

Editorial	Arzt sein und bleiben	268
Berufspolitik	25. Erweiterte Kammerversammlung	269
	22. Sächsischer Ärztetag	271
	Beschlüsse des 22. Sächsischen Ärztetages	279
	Ärztelkammer des Vogtlandkreises	282
	Einsatz neuer Medien in der Lehre	294
Recht und Medizin	Online-Verzeichnisse	281
	Impfungen außerhalb der Praxis	282
Gesundheitspolitik	Außerklinische Notfallmedizin	283
Mitteilungen der Geschäftsstelle	18. Leipziger Ärzteball	286
	Räumen einen Namen geben	286
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	287
Originalie	Behandlung Schwerbrandverletzter	288
Buchbesprechung	Der König aller Krankheiten	295
Leserbrief	Henry (Zvi) Lothane	295
Tagungsbericht	Häusliche Gewalt, Gewalt in Familie, Gewalt in der Pflege	296
Verschiedenes	UNICEF	297
	Hilfe für Opfer	297
	Berufungen	297
Personalia	Jubilare im August 2012	298
	Verstorbene Kammermitglieder	300
	Habilitationen II. Quartal 2012	304
Amtliche Bekanntmachungen	Überleitungsabkommen der Sächsischen Ärzteversorgung	301
	Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung	303
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – September 2012	



22. Sächsischer Ärztetag
Seite 271



Behandlung Schwerbrandverletzter
Seite 288



Häusliche Gewalt
Seite 296

Titelbild: Die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille 2012,
© SLÄK

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

Arzt sein und bleiben



© SLÄK

Frau Kollegin, Herr Kollege, arbeiten Sie schon in der Maschine oder sind Sie noch im herkömmlichen Sinne ärztlich tätig? Sind Sie Teil der „Wertschöpfungskette“ oder gehen Sie Ihrem Beruf nach, weil Sie ihn auch für eine Berufung halten? Fragen Sie sich manchmal, ob Sie mehr der Optimierung des Geschäftsergebnisses Ihres Arbeitgebers oder dem Wohl Ihrer Patienten verpflichtet sind?

Können Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit Ja beantworten, sollten Sie weiterlesen. Um den obigen Begriff „Maschine“ aufzuklären, zitiere ich Eugen Münch, derzeitiger Aufsichtsratschef des MDAX-Konzerns Rhön-Klinikum (Financial Times Deutschland 30.04.2012): „Wir haben bei einem Zusammenschluss das Angebot, wir haben die Maschine dahinter, um das Versicherungsversprechen wirklich einzulösen.“ Gemeint ist der Zusammenschluss von Rhön mit Helios, den beiden größten privaten deutschen Klinikketten. Und gemeint ist, dass dieser Verbund dann eine Krankenversicherung anbieten will, wobei sowohl die stationäre als auch ambulante Behandlung durch den neuen Konzern komplett gewährleistet wird, da flächendeckend vorhanden. Billiger wird es nach Aussage von Herrn Münch, weil der Patient seine Krankendaten beim neuen Konzern hinterlegt und so immer sofort an die richtige Stelle geschickt wird.

„Wertschöpfungskette“ ist auch so ein Begriff, der im Zusammenhang mit privaten Klinikketten schon länger in der einschlägigen Wirtschaftspresse auftaucht. Was heißt das eigentlich? Vielleicht, dass Patienten aus dem MVZ in die konzerneigene Klinik eingewiesen werden, dass sie im Falle der Notwendigkeit einer Verlegung in eine Klinik der Kette verlegt werden, dass sie die Rehabilitation/AHB in einer konzerneigenen Einrichtung wahrnehmen? Klar, wenn der Patient dann mal die Konzern-Krankenversicherung abgeschlossen hat, wird das so sein. Heute vertraut der Patient noch darauf, dass er indikationsgerecht und wohnortnah bei den am besten qualifizierten Kollegen behandelt wird. Ärztliches Handeln sollte gewährleisten, dass das so ist und bleibt, zumindest für die Patienten, die nicht die oben erwähnte Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Das Wort „Arzt“ wiederum taucht in der einschlägigen Presse dagegen nicht oder kaum auf; wenn es Erwähnung findet, dann oft im Zusammenhang mit den durch Ärzte vorgebrachten Bedenken gegen die Ökonomisierung der Medizin, was freilich im Kontext der Generierung von Umsatz und Renditen eher als störend vermerkt wird.

Sollten wir Ärzte uns nicht fragen, warum das so ist und ob es unausweichlich ist, diesem Weg zu folgen, der uns zunächst in den Kliniken, später absehbar auch im ambulanten Bereich zu Bedienern einer Behandlungsmaschine macht, deren Einstellungen, Abläufe und Geschwindigkeit in keiner Weise mehr ärztlich gesteuert werden? Haben wir dieses Bild von uns selbst vor Augen, wenn wir uns nach unserem Selbstverständnis fragen? Bleibt der Patient der uns anvertraute Mensch oder mutiert er in der Maschine zum Werkstück?

Um nicht missverstanden zu werden: Ich weiß, dass ökonomische Zwänge bestehen. Mir ist es als Arzt, der je 12 Jahre im Krankenhaus und in der Niederlassung gearbeitet hat, klar, dass die Ärzteschaft durch das Spardiktat der Politik vor allem in den 20

Jahren nach 1990 und den Spagat zwischen fast unbegrenztem Leistungsversprechen durch Politik und auch teilweise der Krankenkassen und den begrenzten Ressourcen, die wir zur Verfügung hatten und haben, in Teilen frustriert und desillusioniert ist. Verständlich ist der Wunsch, die ökonomischen Dinge von anderen, von einer Verwaltung erledigen zu lassen. Aber paradoxerweise fällt die materielle Verantwortung verstärkt auf die Ärzteschaft zurück in Form von Budgetverantwortung und/oder erfolgsabhängiger Vergütung, wobei die wesentlichen Rahmenbedingungen, unter denen gearbeitet werden muss, von anderen bestimmt werden.

„Im Grunde möchte man im modernen Gesundheitswesen keine wirklichen Ärzte mehr, sondern eher Manager, die gekonnt die vorgegebenen Behandlungspakete zusammenbauen.“ (G. Maio, Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(16): A 804-7). Es muss uns allen klar sein, dass wir als fachliche Schlüsselpersonen in diesem Prozess Verantwortung tragen: Ohne uns wird der Verwaltungsdirektor keinen einzigen Patienten behandeln können; müssen wir uns da dem Diktat der Ökonomie beugen, obwohl viele von uns eine Entfremdung vom eigentlichen Arztsein empfinden? Der Ausweg ist und muss es bleiben, dass das Verhältnis zu unseren Patienten das bestimmende Moment für unsere Arbeit ist. Die derzeitige geplante „Konsolidierung“ im Bereich der privaten Krankenhauskonzerne ist nur ein Symptom. Die Geschäftsführer setzen die Interessen der Anteilseigner durch. Sollte jemand von uns Aktien dieser Konzerne halten, wird er das richtig finden. An uns Ärzten ist es maßgeblich, unsere Interessen, die eine große Schnittmenge mit Patienteninteressen haben, nicht unter die Räder kommen zu lassen. Sonst müssen wir uns nicht wundern, wenn passiert, was Klaus Lage schon 1984 in seinem Lied „Monopoli“ besang: „Wir sind nur die Randfiguren in einem schlechten Spiel“...

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

25. Erweiterte Kammerversammlung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

Der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung, Dr. med. Steffen Liebscher, begrüßte die Mandatsträger der Erweiterten Kammerversammlung, die Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses, die Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer und Landestierärztekammer sowie alle Gäste.

Rahmenbedingungen

Der Bericht gliederte sich in zwei Teile: zum einen die Schilderung der für die Sächsische Ärzteversorgung relevanten Entwicklungen in Wirtschaft, Gesellschaft und Politik, zum anderen die Ergebnisse des Versorgungswerkes im Geschäftsjahr 2011.

Zu Beginn seines Berichts griff Dr. Liebscher die das öffentliche Leben derzeit dominierende Diskussion um Griechenland und die sogenannte Staatsschuldenkrise auf. In diesem Zusammenhang erinnerte er daran, dass es selbst das wirtschaftlich prosperierende Deutschland nicht einmal in Jahren starken Wachstums vermocht hat, einen ausgeglichenen Haushalt vorzulegen und hinterfragte die vielerorts etablierte Einstellung zum Thema Schulden: „Aber müssen wir uns nicht wie letztlich alle Bewohner der entwickelten westlichen Welt fragen, ob wir die Augen vor diesen Problemen nicht zu lange verschlossen und die Fragen verdrängt haben, ob das so gut gehen kann?“ Der geschilderte Sach-

verhalt sei aber nur ein Teilaspekt unter vielen anderen krisenhaften Entwicklungen mit wirtschaftlicher oder gesellschaftlicher Sprengkraft. Exemplarisch erwähnte Dr. Liebscher hier den demografischen Umbau der Gesellschaft, dessen Auswirkungen und Kosten gerade im Gesundheitsbereich täglich zu spüren sind.

Ein berufsständisches Versorgungswerk sei, so unterstrich Dr. Liebscher, durch seine solidarische Konstruktion und das gewählte Finanzierungsverfahren gegen viele Gefährdungen besser geschützt, aber auch ein Versorgungswerk trete am Markt als Investor auf und unterliege den Veränderungen, die der demografische Wandel, insbesondere die Längerlebigkeit der Menschen, mit sich bringt. „Die soliden Zuwachsraten für Anwartschaften und Renten“, so resümierte der Verwaltungsausschussvorsitzende, „mussten in den vergangenen Jahrzehnten niemals unter solchen Bedingungen erreicht werden, wie sie jetzt herrschen.“

Jahresergebnis

Im zweiten Teil seines Vortrags informierte Dr. Liebscher über die Ergebnisse und die wesentlichen Aktivitäten im Geschäftsjahr 2011.

An prominenter Stelle erwähnte er den Umzug der Verwaltung Ende März 2012. Am 03.05.2012 feierte die Sächsische Ärzteversorgung nicht nur die Einweihung des Neubaus, sondern würdigte gleichzeitig das 20. Jubiläum des Versorgungswerkes. Im Juni 2012 bezog auch der Hauptmieter, die Dresdner Filiale der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G., die neuen Räume im Objekt Schützenhöhe 20. Vorbehaltlich noch lau-

fender Verhandlungen ist zu konstatieren, dass mit der eigengenutzten Immobilie der festgelegte Rechnungszins verdient wird.

Zum Ende des 20. Geschäftsjahres kann die Sächsische Ärzteversorgung vor dem Hintergrund der anhaltend heterogenen Entwicklung der Märkte eine gute Bilanz ziehen. Die Jahresabschlussprüfung und das versicherungsmathematische Gutachten charakterisieren das Versorgungswerk als solide und gut aufgestellt. Die Sächsische Ärzteversorgung zählte zum Jahresende 15.956 Mitglieder – 746 Mitglieder mehr als im Vorjahr. Das Volumen der vereinnahmten Beiträge aller aktiven Mitglieder stieg von 140,2 Mio. EUR im Jahr 2010 auf 149,3 Mio. EUR an. Die Bilanzsumme beläuft sich auf 2.360,9 Mio. EUR, was einem Zuwachs von 138,2 Mio. EUR im Vergleich zum Vorjahreswert entspricht.

Im Weiteren skizzierte Dr. Liebscher die Herausforderungen, mit denen sich das Versorgungswerk im Zusammenhang mit seiner Kapitalanlagentätigkeit konfrontiert sah, und erläuterte anhand tabellarischer und grafischer Übersichten detailliert die Entwicklung des gesamten Portfolios in den einzelnen Anlageklassen Masterfonds, Rentendirektbestand und Immobilien. Die Erwartungen vieler Volkswirte, Analysten und Marktteilnehmer, dass sich die Erholung von der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise im Berichtsjahr fortsetzen und verstetigen würde, erfüllten sich nicht. Die hohe Volatilität an den Kapitalmärkten, vor allem im Aktienbereich, blieb nicht ohne Einfluss auf die Sächsische Ärzteversorgung. Zum Bilanzstichtag betrug die Nettoverzinsung 1,03 Prozent. In der Konsequenz lassen die angesichts dieser Entwicklungen aufgeworfenen Fragen und auch die von den Mandatsträgern im Anschluss an den Bericht geäußerten Bedenken nach Ansicht von Dr. Liebscher nur eine Antwort zu: „Sicherheit muss in der Anlage im Vordergrund stehen, Risiken müssen sowohl bekannt als auch beherrschbar sein. Dieses von uns bisher praktizierte Herangehen bleibt oberste Maxime und Richtschnur unseres Handelns.“



v.l.n.r.: Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses; Dr. med. vet. Jens Achterberg, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses; Dr. Andreas Jurk, Aktuar und Mitglied des Verwaltungsausschusses

© SÄV



Mandatsträger und Gäste der Erweiterten Kammerversammlung

© SÄV

Dank an Gremien und Verwaltung

Zum Abschluss seiner Rede dankte Dr. Liebscher all jenen, die im Ehrenamt und in der Verwaltung Verantwortung für das Versorgungswerk tragen. Das Bauvorhaben und die Erneuerung der EDV-Landschaft haben sehr viele Ressourcen gebunden. Für die unter teils schwierigen Bedingungen geleistete Arbeit und das Engagement der Mitarbeiter drückte der Verwaltungsausschussvorsitzende seine Hochachtung aus und formulierte den Anspruch, dass man sich auch weiterhin in der erlebten Art für die gemeinsamen Ziele einsetzen werde.

Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Einleitend rief der Vorsitzende des Aufsichtsausschusses, Dr. med. vet. Jens Achterberg, die Aufgaben des Gremiums nach § 4 Abs. 8 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung in Erinnerung.

Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion

Aus dieser Verantwortung heraus und um über die Geschäftstätigkeit laufend und umfassend informiert zu sein, nahm jeweils ein Mitglied des Aufsichtsausschusses an den elf regulären Sitzungen des Verwaltungsausschusses teil. Auch in das Prüfgeschehen war das Gremium frühzeitig eingebunden. Im Rahmen der Hauptprüfung präsentierte die bestellte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs WP Partner AG am 29. Februar 2012 einen ersten Zwischen-

stand. Erheblich erleichtert wurde die Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion, so schätzte Dr. Achterberg ein, durch die Einführung eines Extranets. Über diese verschlüsselte internetbasierte Plattform werden aktuelle Sitzungsunterlagen und Informationen über die Aktivitäten des Verwaltungsausschusses für die Mitglieder bereitgestellt.

Beratungsschwerpunkte

Im Berichtszeitraum fanden drei Sitzungen statt, zu denen die Vertreter der Rechts- und Versicherungsaufsicht, der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses und die Verwaltung eingeladen wurden. Nachfolgend erläuterte Dr. Achterberg die Beratungsschwerpunkte der Sitzungen im September 2011 sowie im Januar und April 2012.

Im Besonderen ging der Aufsichtsausschussvorsitzende dabei auf die Überarbeitung der Kapitalanlage-richtlinie ein. Der Fokus bei der Neufassung lag auf der Vermeidung von Redundanzen zum Vermögensanlagegesetz und auf der Festlegung von Durchführungsbestimmungen. Ziel war es, die Struktur der Kapitalanlage-richtlinie durch die Auslagerung wesentlicher Themen in den Geschäftsablaufplan deutlich zu straffen. In der November-Sitzung des Verwaltungsausschusses wurde dazu ein erster Entwurf präsentiert. Die Beschlussfassung über die Kapitalanlage-richtlinie durch den Aufsichtsausschuss erfolgte im Januar 2012.

Beurteilung der Tätigkeit des Verwaltungsausschusses

Im Namen des Aufsichtsausschusses bestätigte Dr. Achterberg dem Verwaltungsausschuss ein um- und weitsichtiges, verantwortungsvolles Handeln bei der Kapitalanlage. Sein Gremium konnte sich zu jeder Zeit davon überzeugen, dass sich der geschäftsführende Ausschuss der schwierigen Frage nach tragfähigen Strategien in Zeiten der Finanzkrise stellt, sich intensiv und auch kontrovers mit der Problematik auseinandersetzt und für das Versorgungswerk geeignete Lösungskonzepte erarbeitet. In diesem Zusammen-

hang betonte der Ausschussvorsitzende, dass das Konzept der Stärkung der Expertise im eigenen Haus die vollste Unterstützung seines Ausschusses findet. Abschließend empfahl Dr. Achterberg im Namen des Aufsichtsausschusses, die den Mandatsträgern vorgelegten Beschlussvorlagen zu bestätigen, und dankte dem Verwaltungsausschuss und der Verwaltung für die produktive Zusammenarbeit.

Beschlüsse der 25. Erweiterten Kammerversammlung

Beschluss Nr. SÄV 1/25/2012

Rentenbemessungsgrundlage / Rentendynamisierung 2013 (mehrheitlich bestätigt)

Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2013 beträgt unverändert 40.342,00 Euro. Die am 31. Dezember 2012 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 1. Januar 2013 nicht dynamisiert.“

Beschluss Nr. SÄV 2/25/2012

Jahresabschluss 2011 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (einstimmig bestätigt)

Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2011 werden bestätigt. Der Jahresabschluss 2011 wird entgegengenommen und festgestellt. Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2011 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2011 erteilt.“

Beschluss Nr. SÄV 3/25/2012

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

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Ärzteblatt Sachsen 7/2012

22. Sächsischer Ärztetag

46. Tagung der Kammerversammlung

Festliche Abendveranstaltung 22. Juni 2012

Zu der Abendveranstaltung begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, den Alterspräsidenten, Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger, die Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft, insbesondere die Abgeordneten des Deutschen Bundestags, des Sächsischen Landtags, die Vertreter der Regierungspräsidien des Freistaates Sachsen sowie die Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Herzlich willkommen hieß er den 2. Vizepräsidenten des Sächsischen Landtags, Herrn Horst Wehner, die Gäste der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer, die Vertreter der anderen sächsischen Heilberufekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr derjenigen sächsischen Ärzte, die seit der 45. Kammerversammlung 2011 verstorben sind. Die sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren. Auf Seite 35, Heft 1/2012, des „Ärzteblatt Sachsen“ und auf Seite 298 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 17. Juni 2011 bis zum 22. Juni 2012 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätigen Professor Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter bestanden darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben.



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer begrüßt den 2. Vizepräsidenten des Sächsischen Landtags, Herrn Horst Wehner (m.). © SLÄK

Es ist eine nunmehr fünfzehnjährige Tradition des Sächsischen Ärztetages, Mitgliedern unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und um die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ auszuzeichnen.

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident am 22. Juni 2012 diese hohe Auszeichnung an:

Dr. med. Ute Göbel, Leipzig,

Fachärztin für Sozialhygiene

Doz. Dr. med. habil.

Gottfried Hempel, Saupsdorf,

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Michael Teubner,

Burgstädt,

Facharzt für Innere Medizin.

Laudationes (gekürzt)

Dr. med. Ute Göbel

Frau Dr. med. Ute Göbel wurde zwischen Görlitz und Lauban in der heutigen Republik Polen geboren. Nach dem Abitur absolvierte sie ein praktisches Jahr am damaligen Bezirkskrankenhaus Görlitz und begann 1957 mit dem Medizinstudium an der Karl-Marx-Universität Leipzig, das sie nach dem Physikum an der Medizinischen Akademie Carl-Gustav-Carus in Dresden fortsetzte. Pflichtassistentin und poliklinisches Jahr leistete sie im Kreiskrankenhaus Forst/Lausitz. Im Jahr 1965 promovierte sie zum Doktor der Medizin.

Frau Dr. Göbel baute eine Jugendärztliche Beratungsstelle in Leipzig auf. Später wurden fünf Mütterberatungsstellen angegliedert. In mühevoller Arbeit konnte eine Tagesbetreuungsstätte für schulbildungsunfähige, lebenspraktisch-förderfähige Kinder geschaffen werden, die damals zu den ersten in Leipzig gehörte.

1978 übernahm Frau Dr. Göbel die Leitung des Medizinisch-Statistischen Büros der Stadt Leipzig. Zugleich war sie für das Kabinett für Gesundheits-erziehung der Stadt verantwortlich. Sie fasste die zahlreichen medizinischen Berichtsdaten zu einem aussagefähigen Gesundheitsreport für die Stadt Leipzig zusammen. So erlaubten Auswertungen des Krebsregisters auf kommunaler Ebene, des in der Stadt eingeführten Herzinfarktregisters sowie der registerähnlichen



Dr. med. Michael Teubner, Dr. med. Ute Göbel und Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel erhielten die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille (v.l.) © SLÄK

Erfassung des Diabetes mellitus qualifizierte Analysen der jeweiligen Erkrankungsbilder.

Im Zuge der Wende wurde Frau Dr. Göbel 1990 stellvertretende Leiterin des Leipziger Gesundheitsamtes. Zugleich wurde ihr die Funktion der Suchtbeauftragten der Stadt Leipzig übertragen. Mit Bundesfördermitteln konnte eine Selbsthilfeeinrichtungs- und -kontaktstelle am Gesundheitsamt eingerichtet werden. Das Gebiet der Suchtkrankenhilfe mit seinen zahlreichen Facetten musste aufgebaut und strukturiert werden. Suchtberatungsstellen mussten aus den psychiatrischen Abteilungen der Stadtbezirkspolikliniken herausgelöst oder neu geschaffen werden.

Frau Dr. Göbel arbeitete drogenpolitische Leitlinien für die städtische Sucht- und Drogenpolitik aus. Auf dieser Basis wurde ein städtischer Drogenbeirat berufen, den sie leitete. Großen Stellenwert maß sie von Anbeginn der Suchtprävention bei. Dazu wurde eine enge Kooperation zum Psychologischen Institut der Universität und zum Regionalschulamt bzw. den Beratungslehrern der Leipziger Schulen aufgebaut. In den ersten Legislaturperioden der Sächsischen Landesärztekammer vertrat sie die Anliegen der Suchtprävention im Ausschuss Prävention und Rehabilitation. Von 2003 bis 2007 war Frau Dr. Göbel stellvertretende Vorsitzende des Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer. Seit 2007 ist sie Vorsitzende dieses Ausschusses.

Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

Dr. med. habil. Gottfried Hempel wurde am 8. Januar 1937 in Saupsdorf/Sachsen geboren. Nach dem Besuch der Grundschule in Saupsdorf und der Oberschule in Sebnitz erfolgte eine Lehre als Maschineningenieur in Heidelberg und Sebnitz, ehe er das Medizinstudium in Leipzig aufnahm und 1966 an der Medizinischen Akademie Dresden mit dem Staatsexamen abschließen konnte.

Am 1. August 1966 begann seine sehr erfolgreiche ärztliche Tätigkeit an der Klinik für Orthopädie, dem Institut für Gerichtsmedizin und der Klinik für Innere Medizin der Medizi-



Dr. med. Marlies Volkmer, Dr. med. Gerhild Ackermann, Dr. med. Bernhard Ackermann, Erik Bodendieck und Dr. jur. Wolfram Eberbach (v.l.)

© SLÄK

nischen Akademie Dresden. 1971 folgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. In der Inneren Medizin bemühte er sich um eine ungewöhnlich breite Ausbildung. Zu nennen sind die Teilgebiete Nephrologie, Gastroenterologie, Endoskopie sowie der Intensivmedizin. Es folgte die Tätigkeit als 1. Oberarzt, als Leiter der Abteilung für Intensivmedizin und von 1986 bis 1989 als Stellvertretender Klinikdirektor. 1993 übernahm er die Funktion des Chefarztes der Medizinischen Klinik des Kreiskrankenhauses Bautzen. Er hat seine Kollegen gelehrt, dass neben der Tätigkeit in Wissenschaft und Lehre vor allem eine intensive klinische Tätigkeit für einen kompetenten Arzt zum Wohle des Patienten von größter Bedeutung ist.

Auslandsaufenthalte an der Medizinischen Klinik der Semmelweis-Universität Budapest 1975 und deren Kardiologischem Institut 1981 dienten seinem Studium der endoskopisch retrograden Cholangio-Pankreatikographie, der modernen Herzinfarkttherapie und der Therapie des kardiogenen Schocks. Von Dezember 1985 bis März 1986 war Doz. Dr. Hempel im Institut für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität Breslau (Wroclaw) tätig.

Doz. Dr. Hempel war durch seine fachlichen Kenntnisse und sein didaktisches Geschick ein sehr gefragter Hochschullehrer. Daher wurde er nach seiner Habilitation 1980 zum ordentlichen Hochschuldozenten für Innere Medizin berufen.

Für seine Habilitationsschrift erhielt er 1982 den Martin-Gülzow-Preis der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR. Weitere seiner Leistungen umfassen die Gebiete Herzschrittmacherimplantation, Indikation und Technik der assistierten Zirkulation mit der intra-aortalen Ballonpumpe und Entwicklung einer Messzelle für die kontinuierliche Bestimmung des Sauerstoffgehaltes in der Atemluft. Weitere wissenschaftliche Arbeitsgebiete betrafen die Gastroenterologie, die Endoskopie, die Nephrologie und die Nierenersatzverfahren.

Er ist geschätztes Vorstandsmitglied in der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin. Er arbeitet ehrenamtlich als Mitglied der Prüfungskommission Innere Medizin und Mitarbeiter bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen und ist Mitglied im Gesprächskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer.

Dr. med. Michael Teubner

Dr. med. Michael Teubner wurde am 4. Juni 1941 in Großrückerswalde im Erzgebirge geboren. 1955 besuchte er die Erweiterte Oberschule in Burgstädt. 1958 musste er wegen Nicht-FDJ-Mitgliedschaft und fehlendem Systemkonformismus die Oberschule verlassen und arbeitete ein Jahr in einem Projektierungs- und Planungsbetrieb in Karl-Marx-Stadt. 1960 legte er dann das Abitur ab und arbeitete im „Praktischen Jahr“ von 1960 bis 1961 als Hilfspfleger in



Dr. med. Leszek Bystrzyk überbrachte herzliche Grüße der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer, Breslau.

© SLÄK

der Unfallklinik in Karl-Marx-Stadt. Von 1961 bis 1967 studierte er an der Karl-Marx-Universität in Leipzig Medizin und schloss diese 1967 mit Staatsexamen, Approbation und Promotion über Milzmetastasen ab. Von 1967 bis 1972 erfolgte die Facharzt Ausbildung in der Inneren Klinik des Bezirkskrankenhauses St. Georg in Leipzig.

Im Rahmen der Beschlüsse des VIII. Parteitages „Fachärzte in die Ambulanz“ musste er als „Nicht-Genosse“ seine weiteren beruflichen Pläne aufgeben und wurde in die Poliklinik am Krankenhaus Burgstädt „gelenkt“. Er übernahm die Abteilungsleiterstelle für Innere Medizin.

1991 konnte Dr. Teubner die poliklinische Ambulanz in eine eigene Niederlassung als Facharzt für Innere Medizin, später als Internist im hausärztlichen Versorgungsbereich, umwandeln.

1990 organisierte Dr. Teubner die Wahl eines Ärzterates, um die Umstellung des Gesundheitssystems nach der Wende in seinem Territorium mit zu organisieren und auch zu steuern.

1991 wurde Dr. Teubner zum Vorsitzenden der Kreisärztekammer Chemnitz Land gewählt. Nach der ersten Gebietsreform erfolgte seine Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden und später zum Vorsitzenden der Kreisärztekammer Mittweida. Seit der zweiten Gebietsreform ist er stellvertretender Vorsitzender der Kreisärztekammer Mittelsachsen.

Seit der zweiten Wahlperiode bis zur vorletzten war Dr. Teubner Mandatsträger, seit der zweiten Wahlperiode bis jetzt ist er Mitglied im Ausschuss Berufsrecht.

Seit 1991 ist er Vorsitzender des Diakonischen Werkes des Kirchenbezirks Rochlitz und seit 1960 Leiter des Posaunenchores Claußnitz. Außerdem ist er Mitglied des Hartmannbundes und des Bundes Deutscher Internisten.

Dankesrede

Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

„Wir, Dr. Ute Göbel, Dr. Michael Teubner und Dr. Gottfried Hempel bedanken uns sehr herzlich für die ehrenvolle Auszeichnung mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Wir sehen darin unsere Arbeit der vergangenen Jahre und unsere Aufgaben, die wir beruflich und gesellschaftlich erfüllen durften, auf ganz besondere Weise gewürdigt.“

Der Namensgeber der Medaille, H. E. F. Richter, wurde 1808 in Leipzig geboren und wirkte bis zu seinem Tode 1878 in Dresden als Arzt, vielseitig gebildeter Gelehrter und wie wir heute sagen würden, als Sozialwissenschaftler. Er war kein selbstverliebter Fachgelehrter, sondern stritt lebenslang für ein Gesundheitswesen, das nicht dem Profit, sondern dem Wohl des Kranken verpflichtet sein sollte. Wenn wir das Vermächtnis Richters ernst nehmen, dann geht es heute immer noch oder immer wieder neu um die Frage, wer oder was wollen wir als Ärzte sein? Sachverständige und zugleich einfühlsame Helfer unserer Patienten oder emotional unbeteiligte Leistungsanbieter auf einem ökonomisch beherrschten Gesundheitsmarkt?

Die Naturwissenschaften sind für die moderne Medizin unverzichtbar, sie lehren uns, wichtige Aspekte der Welt zu begreifen, sie sind weder korrigierbar noch außer Kraft zu setzen. Die Ökonomie befähigt uns zu erkennen, dass alles, was wir tun, einen Preis hat. Doch dieser Preis ist keine feste Größe, sondern es ist der Zeitgeist, der uns lenkt, wenn wir wertvoll und billig unterscheiden.

Die aktuelle Heilkunde taugt nichts ohne Naturwissenschaftlichkeit. Aber ärztliche Kunst ist viel mehr. Der Arzt am Krankenbett kann ohne soziale Prägung, ohne Ethik oder ohne menschliches Mitgefühl nicht helfen, sondern wird eher zur Gefahr. Kranke Menschen sind eben keine defekten Maschinen, die zur Reparatur kommen, sondern Leidtragende, die wirksame Medizin und menschlichen Zuspruch brauchen. Das Eine ist ohne das Andere nutzlos. Natürlich darf gute Medizin den sorgsamen Umgang mit den verfügbaren materiellen Ressourcen nicht außer Acht lassen. Aber Gewinnmaximierung ist nicht unser Ziel. Wir sind keine herzlosen Leistungserbringer, sondern Ärzte, die sich um Kranke sorgen, unsere Patienten sind keine Kunden, sondern Leidtragende. Wir wollen Krankheiten heilen oder wenn das nicht gelingt, Leiden wenigstens lindern. Der Leitspruch unseres ärztlichen Selbstverständnisses heißt: *Salus aegroti suprema lex!* Medizinischer Sachverstand und Menschlichkeit müssen unser Handeln auch in Zukunft prägen oder unsere Profession verliert ihren Sinn.“

Festvortrag

Ministerialdirigent

Dr. jur. Wolfram Eberbach, Erfurt „Darf's ein bisschen mehr sein?“

Dieser hochinteressante Festvortrag über Gedanken zur Wunschmedizin und Recht wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2012 oder 9/2012 abgedruckt.



Dr. jur. Wolfram Eberbach

© SLÄK

Musikalische Kostbarkeiten zum Ausklang des festlichen Abendveranstaltung

Frau Youngsil Kiem, Meisterklasse für Pianisten an der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden, spielte brilliant die Klaviersonate Nr. 2 F-Dur KV 280 von Wolfgang Amadeus Mozart.



Pianistin Youngsil Kiem

© SLÄK

Arbeitstagung 23.6.2012

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer begrüßte den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste.

Besonders willkommen hieß Prof. Dr. Schulze den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Herrn Dr. Frank Bendas, Leiter des Referates „Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Arzneimittel und Apothekenwesen, Tierarzneimittel und Frau Diplom-Ökonomin Auxel, Wirtschaftsprüferin von der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft Bansch, Schübel, Brösztel & Partner GmbH.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Professor Dr. med. habil Jan Schulze, Präsident

Investitionen im Krankenhaus

Deutschlandweit haben 2011 mehr als 50 Prozent der Kliniken ein negatives Betriebsergebnis erwirtschaftet. Rund 15 Prozent sind von einer erhöhten Insolvenzgefahr bedroht. Hauptauslöser für die negative Bilanz sind die kontinuierlich steigenden Personalkosten, die durch die Kliniken oft nicht mehr zu decken sind.

Mit diesen Aussagen begann der Präsident seinen Bericht zur aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik. In der Folge müssten Krankenhäuser alternative Erlösstrukturen finden oder die Finanznot auf dem Rücken ihrer Mitarbeiter austragen. In Sachsen sinken die für Kliniken bereitgestellten Zuschüsse seit 2003 kontinuierlich. Im Bundesdurchschnitt liegt der jährliche Finanzausschuss bei 6.459 EUR pro Bett. In Sachsen dagegen nur bei 4.059 EUR. Sinken die Zuschüsse weiter, ist kein Substanzerhalt mehr möglich. Ziel müsse es deshalb sein, eine verlässliche und ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser zu erreichen. Dazu muss auch der Freistaat seinen gesetzlichen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung nachkommen.

Palliativversorgung

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die seit 2008 prozesshaft erarbeitet und abgestimmt wurde, ist fertigge-



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

stellt. Sie thematisiert die Rechte, Bedürfnisse und Wünsche von Schwerstkranken und Sterbenden und gibt Orientierung für eine Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Sächsische Ärztetag unterstützt die Umsetzung der in der Charta formulierten Ziele, nämlich die Verbesserung der juristischen, medizinischen und ethischen Rahmenbedingungen, den Ausbau der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Palliativmedizin, die Förderung von Forschungsvorhaben sowie die Initiierung einer nationalen Strategie zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.

Grundsätzlich muss das Selbstbestimmungsrecht Schwerstkranker einen noch höheren Stellenwert bekommen. Und wenn wir, wie von der WHO gefordert, die Lebensqualität von Schwerstkranken und ihren Familien verbessern wollen, sollten



Dr. med. Bernhard Ackermann, Dr. Frank Bendas und Dipl.-Ök. Auxel (v.l.)

© SLÄK

wir uns auch mit einer palliativmedizinischen Versorgung im Heimbereich befassen, da es gerade im ländlichen Raum, wo mit einer Fahrt zur Klinik oder zum Hospiz oft lange Wege verbunden sind, schwierig ist, ein würdiges Sterben im Kreise der Familie zu ermöglichen. Basis hierfür muss die gemeinsame häusliche Versorgung durch Hausärzte, Pflegedienste und ambulante Hospizdienste sein.

Patientenrechtegesetz

Von der Ärzteschaft begrüßt wird das geplante Patientenrechtegesetz, „... denn es kann aus meiner Sicht mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte schaffen.“, so Prof. Dr. Schulze. „Sinnvoll sind insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten für Vergütungszuschläge für Kliniken, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. Dies kann zu einer Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur beitragen, wie wir aus Erfahrungen mit dem etablierten Fehlermeldesystem Critical Incident Reporting System wissen. Mit Blick auf die vorgesehenen Informations- und Dokumentationspflichten möchte ich allerdings eindringlich vor zusätzlicher Bürokratie warnen. Im Vordergrund muss die Behandlung der Patienten und nicht die Dokumentation aller veranlassten Maßnahmen stehen. Ausufernde Dokumentation bindet wertvolle Zeit, die zuerst für die Behandlung unserer Patienten zur Verfügung stehen muss.“

Rettungsdienst

Bei den geplanten Regelungen zum Rettungsdienst auf Bundesebene muss die Qualität der medizinischen Versorgung Vorrang haben. Der Referentenentwurf der Bundesregierung zum Entwurf über den Beruf des Notfallsanitäters enthält speziell die Abkehr von einem Berufsbezeichnungsgesetz (RettAssG) zu einem Berufsausübungsgesetz. Hierbei ist besonders die Tatsache zu begrüßen, dass nunmehr für die vorgesehene 3-jährige Ausbildung eine Ausbildungsvergütung gewährt wird.



Das Präsidium des Ärztetags

© SLÄK

Jedoch wird die Regelung zur Durchführung heilkundlicher (ärztlicher) Maßnahmen von den sächsischen Ärzten abgelehnt und sollte unbedingt geändert werden. Dr. med. Michael Burgkhardt, der Ausschussvorsitzende Notfall- und Katastrophenmedizin, hat in einer Stellungnahme kritisiert, „...dass, wenn unter den „invasiven“ Maßnahmen die eigenständige Anwendung einer Narkoseeinleitung, die Thoraxdrainage und Koniotome gemeint sind, dann sind diese Fähigkeiten selbst nach Abschluss des Medizinstudiums und der Qualifikation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ bei Notärzten nicht vorhanden, sondern bedürfen einer gesonderten Zusatzfortbildung.“

Sehr viel kritischer sind die Regelungen zur „Notkompetenz“, welche eigentlich durch das Gesetz abgeschafft werden sollten. Dr. Burgkhardt: „Kenntnisse zur Assistenz bei Notfallsanitätern sind natürlich unerlässlich, aber die verpflichtende

Anwendung im Einsatz-/Notfall im Rahmen der Garantenpflicht hebt die Anwesenheit eines Notarztes aus. Auch das Problem der praktischen Ausbildung der „invasiven Maßnahmen“ im Klinikpraktikum – und nur dort ist eine Schulung möglich – bleibt ungelöst, da eine Übung am Patienten (auch unter ärztlicher Aufsicht) nicht möglich ist.“ Hier werden der Ausschuss und die Fachverbände noch viele politische Diskussionen führen müssen, um eine adäquate notärztliche Versorgung der Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten.

Krankenhaushygiene

Sachsen hat als eines der wenigen Bundesländer seit 1998 eine Krankenhaushygienerahmenverordnung, in der Hygienefachkräfte bereits gefordert werden.

Im letzten Jahr hat die Bundesregierung die Landesregierungen verpflichtet, bis zum 31. März 2012 Rechtsverordnungen mit den notwendigen Regeln zur Einhaltung der Infektionshygiene zu erlassen. Darin



Erik Bodendieck: Wir müssen mehr Jung-
ärzte in der Niederlassung ausbilden.
© SLÄK



Dr. med. Dörr: Herzinfarktversorgung in
Sachsen.
© SLÄK



Dr. med. Michael Burgkhardt: Der Not-
fallsanitäter darf nur solche Maßnahmen
übernehmen, die er gelernt hat. © SLÄK

werden erstmals bundesweit Hygie-
nefachkräfte gesetzlich festgeschrie-
ben.

Es ist richtig, dass der Gesetzentwurf
für die Verbesserung der Kranken-
haushygiene die verstärkte Durchset-
zung krankenhaushygienischer Erfor-
dernisse und Kontrollmaßnahmen
fordert. Nur verfügt der Öffentliche
Gesundheitsdienst nicht über die
erforderlichen personellen und finan-
ziellen Mittel für eine solche Aus-
weitung seiner Aufgabenerfüllung.
Damit ist der Gesetzentwurf rein
normativer Natur. Er zeigt keine
Möglichkeiten auf, wie dies im Klini-
kalltag umzusetzen ist. Das Grunddi-
lemma bleibt: Ein Träger hat gar kei-
nen Einfluss auf verfügbare Ärzte für

Hygiene- und Umweltmedizin. In
Sachsen gibt es jetzt schon viel zu
wenige und man kann diesen Fach-
arzt wegen fehlender Weiterbil-
dungsstellen an den sächsischen
Unikliniken auch nicht mehr erwerben.
Zugleich ist die Ausbildung der
Medizinstudenten auf dem Gebiet
der Krankenhaushygiene nicht opti-
mal. Dazu beigetragen hat sicherlich
auch der Abbau der Hygieneinstitute
an den meisten Universitäten. Der
Bundesgesetzgeber hat genau aus
diesem Grund für die Länder bis zum
31. Dezember 2016 Übergangsre-
gelungen vorgesehen. Prof. Dr. Schulze:
„Aber schon jetzt ist klar, dass wir es
in diesem Zeitraum nicht schaffen
werden, neue sächsische Hygiene-

und Umweltmediziner auszubilden.
Wir sind gern bereit dazu, aber wir
benötigen auch die Rahmenbedin-
gungen, wie Hygieneinstitute für die
Ausbildung sowie die Ermächtigung
der Universitäten zur Weiterbildung,
schaffen.“

Abgesehen davon, dass keine Ärzte
zur Verfügung stehen, ist allseits
bekannt, dass der Öffentliche Ge-
sundheitsdienst große Probleme hat,
seinen Personalbedarf zu decken. Zu
unattraktiv sind die finanziellen
Angebote, die Ärzten hier gemacht
werden. „Das aktuelle Scheitern der
Schlichtung über eine Tarifregelung
für die Ärzte im Öffentlichen Ge-
sundheitsdienst zwischen dem Ver-



Dr. med. Stephan Windau: Der Gesetz-
geber muss sagen, wo zusätzliches Geld
herkommen soll. © SLÄK



Dr. med. Beate Zahnert: Organisation
kooperativer Versorgungsstrukturen
kritisch bewerten. © SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann:
Ausbildung kostet Geld.
© SLÄK

band der Kommunalen Arbeitgeber und dem Marburger Bund erschweren die Lösung des Problems nachhaltig. Hier muss regulierend eingegriffen werden, sonst sehe ich keine Chancen den Personalbedarf zu decken.“, betonte der Präsident.

Ärztebedarf in Sachsen

Das Personalproblem existiert aber auch an anderer Stelle. Die Zahl der in Sachsen lebenden Ärzte hat sich zwar erfreulicherweise auch im letzten Jahr wieder erhöht. 412 berufstätige Ärzte mehr konnte Sachsen 2011 verzeichnen. Aber der Ärztebedarf setzt sich im ambulanten Bereich weiter fort. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit eigener Praxis sinkt, wogegen die Zahl angestellter Ärzte in den Niederlassungen steigt. Immer weniger Ärzte sind bereit, eine eigene Praxis zu übernehmen.

Außerdem nimmt, bedingt durch den demografischen Wandel und die

weitere Spezialisierung der modernen Medizin, in Sachsen der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit auch an Ärzten weiter zu. Und eine zunehmende Anzahl von Ärzten arbeitet in Teilzeit.

Bayern hat inzwischen ein ähnliches Problem und stellt deshalb 4,5 Millionen EUR noch für 2012 im Nachtragshaushalt für dieses Bundesland zur Verfügung. Sachsen spart, wie wir wissen, und setzt dagegen weiter auf Kooperation und „good will“. Prof. Dr. Schulze: „Daher müssen wir Anstrengungen, wie das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ unbedingt fortführen, um den rückläufigen Trend im ambulanten Bereich zu stoppen.“ Dabei sei zu berücksichtigen, dass sich der Anteil weiblicher Ärzte in der sächsischen Ärzteschaft in den letzten Jahren erhöht hat. 2011 lag er bei 53 Prozent, Tendenz steigend. Hier müssen ganz andere Angebote geschaffen

werden, um die Berufsattraktivität zu erhöhen und dabei werden wir immer wieder auf die Schlagworte „Familienfreundlichkeit“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und „flexible Arbeitszeitmodelle“ treffen. Viele Kliniken haben inzwischen Maßnahmen in dieser Richtung geschaffen.

Eine eigene Niederlassung im strukturschwachen ländlichen Raum lässt sich jedoch mit der Familiengründung und zwei berufstätigen Eltern teilen bisher immer noch nicht vereinbaren. Hier brauchen wir zukünftig innovative Konzepte. Denn aktuelle Studien vom Hartmannbund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Berufsvorstellungen angehender Mediziner zeigen, dass ein akzeptables Einkommen nicht ausreicht, um Ärzte aufs Land zu locken. Als wichtiger werden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit einer gut ausgebauten Kinderbetreuung sowie eine Arbeitsstelle für den Partner gesehen. Diese Verein-



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken: Die Kommerzialisierung in der Medizin ist eine Gefahr. © SLÄK

barkeit von Beruf und Familie ist inzwischen nicht mehr nur auf die weiblichen Berufskollegen beschränkt, wie diese Studien zeigen, sondern ein geschlechterübergreifendes Anliegen, das deutlich an Bedeutung gewonnen hat, was sich nicht zuletzt in einem hohen Interesse an einer Angestelltentätigkeit niederschlägt. Erfreulicherweise ist die Zahl der ausländischen Ärzte 2011 im Vergleich zum Vorjahr um 13 Prozent gestiegen. Durch das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ stehen nachvollziehbare und bundesweit einheitliche Kriterien zur Bewertung von beruflichen Auslandsqualifikationen zur Verfügung. Das Gesetz schafft die Kopplung der Berufsausübung und den Zugang zu entsprechenden Anerkennungsverfahren an die deutsche Staatsangehörigkeit oder die Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedsstaates für die sogenannten Drittstaatenangehörigen weitgehend ab.

Außerdem hat der Bundestag im April dieses Jahres ein Gesetz zur Einführung der sogenannten „Blue Card“ als vereinfachte Arbeitsgenehmigung eingeführt. Für zuwanderungswillige Ärzte wird der Zugang aufgrund des großen Bedarfs vereinfacht. Es reicht ein Jahresgehalt von 35.000 EUR aus, um die „Blue Card“ zu erhalten. Dies weckt bei der Ärzteschaft aber auch Bedenken. Auf dem diesjährigen Deutschen Ärzte-

tag wurden daher Bundes- und Landesregierungen aufgefordert, Sorge dafür zu tragen, dass die neue 35.000 EUR Verdienstgrenze der „Blue Card“ keine Eintrittspforte für Lohndumping an Krankenhäusern wird.

Die Änderung der Approbationsordnung ist eine weitere Maßnahme, mit der die gezielte Nachwuchsgewinnung angegangen werden soll. Zum einen wird der Kreis der Krankenhäuser, an denen das Praktische Jahr absolviert werden kann, erweitert.

Eine Möglichkeit, die Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Ärztemangels zu optimieren und sicherzustellen, liegt in der Überwindung der Sektorsierung des deutschen Gesundheitswesens. Die jeweils sektorspezifische Bedarfsplanung muss daher zwingend um eine sektorenübergreifende Perspektive ergänzt werden, indem eben dieses gemeinsame Landesgremium, und zwar unter direkter Einbeziehung der Landesärztekammern, eingerichtet wird.

„Wir plädieren seit Monaten nachdrücklich beim Sozialministerium dafür, endlich das gemeinsame Landesgremium nach § 90 SGB V, unter Berücksichtigung der Sächsischen Landesärztekammer, einzurichten“, forderte der Präsident.

Finanzen

Jahresabschlussbilanz 2011

Bericht: Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmittglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Frau Dipl.-Oec. Cornelia Auxel, Wirtschaftsprüferin

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Geschäftsjahr 2011 der uneingeschränkte Prüfungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner GmbH erteilt. Diese bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt. Frau



Dr. med. Claus Vogel präsentierte den Finanzbericht. © SLÄK

Dipl.-Oec. Cornelia Auxel erläuterte die Prüfungsschwerpunkte und die wichtigsten Ergebnisse.

Dr. Vogel referierte wesentliche Kennzahlen des Jahresabschlusses 2011. Die 46. Kammerversammlung hat diesen vollumfänglich bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschusses ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand und der Geschäftsführung Entlastung erteilt. Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2011 finden Sie im Tätigkeitsbericht 2011 auf den Seiten 80 bis 81. Den vollständigen Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2011 finden Sie unter www.slaek.de. Eine Druckfassung kann von Kammermitgliedern über die E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de unter Angabe von Name und Anschrift kostenlos angefordert werden. Außerdem hat jedes beitragspflichtige Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Bundesweite Evaluation der Weiterbildung

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Im Jahr 2011 wurde durch die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit allen 17 Landesärztekammern zum zweiten Mal nach 2009 eine „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ in Form einer Online-



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLÄK

Befragung von weiterzubildenden Ärzten (WBA) sowie deren Weiterbildungsbefugten (WBB) durchgeführt. Prof. Dr. Köhler stellte zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Sachsen vor. Im „Ärzteblatt Sachsen“ wurden diese in den Heften 1/2012 und 6/2012 publiziert.

Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. Jan Schulze Knut Köhler M.A., Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Die Sächsische Landesärztekammer hat im Zeitraum von September bis Oktober 2011 erstmalig eine Befragung unter ihren Mitgliedern durchgeführt. Die repräsentativen Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Kammermitglieder mit dem Service der Sächsischen Landesärztekammer

insgesamt zufrieden ist (Durchschnittsnote 2,4). Die Ergebnisse wurden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2012, Seite 48, veröffentlicht.

Beschlüsse des 22. Sächsischen Ärztetages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 23. Juni 2012 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2011 der Sächsischen Landesärztekammer
Angenommen

Beschlussvorlage Nr. 2:

Jahresabschluss 2011
Angenommen

Beschlussvorlage Nr. 3:

Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2011
Angenommen

Beschlussvorlage Nr. 4:

Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2012
Angenommen

Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung
Angenommen

Beschlussvorlage Nr. 6:

Bekanntgabe von Terminen zum Sächsischen Ärztetag/zur Kammerversammlung
Angenommen

Beschlussantrag Nr. 7:

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
Angenommen

Beschlussantrag Nr. 8:

Organisation kooperativer Versorgungsstrukturen kritisch bewerten
Angenommen

Beschlussantrag Nr. 9:

Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
Angenommen



Knut Köhler M.A.

© SLÄK

Beschlussantrag Nr. 10:

Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern

Angenommen

Beschlussantrag Nr. 11:

Praxisnahe Ausbildung der Studenten

Angenommen

Beschlussantrag Nr. 12:

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung

Angenommen

Beschlussantrag Nr. 13:

Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte

Angenommen

Beschlussantrag Nr. 14:

Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters

Angenommen

Beschlussantrag Nr. 15:

Harmonisierung der berufs- und der vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte unter Beachtung des Anwendungsvorrangs des Berufsrechts gemäß § 135 Abs. 2 Satz 2 SGB V

Angenommen

Kassenärzte sind nicht Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen

Der Große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofs hat am 22.6.2012 entschieden, dass Vertragsärzte nicht Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen sind. Hintergrund der Entscheidung ist eine Strafverfahren wegen Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 Abs. 2 StGB) gegen eine Pharmareferentin, die Kassenärzten Schecks im Rahmen eines Prämiensystems eines Pharmaunternehmens übergeben hatte.

Laut dieser Entscheidung machen sich Kassenärzte, die von einem Pharmaunternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen, nicht wegen Bestechlichkeit strafbar. Auch eine Strafbarkeit wegen Bestechlich-



Die Mandatsträger bei der Abstimmung der Beschlussanträge

© SLÄK

Die Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse wird im vollen Wortlaut unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft auf Seite 301 bekannt gemacht.

Alle angenommenen Beschlussanträge, Pressemitteilungen und Laudationes finden Sie im vollen Wortlaut unter www.slaek.de

Bekanntmachung von Terminen

Die **47. Tagung der Kammerversammlung** findet am 10. November 2012 und der **23. Sächsische Ärztetag / 48. Tagung der Kammerversammlung** am Freitag/Sonnabend, dem 21. und 22. Juni 2013 statt.

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

keit im geschäftlichen Verkehr scheidet aus. Begründet wird die Entscheidung des Großen Senats damit, dass der niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Arzt nämlich bei der Wahrnehmung der ihm gemäß SGB V übertragenen Aufgaben, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln, weder als Amtsträger noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des StGB handelt.

Der Bundesgerichtshof betont in seinem Urteil zu Recht, dass der freiberuflich tätige Kassenarzt weder Angestellter noch Funktionsträger einer öffentlichen Behörde ist. Der Bundesgerichtshof hebt damit auf die besondere, freiberufliche Stellung des Arztes ab. Dieser werde aufgrund der individuellen, freien Auswahl des Versicherten tätig. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird, so stellen die Richter des Bundesgerichtshofes fest, wesentlich vom per-

sönlichen Vertrauen und der Gestaltungsfreiheit gekennzeichnet, die der Bestimmung durch die gesetzlichen Krankenkassen weitgehend entzogen ist.

Der Große Senat für Strafsachen konnte sich bei seiner Entscheidung ausschließlich auf die Frage der Strafbarkeit des vorliegenden Sachverhaltes beschränken. Die Beurteilung, inwieweit es strafwürdige Korruption im Gesundheitswesen gibt und wie diese gegebenenfalls durch Schaffung spezifischer Straftatbestände geahndet werden kann, obliegt hingegen der Kompetenz des Gesetzgebers.

Nunmehr kommt dem ärztlichen Berufsrecht eine noch höhere Bedeutung zu, denn das Verhalten ist trotz Straflosigkeit berufsrechtswidrig i.S. von § 31 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Online-Verzeichnisse

Erneute Warnung vor Eintragungsangeboten in Online-Verzeichnissen

Kostenpflichtige sowie unnötige Branchenbucheinträge, die möglicherweise nur durch Unachtsamkeit zustande gekommen sind, sollen erneut Gegenstand eines Warnhinweises sein. Wie bereits in der Juni-Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen 2011 berichtet, werden nach wie vor mit zweifelhaften Methoden Online-Branchenverzeichnisse beworben.

Dem Empfänger wird im Anschreiben meist mitgeteilt, dass er bestimmte Unternehmensdaten zu überprüfen hat oder bereits gespeicherte kostenlose Grunddaten zur Überprüfung anstehen würden.

Es wird zwar lesbar, jedoch „nur im Kleingedruckten“ dargestellt, dass erst mit der Unterschrift der Vertrag über die Eintragung in ein bestimmtes Branchenverzeichnis zustande kommt und über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren ein Betrag von bis zu mehreren Tausend Euro fällig wird. Daher sind derartige Angebote vor einer Unterzeichnung sorgfältig zu lesen und die Rücksendung der

Eintragungsofferte genau zu überdenken.

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 30.06.2011, Aktenzeichen: I-ZR-157/10 die Wettbewerbswidrigkeit einer Eintragungsofferte eines regionalen Branchenverzeichnisses festgestellt. Die Versendung des Schreibens sei geeignet, einen nach den Gesamtumständen hinreichend großen Teil des angesprochenen Verkehrs über seinen tatsächlichen Charakter zu täuschen. Es werde der unzutreffende Eindruck vermittelt, mit der Unterzeichnung und Rücksendung des Formulars werde lediglich eine Aktualisierung der Eintragsdaten im Rahmen eines bereits bestehenden Vertragsverhältnisses vorgenommen. Die in Rede stehende Werbung sei gezielt darauf angelegt, einen bestimmten – und sei es auch nur kleinen – Teil des Verkehrs zu täuschen. Der Werbecharakter des an Gewerbetreibende gerichteten Anschreibens sei nach § 4 Nr. 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) verschleiern und gem. § 5 Abs. 1 UWG irreführend.

Das OLG Düsseldorf hat mit Urteil vom 14.02.2012, Aktenzeichen: I-20-U-100/11 ebenfalls festgestellt, dass ein Angebotsschreiben in Form

eines Formulars für einen Eintrag in ein Branchenverzeichnis, das aufgrund seiner Gestaltung und seinem Inhalt nach bei einem flüchtigen Leser den Eindruck erweckt, mit der Unterzeichnung und Rücksendung des Schreibens werde lediglich eine Aktualisierung von Eintragsdaten im Rahmen eines bereits bestehenden Vertragsverhältnisses vorgenommen, irreführend und verschleiern im Sinne des UWG sei. Insbesondere die Angabe eines Preises pro Monat als Marketing-Beitrag verschleiern die Tatsache, dass der für zwei Jahre zu zahlende Betrag insgesamt viel höher ist. Auch die formularmäßige Aufmachung begründe ein wettbewerbswidriges Verhalten.

Wir warnen vor Angeboten dieser Art und raten, versehentlich geschlossene Verträge per Einschreiben sofort wegen Irrtums und arglistiger Täuschung unter Bezugnahme auf die oben genannten Urteile anzufechten und das Geschäft zu widerrufen. Zudem sollten die Wettbewerbszentrale sowie der Deutsche Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität (www.dsw-schutzverband.de, www.wettbewerbszentrale.de) informiert werden.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Impfungen außerhalb der Praxis

Gemäß § 17 Abs. 3 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung) ist die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes von der Verpflichtung nach Abs. 1 [Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit in der Niederlassung] Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.

Voraussetzungen

Einige Anträge bezogen sich zurückliegend auf die Durchführung von Terminen zu Schutzimpfungen außerhalb der Niederlassung, zum Beispiel in einem Jobcenter oder Standorten der Gesetzlichen Krankenkassen. Die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind nach Infektionsschutzgesetz berechtigt, Impfungen im Rahmen von öffentlichen Terminen anzubieten. Bei allen Impfterminen ist die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VwV Schutzimpfungen) einschließlich der Empfehlungen E 1 bis E 12 zu berücksichtigen. Dies bedeutet natürlich auch, dass bei allen Impfungen

entsprechende räumliche und hygienische Voraussetzungen vorhanden sein müssen.

Kosten

Abschnitt B VwV Schutzimpfungen ist zu entnehmen, dass aufgrund von § 20 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bestimmt wird, dass die Gesundheitsämter in öffentlichen Terminen unentgeltlich Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Rahmen der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision oder der sächsischen Herdbekämpfungsprogramme durchführen. Unentgeltlich bedeutet hier, dass dem Bürger keine Kosten entstehen. Im § 69 Abs. 1 IfSG ist festgelegt, dass diese Kosten aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, soweit nicht aufgrund anderweitiger gesetzlicher Vorschriften oder auf Grund Vertrages Dritte zur Kostentragung verpflichtet sind. § 20 d Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) regelt die Kostenübernahme für alle Impfungen gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V für gesetzlich Versicherte. Bei Privatkrankenversicherten ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Kostenübernahme dieser Leistungen vertraglich vereinbart wurde und üblicherweise eine Rechnung zu stellen ist. Bei beruflicher Indikation ist der Arbeitgeber zur Kostentragung verpflichtet.

Antragstellung

Antragsteller verwiesen wir deshalb zunächst darauf, dass die Ärzte im

Öffentlichen Gesundheitsdienst Impfungen im Rahmen der aufsuchenden Gesundheitsversorgung vornehmen und den niedergelassenen Ärzten eine Genehmigung nicht erteilt werden kann.

Aufgrund entsprechender Rückäußerung hat der Ausschuss Berufsrecht den Eindruck gewonnen, dass es den Gesundheitsämtern im Freistaat Sachsen nicht immer möglich ist, gemäß der Verwaltungsvorschrift Impftermine in eigener Zuständigkeit zu gewährleisten. Daher erschien es ihm unverzichtbar, niedergelassenen Ärzten auch außerhalb ihrer Praxis zu gestatten, Schutzimpftermine durchzuführen.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat nunmehr den Beschluss gefasst, im Interesse einer Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung niedergelassenen Ärzten Impftermine außerhalb der eigenen Praxis zu gestatten, wenn vorher das jeweils örtlich zuständige Gesundheitsamt angehört worden ist. Sofern das zuständige Gesundheitsamt einverstanden ist, würde dem jeweils antragstellenden niedergelassenen Arzt im Landkreis die Ausnahmegenehmigung zur Durchführung der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung an einem konkreten Ort für die aktuelle Impfsaison erteilt werden.

Anträge können schriftlich bei der Sächsischen Landesärztekammer, Rechtsabteilung, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, oder per E-Mail unter „ra@slaek.de“ eingereicht werden.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Kreisärztekammer Vogtlandkreis

Am 9. Mai 2012 führte der Vogtlandkreis seine jährliche Kammerversammlung durch. In Kombination von Fachvortrag und kammerpolitischer Diskussion gelang es uns, über 50 Kolleginnen und Kollegen zur Teilnahme zu motivieren. Hauptredner war Dr. med. Benckert, der über

hochaktuelle Aspekte des Transplantationsgesetzes und Probleme der Transplantationschirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Leberchirurgie an der Universität Leipzig berichtete.

Nach einer regen Fachdiskussion schloss sich ein kurzer kammerpolitischer Teil an. Die Veranstaltung hatte bei den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen durchweg positive Resonanz.

Man sollte gegenüber den Kreisärztekammern Sachsens anregen, Berufspolitik immer mit Fachvorträgen zu kombinieren, um so die Attraktivität der Kammerveranstaltung weiter zu erhöhen.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorsitzender der Kreisärztekammer des
Vogtlandkreises

Außerklinische Notfallmedizin

Wieviel außerklinische Notfallmedizin braucht die Gesellschaft?

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem linearen Anstieg der Notarzteinsätze in Deutschland wird auf die Probleme im Zusammenhang mit der Bewertung von Notfällen durch die Mitarbeiter von Rettungsleitstellen hingewiesen. Dabei wird der gültige Notarztindikationskatalog und seine dringliche Überarbeitung durch die ärztlichen Gremien dargestellt. Es wird weiterhin auf die Besonderheiten der neuen Qualifikationen der nichtärztlichen Mitarbeiter eingegangen, die einen Drang zu einem sogenannten „Notarzt light“ erkennen lassen. Es werden Vorschläge zur Senkung der Notarzteinsatzrate und einer Optimierung des außerklinischen Hilfeersuchens unterbreitet.

Einleitung

Deutschland gehört zu den Ländern, die ein flächendeckendes Rettungssystem haben und zu den ganz wenigen Ländern weltweit, die über ein flächendeckendes arztgestütztes System verfügen. Dieses wird mit einer lückenlosen Luftrettung kombiniert. Das Grundprinzip bei der Nutzung dieser Gesamtstruktur besteht darin, dass der Bürger* selbst entscheidet, wann er durch Betätigung des Notrufes 112, der in den integ-

rierten Rettungsleitstellen eingeht, den Einsatz auslöst.

Notarztindikationen

Nach der Annahme des Notrufes hat der Leitstellenmitarbeiter* nur noch wenige Möglichkeiten, wie dem Anliegen des Anrufers* begegnet werden kann, weil eine Abweisung im Prinzip nicht möglich ist. Demnach kann nur entschieden werden, ob ein Notarzt* zum Einsatz kommen muss oder ob es ausreichend wäre, lediglich einen Rettungswagen (RTW) zum Patienten* zu schicken. Als Entscheidungsinstrument steht den Leitstellen der sogenannte Notarztindikationskatalog (Tabelle 1 und 2) zur Verfügung. Dieser Katalog wurde vom Vorstand der Bundesärz-

tekammer (BÄK) in seiner Sitzung am 23.11.2001 beschlossen und sollte als Handreichung für Telefondisponenten in den Rettungsleitstellen (RLS) und den Zentralen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes dienen. Der BÄK-Beschluss basierte auf einem Vorschlag der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e. V. und sollte Klarheit bezüglich der ärztlichen Kompetenzen in der prästationären Notfallversorgung schaffen. Im Laufe der Jahre ist dieser Indikationskatalog in die Landesrettungsgesetze bzw. die Landesrettungsdienstpläne aufgenommen worden. Dieser Katalog sollte verbindlich sein und ausweisen, wann ein Notarzt zum Einsatz zu bringen

Tabelle 1: Indikationskatalog für den Notarzteinsatz

Unter Bezug auf den Patientenzustand (Modell A)

Bei Verdacht auf fehlende oder deutlich beeinträchtigte Vitalfunktion ist der Notarzt einzusetzen:

Funktionen	Zustand	Beispiel
Bewusstsein	reagiert nicht auf Ansprechen und Rütteln	SHT, Intrazerebrale Blutung, Vergiftungen, Koma
Atmung	ausgeprägte oder zunehmende Atemnot, Atemstillstand	Asthmaanfall, Lungenödem, Aspiration
Herz / Kreislauf	akuter Brustschmerz, ausgeprägte oder zunehmende Kreislaufinsuffizienz, Kreislaufstillstand	Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Hypertone Krise, Schock
Sonstige Schädigungen mit Wirkung auf die Vitalfunktionen	schwere Verletzung, schwere Blutung, starke akute Schmerzen, plötzliche Lähmungen (halbseitig)	Thorax-/Bauchtrauma, SHT, größere Amputationen, Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen, Vergiftungen
Sonstige Schädigungen mit Wirkung auf die Vitalfunktionen	schwere Verletzung, schwere Blutung, starke akute Schmerzen, plötzliche Lähmungen (halbseitig)	Thorax-/Bauchtrauma, SHT, größere Amputationen, Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen, Vergiftungen

Tabelle 2: Indikationskatalog für den Notarzteeinsatz
Notfallbezogene Indikationen (Modell B)

- schwerer Verkehrsunfall mit Hinweis auf Personenschaden
- Unfall mit Kindern
- Brände/Rauchgasentwicklung mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Explosions-, thermische oder chemische Unfälle, Stromunfälle mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Wasserunfälle, Ertrinkungsunfälle, Eisenbruch
- Maschinenunfall mit Einklemmung
- Verschüttung
- drohender Suizid
- Sturz aus Höhe (≥ 3 m)
- Schuss-/ Stich-/ Hiebverletzungen im Kopf-, Hals- oder Rumpfbereich
- Geiselnahme und sonstige Verbrechen mit unmittelbarer Gefahr für Menschenleben
- unmittelbar einsetzende oder stattgefunden Geburten
- Vergiftungen

ist. Es liegt in der Entscheidungskompetenz des Trägers des Rettungsdienstes, welches der zwei Modelle ausgesucht und für die jeweilige Leitstelle festgelegt wird.

Es war und ist das Anliegen der ärztlichen Organisationen, den Notarztindikationskatalog in das rettungsdienstliche Qualitätsmanagement zu integrieren. Dabei ist es im Hinblick auf die Durchführung vergleichender wissenschaftlicher Untersuchungen von großer Bedeutung, dass einheitliche Kriterien für den Notarzteeinsatz bundesweit zu gelten haben.

Das Modell A (Tabelle 1) scheint das günstigere zu sein, weil vom Zustand des Patienten ausgehend eine einfachere Entscheidungsfindung möglich zu sein scheint.

Es soll auch darauf hingewiesen werden, dass es in einigen Leitstellen erste Erfahrungen mit Spracherkennungssystemen gibt, die allerdings bei Anrufern mit starkem Dialekt ihre Grenzen haben.

Derzeit wird von der Bundesärztekammer und der BAND e. V. diskutiert, inwieweit dieser Notarztindikationskatalog noch zeitgemäß ist, ob er dem veränderten Einsatzaufkommen adäquat ist oder ob einzelne Indikationen zu überprüfen sind. Damit haben sich die notärztlichen Gremien in der nächsten Zeit zu befassen. Insbesondere wird mit der Tatsache umzugehen sein, dass die über die RLS disponierten Dringlichkeitsfälle, die eigentlich keiner rettungsdienstlichen Versorgung bedürfen, exponentiell an Häufigkeit zugenommen haben. Also wäre durchaus zu überdenken, ob auch Dringlich-

keitsfälle in den Indikationskatalog aufzunehmen sind. Dies wäre auf der einen Seite nur konsequent, da auch heute schon bis zu 40 % der Notarzteeinsätze in manchen Territorien in den Bereich der Dringlichkeitsversorgung gehören (A. BURGHARDT 2005)

Andererseits wird erwogen, einige Indikationen für den Notarzteeinsatz zu relativieren. Die derzeit diskutierten Vorschläge sehen vor, einige Hilfeersuchen nicht durch einen Notarzt primär versorgen zu lassen, sofern keine Vitalbedrohung vorliegt. Dazu liegen derzeit den Gremien Vorschläge vor, von denen einige aufgelistet werden sollen:

- Atembeschwerden (schon länger bestehend),
- stattgehabter einmaliger Krampfanfall,
- isolierte Amputationen von Finger/Zehgliedern,
- isolierte Hypoglykämie,
- Kreislaufbeschwerden: Bluthochdruck- oder Rhythmusstörungen ohne gefährdende Begleitsymptome wie Thoraxschmerzen, Atemnot oder Bewusstseinsstörung,
- Schmerzen: fehlende Akuität, typische Lokalisation oder geringer Schweregrad (zum Beispiel chronischer Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen),
- Stromunfall (zum Beispiel Niederspannungsunfälle ohne Begleitverletzung).

Dabei ist aber vorgesehen, die Grundstruktur des Notarztindikationskataloges („Unter Bezug auf

den Patientenzustand“ und „Notfallbezogene Indikationen“) beizubehalten. Parallel zu diesen Überlegungen müssen allerdings auch Verbesserungen in der Ausbildung von Rettungsassistenten entwickelt werden.

Notarzteeinsatzrate

Es ist weiterhin für die Planung und Organisation von Rettungssystemen notwendig, Planungsziffern des medizinischen Hilfeersuchens zu kennen. Man muss also wissen, mit wie viel Notarzteeinsätzen im Territorium zu rechnen ist. Dazu bedient man sich der Notarzteeinsatzrate. Diese ist definiert:

Zahl der Notarzteeinsätze in einem definierten Territorium/1.000 Einwohner/Jahr.

Damit wäre vor allem die Frage zu beantworten, welche Zahl von Notarzteeinsätzen in einem definierten Territorium als „normal“ zu bezeichnen ist.

Der DDR-Notfallmediziner Prof. Dr. med. Kurt Scheidler legte in seinem wegweisenden Werk „Notfallmedizin“ (Berlin 1978) Planungsziffern vor, die zwar mit einer gewissen Einschränkung zu betrachten sind, dennoch im Vergleich zu heutigen Zahlen bedeutsam sind (Tabelle 3). Scheidler berechnete, dass in Ostberlin für die Rettungssäule der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH), nämlich die Dringliche Medizinische Hilfe (DMH), mit 8,5 Einsätzen pro 1.000 Einwohner und Jahr gerechnet wurde. Wenn man nun dagegen hält, dass für das Jahr 2005 für die Stadt Leipzig eine Notarztrate von 49,1 berechnet wurde (A. BURGHARDT), dann muss man feststellen, dass offensichtlich innerhalb von 30 Jahren das Mehrfache an Notarzteeinsätzen zu verzeichnen ist. Dieses ist letztlich überwiegend durch die Einstellung des Dringlichen Hausbesuchsdienstes als 24-Stundensystem zu begründen.

Ausgehend von der Eskalation der Notarzteeinsatzzahlen, werden sowohl Versuche der Interpretation unternommen, wie auch Vorschläge

unterbreitet, wie man die Mehreinsätze bewältigen kann. Dabei brachten vor einiger Zeit Funktionsträger in Sachsen einen Diskussionsvorschlag ein, ob man nicht eine abgespeckte Variante des Notarztes kreieren könne.

Es ist zutiefst irritierend, dass die sächsische Landespolitik diesen Gedanken aufgegriffen hat. So findet sich in einem Änderungsantrag der CDU/FDP-Fraktionen des Sächsischen Landtages zum BRK (Gesetz zur Änderung des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz) vom 16.03.2012 die Formulierung, wonach die Eignungsvoraussetzungen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz durch Satzung der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt werden. Gemäß Gesetzesbegründung ist das Ziel die Vermeidung eines Notarztmangels aufgrund zu hoher Anforderungen an die Ausbildung.

Es versteht sich von selbst, dass für eine solche Formulierung aus der Sicht der Notfallmediziner kein Verständnis aufzubringen ist. Seitdem ist der Begriff „Notarzt light“ gebraucht worden.

Dabei scheinen zwei Zugangsmöglichkeiten zu dieser Qualifikationsvariante denkbar:

Zum einen der notfallmedizinisch geringer qualifizierte Arzt* und zum anderen der überqualifizierte Rettungsassistent*.

Der Einsatz von notfallmedizinisch geringer qualifizierten Ärzten in einem Notarztsystem ist abzulehnen, da gerade die auf breiter Ebene erreichte stabile Weiterbildung auf der Grundlage des einheitlichen Curriculums Notfallmedizin als Fortschritt gewertet werden muss. Zum anderen ist es undenkbar, dass in einem definierten Rettungsdienstbereich eine Rettungsleitstelle mit unterschiedlich qualifizierten Notärzten disponieren soll.

Im Falle der nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter ist es geradezu ein Widerspruch, von überqualifizierten Rettungsassistenten (RA) zu reden,

Tabelle 3: Publierte Notarzteinsetzraten

Autor	Publikationsjahr	Region	Notarzteinsetzrate
K. Scheidler	1974	Berlin/Ost	8,5
M. Burgkhardt	1983	Poessneck/Thür.	17,9
M. Burgkhardt	1990	Leipzig	12,9
M. Burgkhardt	2000	Sachsen	28,7
S. Joó	2000	Deutschland	24,0
A. Burgkhardt	2005	Leipzig	49,1
W. Alswelier	2006	NRW	18,5
K. Runggaldier	2007	Deutschland	20,3

wenn andererseits die Notarztarbeitsgemeinschaften den schlechten Bildungsstand kritisieren, der alleine von seiner Dauer und seinem Aufbau mit anderen medizinischen Assistenzberufen nicht kongruent ist. Dieses – eher unbefriedigende – Bildungsmodell kann wohl nicht als eine Überqualifikation bezeichnet werden. Gemeint sind vielmehr neue Bachelor- und Masterstudiengänge, in denen notfallmedizinische Studieninhalte breiten Raum einnehmen. Solche Studiengänge führen auf keinen Fall zu einer medizinischen Qualifikation entsprechend der Approbationsordnung für Ärzte und der Weiterbildungsordnung. Die Notarztorganisationen befürchten, dass eben hier die Entwicklung zum „Notarzt-Light“ gesetzt werden soll.

Die seit mehreren Jahren zu beobachtende Tendenz einer Akademisierung von Gesundheitsberufen ist im Hinblick auf eine komplexere Arbeitswelt und anspruchsvollere Aufgaben nachvollziehbar und politisch gewollt. Die Schwerpunkte dieser Studiengänge für RA sind thematisch auf Methodik, Didaktik, Organisation und Management ausgerichtet. In den letzten zwei Jahren werden allerdings zunehmend Bachelor- und Masterstudiengänge eingerichtet, in denen notfallmedizinische Inhalte einen besonderen Schwerpunkt einnehmen. In der öffentlichen Werbung für diese Studiengänge werden als Studienziele oft eine „Erweiterung der Regelkompetenz“, „humanmedizinische Kenntnisse der Akutdiagnostik und Akuttherapie“ sowie späteres „selbstständiges Arbeiten“ genannt. In den Modulen finden sich dann auch invasive Maßnahmen, die bisher nicht einmal im Humanmedi-

zinstudium gelehrt werden, sondern erst in der fachärztlichen Weiterbildung.

Die Werbeaussagen der Bildungseinrichtungen suggerieren, dass die Studieninhalte dieser notfallmedizinisch orientierten Studiengänge für die komplexe Arbeitswelt ausbilden. Festzustellen ist, dass diese Studiengänge einem auf Notfälle spezialisierten und reduzierten Medizinstudium entsprechen. Diese Verbindung von Hochschulstudium und Notfallmedizin erweckt dabei den Eindruck, dass hier eine eigenständige notfallmedizinische Qualifikation entsteht, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigen würde. Gleichzeitig wird damit suggeriert, dass mit den Absolventen derartiger Studiengänge ein etwaiger Ärztemangel ausgeglichen werden kann.

Im Rettungsdienst werden im Einsatz entsprechend den landesrechtlichen Vorgaben Notärzte, Rettungsassistenten mit einer zweijährigen (zukünftig dreijährigen) Ausbildung, sowie Rettungsassistenten* und Rettungshelfer* eingesetzt.

Für den Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD), wie auch für die Notarztorganisationen stellt sich damit die Frage, wie mit den Absolventen dieser Studiengänge umzugehen ist, wenn sie Einsatzmöglichkeiten im Rettungsdienst aufnehmen.

Der Bundesverband der ÄLRD und die BAND weisen in ihren identischen Erklärungen darauf hin, dass derartige Studiengänge nicht zu einer eigenständigen Ausübung der Heilkunde qualifizieren und berechtigen. Die eigenständige regelmäßige heilkundliche Tätigkeit ohne Approbation verstößt gegen gesetzliche Vorgaben, insbesondere gegen das

Heilpraktikergesetz und gegen die Heilberufsgesetze der Länder. Im Einsatzdienst dürfen jedoch nur Personen entsprechend ihrer landesrechtlich vorgegebenen Qualifikation als Notarzt, Rettungsassistent, Rettungsassistent oder Rettungshelfer eingesetzt werden.

In der Gesamtbetrachtung der Problematik ist festzustellen, dass wir keine abgespeckte Bildungsvariante des Notarztes benötigen, um die Probleme der Notfall- und Dringlichkeitsversorgung zu lösen. Dabei ist es auch völlig unerheblich, ob man sich einer solchen minderen Ausbildung über einen „gemasterten“ Rettungsassistenten, oder einen schlechter weitergebildeten Arzt nähert.

Als Lösungsmöglichkeiten müssen diskutiert und, nach Beweis ihrer Wirksamkeit, konsequent umgesetzt werden:

- Durchgängige Schaffung von integrierten Rettungsleitstellen mit der Einbindung der Disposition der Ärztlichen Dringlichkeitsversorgung.
- Flächendeckende Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst als medizinischer Fachberater für den Träger des Rettungsdienstes.
- Rechtliche Prüfung und Absicherung der Leitstellenmitarbeiter, um – nach ärztlicher Beratung – Banalfälle abweisen zu können.
- Abwendung von der fallzahlbezogenen Notarztvergütung.
- Konsequente Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Ärzte, die künftig in der organisierten außerklinischen Notfallmedizin eingesetzt werden.
- Schaffung eines Dringlichen Hausbesuchsbedienstes (DHD) in Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der

rund-um-die-Uhr einsatzbereit ist. Dabei müsste es auch möglich sein, für ausgedünnte Regionen sogenannte Funktionallösungen zu schaffen. Unter einer Funktionallösung wäre zu verstehen, dass für einen definierten Betreuungsbereich sowohl die Notarzteinsätze, wie auch die Dringlichkeitseinsätze von einem Notarzt mit einem von einem Rettungsassistenten geführten Einsatzfahrzeug und über eine zu disponierende Leitstelle abgewickelt werden.

*Mit der männlichen Form Rettungsassistent, Notarzt, Patient etc. wird in gleicher Weise auch die weibliche Form verstanden

Dr. med. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstraße 34, 04299 Leipzig

18. Leipziger Ärzteball

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, es ist mir eine große Freude, Ihnen in diesem Jahr wieder ankündigen zu können, dass unser

**18. Leipziger Ärzteball
am 27. Oktober 2012
im Hotel The Westin Leipzig**

stattfinden wird.

Ich möchte alle Ärzte, Zahnärzte und Apotheker zu unserem zur Tradition gewordenen Ball in das WESTIN sehr herzlich einladen.

Ebenso ergeht eine herzliche Einladung an die psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen. Durch schriftliche Reservierung können Sie sich bereits heute anmelden, da das Platzangebot begrenzt ist. Ihre Anmeldung wird in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Auf den Eintrittskarten werden

Tisch- und Platznummern aufgedruckt und damit feste Platzreservierungen vorgenommen. Telefonische Kartenreservierungen werden nicht entgegengenommen. Der Preis pro Eintrittskarte beträgt 120,00 EUR. Ich wäre sehr erfreut, wenn ich Sie an diesem Abend in angenehmer Atmosphäre begrüßen könnte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt und
Dr. med. Mathias Cebulla

Räumen einen Namen geben

In der Sächsischen Landesärztekammer entstehen bis zum Herbst neue Vortrags- und Seminarräume. Der Vorstand möchte diesen neuen und auch den bereits vorhandenen Veranstaltungsräumen jeweils einen Namen von verdienstvollen sächsischen Ärzten geben, um so an bekannte Mediziner wie Sigbert Ganser,

Arthur Schlossmann oder Otto Rostoski zu erinnern.

Die Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ sind nun aufgerufen, Namen von verdienstvollen sächsischen Ärzten für diese Namensgebung vorzuschlagen. Die Namensvorschläge können mit einer kurzen Begründung bei der Sächsischen Landesärztekammer eingereicht werden. Der Vorstand wird aus diesen Vorschlägen Namen für die Räume auswählen, diese im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichen

und die Biografien der Ärzte für die Besucher der Sächsischen Landesärztekammer in einer Mappe zusammenstellen.

Ihre Vorschläge richten Sie bitte an:
Sächsische Landesärztekammer
Kennwort: „Räumen einen Namen geben“
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
E-Mail: dresden@slaek.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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 Annaberg

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 12/C038
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2012

Chemnitzer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/C039

Freiberg

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 12/C040
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2012

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/C041
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2012

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/C042

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.08.2012 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 Orthopädie
Reg.-Nr. 12/D032
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2012

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D033

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/D034

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D035

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/D036

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D037
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.07.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.08.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L035

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/L036

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L037

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.08.2012 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 angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Freital
geplante Praxisabgabe: 01.04.2013 (auch eher möglich)
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
geplante Praxisabgabe: 2012

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
geplante Praxisabgabe: 2014 (ggf. auch eher möglich)
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-154.

Behandlung Schwerbrandverletzter

Erfahrungen über einen 14-Jahres-Zeitraum im Klinikum St. Georg Leipzig gGmbH

Jochen Gille¹, Hagen Fischer¹,
Armin Sablotzki¹, Michael Fuchs¹,
Bernd Wiedemann², Thomas Raff³

Zusammenfassung

Die Prognose auch ausgedehnter Verbrennungen ist im Hinblick auf das Überleben als gut zu bewerten. Die Therapie ist aufwendig und erfordert neben einer hohen Expertise des interdisziplinären Behandlungsteams erhebliche bauliche und logistische Voraussetzungen. Schwere Verbrennungen sollten daher zwingend in einer spezialisierten Einrichtung behandelt werden, wobei sich der Schweregrad nicht allein am Verbrennungsausmaß, sondern auch am Alter der Patienten, Begleitverletzungen und Vorerkrankungen misst. Die Indikation zur Verlegung in ein Brandverletztzentrum ist generell großzügig zu stellen. Im Zweifelsfall sollte das Brandverletztzentrum am Klinikum St. Georg Leipzig kontaktiert und das weitere Vorgehen besprochen werden.

Einleitung

Die schwere Verbrennung stellt im Vergleich zu anderen Traumata eine seltene Verletzung dar. Die Behandlung ist langwierig und beinhaltet neben ausgedehnten chirurgischen Prozeduren eine anspruchsvolle intensivmedizinische Betreuung. Für den Erfolg der Behandlung sind neben der Erfahrung des Behandlungsteams bauliche und strukturelle Voraussetzungen maßgeblich. Dazu gehören neben klimatisierten Einzelzimmern („Intensivbox“) ein heizbarer Aufnahme- und Schockraum mit der Möglichkeit der Hydrotherapie

und komplettem Anästhesiearbeitsplatz, eine in die Station integrierte Operationseinheit sowie spezielle, ebenfalls klimatisierte Behandlungsräume zur Hydrotherapie („Bad“).

Historie

Das Brandverletztzentrum am Klinikum St. Georg wurde gemäß dieser Vorgaben konzipiert und 1998 eingeweiht. Der erste Patient erreichte uns am 23. Dezember 1998. Ungeachtet dessen blickt die Behandlung von Brandverletzungen im Klinikum St. Georg auf eine lange Tradition zurück. Bereits in den 70er Jahren wurden in die Intensivtherapiestation der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am ehemaligen Bezirkskrankenhaus „St. Georg“ Brandverletzte eingewiesen. Die Betreuung erfolgte unter der Leitung des damaligen Chefarztes, Dr. med. G. Gmyrek, der sowohl Facharzt für Anästhesiologie als auch für Chirurgie war. Die erste eigene Station für Brandverletzte (SfB) wurde am 6. Dezember 1982 in unmittelbarer Nachbarschaft zur Intensivtherapiestation eröffnet. Die in den Verbund der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie integrierte Station ging zunächst mit vier Betten (später fünf Betten) in Betrieb und bot alle Voraussetzungen (wie zum Beispiel klimatisierte Einzelzimmer, eigener OP-Saal, spezielles Instrumentarium) für eine adäquate Versorgung von Schwerbrandverletzten. In einem Zeitraum von über zehn Jahren (bis März 1993) wurden insgesamt 289 Brandverletzte – vorwiegend aus den südlichen Bezirken der DDR und später auch aus dem östlichen Teil des wiedervereinten Deutschlands – behandelt. Das Behandlungs-

konzept schloss bereits damals eine Dispensaire-Betreuung nach Entlassung aus dem stationären Bereich ein. Eine besondere Leistung war die Schaffung einer Hautbank in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses, am damaligen Bezirksinstitut für Blutspende- und Transfusionswesen, an der Dr. med. Gmyrek ebenfalls großen Anteil hatte. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Behandlung von Schwerbrandverletzten auf dieser Spezialstation dem damaligen internationalen Standard entsprach. Nach einer 5-jährigen Übergangszeit (Leitung PD Dr. med. M. Steen) wurde 1998 das neue Brandverletztzentrum unter Leitung des Chefarztes der Klinik für Plastische und wiederherstellende Chirurgie Dr. med. Th. Raff eröffnet. Mit dem formellen Titel eines Brandverletztzentrums wurde die bis dahin praktizierte Begrenzung des Verbrennungsausmaßes aufgenommener Patienten von max. 30 Prozent verbrannter Körperoberfläche (VKOF) aufgehoben. Seitdem erfolgt die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team von Mitarbeitern der Klinik für Plastische Chirurgie und der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie.

Grundprinzipien der präklinischen Versorgung

Der mit der unmittelbaren Erstversorgung betraute Notarzt wird sich zumeist nur auf eine geringe Expertise stützen können. Die oft beeindruckenden Lokalbefunde dürfen dabei nicht von der Prüfung der Vitalfunktionen ablenken. Die Stabilisierung von Atmung und Kreislauf besitzt selbstverständlich auch beim Brandverletzten oberste Priorität.

Tabelle 1: Präklinische Erstversorgung von Schwerbrandverletzten

Rettung aus der Gefahrenzone (auf Eigenschutz achten!)
Sicherung der Vitalfunktionen: ACB
Basisuntersuchung und spezielle Anamnese (Begleitverletzungen, Abschätzung der Verbrennungsschwere)
Zugänge peripher (ein bis zwei), Analgesie
Infusionstherapie: 0,5-1 l/h Kristalloid
Maßnahmen zum Wärmehalt (Wärmeschutzfolie)
Lokalbehandlung (steril, trocken)
Auswahl der Zielklinik – Transport

¹ Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
² Seipelweg 15, 04347 Leipzig
³ Zentrum für Traumatologie mit Brandverletztzentrum

Ein wesentliches Charakteristikum der Verbrennung ist der hohe Flüssigkeitsbedarf in der Initialphase. Eine kalkulierte Infusionstherapie ist beim Erwachsenen ab einem Verbrennungsausmaß > 15 % VKOF indiziert. Als Faustregel gilt: etwa 500 ml Kristalloid (bis 1 l) pro Stunde. Lässt sich der Patient dadurch nicht stabilisieren, müssen kollektive Lösungen und gegebenenfalls auch Katecholamine zum Einsatz kommen.

Die Brandverletzung per se stellt keine Indikation zur Intubation und Beatmung dar. Letztlich ergeben sich neben den in der Notfallmedizin allgemein etablierten Kriterien nur wenige verbrennungsspezifische Situationen (Tab. 2). Wir favorisieren eine eher zurückhaltende Indikationsstellung, da die Schockphase durch eine laufende Analgosedierung und Beatmung des Patienten ungünstig beeinflusst wird. Letztlich obliegt die Entscheidung jedoch dem verantwortlichen Notarzt vor Ort. Die prophylaktische Gabe von Glukokortikoiden bei einem Inhalationstrauma ist nicht indiziert (Cha, SI; Kim, CH; Lee, JH; et al., 2007, Bartley, A; Edgar, D; Wood, F., 2008).

Die Wundversorgung am Notfallort sollte äußerst zurückhaltend erfolgen. Externa („Verbrennungssalben“) sind kontraindiziert. Die lokale Kühlung der Wunden (Leitungswasser, 15 bis 20 °C) ist als analgetische Therapie im Rahmen der Laienhilfe sinnvoll und kann solange erfolgen, wie sie dem Patienten angenehm erscheint. Darüber hinausgehende

Tabelle 2: Verbrennungsspezifische Indikationen zur Intubation und Beatmung

Absolute Indikationen
Schweres thermomechanisches Kombinationstrauma
Schwere Gesichts- und Halsverbrennung
Zirkuläre Rumpfverbrennungen
Verbrennung > 50% VKOF
Relative Indikationen
Inhalationstrauma
Lange Transportwege, Hubschraubertransport

Tabelle 3: Indikationen zur Verlegung in ein Verbrennungszentrum (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin, <http://www.verbrennungsmedizin.de>)

Verbrennungen > 15 % VKOF 2. Grades
Verbrennungen > 10% VKOF 3. Grades
Verbrennungen durch elektrischen Strom
Verbrennungen mit Inhalationstrauma
Verbrennungen bei Kleinkindern (< 8 Jahre), Erwachsenen > 60 Jahre, Patienten mit schweren Vorerkrankungen oder Zusatzverletzungen (Polytrauma)
Verbrennungen an kritischer Lokalisation bezüglich der plastischen Versorgung (Gesicht, Hals, Hände, Füße, Axilla, Genitale, große Gelenke)

Effekte, vor allem im Sinne der Minimierung des Gewebeschadens sind nicht gesichert. Die Kühlung sollte bei Verbrennungen >10% VKOF oder narkotisierten Patienten wegen der Unterkühlungsgefahr unterlassen werden. Bei diesen Patienten steht der Wärmeerhalt im Vordergrund. Die verbrannten Areale sind mit sterilen oder keimarmen Verbänden abzudecken. Am Patienten haftende Materialien werden belassen und umschnitten.

Für den Notarzt stellt sich bei vermeintlich geringfügigen Verbrennungen häufig die Frage, ob der Patient überhaupt in einem Verbrennungszentrum behandelt werden muss. Kriterien für die Verlegung in ein Brandverletzentrum sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Die Vermittlung erfolgt über die „Zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Betten für Schwerbrandverletzte“ (ZA-Schwerbrandverletzte, Tel. 040

428513998) in Hamburg. Die direkte Kontaktaufnahme zum nächstgelegenen Verbrennungszentrum wird als sinnvolle Alternative empfohlen (Trupkovic, T; Giessler, G, 2008) und auch praktiziert. Für Rückfragen stehen in unserem Zentrum Ansprechpartner unter der Telefonnummer 0341 9092591 rund um die Uhr zur Verfügung.

Grundprinzipien der klinischen Behandlung

Aufnahme im Schockraum

Nach Versorgung am Unfallort und Überweisung ins Verbrennungszentrum erfolgen im Schockraum die Stabilisierung der Vitalfunktionen und ein Bürstendebridement in Allgemeinanästhesie (Abb. 1). Nach exakter Beurteilung des Verbrennungsausmaßes wird individuell das weitere Prozedere geplant. Gegebenenfalls sind in dieser Phase bereits erste chirurgische Maßnahmen (Escharotomie bei drohendem Kom-



Abb. 1: Aufnahmebefund im Schockraum: Verbrennungen überwiegend 3. Grades bei Verkehrsunfall mit Autobrand
© BVZ St. Georg

partmentsyndrom infolge tiefer zirkulärer Verbrennungen) notwendig. Im Anschluss wird der Brandverletzte auf die Intensivstation übernommen.

Versorgung in der „Intensivbox“

Die im Schockraum begonnene intensivmedizinische Grundversorgung wird in der Intensivbox fortgesetzt. Die Behandlung der schweren Brandverletzung folgt dem phasenhaften Verlauf der Verbrennungskrankheit. In den ersten 48 Stunden steht die Überwindung des hypovolämisch-kardiogenen Schocks im Vordergrund. Ziel der Infusionstherapie ist dabei die Aufrechterhaltung eines intravasalen Plasmavolumens, das ein ausreichendes Herzzeitvolumen zur Organperfusion garantiert. Traditionell wird die Infusionsmenge nach Formeln kalkuliert (z.B. Parkland-Formel). Diese liefern allerdings nur einen Startpunkt, die tatsächliche Infusionsmenge orientiert sich an klinischen Parametern. Die Diurese gilt trotz Einschränkungen weiterhin als wichtigster Surrogatparameter für ein ausreichendes Herzzeitvolumen (Ziel: 0,5 mg kg⁻¹ h⁻¹). Daneben spielen v.a. Parameter, die das Verhältnis von Sauerstoffangebot und Nachfrage widerspiegeln (Base-Excess, Laktat, ScvO₂) eine herausragende Rolle. In neueren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass eine Überinfusion mit einer Verschlechterung des Outcomes verbunden ist (Klein, MB; Hayden, D; Elson, C; et al., 2007). Der Verzicht auf eine Analgosedierung mit frühzeitiger Spontanatmung auch bei Schwerbrandverletzten und die hochdosierte Gabe von Vitamin C



Abb. 2: Schwerbrandverletzter drei Stunden nach Aufnahme auf der Intensivstation

© BVZ St. Georg

stellen erfolgversprechende Konzepte zur Minimierung des Infusionsbedarfes in der Initialphase dar. Im weiteren Verlauf erlangt die Therapie infektiöser Komplikationen aus intensivmedizinischer Sicht den höchsten Stellenwert. Infolge der Schädigung der Haut kommt es zu einer ausgeprägten immunologischen Dysfunktion mit gestörter Infektabwehr. Darüber hinaus stellt die nahezu regelhafte bakterielle Wundkolonisation ein ständiges Risiko für die Entstehung einer systemischen Infektion dar. Die Grundprinzipien der intensivmedizinischen Behandlung sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Chirurgische Therapie

In den letzten Jahren hat sich das Konzept einer frühzeitigen Nekrektomie (Beginn innerhalb der ersten drei

bis vier Tage) mit sofortiger Defektdeckung durch Hauttransplantation durchgesetzt (Herndon, DN; Barrow, RE; Rutan, RL; et al., 1989). Das chirurgische Debridement gestaltet sich in nur wenige Tage alten Verbrennungsarealen deutlich einfacher und blutsparender, als im vaskularisierten Granulationsgewebe oder in der proliferativen, hyperämischen Phase einer Wundinfektion.

In den ersten Tagen der Verbrennung kann sich durch Störungen der Mikrozirkulation eine erhebliche Dynamik hinsichtlich der Verbrennungstiefe ergeben („Abtiefen“). Die korrekte Beurteilung ist daher häufig schwierig und erfordert eine hohe Expertise. In Abhängigkeit von der Verbrennungstiefe erfolgt das chirurgische Debridement entweder tangential (in epidermalen Gewebeschichten) oder epifaszial (die gesamte Subcutis betreffend). Bei noch tiefer reichenden Verbrennungen kann eine Nekrektomie von muskulären oder sogar ossären Strukturen notwendig werden. Nach der Darstellung eines vitalen, gut durchbluteten Gewebes erfolgt die Defektdeckung durch autologe Transplantation von Spalthaut, wobei auch großflächige Verbrennungsareale durch verschiedene Expansionsverfahren therapiert werden können. So sind bei mesh-graft Verfahren Expansionsraten von 1:1,5, 1:2 oder gar 1:3 möglich (Abb. 3). Ausge-

Tab. 4 Grundprinzipien der Intensivmedizin (nach Gille, J, 2011)

Flüssigkeitstherapie nach Zielparametern (Schockphase)
Spontanatmung; lungenprotektive Beatmung/ frühe Tracheotomie
frühe enterale Ernährung (< 6 h nach Aufnahme)
Beeinflussung des Metabolismus (Katabolie/ Anabolie)
frühzeitige Mobilisation
Ulcus- und Thromboseprophylaxe
Analgesie, Anxiolyse, psychologische Betreuung
mikrobiologisches Monitoring, Surveillance, keine präventive Antibiotikatherapie
Therapie infektiöser Komplikationen
Erhalt der Homöostase



Abb. 3 Spalthauttransplantation (Mesh-graft)

© BVZ St. Georg

dehnte Verbrennungen können – neben im Labor kultivierten Keratinozytentransplantaten (CEA) - durch sogenannte Meek-Transplantationen mit einer Expansionsrate bis 1:9 gedeckt werden. Grundsätzlich sollte aufgrund der in den Expansionsräumen notwendigen Reepithelialisierung die Expansionsrate so groß wie nötig, aber so klein wie möglich gewählt werden. In kosmetisch und funktionell besonders beanspruchten Arealen (Gesicht, Hals) erfolgt die Transplantation ohne Expansion (sheets). Die Transplantation von Spalthaut erfordert einen ausreichend vaskularisierten Wundgrund. Tiefere Verbrennungswunden mit freiliegenden knöchernen Strukturen müssen daher durch andere Verfahren der Defektdeckung wie lokale bzw. gestielte bis hin zu freien Lappenplastiken mit mikrovaskulärem Anschluss versorgt werden.

Der chirurgische Behandlungsverlauf wird häufig durch Wundinfektionen kompliziert. Daraus resultierende Transplantatverluste erfordern die intensive lokale Wundbehandlung in speziellen Räumlichkeiten (Hydrotherapie). Gelingt unter einem konservativen Vorgehen keine Abheilung müssen nach Erreichen sauberer Wundverhältnisse weitere chirurgische Maßnahmen erfolgen. Die Behandlung ist gerade bei größeren Verbrennungen und bei problematischen Lokalisationen (z.B. Axillae,

Anogenitalbereich) häufig prolongiert und kann im Einzelfall mehrere Monate in Anspruch nehmen.

Physiotherapie

In das Behandlungskonzept integriert ist die frühzeitige physiotherapeutische Beübung. Die im Rahmen von Hauttransplantationen notwendige Immobilisierung ist dabei so kurz wie möglich zu gestalten. Insbesondere bei Verbrennungen im Bereich der Hände sind zusätzlich ergotherapeutische Maßnahmen erforderlich. Bei Schwerbrandverletzten schließt sich an die Behandlung im Verbrennungszentrum immer eine stationäre Rehabilitation an.

Psychologische Betreuung

Schwere Verbrennungen bedeuten eine außerordentliche psychische Belastung für die Betroffenen. Typisch sind wiederkehrende Erinnerungen an das Unfallereignis („flash backs“) bis hin zu einer posttraumatischen Belastungsstörung. Andererseits sind durch den Verletzten neben funktionellen Einschränkungen auch kosmetische Aspekte zu bewältigen. Die notwendige langwierige stationäre Behandlung unter steriler Pflege kann zudem zu ausgeprägten Problemen im Sinne eines Hospitalismus führen. Die Betreuung der Patienten und bei Notwendigkeit auch der Angehörigen durch einen Psychologen ist daher zwingend.

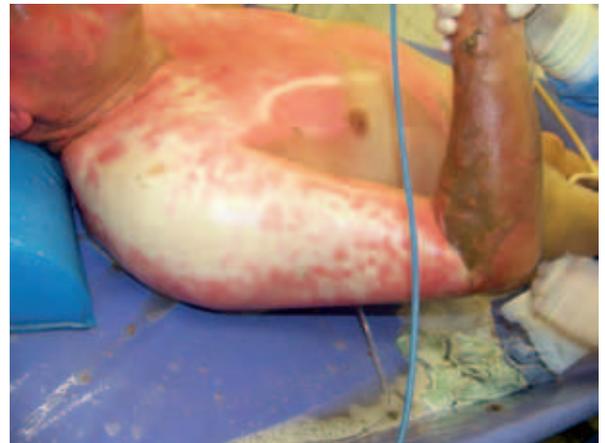


Abb. 4a: Verbrennung 2b – 3. Grades, Aufnahmebefund



Abb. 4b: Entlassungsbefund am 46. Behandlungstag



Abb. 4c: Kontrolle nach 1 Jahr

© BVZ St. Georg

Langfristige Versorgung

Patienten nach Schwerbrandverletzung werden nach Abschluss der Therapie in einer Spezialsprechstunde weiter betreut. Im Vordergrund steht die Beurteilung der Narbensituation (Abb. 4 a – c) und gegebenenfalls Planung weiterer chirurgischer Maßnahmen bei Ausbildung von Kontrakturen. Zur Verhin-

Tabelle 5: Abbreviated Burn Severity Index (Tobiasen, J; Hiebert, JH; Endlich, RF, 1982)

		Punkte
Geschlecht	männlich	0
	weiblich	1
Alter (Jahre)	0 – 20	1
	21 – 40	2
	41 – 60	3
	61 – 80	4
	81 – 100	5
	Inhalationstrauma	
Drittgradige Verbrennung		1
VKOF (%)	1 – 10	1
	11 – 20	2
	21 – 30	3
	31 – 40	4
	41 – 50	5
	51 – 60	6
	61 – 70	7
	71 – 80	8
81 – 90	9	
91 – 100	10	
Summe		

derung eines überschießenden Narbenwachstums ist das Tragen einer sogenannten Kompressionskleidung notwendig. Diese wird bereits am Ende der Primärversorgung individuell gefertigt und muss über etwa ein Jahr nach Abschluss der chirurgischen Behandlung konsequent getragen werden.

Prognose

Zur Abschätzung der Verbrennungsschwere dienen verschiedene Scores. Im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitet sind der Abbreviated-Burn-Severity-Index (ABSI) und der Baux-Index.

Diese Scores werden auch zur Vorhersage der Prognose hinsichtlich des Überlebens verwendet. Der ABSI berücksichtigt neben dem Verbrennungsausmaß das Geschlecht, das Alter sowie das Inhalationstrauma (Tab. 5). Problematisch sind die zu geringe Wichtung des Inhalationstraumas, die Überbewertung des Geschlechts und die fehlende Berücksichtigung von Vorerkrankungen. Der einfachere Baux-Index

- Häuslicher Unfall
- Arbeitsunfall
- Verkehrsunfall
- Suizid
- Kriminell
- sonstige

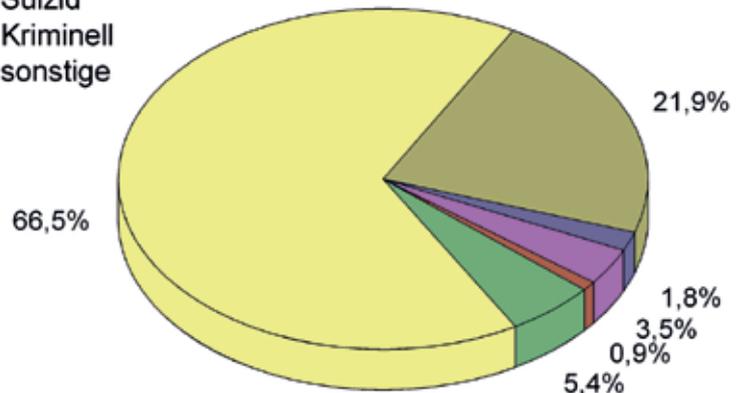


Abb. 5 Unfallzusammenhang

- Verbrühung
- Flamme
- Kontakt
- Strom
- Verpuffung
- Sonstige
- Verätzung

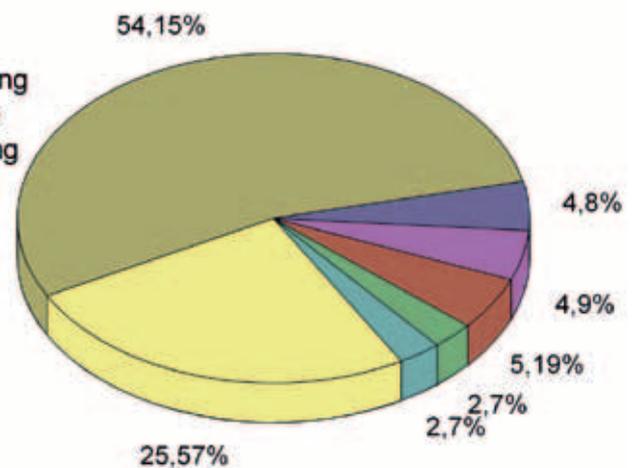


Abb. 6 Ursachen der thermischen Schädigung

(anwendbar ab dem 20. Lebensjahr) ergibt sich aus der Summe von verbrannter Körperoberfläche und Alter: $\sum 95$: 50 %ige, $\sum 125$: 100 %ige Letalität (Klose, R, 2007).

Behandlungsergebnisse

Im Folgenden soll anhand der Auswertung der prospektiv geführten Stationsdatenbank ein Überblick über die Behandlungsergebnisse im Zeitraum von 1998 bis 2011 gegeben werden.

Im Zeitraum vom 23. Dezember 1998 bis 31. Dezember 2011 wurden im Brandverletzenzentrum am Klinikum St. Georg Leipzig 1396 Brandverletzte stationär aufgenommen. Davon waren 998 (71,51 %) männlich. Das mittlere Alter betrug 44,6

Jahre (SD±19,6). Der überwiegende Teil der Patienten stammte aus dem Bundesland Sachsen (n=1157, 82,8 %). Die anderen Patienten wurden aus dem gesamten Bundesgebiet zugewiesen, wobei sich ein erhöhter Anteil für Thüringen mit 148 Patienten (10,6 %) und Sachsen-Anhalt mit 63 Patienten (4,5 %) ergab.

Das mittlere Verbrennungsausmaß belief sich auf 17,3 % VKOF (SD±18,8), wobei nur 2. gradige (8,0 % VKOF; SD±10,1) und 3. gradige (9,3 % VKOF, SD±15,9) Verbrennungen eingerechnet wurden. Der durchschnittliche Abbreviated Burn Severity Index (ABSI) betrug 6,0 (SD±2,6), der Verbrennungsindex nach Baux 62,0 (SD±28,1).

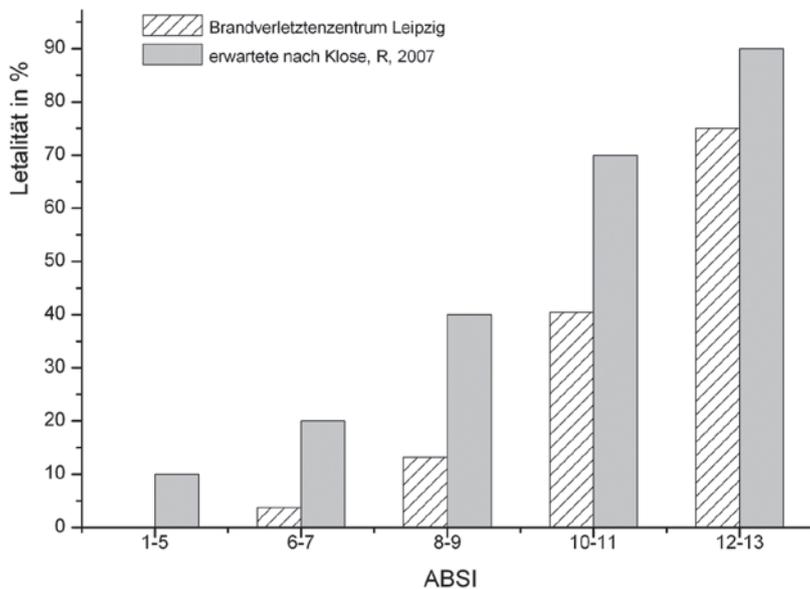


Abb. 7 Erwartete (nach Klose, R, 2007) und tatsächliche Letalität am Brandverletzzentrum Klinikum St. Georg Leipzig in Abhängigkeit von der Verbrennungsschwere gemäß ABSI

Etwa zwei Drittel der Verbrennungen ereigneten sich im häuslichen Bereich. In knapp einem Viertel der Fälle lagen Arbeitsunfälle vor (Abb. 5). 49 Patienten (3,5 %) verbrannten sich im Rahmen eines Suizidversuches. Das durchschnittliche Verbrennungsausmaß dieser Patienten betrug 45,1 % VKOF ($SD \pm 30,8$) bei einem ABSI von 9,2 ($SD \pm 3,6$) und Baux-Index von 88,4 ($SD \pm 32,5$).

Als Unfallursachen dominierten Flammen (54,2 %) gefolgt von Verbrühungen (25,6 %). Andere Ursachen spielten eine untergeordnete Rolle (Abb. 6).

936 Patienten (67 %) erreichten unsere Einrichtung innerhalb von vier Stunden nach dem Unfallereignis. 225 Patienten (16,1 %) wurden innerhalb von 24 Stunden, 235 Patienten (16,8 %) 24 Stunden und später nach der Verbrennungsverletzung aufgenommen. Insgesamt 242 Patienten (17,3 %) erlitten ein begleitendes Inhalationstrauma. Als Inhalationstrauma wurde nur bewertet, wenn der bronchoskopisch gesicherte Befund von einer therapiebedürftigen Oxygenierungsstörung begleitet wurde.

Im Behandlungszeitraum verstarben insgesamt 122 Patienten (8,7 %). Die Letalität korrelierte mit der Verbrennungsschwere entsprechend des ABSI (Abb. 7). Patienten mit einem

Baux-Index von ≥ 95 hatten eine Letalität von 50,8 %, bei einem Index ≥ 125 betrug die Letalität 92,1 %. Die mittlere Verweildauer aller Patienten betrug 21,4 Tage ($SD \pm 22,4$).

Diskussion

Die im Klinikum St. Georg Leipzig behandelten Patienten sind hinsichtlich der Verbrennungsschwere mit denen anderer Verbrennungszentren in Deutschland vergleichbar (inoffizielle Daten der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsmedizin). Der durchschnittliche ABSI von 6,0 zeigt auch, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten mit vermeintlich leicht gradigen Verbrennungen zugewiesen wurde. Die primäre Behandlung kleinerer Verbrennungen in nicht spezialisierten Einrichtungen kann durchaus gerechtfertigt sein. Die Überweisung erfolgt dann nur bei fehlender Wundheilung und Notwendigkeit einer spezifischen Therapie. Andererseits muss davon ausgegangen werden, dass eine inadäquate Therapie innerhalb der ersten Tage den Behandlungsverlauf erheblich komplizieren und verlängern kann. Aus unserer Sicht ist im Hinblick auf die Versorgungsstruktur und die räumlichen Entfernungen in Sachen eine eher großzügige Überweisung angemessen.

Der Anteil männlicher Patienten überwog mit nahezu Dreiviertel der Fälle deutlich und entspricht der in der Literatur beschriebenen Geschlechterverteilung (Hörbrand, F; Schrank, C; Henckel-Donnersmarck, G; et al., 2003, Chang, EJ; Edelman, LS; Morris, SE; et al., 2005). Der überwiegende Teil der Patienten stammte aus dem Bundesland Sachsen. Dies unterstreicht die regionale Bedeutung des Brandverletzzentrums.

Am häufigsten ereigneten sich die Verbrennungen im häuslichen Bereich, gefolgt von Arbeitsunfällen (Abb. 5). Verbrennungen in einem anderen Zusammenhang wie Verkehrsunfälle und suizidale Verletzungen waren vergleichsweise selten, dann jedoch häufiger mit schwerwiegenden Verbrennungen assoziiert. Der höhere Schweregrad suizidaler Verbrennungen ist auch in der Literatur belegt. Ein Einfluss auf das Outcome im Vergleich mit Verbrennungen ähnlichen Ausmaßes anderer Genese konnte jedoch nicht gezeigt werden (Thombs, BD; Bresnick, MG, 2008).

Die Verteilung der Unfallursachen (Abb. 6) entspricht nach einer Erhebung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV) aus dem Jahr 2007 der bundesdeutschen Situation (Trupkovic, T; Giessler, G, 2008), regionale Besonderheiten lassen sich nicht ableiten.

Etwa zwei Drittel der Patienten erreichten das Brandverletzzentrum innerhalb von vier Stunden nach dem Unfallereignis. Dieser Anteil entspricht in etwa den primär zugewiesenen Patienten. Grundsätzlich ist der schnellstmögliche Transport in das Verbrennungszentrum wünschenswert, vorausgesetzt es liegen keine Begleitverletzungen mit höherer Priorität vor. Aktuelle Empfehlungen sprechen sich für einen Primärtransport in ein Verbrennungszentrum aus, wenn die Transportzeit maximal 45 Minuten beträgt (Trupkovic, T; Giessler, G, 2008). Diese Situation ist bei Einsatz der Luftretung innerhalb Sachsens im Regelfall gegeben. Zudem können auch län-

gere Transportwege als sicher angesehen werden (Klein et al. 2007). Eine Erhöhung des Anteils der direkt vom Unfallort kommenden Patienten erscheint daher möglich, zumal die Versorgung von Begleitverletzungen bis hin zum Polytrauma im Klinikum St. Georg erfolgen kann.

Die mittlere Verweildauer von etwa drei Wochen spiegelt den Zeitaufwand für die Behandlung wider. Die hohe Standardabweichung weist jedoch auf erhebliche Unterschiede zwischen den Patienten hin. Ent-

scheidend sind dabei das Verbrennungsausmaß und Komplikationen. Bei Spalthautverlusten muss pro erneuter Transplantation mit jeweils einer Woche Aufenthaltsverlängerung gerechnet werden.

Die Letalität in den einzelnen ABSI-Klassen lag deutlich unter der zu erwartenden (Abb. 7). Hingegen erwies sich der Baux-Index in Bezug auf die in der Literatur angegebene Letalität als exakter Vorhersageparameter. Die Vorhersagekraft des Baux-Index verdeutlicht den herausragenden Einfluss des Patientenalters auf

die Prognose. Insgesamt dürfen die eigenen Ergebnisse auch im Vergleich mit Angaben aus der Literatur (Forster, NA; Zingg, M; Haile, SR; et al., 2011) als sehr gut eingeschätzt werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jochen Gille

Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Delitzscher Strasse 141, 04129 Leipzig

Tel.: 0341 9092570

Fax: 0341 9092568

E-Mail: Jochen.Gille@sanktgeorg.de

Einsatz neuer Medien in der Lehre

Einstellung der Studierenden der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Die Einführung neuer Medien spielt auch in der medizinischen Ausbildung eine zunehmend größere Rolle. Allerdings existieren zurzeit praktisch keine Daten zur Einstellung der Zielgruppe selbst, sodass die zuweilen kontrovers geführte Diskussion vorwiegend auf Mutmaßungen beruht. Vor diesem Hintergrund haben wir die Studierenden der Medizinischen Fakultät der TU Dresden mittels eines Onlinefragebogens zur Akzeptanz des Einsatzes innovativer Lehr- und Lernformen befragt. Gegenstand waren zum einen Vorlesungen der Physiologie des 2. Studienjahres, in denen eine kommerzielle Software zur Simulation der Regulation komplexer physiologischer Prozesse auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Physiologie zum Einsatz kam. Im Rahmen dieser Vorlesungen wurden die Studierenden mithilfe eines handybasierten TED-Systems um Einschätzungen und Prognosen erwarteter Simulationsergebnisse befragt. Die vorgeschlagenen Hypothesen aus dem Auditorium waren anschließend in der Simulation überprüft worden. Zum anderen kam im 3. Studienjahr ein hardwarebasiertes TED-System im Rahmen des Mikrobiologiekurses zum Einsatz.

Es beteiligten sich insgesamt 434 Studierende an der Umfrage, von denen 43 Prozent dem vorklinischen und 57 Prozent dem klinischen Studienabschnitt zuzurechnen waren. Der Einsatz von Simulationssoftware in der Lehre stieß auf breite Zustimmung. 81 Prozent der Befragten halten das Vorführen in Präsenzveranstaltungen für sinnvoll, wohingegen 70 Prozent ein eigenständiges Ausprobieren positiv bewerten. Hier korrelierte eine frühere Erfahrung mit dem Antwortverhalten positiv. Sogar 84 Prozent der Teilnehmer können sich vorstellen, online-basierte Simulationen im Selbststudium zu verwenden. 63 Prozent der Befragten halten den Einsatz von TED-Systemen grundsätzlich für angebracht. Insbesondere Teilnehmer, die bereits Erfahrungen mit TED-Systemen gemacht haben, werten den Einsatz als deutlich positiver als unerfahrene (78 Prozent gegenüber 44 Prozent). Die Bereitschaft im Rahmen von Lehrveranstaltungen Kurzmitteilungen zu versenden ist deutlich vom jeweiligen Handy-Nutzervertrag der Studierenden abhängig. Inhaber von Flatrate oder Freikontingenten für SMS sind mehrheitlich (Flatrate: 66 Prozent, Freikontingente: 58 Prozent) bereit, Mitteilungen zu versenden. Entstehen beim Versenden jedoch zusätzliche Kosten, stößt der Einsatz zu 70 Prozent auf Ablehnung. Aus diesen Ergebnissen ziehen wir die folgenden Schlussfolgerungen.

1) Die Studierenden der Medizinischen Fakultät der TU Dresden stehen dem Einsatz interaktiver Systeme positiv gegenüber, insbesondere wenn sie damit bereits Erfahrungen in Lehrveranstaltungen gemacht haben.

2) TED-Systeme sollten in ausgewählten Lehrveranstaltungen eingesetzt werden, wobei den Studierenden hierbei möglichst nur geringe Kosten entstehen dürfen.

3) Der Einsatz von Softwaresimulationen ist seitens der Fakultät insbesondere für den Bereich von Präsenzveranstaltungen vorzusehen. Dies kann durch die Bereitstellung der Simulationssoftware für die interaktive online Nutzung ergänzt werden.

4) Auf Grundlage der von uns erhobenen Daten zur Einstellung der Zielgruppe sollten zukünftige Untersuchungen insbesondere klären, welchen Effekt der Einsatz interaktiver Lehrformen auf den Lernerfolg und auf die Prüfungsergebnisse der Studierenden haben.

Robin Weidemann, Dr. rer. nat. Peter Dieterich

und Prof. Dr. med. Andreas Deussen

Medizinische Fakultät der TU Dresden

Institut für Physiologie

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Der König aller Krankheiten

Siddhartha Mukherjee
670 Seiten, Dumont Buchverlag
EUR 26,00 EUR,
ISBN 978-3-8321-9644-8

Seit über fünftausend Jahren lebt die Menschheit mit Krebs. Ebenso lange stirbt sie daran. Und doch gilt Krebs als eine „moderne“ Erkrankung, weil keine andere Krankheit unsere Zeit dermaßen prägt. Im Februar 2012 erschien dazu das Buch „Der König aller Krankheiten“ von Siddhartha Mukherjee. Darin beschreibt er die Geschichte der Krankheit wie eine Biografie: Es ist die Geschichte von Leid, von Forscherdrang, Ideenreichtum und Beharrlichkeit – aber auch von Hochmut, Arroganz und unzähligen Fehleinschätzungen. Bezeichnend sind die Namen, die man dem Krebs im Laufe der Zeit gegeben hat: „König aller Krankheiten“ oder „ein Monster, unersättlicher als die Guillotine“.

Siddhartha Mukherjee widmet sich seinem Thema mit der Präzision eines Zellbiologen, mit der Kenntnis eines Historikers und mit der Passion eines Biografen. Fesselnd erzählt er von der persischen Königin Atossa, deren griechischer Sklave sie möglicherweise von ihrem Brustkrebs geheilt hat. Er berichtet von Erkrankungen im 19. Jahrhundert, insbeson-



dere von Kindern mit Leukämie und deren Behandlung. Sehr anschaulich werden die Wechselwirkungen zwischen Medizin, Physik und Chemie dargestellt. Der Autor beschreibt mit viel Kenntnisreichtum die Anfänge der ersten Bestrahlungen mit all ihren positiven wie negativen Wirkungen. Er zeichnet den Einzug der Chemotherapie in die Krebsbehandlung wissenschaftlich nach. Der Autor macht aber auch den Überlebenswillen der Patienten sehr deutlich, die sich im Endstadium einer Erkrankung an medizinischen Tests beteiligen, um vielleicht Tage oder Wochen an Leben zu gewinnen. Beeindruckend ist die Fähigkeit Siddhartha Mukherjees, historische Parallelen und Analogien herauszuarbeiten. Er spannt den Bogen von

den Anfängen der Zellbiologie, der Grundlagenforschung von Virchow über die wissenschaftlichen Erfolge der amerikanischen Mediziner in den 1940er-Jahren, wo Deutschland im Kriegstau Geld für Panzer ausgab.

Mukherjee liefert auch wissenschaftlich fundierte Erläuterungen, warum und wie Krebs entsteht, warum sich Zellstrukturen ändern oder weshalb ein bestimmter Krebs sich in den Körpern der Menschen verschieden ausbreitet. Er beschreibt Erfolge der Prävention am Beispiel der Anti-Raucher-Kampagnen und des Brustkrebs-Screenings.

Der Autor wirft in „Der König aller Krankheiten“ aber auch einen Blick in die Zukunft der Krebsbehandlung, der eine andere Sicht auf den Umgang mit dieser Krankheit vermittelt. Jeder Leser, ganz gleich ob medizinischer Laie, Arzt, Chemiker oder Philosoph, wird dieses Buch nicht ohne Gewinn aus der Hand legen.

Siddhartha Mukherjee ist Krebsforscher und praktizierender Onkologe. Er studierte an der Stanford University, der University of Oxford, der Harvard Medical School und ist ein Rhodes Scholar. Für sein Buch „Der König aller Krankheiten“ erhielt er 2011 den Pulitzer-Preis.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

100. Todestag von Daniel Paul Schreber

Sehr geehrte Damen und Herren der Redaktion,

in seinem Artikel „Zum 100. Todestag von Daniel Paul Schreber“ im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2011, respektiert zwar Thomas R. Müller meine „Überzeugung, dass Schreber nicht an einer Schizophrenie erkrankt gewesen sei“, aber als Einschätzung meiner langjährigen Schreber-Forschung ist seine Darstellung unzureichend. Ich bin sowohl Analytiker als auch Psychiater und habe die Selbst-

Diagnose Schrebers als „Gemütskranke“ differenzial-diagnostisch bewiesen, was auch der prominente ehemalige Psychiatriechef in Köln, Dr. med. Uwe Henrik Peters, (Peters, U.H. (1995), „Daniel Paul Schrebers, des Senatspräsidenten Krankheit“, Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 63, pp. 469–479), bestätigt hatte. Meine umfangreiche Monografie 1992, In Defense of Schreber Soul Murder and Psychiatry, ist 2004 als Neubearbeitung, Seelenmord und Psychiatrie zur Rehabilitierung Schrebers erschienen. Im Buch und vielen anderen Arbeiten habe ich Sigmund Freuds sexuelle Interpretation Paul Schrebers angeblicher „Paranoia“

und W.G. Nederlands Verteufelung Moritz Schrebers und dessen Einstufung durch Katharina Rutschkys als Vertreter der „schwarzen Pädagogik“, endgültig widerlegt.

Im April 2011 fand diese Veranstaltung Daniel Paul Schreber centenary – 200 years of Sonnenstein The Modern Experience and the Performance of Paranoia International Conference statt.

Henry (Zvi) Lothane, MD, DLFAPA
Clinical Professor Department of Psychiatry
Mount Sinai School of Medicine, New York

Häusliche Gewalt, Gewalt in der Familie, Gewalt in der Pflege

Fortbildungsveranstaltung der Fachkommission „Häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie“ der Sächsischen Landesärztekammer am 30.05.2012

Die Fortbildungsveranstaltung wurde mit einem Grußwort des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, eröffnet. Der Präsident wies besonders auf die Bedeutung der Fortbildung der Ärzte beim Erkennen von Gewalt und das richtige und angemessene Reagieren hin. Des Weiteren würdigte er die bisherige Arbeit der Fachkommission.

Frau Regina Kraushaar, Abteilungsleiterin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, zeigte die gute Zusammenarbeit zwischen dem Staatsministerium und der Sächsischen Landesärztekammer anhand gemeinsamer erfolgreicher Projekte auf.

Der erste Fachvortrag von Dr. med. Uwe Schmidt, Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin Dresden, war dem Thema „Häusliche Gewalt“ gewidmet. Laut Polizeistatistik ist auch in Sachsen eine ständige Zunahme der erfassten Fälle in den letzten 10 Jahren zu verzeichnen. Der Referent wies insbesondere auf das Bestehen der ärztlichen Schweigepflicht hin, die die Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Opfer von Gewaltstraftaten und dem konsultierten Arzt darstellt. Dies ist oft auch der Grund, dass sich das Opfer auch gegenüber dem Arzt offenbart. Nur das erwachsene, geschäftsfähige Opfer kann eine Anzeige bei den Ermittlungsbehörden erstatten. Die Notwendigkeit einer beweissicheren Befunddokumentation wurde eindrucksvoll an Fallbeispielen erläutert.

Im Vortrag „Gewalt in der Familie“ von Priv.-Doz. Dr. med. Christine Erfurt, Direktorin des Dresdner rechtsmedizinischen Institutes, wurden zunächst die juristischen Grundlagen

der körperlichen Untersuchung eines Kindes erläutert. Nach Darstellung der auch in diesen Fällen notwendigen beweissicheren Befunddokumentation anhand von Fallbeispielen – auch beim Vorliegen einer Vernachlässigung des Kindes – wurden die Möglichkeiten des Handelns zur Vermeidung einer weiteren Kindeswohlgefährdung aufgezeigt.

Zunehmend gewinnt das Problem „Gewalt in der Pflege“ an Bedeutung. Thomas Opitz, Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung, zeigte die Ursachen der zunehmend zu beobachtenden Fälle von Gewalt in der Pflege auf. Hierbei handelt es sich sowohl um tätliche Übergriffe oder Vernachlässigung in der häuslichen Pflege durch Angehörige oder andere Betreuer als auch in Pflegeeinrichtungen. Der Referent beleuchtete mögliche Präventions- und Interventionsmöglichkeiten. Es wurde insbesondere auf juristische Unsicherheiten im Handeln bei Verdachtsfällen von Gewalt an pflegebedürftigen Personen und die Notwendigkeit der Schaffung von gesetzlichen Regelungen hingewiesen. Hier ist die Politik gefordert.

Claus Lippmann, Leiter des Jugendamtes der Landeshauptstadt Dresden, referierte zu „Nachsorge und Folgen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Der Referent wies ebenfalls auf die steigende Anzahl der durch das Jugendamt zu betreuenden Fälle hin. Der Gesamtauftrag der Jugendhilfe (Beratung, Unterstützung, Schutz) ist nur unter Einbindung in ein Netzwerk möglich, in dem unter anderem Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Sozialamt, Schule, Kindergärten, Krankenhäuser, Ärzte, Hebammen und Polizei vertrauensvoll und informativ zusammenarbeiten. Der Referent wies auch auf die Notwendigkeit der Aufstockung der nicht ausreichenden Personalressourcen bei steigenden Anforderungen auf der Grundlage des Bundeskinderschutzgesetzes hin.

Dr. med. Anja Neumann, Projektkoordinatorin, stellte das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales

und Verbraucherschutz geförderte Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“. Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“ vor. Die Referentin stellte hierbei auch die Studienergebnisse des Modellprojektes zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen für das Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden vor.

In der abschließenden Podiumsdiskussion standen Priv.-Doz. Erfurt, Claus Lippmann, Rainer Striebel (Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Plus), Regina Kraushaar, Anca Kübler (Rechtsanwältin), Dr. med. Uwe Schmidt und Christina Kynast (Sächsisches Staatsministerium des Innern) für Fragen des Auditoriums zur Verfügung. Von diesem Angebot wurde von den ca. 70 Zuhörern rege Gebrauch gemacht. Die Veranstaltung wurde von Ärzten aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Mitarbeitern des Weißen Ringes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz und für Europa sowie Gleichstellungsbeauftragten aus verschiedenen Städten Sachsens besucht.

In der Diskussion wurde insbesondere auch auf die immer noch nicht geklärte Frage der Bezahlung der involvierten Personen und die fehlenden notwendigen Personalbestände in allen Bereichen eindrucksvoll hingewiesen. Ein Hoffen auf die Durchführung von zunehmend ehrenamtlicher Arbeit kann nicht die Lösung der Probleme darstellen. Alle Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung – Referenten, Teilnehmer der Podiumsdiskussion, Auditorium – waren der einhelligen Meinung, dass hier noch viel Arbeit und Aufklärung notwendig sind und eine politische Unterstützung unabdingbare Voraussetzung ist.

Priv.-Doz. Dr. med. Christine, Erfurt
Vorsitzender der Kommission
Häusliche Gewalt, Gewalt in der Familie,
Gewalt in der Pflege

UNICEF

Anderen zu helfen, gibt einem die Kraft, tägliche Katastrophen zu überwinden. Im ärztlichen Alltag ist es aber nicht selten, dass man mit viel Aufwand nur wenig gewinnt, was durchaus frustrierend wirkt. Zusammen mit UNICEF veranstalteten die Krankenhäuser der Paracelsus-Klinik-Kette deshalb seit März 2012 eine Ausstellung, deren Zweck es ist, zu zeigen, wie man mit wenig Aufwand viel gewinnt.

Interessenten anderer Einrichtungen können diese Ausstellung (inklusive der Einrichtung), kostenlos ausleihen.

Kontakt: OA Ruzicka
Neurochirurgie der Paracelsusklinik Zwickau
Tel.: 03755901601
E-Mail: vilem.ruzicka@pk-mx.de



Christian Schneider, Geschäftsführer von UNICEF Deutschland, hat sich im Herbst 2011 in den Katastrophengebieten ein Bild vor Ort gemacht. Im Interview für die UNICEF-Arbeitsgruppe Chemnitz schilderte er das Erlebte. © UNICEF

Berufungen



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, wurde am 18. Juni 2012 als einer von zwei Vorsitzenden des gemeinsamen Beirates der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer gewählt.

Prof. Dr. med. Heinz Reichmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und Dekan der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, ist ab 9. Juni 2012 gewählter Präsident der European Neurological Society (ENS). Die Amtseinführung findet während der 22. Tagung der ENS in Prag statt. Prof. Reichmann hat die Präsidentschaft bis zum nächsten Treffen der European Neurological Society im Juni 2013 inne und vertritt in dieser Zeit die Interessen der europaweit über 900 Mitglieder der Fachgesellschaft.

Hilfe für Opfer

Die Bundesärztekammer und die Sächsische Landesärztekammer bitten um die Unterstützung der Kampagne „Sei stark. Hol dir Hilfe!“ der Opferschutzorganisation „WEISSER RING e.V.“. Mit dem Aufruf appelliert der gemeinnützige Verein an die Opfer von Kriminalität und Gewalt, sich nicht passiv zu verhalten, sondern Straftaten anzuzeigen und sich Unterstützung zu suchen. In einer bundesweiten Kampagne sollen staatliche wie nicht staatliche Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Der „WEISSE RING“ bietet ein flächendeckendes Hilfsnetz mit rund 3.000 ehrenamtlichen Helfern in 420 Anlaufstellen. Die Organisation hilft Kriminalitätsoffern beim ersten Gespräch (Opfer-Telefon: 116 006), durch Besuche am Krankenbett oder im Umgang mit Behörden (Anzeige bei der Polizei, Antrag auf Opferentschädigung).

Opfer von Kriminalität und Gewalt leiden unter körperlichen aber auch seelischen Verletzungen. Ärzte sind oftmals die ersten, an die sich Opfer einer Straftat wenden. Sie können mithelfen, dass diese Menschen das Erlebte besser verarbeiten. Der „WEISSE RING“ hat dazu Infolyer,



© Weißer Ring

Plakate und Hinweise im Scheckkartenformat erstellt, die Ärzte an Betroffene weitergeben können.

Weitere Informationen unter www.weisser-ring.de.

Maxi Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unsere Jubilare im August 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.08. Becker, Philipp
09112 Chemnitz
- 02.08. Dr. med. Dalitz, Elisabeth
04229 Leipzig
- 02.08. Dr. med. Schubert, Roswitha
04451 Panitzsch
- 07.08. Dipl.-Med. Will, Gisela
09112 Chemnitz
- 09.08. Dr. med. Kinzel, Peter
04289 Leipzig
- 11.08. Dipl.-Med. Hein, Ute
04425 Taucha
- 13.08. Dipl.-Med. Kunze, Angelika
01612 Grödel
- 15.08. Dipl.-Med.
Coßmann, Andrea
01917 Kamenz
- 15.08. Dr. med. Geißler, Jürgen
09127 Chemnitz
- 15.08. Dr. med./Sofia
Loultschev, Dimitar
02826 Görlitz
- 15.08. Dr. med. Oboril, Peter
09599 Freiberg
- 16.08. Dr. med. Meier, Peter
04779 Wernsdorf
- 20.08. Dr. med. Flechsig, Ursula
08529 Plauen
- 20.08. Prof. Dr. med. habil.
Thiery, Joachim
04109 Leipzig
- 22.08. Dr. med. Harnisch, Dagmar
04207 Leipzig
- 24.08. Dr. med. Riedel, Brigitte
09661 Hainichen
- 27.08. Dipl.-Med. Hilbert, Astrid
01169 Dresden
- 27.08. Dr. med. Lenk, Ute
08237 Steinberg
- 28.08. Dipl.-Med.
Windsheimer, Ursula
01640 Coswig

65 Jahre

- 02.08. Dr. med. Güllert, Edeltraut
04319 Leipzig-Engelsdorf
- 03.08. Dr. med. Dick, Dorothea
01900 Großröhrsdorf
- 04.08. Dr. med. Eckstein, Dietmar
08209 Auerbach
- 06.08. Dr. med. Gottschalk, Ute
01279 Dresden

- 11.08. Dr. med. Gerstner, Axel
09526 Olbernhau
- 11.08. Hellmann, Madlena
01920 Panschwitz-Kuckau /
OT Ostro
- 14.08. Dipl.-Med. Kanitz, Horst
09669 Frankenberg
- 14.08. Wiedemann, Dieter
09116 Chemnitz
- 18.08. Dipl.-Med. Irrgang, Barbara
02829 Schöpstal
- 21.08. Dr. med. Volkmer, Marlies
01109 Dresden
- 23.08. Häuser, Joachim
08359 Antonsthal

70 Jahre

- 01.08. Dr. med. Aehnelt, Rosemarie
02727 Ebersbach-
Neugersdorf
- 01.08. Dr. med. Weber, Christian
01855 Ottendorf
- 02.08. Epp, Heinrich
04736 Waldheim
- 02.08. Dr. med. Nitzsche, Elke
02727 Ebersbach-
Neugersdorf
- 02.08. Dr. med. Redetzky, Petra
01237 Dresden
- 02.08. Dr. med.
Schadeberg, Andreas
01324 Dresden
- 02.08. Dr. med. Stoll, Almut
09128 Chemnitz
- 03.08. Prof. Dr. med. habil.
Deckert, Frank
04207 Leipzig
- 03.08. Dr. med. Hering, Ursula
01324 Dresden
- 05.08. Dr. med. Ehrhardt, Uwe
02828 Görlitz
- 08.08. Dr. med. Bussas, Michael
08606 Oelsnitz
- 08.08. Dr. med. Gnauck, Ute
02763 Zittau
- 08.08. Rumpelt, Ulrich
01917 Kamenz
- 09.08. Dr. med. Hengst, Christa
08209 Rebesgrün
- 10.08. Prof. Dr. med. habil.
Illes, Peter
04109 Leipzig
- 11.08. Dr. med. Dippold, Maria
04289 Leipzig
- 11.08. Dr. med. Neuhäuser, Werner
08289 Schneeberg
- 13.08. Dr. med.
Kölbel-Maiwald, Helga
04416 Markkleeberg

- 14.08. Dr. med. Seehars, Eva
09633 Halsbrücke
- 16.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Achenbach, Harald
04416 Markkleeberg
- 16.08. Dr. med. Hersener, Elisabeth
04178 Leipzig
- 17.08. Flämig, Solveig
01326 Dresden
- 17.08. Dr. med. Pätzold, Klaus
01187 Dresden
- 19.08. Dr. med. Krüger, Gabriele
01259 Dresden
- 20.08. Dr. med. Müller, Hannelore
01723 Herzogswalde
- 21.08. Dr. med. Goedecke, Anita
04509 Zwochau
- 21.08. Dr. med. Seifert, Jürgen
04155 Leipzig
- 22.08. Ebert, Carl-Wilhelm
04808 Wurzen
- 22.08. Dr. med. Goller, Klaus
08412 Werdau
- 23.08. Dr. med. Baudach, Gisela
09131 Chemnitz
- 23.08. Polster, Karin
08280 Aue
- 23.08. Dr. med. Ritter, Alrun
01465 Langebrück
- 24.08. Dr. med. Goewe, Ursel
04279 Leipzig
- 25.08. Dr. sc. med.
Richter, Johannes
01309 Dresden
- 26.08. Dr. med. Mergner, Ralf
09599 Freiberg
- 28.08. Dr. med. Helke, Harald
08340 Schwarzenberg
- 30.08. Dr. med.
Bockisch, Hannelore
02625 Bautzen
- 30.08. Dr. med. Falke, Michael
01796 Pirna
- 31.08. Dr. med. Berge, Hartwin
02827 Görlitz
- 31.08. Dr. med. Minner, Joachim
04289 Leipzig
- 31.08. Dr. med.
Sommergruber, Ingrid
08058 Zwickau

75 Jahre

- 01.08. Dr. med.
Liebold, Irmingard
08056 Zwickau
- 01.08. Dr. med. Seifert, Katharina
01069 Dresden
- 04.08. Dr. med. Brode, Ute
08141 Reinsdorf

- 07.08. Dr. med. Thonig, Waltraud
01279 Dresden
- 09.08. Dr. med. Gitter, Erhard
01326 Dresden
- 11.08. Dr. med.
Kleemann, Wolfgang
04288 Leipzig
- 12.08. Dr. med. Löbner, Adelheid
04105 Leipzig
- 14.08. Dr. med. Friedrich, Günter
04275 Leipzig
- 17.08. Dr. med.
Selbmann, Friedrich
08468 Reichenbach
- 19.08. Prof. Dr. med. habil.
Frühauf, Annelies
01217 Dresden
- 20.08. Dr. med. Voigt, Dieter
09385 Lugau
- 21.08. Dr. med. Schröder, Ingrid
08058 Zwickau
- 22.08. Dr. med. Graupner, Siegfried
04552 Borna
- 23.08. Dr. med.
Wandt, Hans-Joachim
04316 Leipzig
- 23.08. Dr. med. Wawra, Ursula
09599 Freiberg
- 26.08. Dr. med. Weigelt, Ingrid
01156 Dresden
- 27.08. Heller, Sigrid
01326 Dresden
- 29.08. Dr. med. Helbig, Renate
04155 Leipzig

80 Jahre

- 01.08. Dr. med. Baudrexl, Lucie
01445 Radebeul
- 08.08. Dr. med. Fabian, Annemarie
04357 Leipzig
- 12.08. Dr. med. Lehnert, Gertraude
01705 Freital
- 19.08. Dr. med.
Callmeier, Eva-Maria
04808 Wurzen
- 19.08. Dr. med. Polednia, Arnim
04758 Oschatz
- 21.08. Dr. med. Schmidt, Wolfgang
08538 Schönlinde/bei Reuth
- 26.08. Dr. med. Krumpe, Georg
02977 Hoyerswerda
- 26.08. Dr. med. Spitzner, Rudolf
04157 Leipzig
- 26.08. Dr. med. Steinhardt, Eva
09599 Freiberg
- 27.08. Dr. med. Jäger, Gerda
04827 Machern
- 27.08. Dr. med. Klößel, Edith
08412 Werdau

- 30.08. Weigelt, Anneliese
01157 Dresden
- 81 Jahre**
- 03.08. Prof. Dr. med. habil.
Löbner, Joachim
04105 Leipzig
- 05.08. Dr. med. Müller, Peter
09526 Olbernhau
- 07.08. Dr. med. Schweiger, Ingrid
04317 Leipzig
- 14.08. Dr. med.
Koenitz, Hartmut
01187 Dresden
- 20.08. Dr. med. Walther, Hans
04425 Taucha
- 20.08. Dr. med. Woinke, Gerda
09306 Rochlitz
- 27.08. Prof. Dr. med. habil.
Dr. med. dent.
Mühler, Gottfried
04808 Thallwitz
- 31.08. Dr. med. Löffler, Ilse
04552 Borna

82 Jahre

- 22.08. Dr. med.
Majewski, Henryk
04315 Leipzig
- 83 Jahre**
- 05.08. Dr. med. Friedrich, Sigrid
04109 Leipzig
- 06.08. Engelhardt, Gerda
09243 Niederfrohna
- 06.08. Prof. Dr. med. habil.
Geidel, Heinrich
01067 Dresden
- 09.08. Dr. med. Graf, Werner
01326 Dresden
- 10.08. Dr. med.
Conrad, Charlotte
02785 Olbersdorf
- 22.08. Dr. med. Reuter, Gisela
02826 Görlitz

84 Jahre

- 30.08. Dr. med. Breninek, Alice
09112 Chemnitz

85 Jahre

- 22.08. Dr. med. Reim, Christa
09122 Chemnitz
- 29.08. Dr. med. Wiener, Horst
01738 Colmnitz

86 Jahre

- 26.08. Dr. med. Klinge, Gerhard
08280 Aue

87 Jahre

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

89 Jahre

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

90 Jahre

- 27.08. Dr. med. Reichelt, Manfred
08058 Zwickau

92 Jahre

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

94 Jahre

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

100 Jahre

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

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ unter der Telefon-Nr.: 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.

Verstorbene Kammermitglieder

01. 12. 2011 – 22. 06. 2012

Außer der Zeit gehört mir nichts.
Seneca

Dr. med. Bernd Aedtner
Leipzig
Dr. med. Werner Allnoch
Werdau
Alt, Dietmar
Rochlitz
Dr. med. Maja Arendt
Leipzig
Bartsch, Elfriede
Mockrehna
Dr. med. Rolf Bauermeister
Leipzig
Dr. med. Joachim Bernhard
Dresden
Dr. med. Horst Böhme
Taucha
Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Braun
Machern
Dr. med. Bertfried Bräuninger
Crimmitschau
Dr. med. Brunhilt Brückner
Chemnitz
Dr. med. Irene Christoph
Bautzen
Dr. med. Alfred Dittmann
Callenberg
Dipl.-Med. Albrecht Einbock
Dresden
Dr. med. Joachim Elsner
Dresden
Dr. med. Johannes Epplée
Dresden
Dr. med. Gotthard Flemming
Aue
Dr. med. Elfriede Förster
Dresden/Weixdorf
Dr. med. Ute Förster
Limbach-Oberfrohna

Dr. med. Werner Fritzsche
Leipzig
Dr. med. Rolf Peter Gassel
Lichtentanne
Heinz Georgi
Zwickau
Christina Gerlach
Espenhain
Dr. med. Dagmar Glaß
Klingenthal
Prof. Dr. med. habil. Gisela Goldhahn
Leipzig
Dr. med. Eberhard Görner
Zschadraß
Dr. med. Monika Hannemann
Zittau
Dr. med. Johann Haumann
Freital
Uta Heckenberger
Leipzig
Herbert Hilbert
Knappensee-Groß Särchen
Dr. med. Margot Hirche
Dresden
Dr. med. Winfried Hoffmann
Dresden
Dr. med. Ingeborg Kiene
Markkleeberg
Dr. med. Siegfried Kindermann
Riesa
Dr. med. Wolfgang Klein
Dresden
Dr. med. Karl Köcher
Löbau
Dr. med. Theodor Kunad
Auerbach
Dr. med. Ursula Linke
Chemnitz
Dr. med. Renate Nachreiner
Glauchau
Dr. med. Lutz Naumann
Leipzig
Ursula Neubert
Oberlichtenau
Dr. med. Albrecht Neumann
Görlitz

Dr. med. Heide Oettler
Bischofswerda
Doz. Dr. med. habil. Ulrich Otto
Weimar
Dr. med. Waltraud Pauli
Leipzig
Isa Pfeil
Dresden
Dr. med. Christian Pingel
Dresden
Dr. med. Ingeborg Plath
Leipzig
Dipl.-Stom. Thomas Pohl
Hoyerswerda
Dipl.-Med. Andreas Polster
Leipzig
Dieter Reinhardt
Zeitz
Dipl.-Med. Volkmar Sämann
Döbeln
Sarah-Christine Schönle
Freiberg
Dr. med. Elisabeth Schultz
Leipzig
Dr. med. Gisela Siegmund
Altenberg
Dr. med. Hans Trautwein
Haselbachtal
Dr. med. Fritz Thiele
Kirchberg
Anjelina Voinikonis
Leipzig
Dr. med. Irmtraut Wachtler
Meißen
Dr. med. Peter Wallauer
Görlitz
Dr. med. Werner Wende
Zwickau
Dr. med. Vera Wenzel
Leipzig
Dr. med. Mario Wernado
Leipzig
Dipl.-Med. Uwe Westphal
Dresden
Dr. med. Lucie Wildemann
Leipzig
Dr. med. Edgar Zeug
Burgstädt

Sächsische Ärzteversorgung

Neues Überleitungsabkommen tritt in Kraft

Am 01.07.2012 tritt ein neues Überleitungsabkommen gemäß § 25 Absatz 1 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung in Kraft, bei dem die Fristen für die Übertragung von Beiträgen im Falle eines Wechsels in ein anderes Versorgungswerk verlängert worden sind.

Danach besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Beitragsüberleitung, sofern die Berufstätigkeit vor Vollendung des 50. Lebensjahres (bisher: 45. Lebensjahr) in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Versorgungswerkes verlegt wird und im bisherigen Versorgungswerk noch nicht für mehr als 96 Monate (bisher: 60 Monate) Beiträge entrichtet wurden. Die Frist zur Beantragung beträgt sechs Monate ab Beginn der Mitgliedschaft beim neu zuständigen Versorgungswerk. Die Überleitung kann sowohl beim aufnehmenden als auch beim abgebenden Versorgungswerk beantragt werden. Über die individuellen Voraussetzungen und Folgen einer Überleitung informieren die Sachbearbeiter der Sächsischen Ärzteversorgung.

Die Liste der ärztlichen Versorgungswerke, mit denen die Sächsische Ärzteversorgung das Überleitungsabkommen bereits geschlossen hat, wird unter www.saev.de aktualisiert.

Musterüberleitungsabkommen

Die Sächsische Ärzteversorgung, Schützenhöhe 20, 01099 Dresden und „die jeweilige berufsständische Versorgungseinrichtung“ schließen nachfolgendes Überleitungsabkommen:

§ 1

(1) Für Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer der oben genannten öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen waren und dort ausgeschieden sind (abgebende Versorgungseinrichtung), weil sie durch Aufnahme einer

Tätigkeit, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der anderen Versorgungseinrichtung führt, dort (aufnehmende Versorgungseinrichtung) Mitglied geworden sind, werden auf der Grundlage dieses Überleitungsabkommens die vom Mitglied oder für das Mitglied bisher an die abgebende Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen zur aufnehmenden Versorgungseinrichtung übergeleitet. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der abgebenden Versorgungseinrichtung. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an die abgebende Versorgungseinrichtung bleibt davon unberührt.

- (2) Zu den Geldleistungen, die für das Mitglied geleistet worden sind, gehören insbesondere
1. für das Mitglied geleistete Nachversicherungsbeiträge einschließlich der Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Abs. 4 SBG VI,
 2. Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung,
 3. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
 4. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistung sowie Wehr- und Eignungsübungen und
 5. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.

- (3) Von der Überleitung ausgenommen sind die
1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind.
 2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind.

Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 37 VersAusglG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.

3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitgliedes vom abgebenden Versorgungswerk erhoben worden sind.

§ 2

- (1) Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied
1. in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat.
 2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet hat. Begann oder endete die Mitgliedschaft während eines Monats, wird der Monat als voller Monat gerechnet; Gleiches gilt, wenn nicht für einen vollen Monat Beiträge entrichtet worden sind. Sofern das Mitglied bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nachversichert worden ist oder zugunsten des Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung eine Überleitung stattgefunden hat, sind die Nachversicherungs- oder Überleitungszeiten entsprechend zu berücksichtigen.
 3. in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungsein-

richtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat.

Die Überleitung ist ferner ausgeschlossen, sofern und solange Ansprüche des Mitgliedes gegen die Versorgungseinrichtung gepfändet worden sind.

- (2) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass
1. während der Zeit der Mitgliedschaft bei der abgebenden Versorgungseinrichtung als Folge eines bereits rechtskräftig abgeschlossenen Scheidungsverfahrens
 - a) zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Anwartschaften zugunsten eines oder einer Ausgleichsberechtigten bei der abgebenden oder einer anderen Versorgungseinrichtung oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung begründet worden sind.
 - b) zugunsten des Mitgliedes Anwartschaften bei der abgebenden Versorgungsein-

richtung begründet worden sind.

2. in dem Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft des die Überleitung beantragenden Mitgliedes in der abgebenden Versorgungseinrichtung endet, ein Ehescheidungsverfahren anhängig, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.

§ 3

Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung, bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen. Für die Fristwahrung wird auf den Zugang des Antrages bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten Frist von seinem Recht, die zu der abgebenden Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen übergeleitet zu bekommen, keinen Gebrauch, ist das Recht auf Überleitung dieser Geldleistung erloschen. Es lebt auch nicht dadurch wieder auf, dass das Mitglied später Mitglied einer weiteren Versorgungseinrichtung wird.

§ 4

- (1) Die abgebende Versorgungseinrichtung erteilt dem Mitglied und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mittels eines mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Verwaltungsaktes eine Überleitungsabrechnung. Diese soll unter Hinweis auf Beginn und Ende der Mitgliedschaft einen detaillierten Versicherungsverlauf enthalten, aus dem sich ergeben sollen:
1. die jährlich gezahlten Beiträge, die nach ihrer Art näher zu bezeichnen sind;
 2. Zeiten, in denen eine die Pflichtmitgliedschaft begründende Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, wie z. B. Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder Inanspruchnahme von Kinderbetreuungszeiten;
 3. die im Zuge einer Nachversicherung geleisteten Dynamis-

sierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI.

Sofern das Mitglied, zu dessen Gunsten die Überleitung erfolgt, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten seines berufsständischen Versorgungswerkes befreit war, stellt das abgebende Versorgungswerk mit der Überleitungsabrechnung dem aufnehmenden Versorgungswerk eine Ablichtung des Befreiungsbescheides zur Verfügung. Ferner teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mit, ob zugunsten oder zulasten des die Überleitung beantragenden Mitgliedes ein Versorgungsausgleichsverfahren anhängig bzw. rechtskräftig abgeschlossen ist. Sofern bezüglich eines Versorgungsausgleichsverfahrens bereits eine familienrechtliche Entscheidung vorliegt, stellt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung zusammen mit der Überleitungsabrechnung Ablichtungen dieser Entscheidung zur Verfügung.

- (2) Die jährlich gezahlten Beiträge i. S. v. § 4 Abs. 1 Nummer 1 sind in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Zahlungen nach Maßgabe folgender **Tabelle*** zu erhöhen:

Bei der Übermittlung der in Absatz 1 genannten Unterlagen teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung auch den Gesamtbetrag der Erhöhung mit.

- (3) Etwaige Beitragsrückstände werden von der abgebenden Versorgungseinrichtung beigetrieben und unverzüglich nach Eingang an die aufnehmende Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die – soweit dies erforderlich ist – bei der Beitreibung der Beitragsrückstände Amtshilfe leistet.
- (4) Der geldliche Ausgleich zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erfolgt unmittelbar mit der Erstellung der Überleitungsabrechnung.

*Tabelle

Beitragszahlung im	Erhöhungsfaktor
Jahr der Überleitungsabrechnung	1,0000
1. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0200
2. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0404
3. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0612
4. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0824
5. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1041
6. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1262
7. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1487
8. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1717
9. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1951
10. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2190
11. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2434
12. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2682
13. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2936
14. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3195
15. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3459

- (5) Der Risikoübergang, d. h. das Risiko des Eintritts eines Versorgungsfalls, erfolgt mit dem Beginn des Tages der Gutschrift des Überleitungsbetrages bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung.
- (6) Sofern sich nach Antragstellung oder dem Risikoübergang gemäß Absatz 5 herausstellen sollte, dass das Mitglied in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung nicht Mitglied geworden ist, ist die Überleitung entsprechend § 4 Abs. 1 rückabzuwickeln. § 1 Absatz 3 Ziffer 1 und 2 sowie § 5 gelten entsprechend.

§ 5

Die aufnehmende Versorgungseinrichtung stellt das Mitglied unter Berücksichtigung seines bei der ab-

gebenden Versorgungseinrichtung zurückgelegten Versicherungsverlaufs so, als seien die übergeleiteten Beiträge zu den Zeiten, zu denen sie bei der abgebenden Versorgungseinrichtung geleistet worden sind, bei ihr geleistet worden.

§ 6

Überleitungen, die

1. von Mitgliedern beantragt werden, deren Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung innerhalb von sechs Monaten vor Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens begonnen hat und deren Antrag auf Überleitung noch nicht bestandskräftig beschieden worden ist,
2. innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Beendigung dieses Überleitungsabkommens bean-

tragt werden, werden entsprechend den vorstehenden Regelungen abgewickelt.

§ 7

Das Überleitungsabkommen kann von beiden Versorgungseinrichtungen mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

§ 8

Das Überleitungsabkommen tritt am 01. Juli 2012 in Kraft. Gleichzeitig tritt das zwischen den Versorgungseinrichtungen bestehende Überleitungsabkommen außer Kraft.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
„gesetzlicher Vertreter der jeweiligen
berufsständischen Versorgungseinrichtung“

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung

Vom 27. Juni 2012

Aufgrund von § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 und § 8 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist, in Verbindung mit den §§ 56 Abs. 1, 40 Abs. 4 S. 2 und § 77 Abs. 3 S. 2 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 23. Juni 2012 die folgende Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung vom 30. Juni 2010 beschlossen:

Artikel 1

Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung vom 30. Juni 2010 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 29. Juni 2010, AZ 26-5415.21/10, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2010, S. 417) wird wie folgt geändert:

§ 1 Absatz 2 Ziffer 1.2. wird wie folgt neu gefasst:

- „1.2. Schriftliche Prüfungsleistung
- 1.2.1. Erstbegutachtung und Benotung pro Prüfling und Prüfungsbereich 15,00 EUR.
 - 1.2.2. Zweitbegutachtung und Benotung pro Prüfling und Prüfungsbereich 10,00 EUR.“

Artikel 2 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2012 in Kraft.

Dresden, 23. Juni 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 27. Juni 2012, Az. 26-5415.21/18, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Rahmen der Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 27. Juni 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Habilitationen II. Quartal 2012

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Priv.-Doz. Dr. med. David Michael Holzhey,

Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum Leipzig – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Herzchirurgie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Lernprozesse und Qualitätssicherung in der Herzchirurgie unter besonderer Berücksichtigung minimal-invasiver Verfahren“

Verleihungsbeschluss: 19.06.2012

Priv.-Doz. Dr. P.H. Heide Glaesmer, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Psychologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörungen in der Altenbevölkerung – Zusammenhänge mit psychischen und körperlichen Erkrankungen sowie mit medizinischer Inanspruchnahme“

Verleihungsbeschluss: 19.06.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ute Krügel, Rudolf-Boehm-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Pharmakologie und Toxikologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Purinerge Modulation der neuronalen Aktivität des mesocorticolimbischen Systems in vivo“

Verleihungsbeschluss: 22.05.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Christiane Roick, MPH, Gastwissenschaftlerin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig, habilitierte sich und

es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Public Health und Versorgungsforschung zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Nutzercharakteristika und Systemmerkmale als Prädiktoren der Inanspruchnahme und der Effektivität psychiatrischer Versorgung“

Verleihungsbeschluss: 22.05.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. rer. med. Markus Morawski (MD/PhD),

Paul-Flechsig-Institut für Hirnforschung der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Neurowissenschaften zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Perineuronale Netze: Rätselhaftige Strukturen im Gehirn“

Verleihungsbeschluss: 22.05.2012

Priv.-Doz. MUDr. Matus Rehak, Ph.D,

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Augenheilkunde zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Retinaler Venenverschluss – Pathogenese und aktuelle Therapie“

Verleihungsbeschluss: 24.04.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Tobias Polte,

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Dermatologie und Allergologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: „Neue Therapie- und Präventionsstrategien für das allergische Asthma bronchiale: Erkenntnisse aus dem Mausmodell“

Verleihungsbeschluss: 24.04.2012

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Priv.-Doz. Dr. med. Susanne Rein, Fachärztin an der Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstel-

lungschirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Unfallchirurgie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Zur Propriozeption des menschlichen Sprunggelenkes: Immunhistochemische Untersuchung von sensorischen Nervenendigungen im morphologischen Kontext der Sprunggelenksbänder“

Verleihungsbeschluss: 25.04.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Röllig,

Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums an der TU Dresden habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Aktuelle Prognose-Scores und Therapie-Trends bei der Akuten Myeloischen Leukämie im fortgeschrittenen Lebensalter“

Verleihungsbeschluss: 25.04.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Claudia Günther,

Fachärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum der TU Dresden habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Dermatologie verliehen.

Thema der Habilitationsschrift: „Zur Bedeutung von dendritischen Zellen und Chemokinen im kutanen Immunsystem“

Verleihungsbeschluss: 30.05.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Hussack,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften/Public Health der Medizinischen Fakultät der TU Dresden habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Gesundheitswissenschaften/Public Health erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Versorgungsforschungsaspekte aus organisierter Patientensicht am Beispiel der Multiplen Sklerose in Deutschland“

Verleihungsbeschluss: 20.06.2012