuellen BSI-Anforderungen entspricht.

Alle Veranstaltungs- und Beratungsräume und die besonders belasteten Arbeitsräume wurden klimatisiert. Die technische Ausstattung der Veranstaltungsräume entspricht modernsten Kriterien. Nunmehr kann im gesamten Kammergebäude auf das Internet mittels W-LAN zugegriffen werden. Eine digitale Schließanlage trägt dem zunehmenden Sicherheitsbedürfnis Rechnung.

Herzlich bedanken möchten wir uns bei den Kammermitgliedern, die sich so zahlreich an der Namenssuche für unsere alten und neuen Veranstaltungsräume beteiligt hatten.

Wir freuen uns, Sie in unseren erweiterten Räumlichkeiten zu Veranstaltungen begrüßen zu können. Interessierte Veranstalter können sich an das Referat Fortbildung, Rufnummer 0351 8267 329, wenden.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
Kaufmännische Geschäftsführerin

## Jahreswechsel 2012/2013

### Betriebsruhe in der Sächsischen Landesärztekammer zum Jahreswechsel 2012/2013:

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Hauptgeschäftsstelle sowie die Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer am 27. und 28. Dezember 2012 geschlossen bleiben.

Ab dem 2. Januar 2013 stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Einrichtung wieder für Ihre Anliegen zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen eine besinnliche Adventszeit, ein frohes Weihnachtsfest, Gesundheit und alles Gute im Neuen Jahr.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/C066

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 12/C067

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie

Reg.-Nr. 12/C068

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie

Reg.-Nr. 12/C069

### Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Berufsaus-

übungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/C070

### Stollberg

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 12/C071

### Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/C072

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/C073

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/C074

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

### Freiberg

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 12/C075

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/C076

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/C077

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 12/C078

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

### Chemnitzer Land

Facharzt für Chirurgie/SP Unfallchirurgie

Reg.-Nr. 12/C079

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 12/C080

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 12/C081

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.01.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Allergologie

Reg.-Nr. 12/D067

Psychologischer Psychotherapeut

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/D068

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

### Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/D069

### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Psychologischer Psychotherapeut

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/D070

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

### Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/D071

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Allergologie

Reg.-Nr. 12/D072

### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/D073

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D074

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 12/D075

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2012

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Allergologie

Reg.-Nr. 12/D076

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.01.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 12/L059

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/L060

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/L061

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L062

**Leipziger Land**

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/L063

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.01.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen

## Fettstoffwechselstörungen

### Aktuelle Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen anhand der neu erschienenen Praxis-Leitlinie Fettstoffwechselstörungen

Die Veranstaltung zur neuen Praxis-Leitlinie Fettstoffwechselstörungen war trotz des Termins am Freitag nachmittag und herrlichem Wetter gut besucht, es nahmen sowohl Hausärzte als auch Diabetologen, Internisten, Kardiologen und Angiologen teil.

In der Einführung hat Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, die Bedeutung von Fettstoffwechselstörungen für die Ausprägung des Diabetes und der diabetischen Spätkomplikationen dargestellt.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dr. med. Klaus Heckemann, referierte zum Thema langfristig sichere Arzneimitteltherapie im Spannungsfeld zwischen GBA-Richtlinie und medizinischer Leitlinie am Beispiel der Sächsischen Praxis-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen. Er hat in seinem Referat auf die Begrenzung der Verordnungsfähigkeit von Lipidsenkern hingewiesen. Lipidsenker können in Abhängigkeit von der Risikosituation des Patienten verordnet werden. Die Therapie muss wirtschaftlich, ausreichend, notwendig

angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisübergabe: 01.04.2013

### Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

in Lauenstein

geplante Praxisübergabe: I/2014

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.

und zweckmäßig sein. Anhand eines Fallbeispiels hat Dr. Heckemann die Möglichkeiten der Verordnung von Lipidsenkern auf Kassenrezept vs. Privatrezept dargestellt.

In seinem Referat ist Herr Bodendieck auf die Funktion des Hausarztes bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen eingegangen. In der Sprechstunde eines Hausarztes müssen multiple Probleme gelöst werden, von Rückenschmerzen, Bronchitis, Pneumonie, KHK über Fettstoffwechselstörungen bis hin zum Diabetes. Dem Hausarzt kommt dabei eine Schlüsselfunktion in der Koordinierung der Diagnosen und der Therapie des Patienten zu. Herr Bodendieck hat auf die besondere Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Facharzt, Krankenhausarzt und Rehaklinik hingewiesen.

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrike Rothe stellte die epidemiologische Situation zu kardiovaskulären Ereignissen in Sachsen dar. Kardiovaskuläre Krankheiten (KVK) sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Ihr Anteil an allen Todesursachen umfasst 42 Prozent. Bei Diabetikern ist die KVK sogar in bis zu 70 Prozent Todesursache. Nach dem MONICA-Augsburg-Register ereignen sich pro Jahr ca. 300.000 Herzinfarkte mit einer Sterblichkeit von ca. 20 Prozent. Im Jahre 2008 starben in Deutschland 56.775 Personen am Myokardinfarkt (Statistisches Bundesamt 2010). 30 Prozent der Infarktpatienten sterben prähospital.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

geplante Praxisübergabe: 2013

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

Nach dem Herzinfarktatlant (Bruckenberg Bericht 2010) ist die Infarktsterblichkeit besonders hoch in Sachsen sowie in den anderen neuen Bundesländern und besonders in der männlichen Bevölkerung.

Unter den klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Über- und Fehlernährung, Adipositas, postprandiale Hyperglykämie, Hypertonie und thrombogenetischen Faktoren spielt die Dyslipidämie eine entscheidende Rolle:

- Erhöhte LDL-Cholesterin-Werte sind ein unabhängiger Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit und die extrakoronare Arteriosklerose. Ein erhöhter LDL-Cholesterin-Wert ist sicher der wichtigste Risikofaktor für die Ausprägung der arteriosklerotischen Spätkomplikationen. Die linearen Beziehungen zwischen erhöhtem LDL-Cholesterin und dem Risiko für die koronare Herzkrankheit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen.
- Ein niedriges HDL-Cholesterin ist ein unabhängiger Prädiktor der koronaren Herzkrankheit und ist für die Festlegung des LDL-Zielwertes bedeutsam.
- Auch erhöhte Triglyzeride zeigen ein erhöhtes Risiko für die koronare Herzkrankheit an, besonders bei Vorliegen eines Diabetes.
- Ein bisher noch nicht ausreichend bekannter, aber offenbar sehr aggressiver Risikofaktor ist ein erhöhter Lipoprotein(a)-Spiegel.

Lipoprotein(a) ist ein unabhängiger Risikofaktor für die KHK und die extrakoronare Arteriosklerose. Diesem Risikofaktor muss in Zukunft eine besondere Beachtung geschenkt werden.

Diese oben genannten kardiovaskulären Risikofaktoren können subsummiert werden als Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS). Die Praxis-Leitlinie MVS wird ebenfalls noch in diesem Jahr in einer neuen überarbeiteten Auflage erscheinen.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sabine Fischer, Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums Dresden, hat in ihrem Referat die Umsetzung der neuen Praxis-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen in spezialisierten Stoffwechselambulanzen erläutert. Die oben genannten Risikofaktoren stellen die Grundlage für die Behandlung von Fettstoffwechselstörungen 2012 dar.

Im Rahmen der Erstdiagnostik bzw. Verlaufskontrolle einer Fettstoffwechselstörung sollten folgende Parameter gemessen werden: Ges.-Cholesterin, Triglyzeride, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin. Die Bestimmung der Blutfettparameter sollte nach einer 8- bis 12-stündigen Nüchternperiode erfolgen, da die Triglyzeride postprandial ansteigen. Zumindest einmalig im Leben sollte bei Patienten mit einem Progress von Gefäßerkrankungen oder mit einer ungünstigen Familienanamnese der Lipoprotein(a)-Wert gemessen werden. Da dieser Parameter zu 70 bis 80 Prozent genetisch determiniert ist, genügt eine einmalige Messung. Weiterhin sollten im Rahmen der Diagnostik einer Fettstoffwechselstörung Kreatinin und der GFR-Wert, GGT als Marker der Fettleber und ALAT bestimmt werden. Nüchtern-Plasmaglukose und HbA1c dienen dazu, einen Diabetes auszuschließen oder die Einstellung eines bereits bekannten Diabetes zu überprüfen. Zum Ausschluss einer Hypo- oder Hyperthyreose ist einmalig TSH zu messen. Wenn eine medikamentöse Therapie, besonders mit einem Statin oder Fibrat, geplant ist, sollte der CK-Wert gemessen werden.

Die Therapieziele sind abhängig von der Risikosituation eines Patienten. Wenn eine positive Familienanamnese für eine frühe KHK bei Verwandten 1. Grades vorliegt, besteht 1 Risikofaktor. Das Alter des Patienten (Männer > 45 Jahre, Frauen > 55 Jahre) stellt einen weiteren Risikofaktor dar. Ein niedriges HDL-Cholesterin erhöht das Risiko des Patienten, ebenso eine bestehende Hypertonie (Blutdruckwerte > 140/90 mmHg oder laufende antihypertensive Therapie). Auch Zigarettenrauchen ist einer der Haupt-Risikofaktoren für arteriosklerotische Gefäßerkrankungen. Bei Bestehen eines hohen HDL-Cholesterin-Wertes (> 1,55 mmol/l) sinkt die Risikofaktorsituation um einen Risikofaktor.

Die Therapieziele hängen von der Anzahl der bestehenden Risikofaktoren und vom Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit oder anderer Manifestationen der Arteriosklerose ab. Je höher das Risiko, desto niedriger sind die Blutfettparameter, insbesondere das LDL-Cholesterin, einzustellen.

Wenn das Risiko in den nächsten 10 Jahren unter 20 Prozent liegt, muss die lipidsenkende Therapie eventuell auf Privatrezept rezeptiert werden. Ausnahmen, die eine Rezeptierung auf Kassenrezept erlauben, sind zum Beispiel eine ungünstige Familienanamnese, das Vorliegen einer familiären Hypercholesterinämie oder das Bestehen eines Diabetes.

Befindet sich der Patient in einer Hochrisikosituation (bestehende koronare Herzkrankheit oder Diabetes oder andere Formen der Arteriosklerose wie manifeste pAVK oder cerebrovaskuläre Durchblutungsstörungen, Vorliegen eines Aortenaneurysmas) sollte der LDL-Cholesterin-Wert auf < 2,6 mmol/l gesenkt werden. Wenn ein Diabetes und eine manifeste Arteriosklerose vorliegen, ist der LDL-Cholesterin-Wert auf < 1,8 mmol/l zu senken.

Eine Überweisung in eine spezialisierte Stoffwechselambulanz oder in eine diabetologische Schwerpunktpraxis sollte vorgenommen werden

■ bei unzureichender Einstellbarkeit von LDL-Cholesterin oder

- bei ausgeprägt erhöhten Lipoprotein (a)-Werten oder
- bei massiv erhöhten Triglyzeridwerten (>10 mmol/l) oder
- bei Nichteinstellbarkeit schwerer Formen von Fettstoffwechselstörungen durch Unverträglichkeit oder unzureichender Effektivität lipidsenkender Medikamente oder
- bei Vorliegen einer schweren familiären Form einer Fettstoffwechselstörung.

Die wichtigsten in Deutschland verfügbaren Medikamente sind die Statine, Ezetimibe, Nikotinsäurederivate, Fibrate, Anionenaustauscherharze und Omega 3-Fischöl.

Bei schwerem Progress einer arteriosklerotischen Gefäßerkrankung und Nichteinstellbarkeit des LDL-Cholesterin-Wertes in den Zielbereich (< 2,6 mmol/l oder < 1,8 mmol/l) sowie bei Patienten mit Lipoprotein(a)-Werten > 600 mg/l und Progress einer manifesten Gefäßerkrankung ist die Indikation für die Lipoproteinapherese gegeben.

Im Rahmen der Differenzialtherapie einer Fettstoffwechselstörung ist zu beachten, dass die Statine über differente Abbauwege metabolisiert werden, sodass bei Unverträglichkeit eines Statins ein anderes Statin eingesetzt werden kann (Atorvastatin, Lovastatin und Simvastatin werden über Cytochrom P450 3A4 abgebaut, Fluvastatin wird über Cytochrom P450 2C9, Pravastatin über Sulfierung und Rosuvastatin über Cytochrom P450 2C9 3A4 2C19 abgebaut).

Wichtig ist die Veränderung der Pharmakokinetik bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz zu beachten. Statine dürfen bei eingeschränkter Nierenleistung nur in submaximaler Dosis eingesetzt werden, nur Fluvastatin ist in maximaler Dosis möglich. Besonders wichtig ist, dass Fibrate niemals bei eingeschränkter Nierenfunktion appliziert werden dürfen, da das Risiko einer Rhabdomyolyse massiv ansteigt. Bei einer GFR < 60 sind Fibrate, besonders in retardierter Form, abzusetzen.

Auf besondere Aspekte bei der Behandlung des Chylomikronämie-Syndroms und bei Patienten mit erhöhtem Lipoprotein(a)-Werten wurde hingewiesen.

Besonders wichtig für alle niedergelassenen Ärzte, aber auch alle Krankenhausärzte ist der Hinweis auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen, das heißt die Arzneimittelrichtlinie vom 01.04.2009 in der Modifikation vom 18.08.2009, um Regresse zu vermeiden. Im letzten Vortrag hat Herr Prof. Dr. med. Norbert Weiss, UniversitätsGefäßCentrum des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, die Datenlage bezüglich des Einflusses von Statinen auf die Prognose und den Verlauf von peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), zerebrovaskulärer Erkrankung und Aortenaneurysma zusammengefasst.

Patienten mit klinisch manifester atherosklerotischer Gefäßerkrankung außerhalb der Herzkranzgefäße haben ein höheres Risiko an einer kardiovaskulären Erkrankung zu versterben als Patienten mit isolierter koronarer Herzerkrankung, unter anderem dadurch bedingt, dass die gesamte Atheroskleroselast dieser Patienten höher ist. Dementsprechend sind Patienten mit extrakoronarer Manifestation der Atheroskle-

rose kardiovaskuläre Hochrisikopatienten und profitieren von einer konsequenten LDL-Cholesterin senkenden Therapie in gleichem Maße wie Herzinfarktpatienten. Dies gilt für Patienten nach erlittenem Schlaganfall, mit Stenosen der hirnzuführenden Arterien, mit PAVK und mit Bauchaortenaneurysma.

Neben der Mortalitätsenkung hat eine Cholesterin-senkende Therapie mit Statinen auch günstige Effekte auf den Verlauf dieser Erkrankungen. Bei Patienten mit PAVK verlängert eine Statintherapie die schmerzfreie Gehstrecke, reduziert die Progression der PAVK und verbessert die Offenheitsrate nach Bypasschirurgie oder peripheren Katheterinterventionen. Eine bereits präoperativ begonnene Statintherapie reduziert die periprozedurale Schlaganfallrate und Mortalität von Patienten, die aufgrund einer symptomatischen oder asymptomatischen Carotisstenose operativ oder katheterinterventionell behandelt werden müssen. Das Größenzwachstums von Bauchaortenaneurysmen kann durch eine Statintherapie verzögert werden. Bei Patienten, bei denen große operative Gefäßeingriffe an der Bauchschlagader oder peripheren Arterien vorgenommen werden müssen, verringert eine präoperativ begonnene Statintherapie

die perioperative Mortalität. Diese Effekte sind vermutlich zum Teil durch die Hemmung der Atheroskroseentwicklung, zum Teil aber auch durch sogenannte pleiotrope Statinwirkungen, wie Verbesserung der Gefäßfunktion, antientzündliche Effekte, Verringerung von oxidativen Stress und anderes vermittelt.

Somit besteht – durch zahlreiche klinische Studien belegt und in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen – eine Indikation für eine LDL-Cholesterin senkende Therapie mit Statinen bei Patienten mit symptomatischer oder asymptomatischer Gefäßerkrankung in jedem Gefäßterritorium, sei es nun koronar, zerebrovaskulär, peripher arteriell oder aortal, und insbesondere bei Patienten vor kardialer und nicht kardialer offen chirurgischer oder endovaskulärer Gefäßintervention. Als Zielwert ist hierbei ein LDL-Cholesterin-Wert <1,8 mmol/l anzustreben.

Die neue Praxis-Leitlinie wurde mit den KV-Mitteilungen an die niedergelassenen Ärzte versandt. Sie kann über [info@ag-sachsen.de](mailto:info@ag-sachsen.de) bezogen werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrike Rothe  
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sabine Fischer

## Verdienstorden des Freistaates Sachsen an Dr. med. Matthias Czech

Ministerpräsident Stanislaw Tillich überreichte am 13. November 2012 sieben Bürgerinnen und Bürgern den Sächsischen Verdienstorden. Mit dieser Auszeichnung ehrt der Freistaat Sachsen Menschen, die sich im politischen, wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen, gesellschaftlichen oder ehrenamtlichen Bereich in herausragendem Maße engagiert haben. Sie ist die höchste staatliche Auszeichnung des Freistaates Sachsen.

Dr. med. Matthias Czech war 1990 Initiator und Gründungsmitglied des



Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) Ortsverband Neustadt und ist seit 1992 dessen Vorsitzender. Seit 1990 ist er Mitglied und seit 2007 Vorsitzender des Landesvorstandes. Er trägt die Verantwortung für 14 Orts-, Kreis- und Regionalverbände im Freistaat.

Unter seinem Vorsitz entwickelte sich der Landesverband des ASB in den letzten Jahren zu einer verlässlichen und starken Hilfs- und Wohlfahrtsorganisation. Zusätzlich ist er in der Sächsischen Landesärztekammer ehrenamtlich als Prüfer tätig. Als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin der Asklepios Klinik in Radeberg half Dr. Czech am Loyola-Gymnasium in Prizren im Kosovo gemeinsam mit dem ASB Neustadt beim Aufbau eines Schulsanitätsdienstes. Seine langjährige ehrenamtliche Arbeit ist ein wichtiger Beitrag zur ausgezeichneten gesundheitlichen Versorgung der Menschen in Sachsen.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Laudatio zum 70. Geburtstag für Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze beging am 20. November 2012 seinen 70. Geburtstag. 1942 in Davos geboren, studierte er von 1962 bis 1965 an der Humboldt-Universität Berlin und danach bis 1968 an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden. Nach seinem 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 Universitäts-Professor mit den Schwerpunkten Endokrinologie und klinische Stoffwechselkrankheiten. Von 1996 bis 1999 war er stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden. Er ist an der Erarbeitung von mehr als 170 wissenschaftlichen Publikationen und an über 450 Vorträgen im In- und Ausland beteiligt gewesen. Er begleitete 30 Doktoranden und organisierte mehr als 60 wissenschaftliche Tagungen und Symposien.

1989, nach der politischen Wende, war er Mitinitiator vom „Unabhängigen Dozentenrat“ und Vorsitzender des „Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“. Er war Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und gehört seit 1990 kontinuierlich deren Vorstand an. Er war langjähriges Mitglied der Ausschüsse „Satzungen“ und „Ambulante Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter“. Letztgenannter Ausschuss ging als Fachkommission „Diabetes“ in die Sächsische Landesärztekammer unter seiner Leitung über. Zudem ist er Sprecher des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“.

Seit dem 12. Juni 1999 ist Prof. Dr. Jan Schulze der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und geachtetes Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Bei der Bundesärztekammer wirkt er im Wissenschaftlichen Beirat ebenso mit, wie im Ausschuss „Qualitätssicherung/ärztliche Berufsausübung“ und er ist Vorsitzender des Ausschusses „Ausbildung Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten“ sowie Leiter der Unterarbeitsgruppe „Nachwuchsgewinnung/Nachwuchsförderung“ der Bundesärztekammer.

Ebenso wie aktuelle Themen der Grundlagenforschung begleitet er mit großem Enthusiasmus und Nachdruck die Themen der Versorgungsforschung. So verdankt die Bundesärztekammer maßgeblich ihm die bedeutende Initiative Versorgungsforschung, wo er langjähriges Mitglied der Koordinierungsgruppe ist. Er ist auch einer der Hauptpromotoren des mittlerweile bundesweiten Gesundheitszieles „Aktiv Altern“. Die Ökonomisierung der Medizin im Blick habend, hat er frühzeitig zudem die Chancen und auch Risiken der sogenannten „Priorisierung im Gesundheitswesen“ erkannt und führt nun den durch Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe angestoßenen Prozess in der Bundesärztekammer mit Erfolg weiter.

Bereits frühzeitig (1999) wies Prof. Dr. Schulze auf den drohenden Mangel an (Haus-) Ärzten hin. Dabei war ihm die Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den deutschen medizinischen Fakultäten ein besonderes Anliegen. Durch sein Engagement gelang die Einrichtung eines solchen Lehrstuhles an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden.

Und seinem fach- und berufsgruppenübergreifenden Denken ist es zu verdanken, dass der Freistaat Sachsen als erstes Bundesland ein Netzwerk zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung schaffen konnte. Als Vorsitzender des Lenkungsgremiums des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“, dem mittlerweile 140 verschiedene Mitglieder angehören, gelingt es ihm immer wieder, die vielfältigen Interessen zu bündeln.

Prof. Dr. Jan Schulze hat in den vergangenen Jahrzehnten ein beeindruckendes Werk geleistet. Dies war durch Fleiß, einen hohen Arbeitswillen, Selbstdisziplin und großer Einsatzbereitschaft für die Medizin, den ärztlichen Berufsstand und die ärztliche Selbstverwaltung möglich. Aber es war auch durch die große Unterstützung durch seine Ehefrau und seine Familie möglich. Er „brennt“ weiterhin für den ärztlichen Berufsstand. Er ist in vielen Bereichen der Motor. Er ist für junge Ärzte ein großes Vorbild. Sein Wesen ist von einer tiefen humanistischen Bildung, Menschlichkeit und Verständnis geprägt.

Der Vorstand, die Ausschüsse und Fachkommissionen, das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ sowie die Mitarbeiter freuen sich auf die weiterhin intensive Zusammenarbeit in den kommenden Jahren.

Erik Bodendieck  
Vizepräsident

## Unsere Jubilare im Januar 2013 – wir gratulieren!

	<b>60 Jahre</b>		<b>65 Jahre</b>		
01.01.	Flämig, Monika 02906 Niesky	03.01.	Eibisch, Wolfgang 09366 Stollberg	08.01.	Schmidt, Ute 01445 Radebeul
01.01.	Dr. med. Lüdecke, Sonja 08239 Falkenstein	03.01.	Weigel, Christel 01157 Dresden	09.01.	Dr. med. Hegenbarth, Gunter 04643 Geithain
03.01.	Dipl.-Med. Pöttsch, Christel 09557 Flöha	04.01.	Dr. med. Geyer, Uta 09125 Chemnitz	09.01.	Dr. med. Hennig, Peter 02730 Ebersbach-Neugersdorf
04.01.	Dr. med. Wohmann, Annemarie 09573 Dittmannsdorf	04.01.	Dr. med. Thoms, Edelhard 04299 Leipzig	10.01.	Dr. med. Schuster, Christine 09623 Frauenstein
05.01.	Dipl.-Med. Koch, Andreas 04509 Delitzsch	08.01.	Dr. med. Krause, Udo 02826 Görlitz	11.01.	Dipl.-Med. Plank, Katrin 09244 Niederlichtenau
06.01.	Dipl.-Med. Hiller, Reinhard 04316 Leipzig	15.01.	Dipl.-Med. Harzer, Bernd 04129 Leipzig	12.01.	Dr. med. Schmidt, Reiner 04808 Wurzen
08.01.	Prof. Dr. med. Gertz, Hermann-Josef 04229 Leipzig	16.01.	Dipl.-Med. Wartenburger, Annemarie 04849 Bad Düben	12.01.	Dr. med. von Jagow, Dietrich 01662 Meißen
09.01.	Dr. med. Boden, Gunter 01809 Heidenau	19.01.	Dr. med. Schirmer, Veronika 08527 Plauen	13.01.	Dinkel, Regina 08349 Johanngeorgenstadt
10.01.	Dipl.-Med. Sorge, Claudia-Maria 02681 Crostau	21.01.	Dipl.-Med. Seidemann, Claus-Michael 04680 Colditz	13.01.	Dr. med. Panzig, Angelika 04277 Leipzig
13.01.	Dipl.-Med. Melzer, Sylke 08294 Löbnitz	24.01.	Dipl.-Med. Bernhardt, Dorothea 08396 Waldenburg	14.01.	Koziar, Karla 08349 Erlabrunn
15.01.	Dr. med. Tosch, Barbara 04277 Leipzig	28.01.	Dr. med. Leff, Wolfgang 04451 Borsdorf	15.01.	Dr. med. Drescher, Michael 04703 Leisnig
16.01.	Dr. med. Grohmann, Martina 01279 Dresden		<b>70 Jahre</b>	16.01.	Dr. med. Straßburger, Peter 04416 Markkleeberg
16.01.	Dr. med. Heinrich, Hans-Günter 01099 Dresden	01.01.	Dr. med. Wustmann, Ulrich 09648 Mittweida	22.01.	Dr. med. Wendelin, Ulrike 01259 Dresden
17.01.	Dipl.-Med. Mann, Brigitte 08058 Zwickau	02.01.	Dr. med. Bochmann, Helmut 09116 Chemnitz	23.01.	Dr. med. Schneider, Maria 04683 Naunhof
17.01.	Mrozek, Henryk 91637 Wörlitz	02.01.	Dr. med. Harlaß, Wolf-Dietrich 08371 Glauchau	24.01.	Prof. Dr. med. habil. Kunath, Hildebrand 07819 Linda
18.01.	Dipl.-Med. Kimme, Sabine 04107 Leipzig	03.01.	Dr. med. Unger, Stefan 08112 Wilkau-Haßlau	25.01.	Dr. med. Geistlinger, Heide Lore 01445 Radebeul
18.01.	Dr. med. Leißring, Elke 08118 Hartenstein	04.01.	Dr. med. Heyer, Ernst 09130 Chemnitz	25.01.	Dr. med. Klinger, Wolfgang 09127 Chemnitz
20.01.	Dr. med. Ossapofsky, Andreas 01445 Radebeul	04.01.	Dr. med. Krause, Ingrid 09376 Oelsnitz/ Erzgeb.	25.01.	Dr. med. habil. Rabenalt, Peter 04159 Leipzig
20.01.	Dipl.-Med. Tietz, Klaus-Dieter 02827 Görlitz	04.01.	Dr. med. Richter, Axel 04157 Leipzig	26.01.	Dr. med. Bretzke, Gebhard 08064 Zwickau
20.01.	Dipl.-Med. Winckler, Eckhard 08606 Oelsnitz	05.01.	Dr. med. Hoffmann, Beate 02797 Luftkurort Lückendorf	27.01.	Dr. med. Pittasch, Käte 04103 Leipzig
21.01.	Dr. med. Ossyra, Hartmut 04347 Leipzig	05.01.	Dr. med. Löffler, Jürgen 08280 Aue	27.01.	Dr. med. Schumann, Martina 04105 Leipzig
22.01.	Dr. med. Haffner, Klaus 01744 Paulsdorf	05.01.	Dr. med. Mehlhorn, Dietmar 09350 Lichtenstein	29.01.	Dr. med. Dressel, Rolf 08209 Rempesgrün
23.01.	Dr. med. Kolschmann, Renate 09350 Lichtenstein	06.01.	Dietrich, Jürgen 04703 Leisnig	29.01.	Dr. med. Franz, Gisa 01328 Dresden
25.01.	Kammerlocher, Natalia 01309 Dresden	06.01.	Dr. med. Glöckner, Ursula 09212 Limbach-Oberfrohna	30.01.	Drescher, Barbara 04703 Leisnig
29.01.	Dipl.-Med. Hanel, Beate 01187 Dresden	06.01.	Dr. med. Pigur, Peter 04779 Wermsdorf	30.01.	Dipl.-Med. Klug, Isolde 04209 Leipzig
30.01.	Janke, Walentina 04207 Leipzig	06.01.	Dr. med. Schurath, Dolores 01069 Dresden	30.01.	Doz. Dr. med. habil. Lathan, Hans-Henning 04277 Leipzig
		07.01.	Dr. med. Krauß, Rolf 01129 Dresden	31.01.	Dr. med. Heller, Gudrun 04683 Threna
		07.01.	Dr. med. Rießland, Heidrun 01237 Dresden	31.01.	Dr. med. Rößger, Bernd 01445 Radebeul
					<b>75 Jahre</b>
				02.01.	Märtens, Waltraut 09112 Chemnitz



- 04.01. Dr. med. Flade, Bernd  
09125 Chemnitz
- 04.01. Heinrich, Ursula  
02906 Sproitz
- 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. Miegilitz, 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  
01109 Dresden
- 13.01. Dr. med. Liebau, Helmut  
04880 Dommitzsch
- 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  
02923 Horka
- 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. Süß, Ute Mechthild  
04109 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. Bruchmüller, Gerhard  
01936 Königsbrück
- 28.01. Dr. med. Steikowsky, Christa  
09114 Chemnitz
- 30.01. Dr. med. Bockslaff, Henrik  
33615 Bielefeld
- 31.01. Schnaubelt, Christa  
04249 Leipzig
- 80 Jahre**
- 02.01. Leichsenring, Manfred  
09496 Marienberg
- 11.01. Dr. med. Fiebig, Sonja  
01187 Dresden
- 24.01. Kühn, Renate  
07986 Elsterberg
- 27.01. Dr. med. Kretschmar, Eva  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 30.01. Dr. med. Pötzsch, Renate  
09130 Chemnitz
- 31.01. Gründel, Gerda  
04318 Leipzig
- 81 Jahre**
- 08.01. Dr. med. Sonntag, Irma  
04463 Großpösna
- 11.01. Werner, Friedmar  
01819 Berggießhübel
- 14.01. Dr. med. di Pol, Gerhard  
04155 Leipzig
- 17.01. Dr. med. Köhler, Marianne  
09366 Stollberg
- 22.01. Dr. med. Schindler, Peter  
01307 Dresden
- 28.01. Prof. Dr. med. habil.  
Bilek, Karl  
04317 Leipzig
- 82 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Weißbach, Renate  
08371 Glauchau
- 03.01. Dr. med. Schulz, Hans-Jürgen  
04838 Eilenburg
- 07.01. Dr. med. Holfert, Manfred  
01705 Freital
- 18.01. Dr. med. Herrig, Ruth  
09127 Chemnitz
- 23.01. MUDr. Benetka, Alois  
08058 Zwickau
- 25.01. Prof. Dr. med. habil.  
Baerthold, Wolfgang  
01187 Dresden
- 83 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Hettmer, Helmut  
04860 Torgau
- 13.01. Dr. med. Thierbach, Volker  
04157 Leipzig
- 84 Jahre**
- 04.01. Dr. med. Haberland, Rolf  
01589 Riesa
- 05.01. Dr. med.  
Meier, Hans-Joachim  
09366 Stollberg
- 07.01. Dr. med. habil.  
Lehnert, Wolfgang  
01445 Radebeul
- 23.01. Dr. med. Thomas, Brigitte  
01640 Coswig
- 24.01. Dr. med. Donath, Rolf  
01731 Kreischa
- 28.01. Dr. med. Heinrich, Ursula  
01796 Pirna
- 85 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Kipke, Lothar  
04821 Waldsteinberg
- 10.01. Dr. med. Suchert, Gerhard  
01825 Liebstadt
- 27.01. Dr. med. Thiem, Walter  
01099 Dresden
- 86 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
- 87 Jahre**
- 01.01. Prof. Dr. med. habil.  
Aßmann, Dietmar  
01796 Pirna
- 88 Jahre**
- 03.01. Dr. med. Keller, Ruth  
04838 Eilenburg
- 08.01. Dr. med. Kliemant, Günter  
01612 Nünchritz
- 22.01. Dr. med. Bulang, Benno  
02625 Bautzen
- 89 Jahre**
- 13.01. Prof. Dr. med. habil.  
Dürwald, Wolfgang  
04299 Leipzig
- 90 Jahre**
- 31.01. Dr. med.  
Kliemant, Hans-Jürgen  
01662 Meißen
- 92 Jahre**
- 18.01. Dr. med. Herzog, Eleonore  
01728 Bannewitz
- 93 Jahre**
- 28.01. Dr. med. Lorenz, Irene  
01069 Dresden
- 94 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Patzelt, Oskar  
04808 Wurzen



## Zur 750-jährigen Geschichte der Knappschaft

### Ihre Bedeutung als „sozialer Pfadfinder“ des modernen Sozialstaates

Das Leben der Bergleute im Mittelalter war schwer und kurz. Unfälle und Krankheiten nahmen den Familien oft früh den Ernährer. Eindrucksvoll zeigt der Annaberger Bergknappschaftsaltar von 1521 Szenen aus diesem schweren Bergmannsleben. Mit dem Gruß „Glück auf“ bringen die Bergleute ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass sie nach Schich-

tende wohlbehalten das Tageslicht erblicken, wofür sie vor dem Einfahren gemeinsam im Betraum beteten. Das gefährvolle Leben veranlasste die Bergleute früh, sich zu christlichen Bruderschaften zusammenzuschließen. Armen, arbeitsbedingt „bergfertig“ (berufsunfähig) gewordenen Knappen, den Angehörigen und Hinterbliebenen sollte solidarisch geholfen werden. Der Hildesheimer Bischof Johann I. von Brakel sichert in einer Urkunde vom 28. 12. 1260 der „Sankt Johannes Bruderschaft“ am Rammelsberg bei Goslar seinen Schutz zu. Das Schreiben beurkundet die wohl erste Bergbruderschaft und damit die erste Sozialfürsorge für Bergleute, die auch ein Hospital für Bergleute betrieb. Mit diesem Datum verbindet sich praktisch der Anfang der Sozialversicherung in Europa. Ähnlich verlief die Entwicklung in den Bergbaurevieren des Erzgebirges. Die kirchenrechtlichen Bruderschaften als Vereinigung der Knappen wurden später Knappschaften genannt. Im Bergbaurevier zu Freiberg wird die Belegschaft 1426 im Codex diplomaticus Saxoniae als „dy Knabschafft“ bezeichnet. Die Altenberger „Bruderschaft der Heiligen Dreyfaltigkeit“ entstand um 1440, diejenige von Geyer vor 1467, die von Schneeberg steht in der Bergordnung von 1499, die Annaberger Knappschaft wurde 1498 gegründet. Zur Knappschaft gehörten die Lohnarbeiter, Beamten sowie viele Gewerke, die Berganteile besaßen. Einzelpersonen wurden aufgenommen, „so Gewerken waren und es mit der Knappschaft hielten.“ Um 1500 hatte jedes Bergbaurevier seine Knappschaft. Andreas Möller, der Stadtchronist von Freiberg, schreibt 1653, dass die Knappschaft „eine uralte löbliche Verbrüderung sei zu der kein unehrlich Geborener und unehrlich Handelnder zugelassen werde“. Die sächsischen Landesfürsten waren Ehrenmitglieder. In den Bergbaustädten bildeten die Knappschaften die größten und einflussreichsten Bruderschaften, die regelmäßig an Beratungen zur Bergordnung oder zu Bergfreiheiten teilnahmen. Sie wandten sich zum Beispiel gegen zu hohe

Brotpreise, zu niedrige Bergarbeiterlöhne oder Getreideaufkäufe. Die Knappen gaben meist wöchentlich den Büchsenpfennig in eine gemeinsame Kasse, aus der Gelder für kirchliche und zunehmend für soziale Zwecke genommen wurden. Mit der Reformation tritt der soziale Gedanke völlig in den Vordergrund, da für Martin Luther (1483 bis 1546) die Unterstützung bedürftiger Bergleute ein Gebot der Nächstenliebe war. Wir lesen in der Altenberger Bruderschaftsordnung von 1518: „Item, so einer krank würde oder Schaden an dem Berge nähme, und nicht Vermögen wäre, sich zu erhalten, dem soll man leihen einen Gulden oder mehr.“ blieb der Knappe weiterhin arm, sollte das Geld nicht zurückgefordert werden. Der Freiburger Bergvogt Simon Bogner schreibt um 1560: „Büxsenpfennig werden getreulich eingebracht und gesamblet und den armen ausgespendet, wie es der Bergmeister, Geschworene, Zechmeister und Eltesten der Knabschaft eintrechtig erkennen und beschließen.“ Die Wirren des Dreißigjährigen Krieges (1618 bis 1648) führten zu einer organisatorischen Straffung der Knappschaft im Kampf gegen die Alltagsorgen. Die Hauptaufgabe blieb immer die Unterstützung kranker und „bergfertiger“ Bergleute sowie ihrer Angehörigen und Hinterbliebenen. Die Knappschaft sorgte auch für ein würdiges Begräbnis ihrer Mitglieder, von deren Kindern und Angehörigen. Jüngere Knappen trugen den Sarg. Die silbernen Insignien „Schlägel und Eisen“ wurden bei der Beerdigung mitgeführt. Zunehmend übernimmt der Staat soziale Verantwortung und nimmt Einfluss auf die Knappschaft. In Instruktionen von 1658 und 1659 legt der sächsische Kurfürst Johann Georg II. fest, dass die Zeche bei längerer Krankheit der Knappen für ihren Unterhalt sorgt und „da aber die Krankheit länger wehrete, ihm von den Büchsenpfennigen etwas gereicht, und er nicht ganz hälflos gelaßen werde.“ Friedrich August I. (der Starke) setzte 1709 fest: „4 Wochen Lohn haben die Gewerken (die Zechen) den Verunglückten zu reichen.“ Darüber hinaus und bei



Darstellung des Bergbaus von G. Agricola 1556 © Wikipedia

anderen Krankheiten ist die Knappschaftskasse zuständig. Zur Finanzierung der Kassen wurde in Schneeberg ab 1781, in Freiberg ab 1793 eine Quartalsschicht gefahren. Im Regalbergbaugesetz von 1851 wird zur Finanzierung gesagt: „Die Grubeneigentümer sowie die Arbeiter sind verpflichtet, die durch die Knappschaftsordnungen bestimmten Beiträge zu leisten.“ Die Grubeneigentümer haben bei arbeitsbedingten Krankheiten und bei Unfällen Lohn bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu zahlen. Erkrankt der Bergmann aus „natürlichen Ursachen“, so hatte er nur Anspruch auf vier Wochen Lohnfortzahlung.

Hier finden wir die Anfänge der Unfallversorgung. Die Freiburger Revierknappschaftskrankenkasse war nach ihrem Regulativ von 1856 zuständig für Invalidengeld, Witwengeld, Waisengeld, Krankenlohn ab der 5. bis 8. Woche, Zuschuss zu Beerdigungskosten, Schul- und Impfkosten. Das „Allgemeine Berggesetz“ von 1868 für Kohle und Erzbergbau verpflichtete die Grubenbesitzer zur Zahlung von mindestens der Hälfte der Mitgliedsbeiträge. Nach der Gründung des Deutschen Reiches 1871 wurden die Kassen in Knappschaftspensionskassen und Knappschaftskrankenkassen gegliedert. In Sachsen gab es am 1. Dezember 1884 29 Pensionskassen und 84 Krankenkassen. Mit Einführung der reichsgesetzlichen Invaliden- und Alterssicherung 1889 vereinigten

sich am 1. Januar 1891 die sächsischen Pensionskassen zur „Allgemeinen Knappschafts-Pensionskasse für das Königreich Sachsen“ mit Sitz in Freiberg, die für das Invalidengeld, Witwengeld, Waisengeld, Sterbegeld und Beitragsrückzahlungen an ausgeschiedene Mitglieder zuständig war. Um 1900 bestanden im Deutschen Reich 140 Kassen. In Verträgen von 1905 und 1917 verpflichteten sich diese zur gegenseitigen Anerkennung von Versicherungszeiten von Mitgliedern beteiligter Vereine. Nach dem Übergang zur Republik 1918 erfolgte mit dem Reichsknappschaftsgesetz vom 1.1.1924 eine Zentralisierung der Knappschaft in einem Reichsknappschaftsverein, der sich in 15 Bezirksknappschaftsvereine gliederte. Der 15. Bezirksverein war die „Sächsische Knappschaft“. Mit Sitz in Freiberg war diese für die Kranken-, Pensions- und Invalidenversicherung der Arbeiter sowie die Kranken und die Pensionsversicherung der Angestellten zuständig. 1933 bis 1945 wurde die Selbstverwaltung der Knappschaft durch einen Direktor der Bezirksknappschaft ersetzt.

Nach dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches 1945 setzte sich auf dem Gebiet der späteren BRD die Knappschaftstradition fort, während sie in dem Gebiet der späteren DDR in der Einheitsversicherung aufging. Erst nach der Wiedervereinigung wurde am 15. Januar 1991 erneut die Verwaltungsstelle Chem-

nitz der Bundesknappschaft eröffnet. 1969 ging aus den ehemaligen Knappschaften die Bundesknappschaft mit Sitz in Bochum hervor, wo seit 1890 der durch Fusion größte Knappschaftsverein seinen Sitz hatte.

Im Oktober 2005 fusionierte die Bundesknappschaft mit der Bahnversicherungsanstalt und der Seekrankenkasse zur „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ (KBS). Diese ist eine der größten deutschen Krankenkassen und offen für alle Versicherten. Die Regionaldirektion Chemnitz betreut 151.000 Krankenversicherte, 173.000 Rentner und 151.000 Aktive in der Rentenversicherung. Die Knappschaft betreibt seit 180 Jahren moderne Krankenhäuser und seit 110 Jahren Reha-Kliniken. Hospitäler für Bergleute bestanden bereits Anfang des 16. Jahrhunderts zum Beispiel in Annaberg und Schneeberg. Die KBS arbeitet als einzige Kasse im Verbundsystem, das heißt sie deckt die Bereiche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Versorgung in eigenen Krankenhäusern und Reha-Kliniken ab, zum Beispiel in der Reha-Klinik in Wolkenstein Warmbad und im Knappschaftskrankenhaus in Bochum.

In 750-jähriger Geschichte wirkte dieses System als „sozialer Pfadfinder“ für die Krankheitsfürsorge und die soziale Fürsorge in Deutschland und in Europa. Die Knappschaft hat damit die Grundlagen für den heutigen Sozialstaat gelegt. Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung von 1881 und 1889 musste nur auf die Erfahrungen und Strukturen der Knappschaft zurückgreifen. Die Knappschaft hat in ihrer langen Geschichte alle Reiche, Diktaturen, Demokratien, Krisen, Währungsumstellungen überstanden, weil sich ihre tiefen Wurzeln für die soziale Sicherheit nicht ausreißen ließen. Wie auch ein Großteil der europäischen Kunst und Kultur haben die Wurzeln der Knappschaft christlichen Ursprung.



Darstellung von Verantwortlichen der Knappschaft

© Fege

Dr. med. Jürgen Fege,  
09600 Weißborn/OT Berthelsdorf

## Allerlei Wissenswertes zu Weihnachten 2012

Wie in allen vorausgegangenen Jahren erfreuen uns auch im Jahr 2012 wieder die Weihnachtsmärkte in den großen und kleineren Städten und Gemeinden in Sachsen und Deutschland. Stellvertretend für alle sollen auch diesmal die Märkte in Leipzig, Dresden und in Chemnitz kurze Erwähnung neben anderen interessanten Details zum Weihnachtsfest finden.

Der Leipziger Weihnachtsmarkt wurde am 27. November 2012 wieder festlich auf dem Marktplatz am Alten Rathaus eröffnet. Es ist der 527. Markt zur Weihnachtszeit in Leipzig. Bis weit in das 15. Jahrhundert reicht diese schöne Tradition zurück.

Wegen seines einzigartigen kulturellen Angebotes und darüber hinaus auch wegen der kulinarischen Köstlichkeiten hat der Leipziger Weihnachtsmarkt inmitten der historischen Altstadt einen legendären Ruf, und er zählt mit etwa 250 Verkaufsständen mit zu den schönsten und den größten Weihnachtsmärkten in Deutschland. Bis zum 23. Dezember 2012 wird der Markt seine Gäste empfangen.

Neben dem weltgrößten und freistehenden Adventskalender werden unter anderem die Konzerte der Posaunenbläser auf dem Balkon des Alten Rathauses Anziehungspunkte des Weihnachtsmarktes sein. Auch die für Leipzig traditionelle Modelleisenbahnausstellung zur Weihnachtszeit wird an einem neuen Standort in der Strohsackpassage, nahe dem Nikolaikirchhof, zu bewundern sein. Diese Ausstellung wird vom Modelleisenbahnverein „Friedrich List“ Leipzig e.V. veranstaltet. Weitere Überraschungen werden für die Besucher des Leipziger Weihnachtsmarktes bereitgehalten.

In der Landeshauptstadt Dresden begrüßt der 578. große Weihnachtsmarkt, der Striezelmarkt, vom 28. November 2012 bis zum 24. Dezember 2012 seine Gäste. Der Dresdener Striezelmarkt ist einer der ältesten und der bekannteste Weihnachtsmarkt im Osten Deutschlands. Vor allem durch seine traditionell gefertigten Waren der Region und Erzeugnisse der sächsischen Volkskunst wie Korbwaren, Blaudruck und Keramik ist der Striezelmarkt bekannt. Pfefferkuchenfest, Stollenfest, Pyramidenfest und Bergparade werden wieder besondere Höhepunkte des Markttreibens sein.

Außerdem sind in Dresden noch weitere Märkte zur Weihnachtszeit wie der mittelalterliche Markt im Stallhof, der traditionelle Markt an der Frauenkirche sowie der Markt am Dresdener Schloss, um nur einige zu nennen, Anziehungspunkte zur Weihnachtszeit. Auch in Dresden warten viele Überraschungen auf die Weihnachtsmarktbesucher.

Am 30. November 2012 eröffnete der große Chemnitzer Weihnachtsmarkt seine Pforten und er wird bis zum 23. Dezember 2012 zu bewundern sein.

Rund um das Chemnitzer Rathaus wird sich das weitläufige Areal mit etwa 200 Ständen in eine erzgebirgische Weihnachtswelt verwandeln. Der Chemnitzer Markt hebt sich besonders durch sein typisches Angebot an erzgebirgischer Volkskunst, regionalen Spezialitäten und Weihnachtsleckereien aller Art hervor.

„Glückauf! Glück auf – der Steiger kommt!“ so klingt es auf dem Chemnitzer Weihnachtsmarkt und in der Innenstadt, wenn die „Große Bergparade“ mit etwa 900 Trachtenträgern und Bergmusikanten die Weihnachtszeit einsingen. Zum nunmehr 33. Mal zeigt die „Große Bergparade“, wie erzgebirgisches Brauchtum in unserer Region in der Vorweihnachtszeit gepflegt wird.

Sicherlich wird es sich wieder lohnen, die großen und vielen kleinen Märkte – und wenn sie auch nur ein oder zwei Tage geöffnet haben – zur Weihnachtszeit zu besuchen. Fest steht, dass neben vielen Konsumartikeln, Handwerksprodukten, Naschereien und deftigen Speisen, Weihnachtsmusik und Weihnachtslieder die Märkte begleiten. Eine besondere Freude werden die aufgestellten Weihnachtsbäume mit ihren Lichterketten und dem Baumschmuck ausstrahlen. Auch darf zum Weihnachtsfest eine schöne Gruß- und Bildpostkarte für liebe Menschen und Freunde nicht fehlen.

Damit sind zwei Stichworte gefallen, namentlich Baumschmuck und Weihnachtspostkarten, denen wir uns diesmal zuwenden wollen.

Wichtigstes Zubehör des Weihnachtsfestes, nunmehr auch weltweit verbreitet, selbst in Ländern nichtchristlicher Tradition zu finden, ist der Weihnachtsbaum. Vorfahren desselben sind grüne Zweige, wie sie auch heute noch in der Vorweihnachtszeit in die Wohnzimmer geholt werden. Regionen katholischer Prägung haben den Tannenbaum als ausgesprochen evangelisch geprägtes Phänomen erst spät angenommen. Bei den Katholiken war und ist die Krippe festlicher Mittelpunkt.

Die Weihnachtsbäume erhielten seit jeher einen dekorativen Schmuck. Vor dem 19. Jahrhundert wurden vor allem Äpfel an den Baum gehängt und regional hieß der Weihnachtsbaum auch Zuckerbaum.

Der erste Baumschmuck war also der Apfel. Dazu muss man sich klar machen, dass in den oft kargen Winterzeiten ein Apfel eine große Bedeutung hatte. Dies ist für uns in einer Zeit des Überflusses und der Verschwendung kaum noch vorstell-



© Wolf

bar. Wie bereits erwähnt, folgten dem Apfel Zuckerwerk und Backware. Der uns heute bekannte gläserne Baumschmuck wurde erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem durch Heimarbeit in Thüringen angefertigt.

Der historischen Überlieferung zufolge ist die Idee, farbige Kugeln aus Glas für die Weihnachtsbäume herzustellen, von einem sehr armen Lauschaer Glasbläser, der sich um Weihnachten 1847 teure Äpfel für seine Kinder am Weihnachtsbaum offenbar nicht leisten konnte, gekommen. In einem historisch belegten Auftragsbuch eines Lauschaer Glasbläfers ist zum ersten Mal 1848 ein Vermerk über einen Auftrag über mehrere Dutzend Weihnachtsbaumkugeln in verschiedenen Größen zu finden.

Zu Beginn der Herstellung von Glaskugeln wurde eine Zinn-Blei-Legierung zur Verspiegelung der Glasoberflächen verwendet. Im Jahre 1870 ist es Justus von Liebig (1803 bis 1873) gelungen, Glaskörper mit einer Silbernitratlösung zu beschichten und zum Glanz zu bringen. Allerdings diente Liebig's Erfindung nicht dem Weihnachtsschmuck, sondern vielmehr naturwissenschaftlicher Gerätschaft.

Etwa ab diesem Zeitpunkt wurde nun Silbernitrat auch zur Verspiegelung der Glaskugeln genutzt und damit die sehr gesundheitsschädliche Zinn-Blei-Legierung zurückgedrängt. Etwa ab 1870 wurde der Vertrieb der Glaskugeln durch die Sonneberger Verleger und Grossisten übernommen.

Die Massenanfertigung des neuen Baumschmuckes wurde durch den Bau einer Gasanstalt in Lauscha 1867 ermöglicht, da nur eine sehr heiße Gasflamme das Blasen großer und dünnwandiger Kugeln ermöglichte.

Damit begann die Erfolgsgeschichte der Baumkugeln. Zirka ab 1880 importierte der Amerikaner Frank Winfield Woolworth die ersten Weihnachtsbaumkugeln in die USA. Somit bedeutete die Erzeugung von Baumschmuck für die Thüringer einen hervorragenden Wirtschaftsaufschwung.



Verschneiter Marktplatz in Dohna (Sa.)

© Wolf

Die Weihnachtsbaumkugeln aus Thüringen waren bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges die einzigen Glaskugeln weltweit.

Erst um 1914 begannen auch Firmen im Ausland, so zum Beispiel eine Wiener Firma, damit, Weihnachtsbaumkugeln aus Glas herzustellen. Ab 1920 gab es auch Hersteller von Glasschmuck in Böhmen und ab etwa 1930 auch in Schlesien sowie in den Vereinigten Staaten. Diese waren bis zu diesem Zeitpunkt wichtigster Importeur.

Die Lauschaer Weihnachtskugeln werden auch noch heute traditionell und in hochwertiger Qualität hergestellt. Seit den 1950er-Jahren werden in Deutschland und in Amerika auch Weihnachtsbaumkugeln aus Kunststoff hergestellt. Diese sind weniger zerbrechlich und dementsprechend billiger. Es lassen sich außerdem größere Stückzahlen produzieren. Damit wurden die Kugeln nun zu einem Massenartikel. Trotzdem sind die traditionellen Glaskugeln Liebhaberstücke, und sie dürfen eigentlich nicht am heimischen Weihnachtsbaum fehlen. Diese schönen Kugeln gehören zum Sortimentsangebot auch auf Weihnachtsmärkten. In Lauscha findet jedes Jahr ein traditioneller Kugelmarkt statt. In diesem Jahr werden am 1. und 2. Dezember sowie am 8. und 9. Dezember wieder schöne Weihnachtsbaumkugeln ihre Käufer finden.

Zum Weihnachtsfest gehören Tannenbaum, Baumschmuck und Krippen, aber auch Weihnachtsgrußkarten und Karten mit guten Wünschen zum Jahreswechsel. Was liegt also

näher, als zum Fest an die Familie, Verwandte, Bekannte und Freunde Briefe und Karten – diese natürlich mit Bildern, Motiven und Illustrationen zum Fest – zu verschicken. Dieser Brauch hat ebenso wie die Weihnachtsmärkte und der Baumschmuck eine lange Geschichte. Und wer freut sich denn nicht über die Post von lieben Menschen zum Weihnachtsfest?

Der Historie ist zu entnehmen, dass bereits Mitte des 15. Jahrhunderts Weihnachtskarten handgefertigt mit Motiven der Gottesmutter Maria insbesondere durch den Adelsstand verschickt wurden. Solche Karten stammten oft aus Klosterwerkstätten. Die Weihnachtspost etablierte und entwickelte sich mit dem Postwesen und dem Streckenausbau sowie der Zuverlässigkeit zunächst der Postkutschen, später auch der Eisenbahn.

Usus wurde es im 19. Jahrhundert, Weihnachtsgrüße auf goldig verziertem Briefpapier oder Karten in Schönschrift zu verfassen. Diese Post sollte Beglückwünschung und Dankeschön zugleich sein. Wer erinnert sich eigentlich noch heute daran, dass früher Schönschrift sogar ein benotetes Unterrichtsfach in der Schule war?

Die Weihnachtspost erhielt ihren Aufschwung etwa um das Jahr 1843, als Sir Henry Cole, ein junger englischer Geschäftsmann und Initiator der ersten Weltausstellung, den Illustrator John C. Horsley beauftragte, eine Weihnachtskarte mit der Aufschrift „Merry Christmas and a

happy New Year“ zu gestalten. Die Größe der ersten Weihnachtspostkarte betrug 5 mal 3 Zoll. Cole druckte zirka eintausend Karten und verschickte viele davon auch an Geschäftsfreunde. Die restlichen Karten verkaufte er für einen Schilling das Stück. Somit war eine Geschäftsidee geboren, die rasch über Ländergrenzen hinweg um sich griff. Mit der Großproduktion solcher Karten konnte der Preis natürlich auf wenige Pence gesenkt werden. Die zeitgleiche Einführung der Briefmarke ließ die Popularität von Weihnachtskarten enorm steigen. Im Jahre 1840 wurde mit der ersten Briefmarke die Penny-Post in Großbritannien eingeführt. Die Grundidee von Cole festigte sich auch dadurch, dass die britische Post zu dieser Zeit eben einen billigen Einheitstarif für die Postkarten anbot.

In Deutschland wurden zwar damals bereits größere Mengen von Weihnachtskarten für den Export produziert, aber bis zum Ersten Weltkrieg versandten die Deutschen zu Weihnachten eher sogenannte Wunschblätter. Dies waren große Briefbögen, in die handschriftliche Grüße oder Verse eingesetzt wurden, mit Randornamenten und oft einem weihnachtlichen oder christlichen Bild. Die Weihnachtskartenproduktion erreichte nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland einen Höhepunkt. Heute ist es noch immer üblich, Weihnachtskarten in allen Formen und Farben mit unterschiedlichen Motiven zu versenden. Die Weihnachtskarten erinnern daran, dass Weihnachten die Zeit der Besinnung ist, und sie zielen darauf ab, Men-



1000Funkel – Die Funkelstadt, Dresden

© Gabler

schen, die einem beruflich wie auch privat wichtig sind, mit einem freundlichen Gruß zum Weihnachtsfest und zum Jahreswechsel zu bedenken. Nunmehr im 21. Jahrhundert begegnet uns ein neuer Trend. Jetzt werden mehr und mehr auch elektronische Weihnachtskarten, E-Mails und SMS verschickt. Das sind elektronische Grüße, die mit individuellen Weihnachtsmotiven ausgestattet sind und im Handumdrehen zu ihren Empfängern per Klick auf die Reise gehen.

Auf den Weihnachtsmärkten macht es trotzdem noch immer Freude, an den Ständen der Händler in den ausgelegten Karten zu wühlen und sich mit solchen freudebringenden Weihnachtskarten zu bevorraten. Es gibt sogar Weihnachtskarten, die eine kleine Melodie zum Weihnachtsfest erklingen lassen, wenn man sie öffnet. Mit den vorliegenden wissenswerten Gedanken zum Weihnachtsfest 2012 soll zum Besuch heimischer Weih-

nachtsmärkte angeregt werden, denn es gibt immer etwas zu entdecken. Gönnen Sie sich diese Vergnügen!

In diesem Sinne, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser, versuchen Sie es doch in diesem Jahr auch einmal, sich mit Ihrer Familie, Ihren Kindern oder Ihren Freunden und Bekannten oder Kollegen Freude durch einen Bummel über einen der Weihnachtsmärkte zu machen.

Sie werden dabei bestimmt Entspannung haben und neue Kraft für die Aufgaben im neuen Jahr 2013 gewinnen.

Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ und der Autor wünschen allen Kolleginnen und Kollegen sowie unserer verehrten Leserschaft ein freudiges und gesundes Weihnachtsfest 2012 sowie einen guten Rutsch in das Jahr 2013.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe,  
Köhren-Sahlis

## Zwickauer Ärzteball

„Von Alpinisten und Ärzten“

9. März 2013

Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“

Der Zwickauer Ärzteball steht für Amusement und geselliges Beisammensein. Götz Wiegand, „Gipfelstürmer“ im Himalaya Gebirge, wird die Veranstaltung am 9. März 2013 mit seinen alpinistischen Erfahrungen bereichern. Als Gast wird er Ein-

blicke in seine spannenden Touren geben und mit der Ärzteschaft mögliche Verbindungslinien zwischen Extremsport und medizinischer Verantwortung diskutieren.

Seit sieben Jahren treffen sich Zwickaus Mediziner und Apotheker im unvergleichlichen Jugendstilambiente der „Neuen Welt“ Zwickau. Mit der Unterstützung der Kreisärztekammer Zwickau, der Medizinischen Gesellschaft Zwickau und der Veranstaltungsagentur werden

Beziehungen gepflegt oder neu aufgenommen. Dabei steht abseits vom Dienstagtag das private Wiedersehen unter Kollegen, ein buntes Programm, aller beste Tanzmusik und ein erlesenes Buffet im Mittelpunkt des großen Jahrestreffens.

Ballkarten für 90,00 EUR inklusive Willkommensdrink, Galabuffet und Unterhaltung erhalten Sie unter [info@krauseevent.de](mailto:info@krauseevent.de) oder Tel. 0375 88300000

Dr. med. Stefan Hupfer, Vorsitzender