

<b>Editorial</b>	„Entdichtung“ der ärztlichen Arbeit	<b>264</b>
<b>Berufspolitik</b>	24. Sächsischer Ärztetag/ 50. Kammerversammlung	<b>265</b>
	27. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung	<b>276</b>
	MB-Monitor 2014	<b>279</b>
	Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und junge Ärzte in Leipzig und Dresden	<b>280</b>
	Mitgliederversammlung in Chemnitz	<b>289</b>
<b>Mitteilung der Sächsischen Ärzteversorgung</b>	Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung	<b>278</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Satzungsveröffentlichungen	<b>281 – 288</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Zwangsbehandlung in der Medizin	<b>290</b>
	Ehrung für Bemühungen um Organspende	<b>290</b>
<b>Originalie</b>	Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit	<b>292</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>297</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Konzerte und Ausstellungen	<b>298</b>
<b>Personalia</b>	Verstorbene Kammermitglieder	<b>291</b>
	Jubilare im August 2014	<b>299</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Der Reformator Dr. Martin Luther als Dauerpatient	<b>301</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Tanja Pohl Erbmasse – Malerei und Grafik	<b>303</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – September 2014	



24. Sächsischer Ärztetag  
Seite 265



Dr. Martin Luther als Dauerpatient  
Seite 301



Ausstellung: Erbmasse – Malerei  
und Grafik  
Seite 303

Titelbild: © SLÄK

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

## „Entdichtung“ der ärztlichen Arbeit



Als Arzt wird man permanent mit Insuffizienzen und ständig neuen Regulierungen frustrierend konfrontiert. Man glaubt dem struktur- und kapitänlosen System der Macht des Faktischen fremdbestimmt ausgeliefert zu sein. Das kann man beklagen. Aber es ist auch die Stärke dieses Systems, dass es mit einer gehörigen Portion Trägheit dennoch in der Lage ist, auf Erfordernisse zu reagieren. Man kann sich an Einzelproblemen aufreiben. Oder man orientiert sich an übergeordneten Ebenen, die vielfältige nachgeordnete Hemmnisse lösen könnten. Ein solches Problem, und mich als Mandatsträger umtreibendes Ziel, ist die „Entdichtung“ der ärztlichen Arbeit und damit der Erhalt des Berufsbildes Arzt.

Die enorme Arbeitsverdichtung führt zu Stress, Hektik, Unzufriedenheit. Deutsche Ärzte sind trotz guter Einkommen mit die unzufriedensten Kollegen im internationalen Vergleich. Ärztliche Arbeitszufriedenheit korreliert mit der Zeit, die der Arzt für den Patienten aufwenden kann. Das empfundene fremdbestimmte Arbeiten durch permanentes Hineinregulieren von Politik, Krankenkassen, aber auch Selbstverwaltung, wirkt demotivierend. In Deutschland beträgt die Kontaktzeit zwischen sechs und acht Minuten pro Patient und die Versicherten gehen 18 Mal im Jahr zum Arzt. Das führt zu mehr als 200 Patientenkontakte pro Woche beim Hausarzt. Der schwedische Kollege kommt auf 50 Patientenkontakte, und eine Kontaktzeit von 24 Minuten pro Besuch, hat aber am Jahresende die gleiche Patientenkontaktzeit. Ich wage zu behaupten,

dass die Arbeit am Patienten dort sogar qualitätsgerechter verläuft. Die Entwicklung in Deutschland ist Folge einer über viele Jahre praktizierten Kostendämpfung. Diese induzierte im ambulanten Bereich mehrere Honorarreformen, welche immer auf den im Moment vorherrschenden Ist-Zustand und damit der Unterfinanzierung aufbaut. Dies führt zu einer nahezu grotesken Unterbewertung der einzelnen ärztlichen Leistung, die den Arzt zwingt, in die Menge zu gehen, sich bei aufwändigen Patienten zurückzuhalten und durch „Aufwandsverdünner“ angemessenes Honorar zu sichern. Ziel müsste eigentlich sein, die Kontaktfrequenz zu senken, aber die Patientenkontaktzeit zu erhöhen.

Absurdes industrielles Denken herrscht auch im prozessoptimierten Krankenhausbetrieb vor, wo Wirtschaftlichkeit rein finanziell definiert ist, wo der Patient nicht mehr als Patient, sondern als Krankheitsfall versorgt wird. Problematisiert wird die Verdichtung durch eine politisch intendierte Flatrate-Mentalität. Durch eine ungehemmte Leistungsabfrage (wie auch durch das nicht immer indizierte Leistungsangebot) kommt es durch eine Misstrauenskultur zur Überregulierung, zu Kontrollmechanismen, deren ärgerlichstes Korrelat 900 verschiedene Dokumentationsaspekte, hunderte Formulare oder der Begründungswahn sind.

Unser medizinisches Weltbild orientiert sich fremdinduziert nach industrieller Norm. Früher sprachen wir vom Arzt, seiner ärztlichen Kunst. Heute sprechen wir vom Mediziner, der leitliniengerecht und evidenzbasiert behandelt. Zukünftig haben wir den Krankheitsingenieur (Bachelorarzt), den Organklempner. Ursache ist auch ein medizinisch längst überholtes Weltbild. Wir bewegen uns in der veralteten, 400 Jahre gewachsenen, viele menschliche Phänomene nicht erklärenden newtonschen Welt, in der wir glauben, Leiden, Krankheit, Patientenwillen durch Messen, Wiegen, Leitlinien und Studien erfassen, katalogisieren und reparieren zu können. Aber die Medizin ist keine Natur,- sondern eine Erfahrungswissenschaft. Es gibt mehr als das dokumentierbare, messbare biochemische Regulat. Der kranke Mensch will als Patient anders wahrgenommen, will nicht nach Normwerten repariert werden. Und weil er dies in der jetzt gelebten Schulmedizin nicht

wiederfindet geht er zum Osteopathen, Heilpraktiker oder Esoteriker. Nimmt man sich ein Stück zurück, merkt man die Absurdität unseres medizinischen Ansatzes, indem wir Psyche, Seele, Körper fein säuberlich trennen, immer mehr Spezialistentum schaffen, ohne Nachweis wirklichen Nutzens. Wenn wir aber unser ärztliches Dasein in der Unverzichtbarkeit und Unvergleichbarkeit für die Gesellschaft und für den Patienten erhalten wollen, müssen wir uns wieder darauf besinnen, dass wir mehr sind als nur die Verwalter von laborwertdefinierten, bildgebenden Darstellungen und anderen normwertindizierten Erkrankungen, dass im Mittelpunkt das Wollen des Patienten sowie die strenge Indikationsstellung und nicht das theoretisch Machbare stehen darf. Der Arzt muss wieder heilen und nicht nur reparieren. Dies lässt sich nur durch Empathie erreichen. Dazu bedarf es Zeit, auch entsprechender Mittel und Bewusstsein für das schamanenhaft/priesterliche Wirken des Arztes. Der Arzt ist nicht Handlanger von Industrie oder merkantil orientierten Fachgesellschaften.

Ich denke, dass wir mit der „Entdichtung“ ärztlicher Tätigkeit eine bessere und kostengünstigere Medizin betreiben könnten. Wir würden weniger überweisen und einweisen und weniger Medikamente verordnen. Aber um diese „Entdichtung“ zu erreichen, bedarf es grundlegender Korrekturen in den Abrechnungssystemen. Aus meiner Sicht müssen Landesärztekammer, Mandatsträger und der Ärztetag deshalb weiterhin gegen die überzogene Ökonomisierung in der Medizin Stellung beziehen. Sie haben die Aufgabe, im größtmöglichen Konsens innerärztlicher Interessen mit größtem Gewinn für die Allgemeinheit die Zukunft zu gestalten. Doch auch der Patient muss an seiner Partizipation des Systems direkt beteiligt werden. Solidarität heißt: Hilfe für den anderen in der Not und nicht Nivellierung aller Unterschiede und Generalhaftung Aller für bewusstes individuelles Fehlverhalten. Stefan Zweig beschrieb vor 100 Jahren das gleiche ärztliche Dilemma. Wir sind nicht einen Schritt weiter! Wir sollten ihn endlich gehen!

Dr. med. Thomas Lipp  
Mandatsträger und Delegierter zum  
Deutschen Ärztetag

## 24. Sächsischer Ärztetag/ 50. Kammerversammlung

Nach der Begrüßung der Mandatsträger und Gäste stellte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in einem Grundsatzreferat unter dem Thema „Qualität in der Medizin – eine ärztliche Aufgabe“ die aktuellen politischen Entwicklungen vor. Dabei ging er zuerst auf europäische Eckpunkte ein.

### Europawahl

Nach der Europawahl wird es weiterhin Bestrebungen geben, den Entscheidungsraum für Ärzte und für die Ständesvertretung zu beschränken. „Ein Beispiel ist das sogenannte EU-Normierungsverfahren“, so Prof. Dr. Jan Schulze. Dieses sieht vor, bestimmte medizinische Verfahren und Gesundheitsdienstleistungen durch nicht-medizinische, privat-wirtschaftliche Normungsorganisationen zu reglementieren. Diese Einrichtungen verfügen aber weder über die notwendigen medizinischen und berufsethischen Kompetenzen noch besitzen sie eine demokratische Legitimation. Prof. Dr. Jan Schulze: „Die Patienten haben ein Recht auf eine Behandlung, die auf einer soliden medizinischen Evidenz beruht und ethische Erwägungen einbezieht. Nur auf dieser Grundlage ist ein hohes Niveau der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Eine Reglementierung durch fachfremde Normierungsinstitutionen ist abzulehnen.“

Die Bundesärztekammer hatte im Vorfeld zur Europawahl sechs Forderungen aufgestellt, um die Position der Deutschen Ärzteschaft deutlich zu machen. Diese waren:

- mehr Subsidiarität in Bezug auf individuelle Gesundheitssysteme in Europa,
- die Ablehnung einer EU-Norm zur Patientenbehandlung,
- die Förderung der freien Berufe,
- die Wahrung ethischer Prinzipien,
- der Bürokratieabbau und
- der Schutz der Patientendaten.

Der letzte Punkt wird auch die Ärzte in Zukunft noch sehr viel stärker beschäftigen, denn der Marktwert von Gesundheitsdaten steigt. Dabei geht es nicht um Schrittzähler oder die Uhr am Handgelenk, die Puls, Blutdruck und andere Dinge anzeigt. Sondern es wird Kontaktlinsen geben, die bei Diabetikern den Blutzucker messen, die Daten auf die Linse spielen und zugleich an den behandelnden Arzt oder zu Facebook an 1.000 Freunde weiterleiten. Patienten wie Ärzte werden durch die entstehenden Datenflüsse und durch soziale Netzwerke ganz neue Partner in einem ungeschützten Raum. Und keiner weiß dann wirklich, wer die Daten alles nutzt: Krankenkassen, Pharmafirmen, Arbeitgeber oder die Hersteller von Fitnessprodukten zur Einblendung von Werbung. Fakt ist: Die Menschen werden weiterhin bereitwillig ganz persönliche Daten ins Internet stellen und den verlockenden Angeboten folgen. „Wir als Ärzte müssen damit rechnen, dass immer mehr Patienten mit vorgefertigten Meinungen und Behandlungsplänen aus dem Internet zu uns kommen. Dabei zählt dann die Empfehlung einer sogenannten Freundin mehr als der Rat eines Arztes. „Social Way“ nennt man das heutzutage“, merkte Prof. Dr. Jan Schulze an.

### Gesetzentwürfe zur Sterbehilfe

Bereits im Jahr 2015 soll die parlamentarische Beratung zu Gesetzentwürfen, die die Bundestagsfraktionen zu dem Thema Sterbehilfe ein-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

© SLÄK

bringen können, abgeschlossen werden. Nach einer umfassenden Auseinandersetzung mit den ethischen und rechtlichen Fragen im Parlament soll jeder Abgeordnete für sich selbst festlegen, welche Art von Sterbehilfe er sich vorstellen kann. Bereits im dritten Quartal 2015 soll das entsprechende Gesetz im Bundestag beschlossen werden. Bis dahin sollten sich die Ärzte in Deutschland ebenfalls zu dieser Frage bekennen. Prof. Dr. Jan Schulze: „Ich weiß, dass die Meinungen bezüglich einer aktiven oder passiven Sterbehilfe weit auseinandergehen. Ich persönlich plädiere dafür, keinen Dammbbruch zuzulassen. Ärzte dürfen aus berufsethischen Gründen nicht an Selbsttötungen mitwirken und erst recht nicht gesetzlich dazu verpflichtet werden. Wir sind mit unserer Profession dafür angetreten, dem uns anvertrauten Menschen zu helfen,

indem wir heilen, begleiten und Schmerzen lindern. Dem Ausbau der Palliativmedizin und der Schmerztherapie kommt hier eine große Bedeutung zu.“

CDU/CSU und SPD sehen diese Notwendigkeit auch und haben beschlossen, die Hospize und die palliativmedizinische Versorgung weiter zu fördern. So soll der Auf- und Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Stärkung der ambulanten Palliativversorgung vorangetrieben werden.

### **GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz**

Am 5. Juni 2014 hat der Bundestag das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz angenommen. Das Gesetz beinhaltet auch die Schaffung des neuen Qualitätsinstituts, die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren und das Hygiene-Förderprogramm in Krankenhäusern.

### **Neues Qualitätsinstitut**

Im Vorfeld der Entscheidung für das neue Qualitätsinstitut hatten Bundesärztekammer und Landesärztekammer gefordert, Ärzte stärker einzubeziehen. „Qualität in der Medizin ist das tägliche Brot von Ärzten in Praxis und Klinik.“ stellte der Präsident klar. Das neue Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen soll insbesondere die Aufgabe erhalten, auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten bei den Krankenkassen die Qualität in ausgewählten Leistungsbereichen der ambulanten und stationären Versorgung darzustellen und so die Qualitätssicherung in diesen Bereichen der Versorgung weiterzuentwickeln. Das Institut hat die Chance, das Ziel einer Qualitätsorientierung der Arbeit in den Krankenhäusern leichter zu erreichen und davon wegzukommen, dass man sich ausschließlich an Preisen orientiert. Prof. Dr. Jan Schulze: „Damit aber genügend ärztlicher Sachverstand in das neue Institut einfließen kann, fordern wir, in die Arbeit des neuen Instituts verantwortlich eingebunden zu werden. Denn Qualitätssicherung

gehört zu den originären gesetzlichen Aufgaben der Heilberufekammern. Deshalb sollten wir mit einem Sitz im Vorstand der Stiftung beteiligt sein und auch ein unmittelbares Antragsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten. Ich hoffe, dass dieser Forderung nachgegeben wird.“

### **117. Deutscher Ärztetag**

Das „Deutsche Ärzteblatt“ wie auch das „Ärzteblatt Sachsen“ haben ausführlich über den 117. Deutschen Ärztetag berichtet. Deshalb stellte der Präsident nur seinen Zwischenbericht der AG Priorisierung den Mandatsträgern kurz vor, den er in Düsseldorf gegeben hat.

### **Priorisierung**

Steigende Beitragssätze, eine Zweiklassen-Medizin, Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen durch die Krankenkassen, Einschränkung der Therapiefreiheit, Ökonomisierung der Medizin – das alles sind Entwicklungen, weshalb sich auch die Ärzteschaft mit den Fragen der zukünftigen Versorgung auseinandersetzen muss. Es reiche nicht, von der Politik Lösungen zu fordern. Es sei auch wichtig, eigene Vorschläge zu entwickeln. Erfahrungen aus anderen Ländern, so zum Beispiel Schweden und Norwegen, zeigten, dass eine Implementierung eines transparenten, gesellschaftlich konsentierten Verfahrens der Leistungsbereitstellung im Gesundheitssystem unabhängig von der jeweiligen „Kassenlage“ des Sozialsystems sinnvoll ist. Daher wollen Bundesärztekammer und die Ärztekammern der Länder Vorschläge entwickeln, wie Priorisierung in Deutschland umgesetzt werden kann. Parallel wird der Austausch mit anderen Akteuren der Gesundheitspolitik gesucht.

Die AG Priorisierung, deren Vorsitz der Präsident innehat, hat sich auf Basis eines Arbeitspapiers intensiv mit den methodischen Möglichkeiten von Priorisierung bei der Leitlinienentwicklung beschäftigt. Anfang Mai 2014 fand ein Treffen mit verschiedenen Organisationen statt, die sich in Deutschland mit Leitlinienentwicklung auseinandersetzen. Die

eingeladenen Experten sehen einen Bedarf, Priorisierungsverfahren in die Leitlinienentwicklung einzubeziehen. Sie begrüßen daher die Aktivitäten der Bundesärztekammer.

Parallel wurde ein Workshop zum Thema Priorisierung konzipiert. Eine erste Pilotveranstaltung wurde bereits am 31. Januar 2014 in Dresden erfolgreich durchgeführt. Der Workshop strebt einen innerärztlichen Diskurs zum Verständnis und zur Bedeutung des Themas „ärztlich unterstützte Priorisierung“ an. Anhand eines Praxisbeispiels wird aufgezeigt, was unter Priorisierung zu verstehen ist, welchen Werten und Kriterien sie folgen kann und sollte, und wie Priorisierung ablaufen kann. Es sind bereits weitere sechs Workshops bundesweit in Vorbereitung.

Die Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages wurden zu Priorisierung befragt, um deren Einstellung zu diesem Thema herauszufinden. Die Frage, nach welchen allgemeinen Werten bzw. Grundprinzipien die Gesundheitsversorgung in Deutschland gestaltet werden soll, beantworteten 98 % mit „Objektivem medizinischen Bedarf“, 97 % mit „Solidaritätsprinzip“ und 96 % mit „Dringlichkeit“.

94 % haben geantwortet, dass sich die Deutsche Ärzteschaft weiterhin dem Thema Priorisierung widmen soll. 77 % wünschen sich dazu Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. Für 87 % sollte Priorisierung der Festlegung von Versorgungszielen dienen und für 86 % könnte Priorisierung zur Streichung obsoleter Methoden beitragen.

Prof. Dr. Jan Schulze: „Ich bin nach der Befragung der Überzeugung, dass der eingeschlagene Weg des innerärztlichen Austausches sehr wichtig ist. Wir brauchen den Austausch mit der Basis. Parallel müssen wir den Austausch auch mit anderen Gesundheitsberufen, Vertretern von Krankenkassen und Patientenverbänden suchen.“

Nach diesem Zwischenbericht ging der Präsident noch auf weitere aktuelle Themen ein.

## Finanzierung der stationären Weiterbildung

Eine gute ärztliche Weiterbildung ist essenzielle Voraussetzung und tragende Säule für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Die verschärften Rahmenbedingungen, insbesondere auf Grund zunehmender Arbeitsverdichtung, lassen aber zu wenig Raum für strukturierte Weiterbildung und betreffen sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. Wesentliche Anteile der Weiterbildung werden durch die Krankenhäuser realisiert. Daher muss auch eine Refinanzierung der Aufwendungen für die Weiterbildung in den stationären Einrichtungen parallel zur Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich eingefordert werden. Unabhängig von den Personalkosten sollte daher eine adäquate Refinanzierung jener stationären Einrichtungen, die sich an der Weiterbildung beteiligen, sowohl aufwandsbezogen als auch abhängig von der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung erfolgen. Dazu sollte ein weiterbildungsbezogener Systemzuschlag als Bestandteil einer jeden Krankenhausrechnung eingeführt werden, der dann sowohl verursachungs- als auch verteilungsgerecht an die Weiterbildungsstätten weitergegeben werden müsste. Die Delegierten fassten dazu einen entsprechenden Beschluss.

## Sprachprüfung für ausländische Ärzte

Neben Qualitätsinstituten, Leitlinien oder Peer-Review-Verfahren sichern vor allem Ärzte die Qualität der medizinischen Versorgung. Fachliche Kompetenz wie auch eine hohe Kommunikationskompetenz sind wichtige Voraussetzungen dafür. Dazu gehört unbestritten auch die Sprache. Nicht nur in Sachsen arbeiten immer mehr ausländische Ärzte. Trotz des geforderten B2-Sprachniveaus ist die Kommunikation mit Patienten oder Kollegen nicht immer unproblematisch. Dies will die Gesundheitsministerkonferenz der Länder mit einer einheitlichen medizinischen Sprachprüfung für ausländische Ärzte ändern. Der 117. Deutsche Ärztetag hat die Landesregierungen aufgefordert, die Zuständig-

keit für Sprachprüfungen an die Landesärztekammern zu übertragen. „Auch wir begrüßen einen solchen Sprachtest, aber nur dann, wenn er bundeseinheitlich geregelt ist und nicht jedes Bundesland einen eigenen Test entwickelt.“, so der Präsident. Er betonte zugleich, dass die ausländischen Ärzte uns hier in Sachsen in Praxis und Klinik wesentlich unterstützen. Manche Krankenhäuser müssten Stationen schließen, wenn es diese Ärzte nicht gäbe.

## Netzwerk „Ärzte für Sachsen“.

Das Netzwerk wird 2014 fünf Jahre alt. Ein Grund zum Feiern. Seit 2009, dem Bestehen des Netzwerkes, haben nachweislich mehr junge Ärzte in Sachsen ihre Tätigkeit aufgenommen als zuvor. Die Bündelung, Koordinierung und zielgerichtete Kommunikation von Fördermaßnahmen für Abiturienten, Studenten und Ärzte unter dem Dach des Netzwerkes war eine gute Entscheidung. Prof. Dr. Jan Schulze: „Wir können uns aber nicht zur Ruhe setzen, da immer noch Ärzte im Freistaat fehlen. Dies betrifft insbesondere den Bereich der niedergelassenen Ärzte. Deshalb müssen die bestehenden Aktivitäten der Partner wie auch der Sächsischen Landesärztekammer fortgeführt werden. Dazu gehören die von uns initiierten Veranstaltungen für Weiterbildungsassistenten und für Medizinstudenten, damit wir diese über die beruflichen Perspektiven in Sachsen informieren und für den Freistaat gewinnen. Dazu gehö-

ren aber auch die Maßnahmen der Krankenhäuser zur Bindung sächsischer Medizinstudenten an ihre Heimat.“

Er betonte auch, dass mehr Medizinstudierende bereits im Studium für eine hausärztliche Tätigkeit begeistert werden müssten, denn dadurch könnte die Zahl der Weiterzubildenden im Gebiet Allgemeinmedizin gesteigert werden.

## Herzinfarktregister

Auf der letzten Kammerversammlung 2013 hatte der Präsident berichtet, dass in Sachsen ein Pilotprojekt zur Herzinfarktversorgung in Ostsachsen existiere. In diesem Zusammenhang gab es ein erfreuliches Ergebnis bei der Datenanalyse. Demnach liegt die Anzahl der an allen Krankheiten Verstorbenen in Sachsen altersbereinigt um 0,8 % unter dem Bundesdurchschnitt. Damit gehört der Freistaat als einziger der Neuen Bundesländer zu den fünf Bundesländern, die besser als der Durchschnitt abschneiden. Ganz anders ist dies in Bezug auf die an einer koronaren Herzkrankheit Verstorbenen: hier liegt Sachsen 30 % über dem Bundesdurchschnitt, fast gleichauf mit Mecklenburg-Vorpommern und nur übertroffen von Sachsen-Anhalt. Der Kreis Görlitz liegt sogar mit 43 % über dem Bundesdurchschnitt, sodass ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung gerade dort dringend notwendig erschien. In einer ersten Erfassungsphase hat sich allerdings gezeigt, dass die

schlechten statistischen Werte nicht aus einer suboptimalen Rettungskette resultieren. Diese ist im Gegenteil sogar ausgesprochen effizient. Derzeit werden deshalb die ambulante und die stationäre Morbidität und weitere Einflussdaten analysiert, um die Ursachen für die hohen statistischen Werte zu finden.

### Stand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Über den Sachstand zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung berichtete Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung. Die Novellierung beinhaltet die Einführung von Weiterbildungsblöcken, Lernzielen und Kompetenzleveln. Zudem sollen Weiterbildungszeiten relativiert und die ambulante Weiterbildung gestärkt werden. Theoretische Grundlage für die Novellierung bilden Konzepte aus der Bildungsforschung.

Vor drei Jahren wurde mit der Novellierung begonnen. Prof. Dr. Uwe Köhler stellte allerdings klar, „dass sich die Diskussion um die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung noch am Anfang befindet. Und es wird noch zwei Jahre bis zur Vorstellung einer beschlussfähigen Version dauern.“ Bis Herbst 2014 soll zumindest die Konsentierung der Grundlagen erfolgen. Als schwierig haben sich hierbei die unterschiedlich verwendeten Begrifflichkeiten erwiesen. Im Winter 2014/2015 sollen dann mehrere Fächer in die neue Form ge-

bracht und diskutiert werden. Mit einer Beschlussfassung ist erst 2016 auf dem Deutschen Ärztetag zu rechnen. Für Prof. Dr. Uwe Köhler gilt allerdings weiterhin die Maxime: Genauigkeit und Praktikabilität vor Schnelligkeit.

### Notfallsanitätärgesetz

Das neue Notfallsanitätärgesetz sollte nach dem Willen des Gesetzgebers eine Entlastung für Ärzte schaffen. Dr. med. Michael Burgkhardt, Vorsitzender des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin, sieht im neuen Gesetz die Gefahr einer Deprofessionalisierung der notärztlichen Versorgung, denn nach dem neuen Gesetz dürfen Notfallsanitäter zahlreiche Medikamente wie Furasemid verabreichen, eine Thoraxdrainage oder Thoraxpunktion sowie eine Intubation durchführen. Die Ausgestaltung der Ausbildungspläne ist zudem den Bundesländern überlassen, die in der Qualität sehr unterschiedlich ausfallen werden. Deshalb appellierte Dr. Burgkhardt an die Ärzte, sich an der Ausbildung der Notfallsanitäter zu beteiligen, um zumindest ein hohes Ausbildungsniveau zu erreichen. Vor allem die Mitwirkung an Prüfungen sowie die Ermöglichung von klinischen Abschnitten sei durch Ärzte zu sichern. Dennoch stellt sich die Frage, ob ein Notfallpatient zukünftig von einem 18-jährigen Notfallsanitäter oder lieber von einem Notarzt punktiert werden möchte.

### Sucht und Drogen

Die Sächsische Staatsregierung hat kürzlich einen „10-Punkteplan gegen Crystal“ verabschiedet. Dr. med. Frank Härtel, Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen, lobte die darin enthaltenen Maßnahmen wie stärkere Prävention, bessere Behandlung und Repression. Ein solcher Plan sei längst überfällig gewesen. In Sachsen sei die Einnahme von illegalen Drogen rapide angestiegen, was eine frühzeitige Intervention notwendig mache. Dennoch verdeutlichte Dr. Frank Härtel auch die Defizite des 10-Punkteplanes. Demnach werden die Fragen nach mehr Personal für neue Aufgaben und zusätzliches Geld für die „sprechende Medizin“ nicht beantwortet. Auch sei die Kontaktquote in der Ambulanz oft für eine wirksame Intervention zu gering. Hinzu käme eine steigende Zahl von Mehrfachabhängigen (Alkohol, Crystal, Haschisch, siehe auch Seite 292). Als problematisch bezeichnete er auch die unterschiedliche Auslegung des Freiheitsbegriffes unter Juristen und Ärzten. Deshalb führe die Sächsische Landesärztekammer am 10. September 2014 eine Tagung „Zwangsbearbeitung in der Medizin – umstritten aber notwendig?“ durch.

Dr. Härtel berichtete auch über das Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte. Im Jahr 2013 nahmen elf Ärzte in Sachsen dieses Programm in Anspruch, wobei es in einem Fall berufsrechtliche Konse-



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler berichtete zum Stand der (Muster-)WBO.

© SLÄK



Dr. med. Michael Burgkhardt informierte über das neue Notfallsanitätärgesetz.

© SLÄK



Dr. med. Frank Härtel sprach zu Sucht und Drogen

© SLÄK

quenzen gab. Er wies darauf hin, dass sich jeder Arzt bei Suchtproblemen an die Beratungskommission der Sächsischen Landesärztekammer wenden könnte.

### Finanzen

Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, informierte die Mandatsträger über den Sachstand beim Projekt Parkhausbau auf dem vorhandenen Parkplatz. Keines der drei Architekturbüros, die Entwürfe eingereicht haben, konnte eine Kostenzusage für das vorgesehene Budget geben, sodass das Verfahren zunächst ausgesetzt wurde.

Ursachen für die Kostensteigerungen sind die inflationäre Entwicklung seit der ersten Kostenschätzung 2011, die von der Kammerversammlung gewünschte statische Verstärkung für eine mögliche spätere Aufstockung sowie die Auslastung der Baufirmen durch das letzte Hochwasser und die damit verbundene Kostenentwicklung.

Die Kammerversammlung hat einer Erhöhung des Budgets auf 1,2 Mio. EUR zugestimmt. Das Verfahren wird nun unverzüglich wieder aufgenommen, um den Bauverzug gering zu halten.

### Jahresabschluss 2013

Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, berichtete, dass der Sächsischen Landesärztekammer für das

Haushaltsjahr 2013 der uneingeschränkte Prüfungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner erteilt wurde. Diese bestätigt damit, dass der Jahresabschluss unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt.

Frau Dipl.-oec. Cornelia Auxel, Wirtschaftsprüferin, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner GmbH, erläuterte die Prüfungsschwerpunkte „Periodengerechte Abgrenzung von Aufwendungen und Erträgen“ sowie „Einrichtung und Aufrechterhaltung eines Risikomanagementsystems unter analoger Anwendung des Fragekatalogs nach § 53 HGrG“. Weitere Schwerpunkte waren „Veranlagung von Kammerbeiträgen“, „Ein-

gangsrechnungen – Workflow zur elektronischen Archivierung von Kreditorenrechnungen“ sowie „Gebührenabrechnungen im Bereich Fortbildung“. Es wurden keine Beanstandungen festgestellt.

Dr. Vogel erläuterte wesentliche Eckpunkte der Aufwands- und Ertragsrechnung des Jahres 2013 und stellte die Bildung und Verwendung des Überschussvortrages dar.

Die 50. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschussvortrages ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand Entlastung erteilt. Für das Haushaltsjahr 2014 wurde ein Prüferwechsel vorgenommen und die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Schneider + Partner GmbH zur Prüfung des Jahresabschlusses 2014 bestellt. Der Präsident und Dr. Vogel dankten Herrn Frank, der die Sächsische Landesärztekammer von Anfang an als



Dr. med. Claus Vogel informierte zum TOP Finanzen

© SLÄK



Grußworte von Staatsministerin  
Frau Christine Clauß © SLÄK

kompetenter und konstruktiver Partner begleitet hatte, und Frau Cornelia Auxel als der derzeitigen Prüfungsleiterin für die jahrelange erfolgreiche Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2013 finden Sie im Tätigkeitsbericht 2013 auf den Seiten 82 und 83. Den vollständigen Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2013 finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de). Eine Druckfassung kann von Kammermitgliedern über die E-Mail: [oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de) unter Angabe von Name und Anschrift kostenlos angefordert werden. Außerdem hat jedes Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

### Festliche Abendveranstaltung

Zu der Abendveranstaltung hieß der Präsident die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, sowie die Abgeordneten des Deutschen Bundestages und des Sächsischen Landtageses, den Präsidenten der Niederschlesischen Ärztekammer aus Wrocław, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Vertreter der anderen sächsischen Heilberufekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen herzlich willkommen.

Weiterhin begrüßte der Präsident die Vertreter aus den sächsischen Univer-

sitäten, der sächsischen Krankenkassen und der Landesdirektion des Freistaates Sachsen.

Unter den Gästen waren auch die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die Vorsitzenden der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen der Sächsischen Landesärztekammer, die Vorsitzenden der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Vorsitzenden der ärztlichen Berufsverbände sowie Ärztliche Direktoren und Chefärzte der sächsischen Krankenhäuser.

### Totenehrung

Nach den Grußworten der Staatsministerin und des Präsidenten der Niederschlesischen Ärztekammer gedachte der Sächsische Ärztetag derjenigen sächsischen Ärzte, die seit dem 23. Sächsischen Ärztetag 2013 verstorben sind. Die sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren. Auf Seite 40, Heft 1/2014 des „Ärztblatt Sachsen“ und auf Seite 291 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 15. Juni 2013 bis zum 13. Juni 2014 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.

Es ist eine 19-jährige Tradition des Sächsischen Ärztetages, Mitglieder der 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 an diesem Abend diese hohe Auszeichnung an:

**Dipl.-Med. Thomas Flämig, Niesky, FA Innere Medizin**

**Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig, Leipzig, FA Pharmakologie und Toxikologie**

**Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst, Dresden, FA Innere Medizin**

### Laudationes (gekürzt)

#### Dipl.-Med. Thomas Flämig

Herr Dipl.-Med. Thomas Flämig, Facharzt für Innere Medizin, aus Niesky wurde am 2. April 1951 in Dresden geboren. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums an der Humboldtuniversität Berlin verschlug es ihn 1976 auf Grund der damals üblichen Absolventenlenkung an das „Ende der Welt“, genauer gesagt in die südöstliche Ecke der DDR, nach Niesky. Die Stadt galt schon damals nicht gerade als Traumziel für Absolventen der Medizinischen Fakultät und war Thomas Flämig bis dahin



Dr. Jacek Chodorski, Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer,  
Dr. Jarosław Zalewski, Arzt in Rothenburg/Sa. (v.l.)

© SLÄK

nur ein unbekannter Fleck auf der Landkarte. Aus den ursprünglich geplanten wenigen Jahren wurde ein erfülltes Medizinerleben und Niesky eine neue Heimat.

Im Krankenhaus der Diakonie „Emmaus“ begann eine sehr intensive, breit gefächerte Facharztausbildung in der Inneren Medizin. Der damalige Chefarzt, Dr. Helmut Klinger, hatte hohe Ideale und verlangte von allen Assistenten ein besonderes Engagement beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten und moderner medizinischer Methoden und Fertigkeiten. Das kleine Krankenhaus litt ebenso unter den vielen Mängeln, die allen Krankenhäusern in der DDR die Versorgung der Patienten nicht immer leicht machten, aber über die Kirche zog hier Technik ein, von der manch große Klinik nur träumen konnte. Die Ärzte, so auch Herr Flämig, lernten unter diesen Bedingungen vor allem ihre fünf Sinne effektiv zu entwickeln und zu improvisieren. 1983 bestand er die Facharztprüfung und arbeitete bis 1991 im Krankenhaus und erweiterte stetig sein Spektrum. Welche Eigenschaften beschreiben seine ärztliche Arbeit am besten? Vielleicht diese: zielgerichtet, sorgfältig und zuverlässig.

Auch im Rettungsdienst zeigt er seit vielen Jahren seine notfallmedizinische Kompetenz. 1991 wagte er den Sprung in die freie Niederlassung. Gemeinsam mit seiner Frau gründete er eine Gemeinschaftspraxis und ist als qualifizierter Internist vorwiegend hausärztlich tätig.

Probleme im Notdienst, Streitigkeiten zwischen Kollegen, Auseinandersetzungen mit Behörden und medizin-politische Aktionen hat er mit seiner ruhigen, stets freundlichen und immer respektvollen Art und Weise moderiert und konstruktiv begleitet.

Seit 2011 stellt er sein umfangreiches ärztliches Wissen und seine Praxis der studentischen Ausbildung zu Verfügung und bildet seit diesem Jahr eine ärztliche Kollegin zur Fachärztin für Allgemeinmedizin aus.

Auch wenn Familie und Praxis einen Großteil seiner Zeit und Kraft in Anspruch nahmen, beteiligte er sich

ab 1992 engagiert an der Arbeit der Kreisärztekammer Niesky. Von 1994 bis 2007 war er deren Vorsitzender und hat in dieser Funktion für die Ärzteschaft in der Region tausende Dinge organisiert, initiiert, durchgeführt, geschlichtet und vorbereitet. Auch den, noch heute regelmäßig stattfindenden, Stammtisch hat er zum Leben erweckt.

Seit 2004 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Dort und in der Sächsischen Landesärztekammer sind seine oft unbequemen Fragen bestens bekannt. Nicht nur in Zeiten ungerechter Gesundheitspolitik mühte er sich stets um eine geeinte Ärzteschaft. Herrn Thomas Flämig ist für sein konstruktives Wirken in den ärztlichen Körperschaften in besonderem Maße zu danken.

#### **Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig**

Der Anfang war für Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig, Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, aus Leipzig nicht leicht, denn dem Abitur folgte der Kriegsdienst, aus dem er nach Verschüttung und russischer Gefangenschaft zunächst in seine schwer zerstörte Heimatstadt Dresden zurückkehrte und sich dort am Wiederaufbau beteiligte.

Nach seinem Studium der Humanmedizin einschließlich Promotion in Wien von 1947 bis 1953 erwarb er sich, wieder zurück in Dresden, klinische Kenntnisse und Erfahrungen als Pflichtassistent vor allem in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie und Kinderheilkunde. Während dieser Zeit gründete er auch ein endokrinologisches Labor im Arzneimittelwerk Dresden.



Der Präsident überreicht an Dr. med. Thomas Flämig die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille

© SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst erhält die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille

© SLÄK

Im Jahr 1956 ging er nach Leipzig zu Prof. Dr. Hauschild, dem damals international anerkanntesten Pharmakologen und Toxikologen, dem übrigens die Entdeckung der Amphetamine, damals auch als Weckamine bezeichnet und als Pervitin bekannt geworden, zu verdanken ist. 1963 bereits habilitierte er sich mit damit verbundener Dozentur. 1973 wurde der Dr. med. habil. in der DDR in einen Doz. Dr. sc. med. umgewandelt. 1979 folgte dann die ordentliche Professur für klinische Pharmakologie, die er bis zu seiner Emeritierung 1989 innehatte. Bezeichnend für seine mit Humor und

Witz gespickten Vorlesungen ist der seitens eines Elferrates der Studentenschaft 1975 verliehene „Doctor humoris causa“, der auch das gute menschliche Verhältnis zu den Studenten und deren Wertschätzung widerspiegelt.

Seine Arbeit war seit 1964 von der permanenten Bemühung geprägt, ein eigenes Institut für klinische Pharmakologie aufzubauen, welches dann letztlich zu einem der ersten und einzigen dieser Art gehörte. Davon nicht zu trennen ist Ludewigs stetes Streben, die Verbindung zwischen tierexperimenteller und klinischer Pharmakologie und damit einen engen Praxisbezug dieses Fachs zu vermitteln. Seine stets gut besuchten Vorlesungen waren immer lebendig und darauf gerichtet, den angehenden Ärzten das nötige Wissen und Verständnis von Wirkungen und Nebenwirkungen zu vermitteln. Nicht zu vergessen ist der toxikologische Auskunftsdienst, der den Ärzten seit 1960 in Klinik und Praxis rund um die Uhr für ihre vielfältigen diesbezüglichen Fragen und Probleme zur Verfügung stand.

Rund 15.000 angehende Ärzte durften Prof. Ludewigs Schule durchlaufen und von ihm lernen und sich prägen lassen. Die Zahl der von ihm betreuten Diplomanden und Doktoranden überschreitet die Hundert. Nicht von jedem Hochschullehrer sind so nachhaltige und prägende Einflüsse auf seine Schüler bekannt wie von Reinhard Ludewig.

Ausschließlich der Wissensvermittlung dienten auch die zahlreichen Publikationen Ludewigs, in denen er bis heute auf die Darstellung der differenzierten Wirkungsweise von Medikamenten, ihre Nebenwirkungen und möglichen Interaktionen mit anderen Wirkstoffen großes Gewicht legte. Insbesondere die Problematik medikamentöser Interaktionen hat sich quasi wie ein roter Faden durch sein Berufsleben gezogen. Bereits zehn Auflagen des Standardwerkes „Akute Vergiftungen“, gemeinsam mit dem Chemiker Prof. Lohs verfasst, sind erschienen, und eine geplante Wiederauflage lässt

den heute über 90-Jährigen nicht ruhen und sich aktiv an der derzeitigen Überarbeitung beteiligen.

Prof. Ludewigs Name ist auch untrennbar mit seinen geradezu legendären Forschungen auf dem Gebiet der Toxikologie in der kulturellen Vergangenheit verbunden. Seine Pathographien zu Bach, Mozart und Beethoven fanden in Konsultationen, Vorträgen und Ausstellungen international hohe Anerkennung. In diesem Zusammenhang sind auch seine Ausführungen zu graphomotorischen Reaktionen auf ausgewählte Krankheiten, Arzneimittel und Drogen zu sehen sowie sein nach der Emeritierung erfolgter interdisziplinärer Lehrauftrag der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet „Medizinische Graphologie und Schriftpsychologie“.

Ein gut 90-jähriger Emeritus könnte sich längst zurückgelehnt haben und der jüngeren Generation die Dinge überlassen. Nicht so Prof. Ludewig, der sich nach wie vor und unablässig sehr kritisch mit der Pharmakotherapie unserer Zeit auseinandersetzt. Mit Sorge und Skepsis verfolgt er die Wirkungen und Folgen der zunehmenden Polypragmasie. Mit Aufklärung begegnet er der von den Krankenkassen induzierten Verordnungspraxis unter Außerachtlassung der Bedeutung der Galenik.

Für seine Leistungen erhielt Prof. Ludewig 2012 das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Prof. Ludewig hat sich als Arzt, als Forscher und Hochschullehrer um die sächsische Ärzteschaft verdient gemacht, indem er intensiv und immer mit beispielhaftem Engagement nicht nur Aus- und Weiterbildung betrieben, sondern sich in breitem Maße um eine wissenschaftlich begründete Pharmakotherapie eingesetzt hat.

(Leider konnte Prof. Ludewig aus persönlichen Gründen die Auszeichnung nicht entgegennehmen. Sie wurde ihm am Mittwoch, dem 18. Juni 2014 in Leipzig übergeben).

### **Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst**

Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst, Facharzt für Innere Medizin, aus Dresden, wurde am 25.11.1943 in Dresden geboren und hat in Vorbereitung auf ein Auslandsstudium an der Arbeiter- und Bauernfakultät in Halle 1962 das Abitur abgelegt. Das Medizinstudium an der Universität in Olomouc in der CSSR dauerte von 1963 bis 1968 und endete 1969 mit dem Staatsexamen an der Medizinischen Akademie in Dresden. Im gleichen Jahr erwarb Prof. Porst den Doktorgrad der Medizin.

Prof. Porst absolvierte an der Medizinischen Akademie „Carl-Gustav-Carus“ in Dresden die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin, die er 1974 abschloss. 1979 folgte die Ernennung zum Oberarzt der Medizinischen Klinik und im gleichen Jahr erwarb er die Anerkennung als Subspezialist für Gastroenterologie. 1980 erlangte er die *Facultas docendi*. Er habilitierte 1981 mit der Arbeit: „Die Virushepatitis C als immunologisch definierte Form der Non A / Non B Hepatitis“ und erhielt 1982 dafür den Theodor-Brugsch-Preis der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR. 1984 wurde er Chefarzt der III. Medizinischen Klinik am Bezirkskrankenhaus Dresden-Friedrichstadt. Er wurde 1985 Vorsitzender der Gesellschaft für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie Dresden, 1986 erhielt er die Ernennung zum Hochschuldozenten, 1987 wurde er Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR und schließlich 1990 zum Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie in Dresden ernannt. Heiner Porst interessiert sich wissenschaftlich zuerst für die Leber und deren Krankheiten. Zusammen mit seinem Lehrer Friedrich Renger gelang es ihm trotz schwieriger Umstände in der damaligen DDR, international anerkannte, wichtige Erkenntnisse zur Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Hepatitis C zu liefern.

Prof. Porst übernahm von 1992 bis 2005 das ärztliche Direktorat des Städtischen Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt. Trotz dieser enormen Pflicht nahm er 1994 die Wahl zum

Vorsitzenden der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin an. 2001 schließlich wurde er in die Vertreterversammlung der KV Sachsen gewählt, war dort von 2001 bis 2004 Vorstandsmitglied der außerordentlichen Mitglieder, von 2005 bis 2007 stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung und dann von 2011 bis 2013 Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen.

Der erste strukturierte Facharztkurs (Intensivkurs) fand 1996 auf Initiative von Prof. Porst und Prof. Dr. Hubert Nüßlein statt, zu einer Zeit, als im Unterschied zu heute solche strukturierten Kurse in Deutschland noch nicht „üblich“ waren. Weitere 18 Kurse folgten bis März 2007 unter seiner Leitung. Die Kurse waren weit im Voraus ausgebucht. Seine Idee wurde auch nach ihm weitergetragen: 2014 findet der 27. Kurs statt. Prof. Porst war seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer für diese als Prüfer tätig. Er war bis 2007 Mitglied in der Prüfungskommission für die Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin und Vorsitzender der Prüfungskommission Gastroenterologie. Seit 2012 ist er Universalprüfer. Von 1998 bis 2006 war er Gutachter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer.

Wir ehren mit Prof. Porst einen Arzt, Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker, der in Sachsen besondere Maßstäbe gesetzt hat. Er erwarb durch Fleiß, Sachverstand und Beharrlichkeit große Reputation als Arzt und Hochschullehrer. Prof. Porst verkörpert unermüdlichen Fleiß, eiserne Disziplin und kategorische Kritik gegen sich selbst und Andere. Den aktuell überbordenden Ökonomismus apostrophiert er als wesensfremdes Element in der Medizin. Der Therapieauftrag des Arztes darf nach seiner Überzeugung nicht mit Gewinnstreben oder Gewinnsucht vermengt werden. Arztpraxen und Kliniken sind keine Institutionen, die nur den Regeln der Gewinnoptimierung folgen dürfen. Das Wohl des Kranken wiegt mehr als das Geschäft.



Mandatsträger und Ehrengäste auf dem 24. Sächsischen Ärztetag

© SLÄK

### Festrede

Die Festrede hielt Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Er sprach über „Individualisierte Medizin in der Onkologie“. Diesen Vortrag werden wir als Fachartikel in einem der nächsten Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichen.

### Musikalischer Ausklang

Die festliche Abendveranstaltung wurde instrumental mit Klavierstücken von Alexander Nicolajewitsch Scriabin (1872 – 1915) und Fryderyk Franciszek Chopin (1810 – 1849) umrahmt. Pianist war Peter Naryshkin, der aus der Ukraine stammt und seit 2010 an der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden in der Klasse von Akadi Zenzipér studiert und schon mehrere internationale und nationale Preise gewonnen hat.

### Gesundheitspolitische Vorhaben der Großen Koalition

Eine Bewertung der gesundheitspolitischen Vorhaben der Großen Koalition in der laufenden Legislaturperiode nahm am zweiten Tag der Kammerversammlung der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Mitglied des Bundestages, Rudolf Henke, vor. Neu in der Gesundheitspolitik sei die Fokussierung auf die Qualität statt auf Wirtschaftlichkeit. Das Koalitionspapier enthält sogar den Satz: „Die Menschen müssen sich darauf

verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden ...“. Diese Formulierung geht weit über das SGB V hinaus, wo die Prämissen lauten: notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich.

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz macht die große Koalition nun den ersten Schritt. Dieses sieht unter anderem neben der Gründung des Qualitätsinstitutes und der Einrichtung eines Innovationsfonds vor:

- Maßnahmen zur Vermeidung unterversorgter Gebiete.
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Förderung der Rolle des Hausarztes.
- Überprüfung der Unterschiede in der ärztlichen Vergütung und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.
- Zentrale Terminservicestelle bei der KV.
- Zulassung arztgruppengleicher Medizinischer Versorgungszentren / Gründung von MVZs durch Kommunen.
- Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, neue Programme für „Rückenleiden“ und „Depressionen“.
- Ersetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arznei- und Hilfsmittel durch regionale Vereinba-



Dr. med. Rudolf Henke bei seinem Festvortrag © SLÄK

rungen von Kassen und Kven. Unterbindung unberechtigter Regressforderungen bei Retaxationen.

- Schaffung eines neuen Straftatbestandes der Bestechlichkeit und Bestechung im Strafgesetzbuch.

Rudolf Henke sieht als einen weiteren Schwerpunkt den Bürokratieabbau in der Praxis. Derzeit habe ein niedergelassener Arzt rund 500 Berichtspflichten zu erfüllen. „Das kostet viel zu viel Zeit. Aus diesem Grund ist es richtig, dass das BMG alle Berichtspflichten überprüfen und hoffentlich reduzieren lässt“.

In Kürze soll ein 2. GKV-Weiterentwicklungsgesetz folgen. Dieses wendet sich den Sektorengrenzen und der Überwindung von Leistungslücken beim Sektorenübergang zu. Geplant ist:

- Eine Ergänzung des Entlassungsmanagements durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen.
- Eine Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit von Leistungen bei Entlassung durch die Krankenhäuser, zum Beispiel Veranlassung einer pflegerischen Übergangsversorgung.
- Ein Ausschluss einer vorrangigen Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser.

Zur Reform der Krankenhäuser hat der Bund eine Arbeitsgruppe unter

Vorsitz des Bundesgesundheitsministeriums eingesetzt. Diese Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll bis Ende 2014 Eckpunkte einer Reform vorlegen, die bis Mitte 2015 in ein Gesetz gegossen werden sollen. Erreicht werden soll vor allem eine Stärkung der Qualität in der stationären Versorgung. Dazu gehört die gesetzliche Einführung von Qualität als Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung. Zudem soll die traditionelle Bettenplanung in eine qualitätsbasierte Krankenhausplanung der Länder weiterentwickelt werden. Qualität soll auch als Kriterium zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116 b SGB V) gestärkt werden. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Dazu werden dann auch die Daten des neuen Qualitätsinstituts genutzt.

Kritisch beurteilte Rudolf Henke den Ansatz einer Differenzierung des Systems der Mehrleistungsabschläge nach risikoadjustierten Qualitätssichtspunkten (pay for performance). Einem Krankenhaus mit geringer Qualität würden dadurch Gelder gekürzt, die es eigentlich bräuchte, um die Qualität zu verbessern. Dies mache aus Sicht von Rudolf Henke keinen Sinn.

Die Bund-Länder-Krankenhausfinanzierung sei laut Rudolf Henke vor allem in den alten Bundesländern ein großes Problem, da es, anders als in den Neuen Bundesländern Anfang der 90er-Jahre, heute an entsprechenden Mitteln fehle. Während die meisten Krankenhäuser im Osten Deutschlands in den letzten 24 Jahren saniert wurden, sei dies im Westen nicht der Fall gewesen.

Abschließend machte er auf ein ewiges Dilemma zwischen Politik und Ärzten aufmerksam. „Politik muss immer darauf achten, was in der Medizin bezahlbar ist. Ärzte müssen immer darauf schauen, was für ihre Patienten notwendig ist.“ Dieses Spannungsverhältnis sollten Ärzte wie auch Ärztekammern immer konstruktiv begleiten. Rudolf Henke hat sich genau das seit Jahren zur Aufgabe gemacht und ist als Präsident einer Ärztekammer sowie Vorsitzen-

der des Marburger Bundes auch Mitglied im Bundestag, und dort unter anderem Mitglied im Gesundheitsausschuss.

### Zwei Vizepräsidenten ab 2015

Nach der kommenden Wahl zur Kammerversammlung wird es ab 2015 neben dem Präsidenten zwei Vizepräsidenten in Sachsen geben. Dies haben die Mandatsträger kurz vor dem Ende des 24. Sächsischen Ärztetages beschlossen. „Eine Berücksichtigung von niedergelassenen und angestellten Ärzten in den drei Funktionen wird angestrebt, entscheidend sei aber das Wählervotum“, so der Präsident. Der Entscheidung war eine ausführliche Diskussion über die Notwendigkeit zweier Vizepräsidenten vorausgegangen. „Die Zunahme von Aufgaben und Terminen sowie eine stärkere Präsenz der Landesärztekammer in politischen Gremien zwingt uns dazu“, so Prof. Dr. Jan Schulze. Ihm sei auch bewusst, dass berufstätige Ärzte diese Fülle perspektivisch nicht bewältigen könnten, wenn es neben dem Präsidenten nicht noch zwei Vizepräsidenten gäbe. „Wir möchten jedoch auch in Zukunft für diese Funktionen Ärzte gewinnen, die mit beiden Beinen im Berufsleben stehen.“

### Wahl der Kammerversammlung 2015 – 2019

Die Landeswahlleiterin, Frau Ass. jur. Annette Burkhardt, informierte die Mandatsträger über den Zeitplan für die im nächsten Jahr anstehende Wahl. Die wichtigsten Termine sind:

#### 31. Oktober 2014

Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten

#### 6. Februar 2015

Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter

#### 1. April 2015

Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes.

Über die weiteren Vorbereitungen und den Wahlverlauf wird ab September 2014 regelmäßig im „Ärzteblatt Sachsen“ und auf unserer Homepage [www.slaek.de/Kammer](http://www.slaek.de/Kammer)

wahl 2015 informiert. Hingewiesen sei insbesondere auf die Vorstellung der Kandidaten im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2015 sowie die Bekanntmachung des Wahlergebnisses im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2015. Die konstituierende Kammerversammlung findet am 12./13. Juni 2015 statt.

**Beschlüsse des  
24. Sächsischen Ärztetages**

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 13. und 14. Juni 2014 folgende Beschlüsse:

**Beschluss 1:**

Tätigkeitsbericht 2013 der Sächsischen Landesärztekammer

**Beschluss 2:**

Erweiterung der Parkplatzkapazitäten – Sachstand Bau Parkhaus

**Beschluss 3:**

Jahresabschluss 2013

**Beschluss 4:**

Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2013

**Beschluss 5:**

Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2014

**Beschluss 6:**

Nachwahl eines Mitglieds des Ausschusses Senioren

**Beschluss 7:**

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung

**Beschluss 8:**

Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung



Die Mandatsträger stimmen über die Beschlussanträge ab.

© SLÄK

**Beschluss 9:**

Satzung zur Änderung der Aufwandsentschädigungsordnung

**Beschluss 10:**

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung

**Beschluss 11:**

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung

**Beschluss 12:**

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung Künstliche Befruchtung

**Beschluss 13:**

Pyramidenprozess zur Ausbildung und Prüfung von Notfallsanitätern

**Beschluss 14:**

Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus

**Beschluss 15:**

Qualität in der medizinischen Versorgung nachhaltig fördern

**Beschluss 16:**

Verbot organisierter Beihilfe zur Selbsttötung

**Beschluss 17:**

Substitutionspraxis auf dem Prüfstand

**Beschluss 18:**

Einführung eines Impfnachweises für Masern vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung

**Beschluss 19:**

Klare Auslegungskriterien zur Umsatzsteuerpflicht auf ärztliche Leistungen

**Beschluss 20:**

Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch neue akademisierte medizinverwandte Berufe

**Beschluss 21:**

Famulaturen auch wieder im sächsischen ÖGD ermöglichen



Ass. jur. Annette Burkhardt erläutert die Wahlmodalitäten © SLÄK

Ärzteblatt Sachsen 7/2014



Dr. med. Thomas Lipp © SLÄK



Dr. med. Stefan Windau © SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Dieter Schneider  
© SLÄK

#### Beschluss 22:

Zügige Erprobung medizinischer Anwendungen in den Testregionen sichern

#### 27. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung 14. Juni 2014

##### Auszug aus der Rede des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

Ich möchte in meinem folgenden Bericht Aufschluss darüber geben, wo unser Versorgungswerk heute, nach den vielen turbulenten Jahren der eigentlich permanenten Krise steht und ob und wie es gelungen ist, den verschiedenen Anwürfen zu widerstehen und die eigenen Notwendigkeiten so zu vertreten und durchzusetzen, dass das Bild eines ordnungsmäßigen Geschäftsbetriebs gezeichnet werden kann. Dabei möchte ich meinen Vortrag anhand der Kategorien eines Risikomanagementsystems ordnen, wie es für uns bereits in Teilen zur Anwendung kommt. Auf diese Weise mache ich Sie ausschnittsweise mit unserer Version eines Risikomanagementsystems bekannt und benutze diese Struktur gleichzeitig, um Ergebnisse und Inhalte unserer Arbeit zu vermitteln. Risikomanagement stellt einen kontinuierlichen Prozess zur Identifikation, Bewertung, Steuerung und/oder Kontrolle von Risiken sowie deren Berichterstattung dar. Gerade



Dr. med. Sebastian Denzin erläuterte seinen Beschlussantrag 23  
© SLÄK

#### Vorstandsüberweisung

##### Beschluss 23:

Einführung einer Krankenversicherungschipkarte für Asylbewerber

in einer solchen Struktur wie der Sächsischen Ärzteversorgung mit der ständigen Interaktion von Ehrenamt und Verwaltung müssen die Träger der Verantwortung ein originäres Interesse an diesen Prozessen haben. Risiken des Versicherungsbetriebs finden sich unter anderen im Bereich EDV und Aktenführung und wurden im letzten Jahr mit der vollständigen Implementierung unserer neuen Mitgliederverwaltung und eines Dokumentenmanagementsystems reduziert. Operationelle Risiken konnten minimiert werden, indem Aufgaben wieder vermehrt in der Einrichtung selbst bearbeitet wurden, statt auf Fremdanbieter zu vertrauen. Neben einem messbaren Ergebnisbeitrag führte dies zu einer Erhöhung des Vertrauens der Mitarbeiterschaft in die eigene Kraft.

Risiken des Mitglieder- und Rentnerbestandes haben uns seit der Verarbeitung der neuen „Heubeck'schen Sterbetafeln“ im Jahr 2008 nicht mehr so beschäftigt wie vergangenes Jahr. So standen Überlegungen im Mittelpunkt, inwieweit die Grundlagen und Annahmen unserer Versicherungsmathematik angesichts der bekannten Lage an den Kapitalmärkten mit insbesondere dem anhaltenden Niedrigzinsumfeld noch

Alle Satzungen werden im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft auf den Seiten 281 bis 288 bekannt gemacht. Alle Beschlüsse finden Sie im vollen Wortlaut im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

#### Bekanntmachung der Termine

Die **51. Tagung der Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **8. November 2014**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer statt.

**Der 25. Sächsische Ärztetag /die 52. (konstituierende) Tagung der Kammerversammlung** werden am Freitag, dem **12. Juni 2015**, und Samstag, dem **13. Juni 2015**, in der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

zeit- und sachgerecht sind. Eine der ganz wesentlichen Stellgrößen dabei ist der sogenannte Rechnungszins. Besser als Herr Walddörfer, unser Versicherungsmathematiker im Verwaltungsausschuss, kann man es wohl nicht ausdrücken: „Der Rechnungszins im offenen Deckungsplanverfahren stellt keinen Garantiezins im Sinne der Lebensversicherung dar. Vielmehr ist er als Vorwegnahme zukünftiger Gewinne zu interpretieren. Daher stellt ein einzelnes Verfehlen dieser Zielrendite noch keine Gefahr für die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen dar. Vor dem Hintergrund der aktuellen Kapitalmarktsituation kann jedoch nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden, dass eine Verzinsung von 4 % auch zukünftig regelmäßig erreicht werden kann.“

Unser Rechnungszins beträgt seit Gründung des Werkes 4%. Nun ist aber der Rechnungszins kein Naturgesetz, sondern eine auch historisch zu erklärende Größe. So war es in der fernerer Vergangenheit, damit meine ich den Zeitraum bis etwa zur Jahrtausendwende, nicht nur quasi immer möglich, 4 % Rendite auf ein Vermögen, auf einen Deckungsstock, sicher zu erzielen, sondern es han-

delte sich über viele Jahrzehnte um eine Größenordnung, bei der bereits ein Sicherheitsabschlag auf Renditen von als sehr sicher angesehenen Anlagen vorgenommen worden war. Die Zeiten haben sich in diesem Punkt tatsächlich in Richtung Niedrigzins geändert. Sollten wir das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung also zum Beispiel zu wesentlichen Teilen in als sicher geltende zehnjährige Bundesanleihen zu einem aktuellen Zins von etwa 1,5 % p.a. investieren, entsteht eine kritische Differenz zwischen langfristig erforderlichem Zins und den erzielten Gewinnen. Diese Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit kann im Ernstfall dazu führen, dass Renten und Anwartschaften in ihrer Höhe nicht beibehalten werden können. Ein Beispiel, wie diese Verhältnisse auch anderen Systemen zu schaffen machen, ist die private Versicherungswirtschaft, die den sogenannten Garantiezins für Neuverträge zum Januar kommenden Jahres auf 1,25 % absenken muss. Der Verwaltungsausschuss hat deshalb bereits seit längerem nach Wegen zur Entspannung der Lage gesucht. Unter tätiger Mithilfe des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung wurde die aktuelle Situation, insbesondere die versicherungsmathematische Aufstellung unseres Versorgungswerkes analysiert und die Entscheidung getroffen, den Rechnungszins auf 3,5 % abzusenken. Damit wird es uns auf der Seite der Kapitalanlage deutlich besser möglich sein, zu investieren, ohne unverträglich große Risiken eingehen zu müssen. Uns kam dabei zugute, dass ohnehin eine Überprüfung unserer versicherungsmathematischen Grundlagen anstand. Das Versorgungswerk ist den Kinderschuhen entwachsen und verschiedene Annahmen der Gründerzeit erscheinen heute in einem anderen Licht. Damals war die Entwicklung vieler Sachverhalte schwer abschätzbar, weshalb pauschale und, wie wir heute wissen, recht konservative Annahmen getroffen wurden. Wir sind den Gründervätern für dieses Vorgehen dankbar, denn nichts hätte unser System mehr diskreditieren können als zu unvorsichtige

Annahmen. Unser Versicherungsmathematiker Herr Walddörfer hat das gesamte Regelwerk auf den Prüfstand und viele bisherige Normen in Frage gestellt. Dies geschah, und das betone ich hier ausdrücklich, unter Wahrung des Primats der Sicherheit unserer Rechnungsgrundlagen. Beispielfähig möchte ich die Art der Bestimmung der Rückstellung für Hinterbliebenenrenten, Waisenrenten und Kindergeldzahlungen nennen. Diese Pauschalen im versicherungstechnischen Geschäftsplan wurden auf andere Bezugsgrößen umgestellt, was wesentlich sachgerechter ist. Damit wurden letztlich in der Deckungsrückstellung Reserven freigesetzt, die zur Absenkung des Rechnungszinses Verwendung finden konnten. Ich will an dieser Stelle nochmals und abschließend zu diesem Thema unseren Aktuar Herrn Walddörfer zitieren, der die Änderungen in unserer Systematik so zusammenfasste: „Die Absenkung des Rechnungszinses von 4 auf 3,5 % erfolgt durch die Verlagerung versicherungstechnischer Sicherheitspuffer vom Risiko 'Bestands- und Beitragsänderung' hin zum Risiko 'Zins'.“ Es lässt sich damit die durchaus komfortabel zu nennende Situation feststellen, dass wir eine Änderung des Rechnungszinses ohne Eingriffe in die Leistungssystematik umsetzen konnten.

Rechtliche Risiken haben sich mehr ergeben, als uns tatsächlich gelegen sein kann. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Befreiung von Ärzten von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung vom Oktober 2012 hat vor allem dazu geführt, dass sich unsere Kollegen sehr viel häufiger, nämlich faktisch mindestens bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, ihre Befreiung bestätigen lassen mussten und müssen. Nun gab es im April dieses Jahres die Entscheidung, dass angestellte Anwälte nicht aus der Versicherungspflicht bei der Rentenversicherung Bund zu entlassen sind. Dieses Urteil erging zwar für die Anwaltschaft, berührt aber Existenzgrundlagen aller Versorgungswerke und es muss deshalb sehr gründlich



Dr. med. Steffen Liebscher © SLÄK

abgewogen werden, wie darauf zu reagieren ist. Wir empfangen auch aus unserer Mitgliedschaft die Signale, die die Besorgnis ausdrücken, dass der Ärzteschaft Ähnliches widerfahren könnte wie den Anwälten. Seien Sie versichert, dass die Sächsische Ärzteversorgung auch mithilfe der berufspolitischen Schlagkraft unseres Präsidenten ihren Einfluss geltend macht und machen wird, um unsere Positionen so zu vertreten, dass auch langfristig der Bestand und die Leistungsfähigkeit der Versorgungswerkelandschaft gewahrt bleiben. Nach unserer Überzeugung ist es nach den ergangenen Urteilen und der Vorgeschichte der Problematik bei den Juristen von besonderer Bedeutung, den Begriff der ärztlichen Tätigkeit möglichst rasch zu definieren, oder besser gesagt, diese Definition zu präzisieren. Die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Versicherung erfolgt nämlich für eine bestimmte Tätigkeit. Es kann dabei nicht sein, dass uns Ärzten per Sozialgesetzbuch oder nach der Macht des Faktischen Tätigkeitsfelder zugeordnet werden, die tatsächlich mitunter nicht mehr unmittelbar am Patient verortet sind, die aber für das Funktionieren moderner Medizin und ihrer Einrichtungen essentiell sind und diese dort tätigen Kollegen dann nicht mehr zugunsten des Versorgungswerkes befreit werden können sollen. Der Bestand der berufsständischen Werke ist durch die Urteile nicht per se in Frage gestellt.

Wir unterstützen die Arbeiten in der Bundesärztekammer zur Klarstellung der Definition ärztlicher Tätigkeit. Wir favorisieren als Sächsische Ärzteversorgung die Verankerung dieser Definition in einem Bundesgesetz, da auch die Deutsche Rentenversicherung auf dieser Ebene agiert. Meine Berichterstattung hat in den Vorjahren oft unter dem Gesichtspunkt der Betrachtung der Vermögensrisiken gestanden. Der heutige Überblick über die großen Anlage-segmente zeigt, dass es gelungen ist, den Anteil der Papiere im Direktbestand, die zu ihrem Buchwert bilanziert werden, stabil zu halten. Damit reduzieren wir Bewertungsrisiken und erreichen eine Verstetigung der Vermögensentwicklung und der Renditen.

Auch wenn die Aktienmärkte derzeit Höchststände bejubeln, so darf dies den Blick auf die Tatsache nicht verstellen, dass diese Entwicklung in erster Linie liquiditätsgetrieben ist, was bei der Politik des billigen Geldes der Zentralbanken dieser Welt nicht verwundern kann. Auch fehlen vielen Investoren Anlagealternativen. Inwieweit diese Indexstände nachhaltig sein werden sei dahingestellt. Ohne Pessimist sein zu wollen, sollte man die zunehmende Fallhöhe wahrnehmen und versuchen, das Sprungtuch, in das man in einer eventuellen Abwärtsbewegung gern fallen möchte, beständig an die Bedürfnisse anzupassen.

Einer unserer Vorteile bei der Anbahnung und Abwicklung von Geschäften ist die ständige Verfügbarkeit einer hohen Menge Eigenkapital, der andere wesentliche Vorteil, der von

unseren Partnern sehr geschätzt wird, sind unsere kurzen Entscheidungswege. Dies ist gerade beim Immobilienerwerb von großer Bedeutung. Nach Klärung der Rahmenbedingungen für die Investments im Vorfeld sind die Verantwortlichen unserer Verwaltung kurzfristig auf der Reise zu den Standorten der Immobilien überall in Europa und können binnen Tagen den Verkäufern konkretes Interesse signalisieren. So nimmt es nicht Wunder, dass wir auch in dieser angespannten Kapitalmarktsituation im vergangenen Jahr überdurchschnittlich in Immobilien investieren konnten. Dabei sind die Investments handverlesen und werfen auch ohne Einrechnung von eventuellen Bewertungsreserven durchweg über 4 % Rendite ab.

Mit der Herleitung der Höhe der Nettoverzinsung des Vermögens für das vergangene Geschäftsjahr möchte ich Sie auch ein wenig beruhigen. Noch sind bei besonnener Anlagepolitik, auch ohne das Eingehen nicht akzeptabler Risiken, 4 % und mehr erzielbar, allerdings muss dafür ein hoher Aufwand betrieben werden. Wir hoffen und wünschen uns, dass wir Ihnen auch in den Folgejahren ein derartiges Ergebnis werden präsentieren können. Das lässt die Absenkung des Rechnungszinses keinesfalls überflüssig erscheinen, kommt doch bei dadurch erhöhtem Sicherheitsniveau jeder Überzins der gesamten Versicherungsgemeinschaft zugute.

Ich danke den Mitarbeitern der Verwaltung sowie den Aktiven im Ehrenamt ganz herzlich für ihr Tun im gemeinsamen Interesse.

## Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung

Für Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, die der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung unterliegen, besteht die Möglichkeit, sich ab Beginn ihrer Mitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung zugunsten des Ver-

sorgungswerkes gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der gesetzlichen Rentenversicherung befreien zu lassen. Dazu muss ein Antrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten seit Begründung der Mitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung bzw. seit Beginn einer versicherungspflichtigen Tätigkeit gestellt werden. Bei einer späteren Beantragung erfolgt die Befreiung erst ab Zugang des Antrages bei der Sächsischen

### Beschlüsse der 27. Erweiterten Kammerversammlung

#### Beschluss Nr. SÄV 1/27/2014

Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2015 (einstimmig bestätigt)

Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2015 beträgt 40.745,00 Euro. Die am 31. Dezember 2014 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 1. Januar 2015 mit 1 % dynamisiert.“

#### Beschluss Nr. SÄV 2/27/2014

#### Jahresabschluss 2013 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (einstimmig bestätigt)

Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2013 werden bestätigt. Der Jahresabschluss 2013 wird entgegengenommen und festgestellt. Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2013 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2013 erteilt.“

#### Beschluss Nr. SÄV 3/27/2014

#### 3. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung (einstimmig bestätigt)

Die Satzungsänderungen wurden einstimmig beschlossen und werden im vollen Wortlaut im „Ärzteblatt Sachsen“ 7/2014 sowie im „Deutschen Tierärzteblatt“ 8/2014 veröffentlicht.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses  
Dipl.-Ing.oec. Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

Ärzteversorgung, in dem Fall also nicht rückwirkend zum Mitgliedschaftsbeginn, sodass es zu einer parallelen Beitragsverpflichtung kommt. Besonders bedeutsam ist die Befreiung im Falle der Berufsunfähigkeit junger Mitglieder, da bei Eintritt des Versorgungsfalles in den ersten fünf Jahren nach dem Hochschulabschluss ohne Rücksicht auf die bisherige Gesamtbeitragszahlung eine Rente von mindestens 45 % der

jeweiligen Rentenbemessungsgrundlage gezahlt wird. Die Formblätter für den Befreiungsantrag der Deutschen Rentenversicherung Bund erhalten Sie von der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung. Diese übernimmt auch die Weiterleitung an die Deutsche Rentenversicherung Bund. Entscheidend für das Befreiungsdatum ist der Posteingangsstempel der Sächsischen Ärzteversorgung.

Sobald die Deutsche Rentenversicherung Ihnen den Bescheid über die Befreiung zugesandt hat, legen Sie diesen im Original umgehend Ihrem Arbeitgeber vor. Nach erfolgter Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung entrichten Sie an die Sächsische Ärzteversorgung den gleichen Beitrag, den Sie ohne diese Befreiung an die Deutsche Renten-

versicherung zu zahlen hätten. Dieser Pflichtbeitrag ist gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV jeweils zum Ende des Kalendermonats fällig. Tritt der Versorgungsfall ein, besteht unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft sofortiger Versicherungsschutz (ohne Wartezeit). Jedoch muss mindestens ein Monatsbeitrag gezahlt worden sein. Klären Sie mit Ihrem Arbeitgeber, ob der Arbeitnehmeranteil einbehalten wird und zusammen mit dem Arbeitgeberzuschuss direkt an die Sächsische Ärzteversorgung überwiesen wird bzw. ob der Arbeitgeberanteil (Zuschuss zur Rentenversicherung) zusammen mit dem Gehalt an Sie ausgezahlt wird. In diesem Fall ist der Beitrag (Arbeitgeberzuschuss verdoppelt um den Arbeitnehmeranteil) monatlich von Ihnen direkt an die Sächsische Ärzteversorgung zu zahlen. Nutzen Sie hierzu

auch die Möglichkeit der Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren. Hat Ihr Arbeitgeber für Sie bereits Pflichtbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet, die Zeiten der jetzt vorliegenden Befreiung betreffen, beantragen Sie außerdem umgehend in Abstimmung mit Ihrem Arbeitgeber die Erstattung bei der Einzugsstelle (Krankenkasse). Die erstatteten Beiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) sind unverzüglich an die Sächsische Ärzteversorgung weiterzuleiten.

In unseren Ausführungen beziehen wir uns auf Informationen der Internetseite der Sächsischen Ärzteversorgung ([www.saev.de](http://www.saev.de)) und unserer Mitgliederinformation Nr. 6 aus dem Jahr 2013.

Dipl.-Ing.oec. Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

## MB-Monitor 2014

Junge Ärzte wollen nach ihrer Facharztprüfung mehrheitlich im Krankenhaus bleiben, allerdings sind Ärztinnen eher geneigt, im ambulanten Bereich tätig zu werden. Dies ist eines der zentralen Ergebnisse der jüngsten repräsentativen Mitgliederbefragung des Marburger Bundes (MB-Monitor 2014), in der junge Ärzte Auskunft über ihre Weiterbildung zum Facharzt und ihre beruflichen Präferenzen gegeben haben. Insgesamt erklärt mehr als die Hälfte aller Befragten (52 %), dass sie nach ihrer Facharztprüfung im stationären Bereich (ohne Reha) arbeiten möchten. Unter den männlichen Befragten wollen sogar 59 % ihre berufliche Karriere im Krankenhaus fortsetzen, bei den Ärztinnen sind es 46 %. Gleichwohl sieht ein großer Anteil unter den jungen Ärztinnen (39 %) den ambulanten Versorgungsbereich als zukünftige Wirkungsstätte, unter den männlichen Befragten können sich nur 27 % vorstellen, nach Abschluss der Facharzt-Weiterbildung in ambulante Einrichtungen zu gehen.

Der Wunsch vieler Ärztinnen, in einer Praxis oder einem Medizinischen Ver-

sorgungszentrum zu arbeiten, findet auch seine Entsprechung in der jüngsten Ärztstatistik der Bundesärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer. Danach geht der seit Jahren zu beobachtende Trend zur Anstellung in ambulanten Einrichtungen maßgeblich auf Frauen zurück.

### Befristete Verträge

Laut MB-Monitor 2014 hat die große Mehrheit der jungen Ärzte (82 %) einen zeitlich befristeten Arbeitsvertrag. In den meisten Fällen (53 %) läuft die Befristung bis zur Facharztprüfung, bei 47 % endet sie aber bereits davor. Unzufrieden ist die Mehrheit der Jungmediziner mit der Struktur und der Vermittlung der Facharzt-Weiterbildung. Fast zwei Drittel der Befragten verneinen die Frage, ob ihrer Einschätzung nach die geforderten Weiterbildungsinhalte während der alltäglichen klinischen Arbeit ausreichend vermittelt werden (51 %: „nein, eher nicht“, 12 %: „nein, gar nicht“). Von weit mehr als der Hälfte der Ärzte (58 %) wird erwartet, dass sie vorgeschriebene Weiterbildungsinhalte außerhalb der regulären Arbeitszeit absolvieren. Die hohe Arbeitsbelastung

und enge Taktung im Klinikbetrieb lässt zu wenig Raum für die Weiterbildung im normalen Tagesablauf.

Nur 15 % der Befragten geben an, dass ihnen ein strukturierter Weiterbildungsplan ausgehändigt wurde. Auch in der Interaktion zwischen den jungen Ärzten und ihren ärztlichen Weiterbildern gibt es Mängel: Nur 9 % erhalten mehrmals im Jahr ein Feedback in ihrem Fachgebiet durch den Weiterbilder, 44 % einmal im Jahr und 47 % überhaupt kein regelmäßiges Feedback. Exakt 50 % der im MB-Monitor 2014 befragten angestellten Ärzte halten ihren Weiterbilder aber „für didaktisch kompetent“, die andere Hälfte antwortete mit „Nein“.

An der Online-Befragung des Instituts für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME), Landau, im Auftrag des Marburger Bundes beteiligten sich vom 20. Januar bis 24. Februar 2014 insgesamt 1.118 angestellte Ärzte, die sich noch in ihrer Weiterbildung zum Facharzt befinden (88 %) oder im Jahr 2013 ihre Facharztprüfung bestanden haben (12 %).

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und junge Ärzte

### Leipzig

Am 5. Mai 2014 wurde zum fünften Mal eine Informationsveranstaltung für Medizinstudierende an der Universität Leipzig angeboten. Diese wurde – in Kooperation mit dem Referat Lehre der Medizinischen Fakultät Leipzig und dem StuRaMed der Universität Leipzig – organisiert durch die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen sowie das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Dank der Initiative des Leiters des POL 3-Kurses, Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, ist die Veranstaltung in den verpflichtenden POL 3-Kurs für Medizinstudierende eingegliedert und wird vom Studiendekanat und der Fachschaft unterstützt. So waren es ca. 100 Studierende, die an der Informationsveranstaltung teilnahmen.

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. med. habil. Horst-Jürgen Meixensberger referierte Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und weiterbildungsbefugter Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung, zum

Thema: „Ihre Weiterbildung in Sachsen – Organisation, Ablauf und Besonderheiten“.

Auf gute Resonanz stieß die anschließende Podiumsdiskussion zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung unter der Moderation von Prof. Dr. med. habil. Fritjoff König, Mitglied des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer. Podiumsteilnehmer waren zwei weiterbildungsbefugte Ärzte, drei Ärzte in Weiterbildung – jeweils aus Klinik und Niederlassung – und die Personalleiterin eines Krankenhauses. Bereichert wurde die Diskussion durch ein weiteres Mitglied des Ausschusses Weiterbildung, Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten.

Sie alle gingen auf wichtige Aspekte rund um die Weiterbildung, von der Stellensuche über die Bewerbung bis zur Facharztprüfung, ein und berichteten aus ihrem Alltag in Klinik und Niederlassung. Hierbei wurde deutlich, dass die Weiterbildung im Rahmen der Weiterbildungsordnung nach den beruflichen und persönlichen Zielen individuell gestaltet werden kann. Es wurde empfohlen, sich bei speziellen Fragen an das Referat Weiterbildung/Prüfungswesen der Sächsischen Landesärztekammer zu wenden. In jedem Fall sei darauf zu achten, dass die Weiterbildungsabschnitte durch einen weiterbildungsbefugten Arzt bescheinigt werden und ein Zeugnis erteilt wird. Diskutiert wurden auch die vielfältigen Möglichkeiten für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen sowie Maßnahmen, mit denen angehende Ärzte bei der Stellensuche oder der Niederlassung unterstützt werden. Alle Podiumsteilnehmer ermutigten die Studierenden, bei der Bewältigung des Ärztemangels und für eine gute Versorgung der Patienten in Sachsen mitzuwirken.

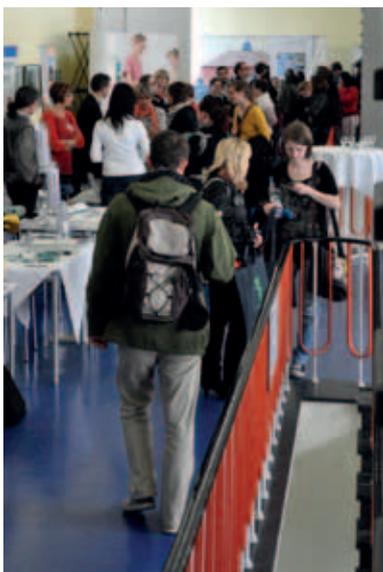
Im Anschluss an die Podiumsdiskussion fand eine umfassende Beratung an den Ständen der beteiligten Organisationen und zahlreichen sächsischen Krankenhäuser sowie der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer statt. Auch das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ war wieder vor Ort und informierte zu Fördermöglichkeiten im Freistaat.

### Dresden

Zur nunmehr 10. Informationsveranstaltung „STEX in der Tasche – wie weiter?“ für Medizinstudenten und Jungärzte hatten am 5. Juni 2014 wiederum das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen ins Medizinisch-Theoretische Zentrum der TU Dresden eingeladen.

Dr. rer. nat. Frank Bendas, Referatsleiter im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) rief die Medizinstudierenden dazu auf, die Chancen im sächsischen Gesundheitswesen zu nutzen, bevor sie über eine ärztliche Tätigkeit im Ausland nachdenken. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, stellte in seinem Vortrag Organisation, Ablauf und Besonderheiten der Weiterbildung in Sachsen heraus. Unter anderem informierte er über Fördermöglichkeiten in Studium und Weiterbildung für bestimmte Facharztgebiete, in denen in Sachsen Fachärztemangel besteht. Diese meist finanziellen Anreize dürften für manche Medizinstudierenden nicht uninteressant sein (Näheres unter [www.aerztefuer-sachsen.de](http://www.aerztefuer-sachsen.de)). Abschließend gab er ihnen die Worte des Medizinhistorikers Hermann Kerschensteiner (1873 – 1937) mit auf den Weg: „Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“

In einer anschließenden Podiumsdiskussion stellten sich nicht nur ärztliche Kollegen Fragen der ärztlichen Weiterbildung. Neben Prof. Jan Schulze waren Dr. Frank Bendas aus dem SMS beteiligt, Dr. med. Andreas Bauer als Arzt in Weiterbildung im HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen, André Gubsch als Personalleiter im Klinikum Pirna, Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler in seiner Funktion als Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landes-



Die Leipziger Informationsveranstaltung war gut besucht. © SLÄK

# Amtliche Bekanntmachungen

## Inhaltsverzeichnis

- Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 25. Juni 2014
- Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 18. Juni 2014
- Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern  
Vom 18. Juni 2014
- Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 25. Juni 2014
- Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 25. Juni 2014
- Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission  
„Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 25. Juni 2014
3. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung

## Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 25. Juni 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (Hauptsatzung) vom 7. Oktober 1994 beschlossen:

### Artikel 1

Die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 28. September 1994, Az. 52-8870-1-000/50/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1994, S. 786), zuletzt geändert mit Satzung vom 30. November 2009 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23. November 2009, Az. 21-5415.21/2, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2009, S. 629) wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Vizepräsidenten“ durch die Wörter „zweier Vizepräsidenten“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In den Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „des Vizepräsidenten“ durch die Wörter „jedes Vizepräsidenten“ ersetzt.
    - bb) In Satz 8 werden die Wörter „acht Stimmen“ durch die Wörter „sieben Stimmen“ ersetzt.
2. § 9 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter „der Vizepräsident“ durch die Wörter „ein Vizepräsident“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 werden die Wörter „Ist auch der Vizepräsident“ durch die Wörter „Sind auch die Vizepräsidenten“ ersetzt.

3. § 11 wird wie folgt gefasst:

### „§ 11 Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen

Das Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen der Sächsischen Landesärztekammer richtet sich nach der Haushalts- und Kassenordnung in der jeweils geltenden Fassung.“

### Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil.  
Jan Schulze  
Präsident

Dr. med.  
Michael Nitschke-Bertaud  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. Juni 2014, AZ 26-5415.21/2 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, 25. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 18. Juni 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 874, 881) geändert worden ist, in Verbindung mit den §§ 5 Abs. 5, 8 Abs. 3 und 12 Abs. 4 der Hauptsatzung vom 7. Oktober 1994, die zuletzt mit Satzung vom 30. November 2009 (ÄBS S. 629) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am ... Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 beschlossen:

## Artikel 1

Die Geschäftsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1994, S. 789) wird wie folgt geändert:

§ 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „der Vizepräsident“ durch die Wörter „ein Vizepräsident“ ersetzt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „Ist auch der Vizepräsident“ durch die Wörter „Sind auch die Vizepräsidenten“ ersetzt.

## Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud Schriftführer
---	---

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

Dresden, 18. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

---

# Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern

Vom 18. Juni 2014

Aufgrund der §§ 12 Abs. 3, 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, in Verbindung mit § 13 Abs. 1 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (Hauptsatzung) vom 7. Oktober 1994 (ÄBS S. 786), die zuletzt durch Satzung zur Änderung der Hauptsatzung vom 30. November 2009 (ÄBS S. 629) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern vom 10. Oktober 1992 beschlossen:

## Artikel 1

Die Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern vom 10. Oktober 1992, zuletzt geändert mit Satzung vom 24. Juni 2013 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2013, S. 292), wird wie folgt geändert:

§ 3 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1, Nummer 2 wird wie folgt gefasst:  
„2. Vizepräsidenten je 3.000,00 EUR“
2. Absatz 2, Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 5 wird die Angabe „770,00 EUR“ durch die Angabe „1.280,00 EUR“ ersetzt.

b) In Nummer 7 wird die Angabe „1.025,00 EUR“ durch die Angabe „1.280,00 EUR“ ersetzt.

3. In Absatz 4, Satz 1 werden die Wörter „des Vizepräsidenten“ durch die Wörter „der Vizepräsidenten“ ersetzt.

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud Schriftführer
---	---

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 18. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 25. Juni 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 beschlossen:

## Artikel 1

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14. März 1994, Az. 52-8870-1-000/10/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/1994, S. 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 23. November 2011 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 22. November 2011, AZ 26-5415.21/5, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2011, S. 666) wird wie folgt geändert:

Das Gebührenverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. Nummer 5 wird wie folgt gefasst:  
„5. Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen  
5.1. automatische Anerkennung  
100,00 EUR  
5.2. Feststellung der Gleichwertigkeit ohne Prüfung  
300,00 EUR bis 800,00 EUR  
5.3. Feststellung der Gleichwertigkeit mit Prüfung  
500,00 EUR bis 1.000,00 EUR“
2. Nummer 7 wird wie folgt geändert:
  - a) Nummer 7.2. wird wie folgt gefasst:  
„7.2. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der beruflichen Fortbildung  
7.2.1. Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung  
- mit Abschlussprüfung 200,00 EUR  
- je Wiederholungsprüfung  
- schriftlicher Teil (je Modul) 80,00 EUR  
- mündlich/praktischer Teil 150,00 EUR  
7.2.2. Verfahren zur Anerkennung weiterer Fortbildungen 50,00 EUR bis 150,00 EUR“
  - b) In Nummer 7.5. wird nach dem Wort „Fortbildungsveranstaltungen“ das Wort „(Drittanbieter)“ eingefügt.
  - c) Nach Nummer 7.5. wird folgende Nummer angefügt:  
„7.6. Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von ausländischen Berufsqualifikationen für den Beruf Medizinische(r) Fachangestellte(r) 100,00 EUR bis 500,00 EUR“
3. In den Nummern 9.3.1., 9.5.1. und 9.9.1. wird die untere Rahmengebühr von „250,00 EUR“ auf „100,00 EUR“ geändert.
4. Nach Nummer 10.3. wird folgende Nummer angefügt:  
„10.4. Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin  
je Datensatz 1,30 EUR bis 2,00 EUR“

## Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Präsident	Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud Schriftführer
---	---

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. Juni 2014, AZ 26-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, 25. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 25. Juni 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und §§ 18 ff. des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) vom 26. November 2005 beschlossen:

## Artikel 1

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 25. November 2005, Az. 21-5415.21/7, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2005, S. 584), zuletzt geändert mit Satzung vom 23. November 2011 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 22. November 2011, AZ 26-5415.21/7, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2011, S. 639) wird wie folgt geändert:

1. Im **Inhaltsverzeichnis** werden im Abschnitt A die Angaben zu §§ 18, 18a, 18b, 18c und 19 gestrichen und durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 18 Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung

§ 18a Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung

§ 19 Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung

§ 19a Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung“

2. Im **Abschnitt A** (Paragraphenteil) werden die §§ 18, 18a, 18b, 18c und 19 gestrichen und durch folgende Regelungen ersetzt:

### „§ 18

**Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat,**

### **dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung**

(1) Wer ein fachbezogenes Diplom, ein fachbezogenes Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Ausbildungsnachweis (Weiterbildungsnachweis) besitzt, das oder der nach dem Recht der Europäischen Union oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertrag, mit dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, gegenseitig automatisch anzuerkennen ist, erhält auf Antrag die Anerkennung der Facharztbezeichnung. Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(2) Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der eine Weiterbildung belegt, die vor den im Anhang V Nummer 5.1.2. der Richtlinie 2005/36/EG genannten Stichtagen begonnen wurde, erhält auf Antrag die Anerkennung bei Vorlage einer Bescheinigung durch die zuständige Behörde oder eine andere zuständige Stelle des Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaates, in dem der Weiterbildungsnachweis ausgestellt wurde, über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach Art. 25 oder Art. 28 der Richtlinie 2005/36/EG (Konformitätsbescheinigung) oder bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen durch Vorlage einer Bescheinigung, aus der sich ergibt, dass diese Person während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffende ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat. Für Weiterbildungsnachweise aus der früheren Tschechoslowakei, der früheren Sowjetunion sowie vom früheren Jugoslawien gelten die Sonderregelungen in Art. 23 Abs. 3 bis 5 der Richtlinie 2005/36/EG.

Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der nach den in Anhang V Nummer 5.1.2. der Richtlinie 2005/36/EG genannten Stichtagen ausgestellt und nicht einer in Anhang V Nummern 5.1.3. oder 5.1.4. genannten Bezeichnung entspricht, erhält auf Antrag die Anerkennung bei Vorlage einer Konformitätsbescheinigung sowie einer Erklärung durch die zuständige Behörde oder durch eine andere zuständige Stelle des Herkunftsmitgliedstaates darüber, dass der Weiterbildungsnachweis dem Weiterbildungsnachweis gleichgestellt wird, dessen Bezeichnung in Anhang V Nummern 5.1.2., 5.1.3. oder 5.1.4. der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt ist.

Die Bescheinigungen nach den Sätzen 1 bis 3 gelten als Weiterbildungsnachweise nach Absatz 1 und werden automatisch anerkannt. Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(3) Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der nicht nach Absatz 1 oder 2 automatisch anzuerkennen ist, erhält auf Antrag die Anerkennung einer Facharztbezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist.

Gleiches gilt bei Vorliegen eines Weiterbildungsnachweises aus einem anderen als den in Absatz 1 genannten Gebieten (Drittstaat), der durch einen anderen Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaat anerkannt worden ist, wenn der Antragsteller drei Jahre die betreffende ärztliche Tätigkeit im Hoheitsgebiet des Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaates ausgeübt hat, der diesen Nachweis anerkannt und die zuständige Behörde oder eine andere zuständige Stelle dieses Staates ihm dies bescheinigt hat.

Der Weiterbildungsstand ist als gleichwertig anzusehen, wenn die Weiterbildung des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede

gegenüber der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung aufweist; zudem muss die Gleichwertigkeit der vorangegangenen ärztlichen Grundausbildung durch die zuständige Behörde festgestellt werden.

Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn

1. die nachgewiesene Weiterbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der durch diese Weiterbildungsordnung festgelegten Weiterbildungsdauer liegt oder
2. in der nachgewiesenen Weiterbildung Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten fehlen, deren Erwerb eine wesentliche Voraussetzung für die beantragte Bezeichnung wäre.

Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ausgeglichen werden, die von den Antragstellern im Rahmen ihrer Berufspraxis in einem Mitgliedstaat, einem EWR-Staat, einem Vertragsstaat oder einem Drittstaat erworben wurden. Wurden wesentliche Unterschiede nicht durch Berufspraxis ausgeglichen, ist hierüber ein Bescheid verbunden mit dem Angebot einer Eignungsprüfung zu erteilen. Hierin sind die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mitzuteilen, in denen wesentliche Unterschiede bestehen und auf die sich die Eignungsprüfung erstrecken soll. Für die Eignungsprüfung gelten – mit Ausnahme von § 14 Abs. 2, 4 und 5 – die §§ 13 bis 16 entsprechend. Die Dauer der Prüfung beträgt mindestens 30 Minuten.

(4) Die Ärztekammer bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen. Spätestens drei Monate nach Eingang der vollständigen Unterlagen ist über die Anerkennung zu entscheiden. In Fällen des Absatzes 3 verlängert sich die Frist um einen Monat innerhalb derer über die Durchführung der Eignungsprüfung zu entscheiden ist. Die Ärztekammer erteilt auf Anfrage Auskunft zur Weiterbildungsordnung und zum Verfahren der Anerkennung.

(5) Für die Anerkennung der Weiterbildungsnachweise nach den Absätzen 1 bis 3 sind vom Antragsteller folgende Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen:

1. die Approbation oder Berufserlaubnis zuzüglich Nachweis über den gleichwertigen Ausbildungsstand,
2. ein Identitätsnachweis,
3. eine tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung und die Berufspraxis,
4. eine amtlich beglaubigte Kopie der Weiterbildungsnachweise sowie Bescheinigungen über die Berufspraxis,
5. in Fällen des Absatzes 2 Konformitätsbescheinigungen oder Tätigkeitsnachweise über die letzten fünf Jahre,
6. in Fällen des Absatzes 3 zusätzliche Nachweise zur Prüfung der Gleichwertigkeit,
7. für den Fall, dass in einem anderen Mitgliedstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat ein Nachweis über eine Weiterbildung ausgestellt wird, die ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert wurde, Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten durch die zuständige Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden,
8. eine schriftliche Erklärung, ob die Anerkennung der Weiterbildungsnachweise bereits bei einer anderen Ärztekammer beantragt wurde oder wird.

Soweit die unter Nrn. 4 bis 8 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde. Der Antragsteller ist verpflichtet, alle für die Ermittlung der Gleichwertigkeit notwendigen Unterlagen vorzulegen sowie alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Kommt der Antragsteller dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erschwert, kann

die Ärztekammer ohne weitere Ermittlungen entscheiden. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller in anderer Weise die Aufklärung des Sachverhalts erschwert. Der Antrag kann wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt werden, nachdem der Antragsteller auf die Folge schriftlich hingewiesen worden ist und der Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer angemessenen Frist nachgekommen ist. Ist der Antragsteller aus Gründen, die er darzulegen hat, nicht in der Lage, die notwendigen Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen, kann sich die Ärztekammer an die Kontaktstelle, die zuständige Behörde oder an eine andere zuständige Stelle des Herkunftsstaates wenden.

(6) Die Ärztekammer darf Auskünfte von den zuständigen Behörden oder von anderen zuständigen Stellen eines anderen Herkunftsstaates einholen, soweit sie berechtigte Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des Antragstellers hat.

(7) Die Ärztekammer bestätigt der zuständigen Behörde oder einer anderen zuständigen Stelle auf Anfrage sowohl die Authentizität der von ihr ausgestellten Bescheinigung als auch, dass die Mindestanforderungen an die Weiterbildung nach Art. 25 und 28 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt sind.

### § 18a

#### **Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung**

(1) Für die Fälle einer Anerkennung nach § 2 Abs. 3 und 4 gilt § 18 Abs. 3 bis 7 entsprechend.

(2) § 18 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 findet keine Anwendung. Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn sich die Dauer der nachgewiesenen Weiterbildung gegenüber der in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Weiterbildung deutlich unterscheidet.

### § 19

#### **Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung**

(1) Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der in einem Drittstaat ausgestellt wurde, erhält auf Antrag die Anerkennung der Bezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(2) Für die Überprüfung der Gleichwertigkeit gilt § 18 Abs. 3 Sätze 3 bis 5 entsprechend. Der Nachweis der erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wird durch das Ablegen einer Prüfung erbracht. Für die Prüfung gelten die §§ 13 bis 16 entsprechend. Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind nach Satz 2 auch nachzuweisen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person des Antragstellers liegen, von diesem nicht vorgelegt werden können.

(3) Für das Anerkennungsverfahren gelten die Vorschriften über Fristen, Unterlagen und Bescheinigungen sowie Auskünfte nach § 18 Abs. 4 Sätze 3 und 4, Abs. 5 Sätze 1 bis 6 sowie Abs. 6 entsprechend.

## § 19a

### **Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung**

(1) Für die Fälle einer Anerkennung nach § 2 Abs. 3 und 4 gilt § 19 Abs. 2 und Abs. 3 entsprechend.

(2) § 18 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 findet keine entsprechende Anwendung. Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn sich die Dauer der nachgewiesenen Weiterbildung gegenüber der in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Weiterbildung deutlich unterscheidet.“

## **Artikel 2**

Die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil.  
Jan Schulze  
Präsident

Dr. med.  
Michael Nitschke-Bertaud  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. Juni 2014, AZ 26-5415.21/7 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, 25. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

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

Vom 25. Juni 2014

Aufgrund von § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, § 8 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 und § 17 Abs. 1 Nr. 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Juni 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer vom 6. Juli 2006 beschlossen:

## Artikel 1

Die Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer vom 6. Juli 2006 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 6. Juli 2006, Az. 21-5415.21/16, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2006, S. 407), zuletzt geändert mit Satzung vom 1. Dezember 2010 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23. November 2010, Az. 26-5415.21/16, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2010, S. 659), wird wie folgt geändert:

1. In § 2, Nummer 4 werden die Wörter „des Deutschen IVF-Registers (DIR)“ durch die Wörter „der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin““ ersetzt.
2. Die **Anlage 1 – Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser** – zur Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“, Buchstabe B, Ziffer VI., Nummer 2.5, wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter „an die Sächsische Landesärztekammer“ durch die Wörter „an die „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin“ als für die Datenannahme zuständige Stelle“ ersetzt.
  - b) Satz 2 wird gestrichen.
3. Die **Anlage 2 – Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen** – zur Geschäftsordnung der Kommission

„Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“, Buchstabe F, Ziffer IV., Nummer 1, wird wie folgt geändert:

- a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:  
„Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung hat die Leitung der Arbeitsgruppe der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin“ als für die Datenannahme zuständige Stelle jährlich eine EDV-gestützte Dokumentation über die Arbeit der Arbeitsgruppe entsprechend dem Fragenkatalog der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen. Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass der Sächsischen Landesärztekammer und der Leitung der Arbeitsgruppe die Beurteilung der Tätigkeit der Arbeitsgruppe ermöglicht wird.“
- b) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

## Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

Dresden, 14. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil.  
Jan Schulze  
Präsident

Dr. med.  
Michael Nitschke-Bertaud  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 23. Juni 2014, AZ 26-5415.21/16 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, 25. Juni 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Sächsische Ärzteversorgung

## 3. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung

Aufgrund von § 6 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Freistaat Sachsen vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267), beschließt die Erweiterte Kammerversammlung folgende Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung.

### Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung in der Fassung vom 28. Juni 2008, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 9. September 2008, AZ 32-5248.12/38 (veröffentlicht als Beilage im Ärzteblatt Sachsen 10/2008, S. 515 und im Deutschen Tierärzteblatt 11/2008, S. 1572)

und der 1. Änderungssatzung vom 20. Juni 2009, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2009, AZ 32-5248.12/40 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 7/2009, S. 394 und im Deutschen Tierärzteblatt 8/2009, S. 1127)

und der 2. Änderungssatzung vom 22. Juni 2013, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 2. Juli 2013, AZ 32-5248.12/46 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 8/2013, S. 326 und im Deutschen Tierärzteblatt 9/2013, S. 1339) wird wie folgt geändert:

1. Bei § 9 Abs. 1 wird die Angabe „(1)“ ersatzlos gestrichen. § 9 Abs. 2 wird gestrichen.
2. § 32 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:  
(2) Das Kindergeld kann auf Antrag über die Volljährigkeit hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt werden, solange das Kind in Berufsausbildung steht, einen gemeinnützigen freiwilligen Dienst leistet oder dauernd erwerbsunfähig ist.

3. § 34 Abs. 4 Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:  
(4) Der Anspruch auf Waisengeld erlischt  
1. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Waise volljährig wird. Das Waisengeld wird auf Antrag über die Volljährigkeit hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gezahlt, solange die Waise in Berufsausbildung steht, einen gemeinnützigen freiwilligen Dienst leistet oder dauernd erwerbsunfähig ist.

### Artikel II Inkrafttreten

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten zum 1. September 2014 in Kraft.

Dresden, den 14. Juni 2014

gez. Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

gez. Dr. med. vet. Jens Achterberg  
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

### Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Bescheid vom 24. Juni 2014, AZ 32-5248.12/48, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 3. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden, den 25. Juni 2014

Siegel

gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Der Präsident

ärztekammer, aber auch als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe im Klinikum St. Georg, Leipzig, Dipl.-Med. Christine Kosch als niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Pirna, Dr. med. Rudolf Lehle als Ärztlicher Leiter und Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen/Großweitzschen und Susanne Neubert als weitere Ärztin in Weiterbildung in der Praxis von Dr. med. Frank Neubert in Lohmen. Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung in Wurzen, moderierte die Veranstaltung. Die älteren Mediziner ließen gedanklich die sehr ungünstigen Bedingungen in der Weiterbildung bis vor ca. 20 Jahren aufleben vor der Einführung des Arbeitszeitgesetzes. Heute

sind Weiterbildung UND Familiengründung besser vereinbar, wobei es natürlich auch hier Unterschiede je nach Weiterbildungsstätte und Fachgebiet gibt.

Herr Dr. Bauer sieht den Erfolg der eigenen Weiterbildung auch von den eigenen Ansprüchen und dem Engagement abhängig, zum Beispiel nach Feierabend sein Fachwissen noch zu vertiefen. Herr Gubsch schilderte als Personalleiter die Bemühungen seiner Klinik, wenn möglich auch Teilzeitwünsche und Wünsche nach Erziehungszeiten der Ärzte zu ermöglichen, um kompetentes Personal zu halten. Frau Neubert hat die Erfahrung gemacht, dass Familie und Weiterbildung im niedergelassenen Bereich besser in Einklang zu bringen sind als in der Klinik. Dies konnte Frau Kosch nur bestätigen, die noch einmal für die selbstbestimmte Tätigkeit als Hausarzt warb. Vor, während und nach der Vortragsveranstaltung



Reger Andrang am Informationsstand der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK

bestand die Möglichkeit, sich an den Informationsständen der Körperschaften und von 17 sächsischen Krankenhäusern zu informieren und Fragen gleich vor Ort zu stellen. Die Studierenden nutzten diese Möglichkeit sehr intensiv, sodass die sächsische Ärztekammer diese Veranstaltung auch im kommenden Jahr wiederholen wird.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Mitgliederversammlung in Chemnitz

Am 29. April 2014 hieß der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) seine Mitglieder zur jährlichen Mitgliederversammlung herzlich willkommen. Leider war wie auch in den vergangenen Jahren die Teilnehmerzahl sehr überschaubar. Traditionell war der erste Tagesordnungspunkt der Tätigkeitsbericht des Vorstandes. Der Vorsitzende, Dr. med. Andreas Bartusch, übernahm das Amt des Referenten und berichtete über die Arbeit des Vorstandes im vergangenen Jahr. Hauptthemen waren die Organisation der Fortbildungsveranstaltungen, die kulturellen Veranstaltungen für die Senior-Ärzte von Chemnitz und die Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient. Auf den letzten Punkt ging Dr. Bartusch besonders ein, da sich in letzter Zeit Patientenbeschwerden häuften, in denen der raue Umgangston in einigen Arztpraxen der Anlass der Beschwerde war. Leider verstanden einige Ärzte das angebotene Vermittlungsverfahren nicht als Chance, ein (vermeidbar-

res) Ärgernis auf niedrigem Level zu einem guten Ende zu führen, sondern fühlten sich von „der Kammer“ angegriffen, vorverurteilt und unverstanden. Bei einem Vermittlungsverfahren geht es aber nicht um fachliche Bewertungen, sondern nur um eine Schlichtung in einer „verfahren Situation“. „Die Kammer“ (ver-)urteilt nicht, sondern bittet darum, dass der Arzt den Vorfall aus seiner Sicht schildert. Oft könnten ein paar Worte der Erklärung (zum Beispiel eine besondere Belastung an diesem Tag oder ähnliches) und eventuell eine Entschuldigung die Wogen rasch wieder glätten. Natürlich muss das bei einem Patienten, der sich offen aggressiv zeigt und beleidigend auftritt, anders bewertet werden.

Auch in der Kreiskammer geht es um Geld – für die Verwendung desselben legt der Vorstand jährlich vor der Mitgliederversammlung Rechenschaft ab. Dr. Bartusch stellte den Finanzbericht der Kreisärztekammer vor – die Gelder wurden satzungsgemäß verwendet – der Haushalt ist ausgeglichen. Die Anwesenden bestätigten den Finanzbericht.

Eine rege Diskussion entspann sich zu den Themen: „Termine für Patienten beim Facharzt“ und „Erreichbarkeit von Arztpraxen im Notfall“. Die Mitglieder berichteten von Erfahrungen und Problemen, die sie sowohl selbst erlebten als auch von ihren Patienten erfuhren. Teils extrem lange Terminvergabezeiten bei Fachärzten sind in Chemnitz häufig an der Tagesordnung. Das Ausweichen von Patienten mit Akutbeschwerden auf die Notaufnahmen der Krankenhäuser überfüllen diese, obwohl die Beschwerden vom Kassenärztlichen Notfalldienst zu behandeln wären. Leider musste der Vorsitzende hier klarmachen, dass dies nicht im Einflussbereich der Kammer liegt, dafür sollte die Kassenärztliche Vereinigung angesprochen werden.

Dr. Bartusch dankte allen, die an der erfolgreichen Bilanz der Kreisärztekammer im Jahr 2013 mitgearbeitet haben.

Für die Fortbildung der Teilnehmer der Mitgliederversammlung zeichnete Dr. med. Axel Hofmann von der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen mit seinem Referat „Wich-

tige Gesichtspunkte der Hygiene in der Arztpraxis“ verantwortlich. Im Anschluss an das Referat entwickelte sich eine rege Diskussion. Auftretende Fragen der Zuhörer konnten vom Referenten dabei gleich beantwortet werden.

## Zwangsbehandlung in der Medizin

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin sowie der Ausschuss Sucht und Drogen der Sächsischen Landesärztekammer führen am 10. September 2014 eine Tagung unter dem Thema „Zwangsbehandlung in der Medizin – umstritten, aber notwendig?“ durch. Die Tagung richtet sich nicht nur an Ärzte oder medizinisches Personal sondern auch an Juristen und Mitarbeiter der Sozial- und Betreuungsgerichte.

Behandlungen gegen den Willen des Patienten kommen nicht nur in der Psychiatrie, sondern im gesamten medizinischen und pflegerischen Alltag vor. Aber was bedeutet „freier Wille“ aus philosophischer, juristischer und ärztlicher Sicht? Die Referenten, Prof. Dr. phil. Matthias Kaufmann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Dr. med.

Im nächsten Jahr wird die Mitgliederversammlung auch eine Wahlveranstaltung werden. Der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) wird neu gewählt. Es wäre wünschenswert, wenn in Zukunft mehr und jüngere Ärzte Interesse an der

Rudolf Lehle, Ärztlicher Direktor im Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen, sowie apl. Prof. Dr. Adrian Schmidt-Recla von der Juristenfakultät der Universität Leipzig, werden in ihren Eingangsreferaten Antworten auf diese Frage geben. Im Anschluss wird auf der Basis von Fall-darstellungen über die Problematik diskutiert. Alle Teilnehmer haben die Möglichkeit, eigene Beispiele aus der klinischen oder juristischen Praxis in die Diskussion einzubringen. Die Vorstellung und Diskussion der Fallvignetten erfolgt durch Prof. Dr. med. Frank Oehmichen von der Bavaria Klinik Kreischa, durch Dr. med. Andreas von Aretin, St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig, und durch Dr. med. Frank Härtel, Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen der Sächsischen Landesärztekammer. Anlass der Tagung ist die geplante Änderung des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten.

berufspolitischen Arbeit aufbringen könnten – letztendlich geht es um die ureigensten Interessen der Ärzteschaft.

Dr. med. Andreas Bartusch  
Vorsitzender  
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Mit dem Gesetz soll der höchststrichterlichen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung Rechnung getragen und die bestehenden juristischen Unsicherheiten in Sachsen beseitigt werden.

**Termin: 10. September 2014, 16.00 Uhr**

Veranstaltungsort:  
Sächsische Landesärztekammer,  
Erwin-Payr-Saal, Schützenhöhe 16,  
01099 Dresden.  
Die Bewertung für das Sächsische  
Fortbildungszertifikat erfolgt mit  
3 Punkten.

Anmeldung bis 1. September 2014  
an das Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Telefon: 0351 8267161  
oder Fax: 0351 8267162 oder  
E-Mail: presse@slaek.de.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Ehrung für Bemühungen um Organspende

Ärzte und Pflegende des Lausitzer Seenland Klinikums GmbH in Hoyerswerda haben sich in besonderer Weise für die Organspende eingesetzt. Dafür wurden sie im Mai von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) geehrt. Insbesondere die Fortbildung von Pflegekräften und Ärzten, die Benennung eines Transplantationsverantwortlichen sowie eine frühzeitige Identifizierung von potenziellen Spendern haben zu der Ehrung geführt. Hinzu kommt die Optimierung des Melde- und Explantierungsverfahrens. Diese

Verbesserungen und Bemühungen sind das Ergebnis der Initiative von Dr. med. Bertram Huber, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Die DSO zeichnet seit 2002 Krankenhäuser aus, die sich mit besonderem Engagement für die Organspende eingesetzt haben. Ziel ist es, die Anstrengungen der Krankenhäuser zu würdigen und sie damit zu weiterem Einsatz für die Organspende zu motivieren. Außerdem soll die Auszeichnung ein Ansporn für andere Krankenhäuser sein, sich in der Organspende zu engagieren.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



OA Heiko Sahre, OÄ Kathrin Schloßhauer, CA Dr. med. Bertram Huber, Simone Fuhrmann (leitende Anästhesieschwester), Andreas Grahlmann (Geschäftsführer), Dr. Stephan Koch (SMS) (v.l.)

## Verstorbene Kammermitglieder

01. 12. 2013 bis 13. 6. 2014

„Außer der Zeit gehört mir nichts.“  
Seneca

**Dr. med. Evelyn Albrecht**  
Stollberg

**Dipl.-Med. Gisela Arlt**  
Werdau

**Dr. med. Wolfgang Beier**  
Torgau

**Prof. Dr. med. habil. Klaus Beyreiß**  
Markkleeberg

**Dr. med. Hella Böhme**  
Dresden

**Dr. med. Reinhard Böhmer**  
Chemnitz

**Dr. med. Helmut Born**  
Dresden

**Dr. med. Helga Böttiger**  
Leipzig

**Dr. med. Wolfgang Buchhalter**  
Görlitz

**Dipl.-Med. Elke Cieslack**  
Grimma

**Dr. sc. med. Christoph Cordes**  
Bad Lausick

**Dr. med. Werner Eichfeld**  
Leipzig

**Dr. med. Kurt Engelke**  
Radebeul

**Dipl.-Med. Wolfgang Engmann**  
Glauchau

**Dr. med. Rolf Ettelt**  
Döbeln

**Dr. med. Wolfhard Fischer**  
Bad Düben

**Dr. med. Sigrid Friedrich**  
Leipzig

**Dr. med. Birgit Glatz**  
Weißwasser

**Dr. med. Irmgard Günther**  
Wittgensdorf

**Dr. med. Manfred Güttler**  
Limbach-Oberfrohna

**Barbara Huschke**  
Löbau

**Dr. med. Heinz Jahn**  
Rötha

**Prof. Dr. sc. med.  
Wolfgang Kaden**

Bernsbach

**Dr. med. Klaus-Peter Kirsch**  
Leipzig

**Dr. med. Christel Kolbe**  
Dresden

**Dr. med. Petra Lehmann**  
Dippoldiswalde

**Dr. med. Christa Lenk**  
Zwickau

**Dr. med. Volker Lorenz**  
Zwickau

**Dr. med. Frank-Dietmar Mederacke**  
Meißen

**Lazaros Metallidis**  
Chemnitz

**Dr. med. Cornelia Mosbah**  
Altenburg

**Dr. med. Ilse Moser**  
Syrau

**Doz. Dr. med. habil.  
Hans-Joachim Naumann**

Dresden  
**Dr. med. Margarete Nicolai**  
Freiberg

**Dr. med. Hans-Christian Rabold**  
Leipzig

**Dr. med. Brigitte Rausch**  
Dresden

**Dr. med. Wolfgang Reuner**  
Bautzen

**Dr. med. Herbert Richter**  
Leipzig

**Isolde Riedel**  
Bad Düben

**Dr. med. Wolfgang Rothe**  
Machern

**Dr. med. Gisela Rucker**  
Bannewitz

**Dr. med. Karl Scheibner**  
Chemnitz

**Dr. med. Rudolf Scheller**  
Oberschindmaas

**Dr. med. Hannelore Schenkel**  
Werdau

**Dr. med. Ilse Schieck**  
Leipzig

**Dr. med. Ludwig Schindler**  
Marienberg

**Dr. med. Dieter Schmidt**  
Dresden

**Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Alfred Schröder**

Chemnitz

**Horst Streller**  
Dresden

**Waldemar Stroh**  
Chemnitz

**Dr. med. Hans-Georg Thiel**  
Zwickau

**Dr. med. Eckart Töppich**  
Ullersdorf

**Doz. Dr. med. habil.  
Ilse Trautmann**

Leipzig

**Dipl.-Med. Dietmar Uhlemann**  
Burgstädt

**Dr. med. Edith Vogler**  
Plauen

**Harald Walter**  
Sebnitz

**Mirosława Wiesner**  
Freiberg

**Dr. med. Jörg Willgerodt**  
Leipzig

**Ilse Winkelmann**  
Auerbach

**Dr. med. Manfred Woidak**  
Böhlen

**Dr. med. Erwin Zocher**  
Delitzsch

# Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit – Vorwort –

## Bemerkungen zu Suchterkrankungen und ihrer Behandlung

In Sachsen dominieren Berichte über die Crystalabhängigkeit die Nachrichtenlage bei Suchterkrankungen. Methamphetaminfälle stellen tatsächlich den höchsten Anteil der Klienten mit illegalen Drogen von Sucht- und Beratungsstellen (Abb. 1). Die Majorität der Suchtpatienten ist aber nach wie vor alkoholabhängig. In den Sucht- und Beratungsstellen (SBB) sind das 52 % von 27.000 Klienten, stationär 79 % von 22.321 mit suchtspezifischer Diagnose behandelten Patienten (Abb. 2) für das Jahr 2012 in Sachsen. Von 2002 bis 2012 stieg die Zahl der stationär mit suchtspezifischer Diagnose Behandelten (F10-19 n. ICD 10) um 22 % an. Einen Überblick über die Jahresprävalenz verschiedener Suchtprobleme gibt die Tab. 1.

Die Behandlung von Suchterkrankungen ist einfach und schwer zugleich, denn Abstinenz ist das überdauernde, wenn auch nicht glatt zu erreichende Hauptziel. Substitutive Behandlungsformen kommen nur in eingegrenzten Indikationsbereichen zur Geltung. Sie haben stets mit der Tendenz zur Ausweitung der Dosis und der Mittelpalette – Beikonsum – zu kämpfen und stehen im Risiko, statt Behandlungsmaßnahme zu sein, einen neuen Lebensstil mit Drogen am Rande der Gesellschaft und zu ihren Lasten zu etablieren. Wie die PREMOS-Studie unlängst zeigte, wird auch Komorbidität nicht verringert.

Bei Alkoholabhängigkeit beginnt die Behandlung häufig mit dem Entzug, der nur in sehr begründeten Fällen medikamentenfrei möglich ist. Je nach Schwere, Komorbidität und Verlauf stehen eine Vielzahl von medikamentösen Alternativen zur Verfügung. Für leichtere ambulant zu bewältigende Entzüge bieten sich zum Beispiel Oxcarbazepin oder eine



Abb. 1

Quelle: SLS-Standardisierte Jahresberichte 2001 – 2013



Abb. 2

Quelle: www.gbe-bund.de

Tab. 1: Daten zur Jahresprävalenz ausgewählter Suchtprobleme in Deutschland und Sachsen

Suchtform	Prävalenz in % (18-64 Jahre)	Anzahl Betroffener in Deutschland <sup>1</sup>	Anzahl Betroffener in Sachsen (Hochrechnung) <sup>2</sup>
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	3,4 %	1,8 Mio.	85.000
<b>Alkoholmissbrauch</b>	3,1 %	1,6 Mio.	78.000
<b>Illegale Drogen</b> (darunter z. B. Crystal, Cannabis, Opiate, Kokain)			
<b>Abhängigkeit</b>	0,6 %	320.000	15.000
<b>Missbrauch</b>	0,55 %	280.000	14.000
<b>Medikamentenabhängigkeit</b> (vor allem Benzodiazepine)	4,5 %	2,3 Mio.	110.000
<b>Pathologisches Glücksspielen</b>	0,4 %	200.000	10.000
<b>Online-/Mediensucht</b>	1 % (14-64 Jahre)	500.000	25.000

<sup>1</sup> basieren auf 51.743.922 Personen der Altersgruppe, <sup>2</sup> basierend auf 2.507.140 Personen der Altersgruppe (Statistisches Bundesamt)

Quellen: substanzbezogene Störungen – Pabst u.a. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012 Glücksspielsucht – DHS (2013) Jahrbuch Sucht Online-/Mediensucht: Abschlussbericht PINTA 2011

Kombination von langwirksamen Benzodiazepinen mit Haloperidol an. Stationär bleibt das Mittel der Wahl Clomethiazol. Die Substitution von Vitaminen sowie die Gabe von Mineralien und Spurenelementen sollte frühzeitig und intensiv in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung durchgeführt werden. Später setzt sich nur die medikamentöse Behandlung wegen der oft vorhandenen Komorbidität fort (bei Psycho-

sen, Depressionen). Nach dem Entzug dominieren sonst aber Rehabilitation, Psycho- und Soziotherapie und langfristige Kontakte zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen den Ablauf. Seit Jahrzehnten wurde eine Unterstützung des weiteren Verlaufs durch rückfallprophylaktische Medikamente versucht. Darüber informiert der nachfolgende Artikel.

Dr. med. Frank Härtel, Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen

# Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit

M. Siepmann<sup>1,2</sup>, A. I. Penzlin<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

Der Einsatz von Medikamenten für die Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit begründet sich darin, dass nur ein geringer Teil der Betroffenen durch die Einrichtungen des Suchthilfesystems (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Fachkliniken) erreicht wird und der Verlauf von Patienten, die ausschließlich psychosoziale Maßnahmen erhalten, durch häufige Rückfälle gekennzeichnet sein kann. Arzneistoffe kommen als adjuvante Behandlungsoption für die abstinentorientierte Entwöhnungsbehandlung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit in Betracht. Diskutiert wird ein Paradigmenwechsel von abstinentorientierter Behandlung hin zu schadensminimierender Therapie (Trinkmengenreduktion, kontrolliertes Trinken). Die diesbezügliche Studienlage ist unzureichend. Evidenzbasierte Empfehlungen (Leitlinien) liegen nicht vor. In Deutschland sind drei Substanzen als Entwöhnungsmittel zugelassen. Naltrexon und Nalmefen (Selincro®) sind Opioidrezeptorantagonisten. Der Wirkmechanismus von Acamprosat (Campral®) ist ungeklärt. Das in den USA zugelassene Disulfiram (Antabus™) hemmt den enzymatischen Alkoholabbau auf der Stufe der Acetaldehydehydrogenase und kann in Deutschland über internationale Apotheken bezogen werden. Klinische Prüfungen wurden mit dem GABA-B-Rezeptoragonisten Baclofen und dem Antikonvulsivum Topiramate bei alkoholabhängigen Patienten durchgeführt. In der vorliegenden Übersichtsarbeit wird die Pharmakologie der Arzneistoffe beschrieben, die Ergebnisse publizierter Studien zu Wirksamkeit und Verträglichkeit zusammenfassend dargestellt und

für eine Anwendung in der klinischen Praxis bewertet.

## Neurochemische Angriffspunkte

Dopaminerge und opioide Mechanismen sind für die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit durch positive Verstärkung (Belohnung) und Trinkdruck (Craving) bedeutsam. Alkoholkonsum verursacht vermehrte Ausschüttung von Dopamin im mesolimbischen Belohnungssystem durch eine alkoholinduzierte Freisetzung von endogenen Opioiden im Hypothalamus (Font L; Lujan M; Pastor R et al., 2013). Dopamin wird durch Konditionierung zu einem belohnungsankündigenden und aufmerksamkeitslenkenden Signal während das endogene Opioidsystem euphorisierende Alkoholeffekte hervorruft (Spanagel R; Kiefer F, 2013). Die Opioidsteuerung des Belohnungsgefühls beruht auf  $\beta$ -Endorphinhaltigen Neuronen, die stimulierende Effekte über  $\mu$ - und  $\delta$ -Opioidrezeptoren auf Zielrezeptoren im ventralen Tegmentum (basales Vorderhirn) und Nucleus accumbens (Mittelhirn) vermitteln (Müller W, 2013). Opioidrezeptorantagonisten können die alkoholinduzierte Dopaminausschüttung unterdrücken. Tierexperimentelle Studien bei unterschiedlichen Spezies zeigen, dass eine Blockade bzw. Ausschaltung von Opioidrezeptoren des Gehirns eine Verminderung der selbstgewählten Alkoholaufnahme (Trinkmengenreduktion) verursacht (Font L; Lujan M; Pastor R et al., 2013, Soyka M, 2013). Während Dopamin die konditionierte Verstärkung von Belohnungsreizen durch Alkohol vermittelt, beruht der zwanghafte und durch Kontrollverlust gekennzeichnete Konsum im chronischen Stadium der Abhängigkeit auf einer Funktionsstörung glutamaterger Neurone des präfrontalen Cortex mit veränderter Projektion des Areal in das mesolimbische Belohnungssystem (Spanagel R; Kiefer F, 2013). Wird die Fehlfunktion durch einen hochdosierten Alkoholkonsum (>2,5 ‰ über mehrere Stunden) wiederholt ausgelöst, kann durch eine Veränderung der neuronalen Vernetzung der glutamaterger Neurone

des präfrontalen Cortex mit dem Hippokampus eine strukturelle Fixierung der Störung bzw. Speicherung im Langzeit(Sucht)gedächtnis entstehen. Ein überwiegend negativer emotionaler Zustand bei Abstinenz, der Trinkrückfälle begünstigt, kann durch eine andauernd erhöhte Aktivität von Stresshormon (Corticotropin Releasing Faktor; CRF) im Mandelkern (Amygdala) des limbischen Systems hervorgerufen werden (Koob G; Volkow N, 2010). Pharmakologische Angriffspunkte für eine Entwöhnungsbehandlung sind Glutamatrezeptoren vom NMDA-Typ. Neurokinin-Antagonisten und zentral dämpfende GABAerge Substanzen werden klinisch geprüft. Ein weiterer Angriffspunkt kann die pharmakologische Provokation unangenehmer vegetativer Symptome nach Alkoholkonsum durch Hemmung des enzymatischen Alkoholabbaus und Kumulation des Metaboliten Acetaldehyd (Alkohol-Disulfiram-Reaktion) sein.

## Acamprosat (Campral®)

### Klinische Pharmakologie

Der Mechanismus der Wirkung von Acamprosat (Kalzium-Bis-Acetyl-Homocysteinat) auf das Trinkverlangen bei Alkoholabhängigkeit (Anticravingeffekt) ist, obwohl umfangreiche präklinische Untersuchungen durchgeführt wurden, ungeklärt. Das Pharmakon moduliert die Funktion von Glutamatrezeptoren vom NMDA- und mGlu5Typ mit einer Aktivierung bei niedrigen und Hemmung bei hohen Konzentrationen des exzitatorischen Neurotransmitters. Die durch Alkoholkonsum verursachte Unterfunktion und die mit Alkoholentzug verbundene Überfunktion des glutamatergen Systems kann durch Acamprosat gedämpft werden (Müller W, 2013). Erhöhung von extrazellulärem Kalzium durch den Kalziumanteil des Arzneistoffs und Stimulation der inhibitorischen GABAergen Neurotransmission werden als weitere Wirkungsmechanismen in Betracht gezogen (Spanagel R; Vengele V; Jandeleit B; et al., 2013). Acamprosat wird enteral unvollständig und schwankend resorbiert. Bei Dauergabe wird nach siebentägiger

<sup>1</sup> Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät der TU Dresden

<sup>2</sup> Fachklinik Weinböhla

Einnahme eine gleichmäßige Konzentration des Arzneistoffs im Blutplasma erreicht.

#### *Dosierung*

Alkoholabhängige Patienten unter 60 kg Körpergewicht erhalten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz 1332 mg (4 Tabletten) täglich, bei einem Körpergewicht von mindestens 60 kg werden 1998 mg (6 Tabletten) täglich verabreicht; die Dosierungen sollen auf drei Einzelgaben am Tag verteilt werden.

#### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

Acamprosat verursacht wenige Nebenwirkungen, am häufigsten sind Diarrhoe und Juckreiz, seltener treten Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen auf. Gleichzeitige Nahrungsaufnahme vermindert die Resorption des Pharmakons. Bedeutsame Arzneimittelinteraktionen sind nicht bekannt (Siepmann M, 2006).

### **Opioidrezeptorantagonisten**

#### **Naltrexon (Adepend®)**

##### *Klinische Pharmakologie*

Naltrexon bindet kompetitiv an Opiatrezeptoren der Unterklassen  $\mu$  und  $\delta$ . Der Mechanismus der Anticravingwirkung von Naltrexon wird auf eine verminderte alkoholinduzierte Bindung endogener Opioidliganden ( $\beta$ -Endorphine) zurückgeführt (Soyka M, 2011). Naltrexon wird im Gastrointestinaltrakt nach der oralen Gabe rasch und vollständig resorbiert. Die maximale Plasmakonzentration wird nach einer Stunde erreicht. In der Leber erfolgt eine umfangreiche Hydroxylierung zu dem aktiven Metaboliten  $\beta$ -Naltrexol bereits bei der ersten Passage (First Pass Effekt). Die Halbwertszeit von  $\beta$ -Naltrexol beträgt 13 Stunden.

#### *Dosierung*

Für die abstinenzenorientierte Rückfallprophylaxe von Alkoholabhängigkeit werden oral 50 mg täglich (eine Tablette) als Einmalgabe gegeben.

#### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

Die häufigsten Nebenwirkungen von Naltrexon sind Übelkeit, Erbrechen,

Kopfschmerzen und Benommenheit. Diese sind zumeist leichtgradig ausgeprägt und vorübergehend. Opioidanalgetika sollten aufgrund einer erhöhten Opioid-Empfindlichkeit nach Gabe von Naltrexon nicht gleichzeitig verabreicht werden. Bei opiatabhängigen Patienten können Entzugserscheinungen ausgelöst werden (Kontraindikation). Patienten mit schwergradiger Leberfunktionsstörung sollten Naltrexon aufgrund möglicher lebertoxischer Wirkungen des Arzneistoffs nicht erhalten.

#### **Nalmefen (Selincro®)**

##### *Klinische Pharmakologie*

Nalmefen ist strukturchemisch mit Naltrexon verwandt, jedoch potenter wirksam durch eine erhöhte Affinität zu  $\mu$ - und  $\delta$ -Opiatrezeptoren und partiell agonistische Effekte an Opiatrezeptoren vom Typ  $\kappa$  (Soyka M, 2013). Nalmefen wird enteral rasch und vollständig resorbiert und erreicht maximale Plasmakonzentrationen 1,5 Stunden nach oraler Gabe. Die Halbwertszeit des Pharmakons beträgt 13 Stunden.

#### *Dosierung*

Für die beabsichtigte Trinkmengenreduktion (kontrollierter Konsum) nehmen alkoholabhängige Patienten bedarfsweise 18 mg Nalmefen (eine Tablette) ein bis zwei Stunden vor dem voraussichtlichen Zeitpunkt des Alkoholkonsums ein. Diese Dosierung entspricht der maximalen Tagesdosierung und kann auch dann angewendet werden, wenn bereits mit dem Alkoholkonsum begonnen wurde.

#### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

Die häufigsten unerwünschten Reaktionen sind Übelkeit, Schwindel, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Diese sind meist leicht bis mäßiggradig ausgeprägt und vorübergehend. Alkoholabhängigen Patienten mit körperlichen Entzugserscheinungen, bei denen eine Entgiftung notwendig ist (zum Beispiel Krampfanfälle), sollte Nalmefen nicht gegeben werden. Die analgetische Wirkung gleichzeitig verabreichter Opioidagonisten wird durch Nalmefen vermindert.

### **Off-Label Gebrauch Disulfiram (Antabus™)**

#### *Klinische Pharmakologie*

Disulfiram hemmt nach hepatischer Metabolisierung in die aktive Form zu Diethyldithiocarbamat irreversibel das Enzym Aldehyddehydrogenase, das den Alkoholabbau auf der Stufe von Acetaldehyd zu Acetat katalysiert. Die nachfolgende Kumulation von Acetaldehyd verursacht dosisabhängig unangenehme vegetative Symptome (Alkohol-Disulfiram-Reaktion). Disulfiram wird in ausreichendem Umfang enteral resorbiert, maximale Plasmakonzentrationen werden nach acht bis zehn Stunden erreicht. Die Metabolisierung erfolgt hepatisch durch die Cytochrom P450 Enzyme CYP3A4, CYP2A6 und CYP2E1, wobei Diethyldithiocarbamat pharmakologisch aktiv ist. Die Halbwertszeit von Disulfiram beträgt ca. sieben Stunden. Die aversive Wirkung hält bis zu vier Tagen nach der letzten Einnahme von Disulfiram an. Neben der psychologischen Wirkung durch aversive Konditionierung hemmt Disulfiram die Dopamin- $\beta$ -hydroxylase. Die resultierende Verminderung der Noradrenalin-Konzentration im zentralen Nervensystem trägt vermutlich zu der abstinenzenstabilisierenden Wirkung des Pharmakons bei (Mutschler J; Diehl A; Kiefer F, 2008). In den USA ist Disulfiram seit 1951 zugelassen. In der Literatur beschriebene Einzelfälle letal verlaufender Alkohol-Disulfiram-Reaktionen mit schwergradigen arteriellen Hypotonien und kardialen Arrhythmien (Amadoe; Gazdar A, 1967) sowie nur geringe Effektstärken in klinischen Studien (Jørgensen et al. 2011) haben zu einer zurückhaltenden Anwendung und Marktrücknahme der Substanz in Deutschland geführt. Die supervidierte Gabe von Disulfiram kann im Rahmen eines multimodalen Behandlungsprogramms wie der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) dessen Wirksamkeit durch eine verbesserte Compliance erhöhen (Krampe H; Ehrenreich H, 2010). Diese wird von der Deutschen Fachgesellschaften (Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psy-

chotherapie und Nervenheilkunde) für einzelne Patienten mit therapie-refraktärem Verlauf empfohlen (Geyer D; Batra A; Beutel M; et al., 2006). Der Nutzen der Provokation einer Alkohol-Disulfiram-Reaktion unter klinischen Testbedingungen ist dagegen umstritten und kann nicht empfohlen werden (Mutschler J; Diehl A; Kiefer F, 2008). Da das Arzneimittel in europäischen Nachbarländern wie Österreich und der Schweiz sowie in den USA verfügbar ist, ist ein Bezug über internationale Apotheken möglich.

#### *Dosierung*

Nach einer initialen Aufsättigungsphase von zwei bis drei Tagen während derer 800 mg (zwei Tabletten) täglich verabreicht werden, beträgt die Erhaltungsdosis zur Aufrechterhaltung von Abstinenz bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit 100 bis 200 mg täglich. Alternativ können 200 bis 400 mg alle 2 Tage verabreicht werden.

#### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

Unter Disulfirambehandlung kommt es wenige Minuten nach Alkoholenuss zu Kopfschmerzen, vermehrtem Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, arterieller Hypotonie und Flush. Die Alkohol-Disulfiram-Reaktion ist in der Regel innerhalb von 3 Stunden vollständig reversibel. Das Auftreten von schwergradigen Reaktionen wie Myokardinfarkt, Arrhythmien, Synkopen und zerebralen Krampfanfällen wird mit zu hohen Dosierungen von Disulfiram (1000 bis 3000 mg/die) in Verbindung gebracht. Die Substanz selbst ist relativ gut verträglich. Müdigkeit, Kopfschmerzen, Diarrhoe sind in der Regel leichtgradig ausgeprägt und vorübergehend. Eine lebensbedrohlich verlaufende toxische Hepatitis wird mit einer Frequenz von 1 : 250.000 beobachtet (Pape E; Herdener M; Rösner S; et al., 2013). Diese kann durch Transaminasenkontrollen zu Therapiebeginn frühzeitig erkannt und durch rechtzeitiges Absetzen von Disulfiram (Enzymanstieg  $\geq$  3-fache der Norm) vermieden werden. Durch einen Disulfiram-induzierten Anstieg der

zerebralen Dopaminkonzentrationen können bei prädisponierten Personen psychotische Episoden ausgelöst werden. Der Arzneistoff ist kontraindiziert bei manifesten Psychosen, schwergradigen Leberfunktionsstörungen und ausgeprägten zerebralen Schädigungen. Durch Inhibition der hepatischen Verstoffwechslung über das Cytochrom P450 System können bei gleichzeitiger Gabe von Phenytoin, Warfarin, Benzodiazepinen und trizyklischen Antidepressiva deren Wirkungen und Nebenwirkungen verstärkt werden.

#### **Baclofen (Lioresal®)**

##### *Klinische Pharmakologie*

Baclofen wirkt muskelrelaxierend und antispastisch durch Verstärkung der GABAergen präsynaptischen Erregungsübertragung in Gehirn und Rückenmark (GABA B Rezeptor Agonist). Der Mechanismus der Anticravingwirkung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit entspricht dem Substitutionsprinzip. Angenommen wird auch eine Hemmung dopaminergischer Erregungsausbreitung in limbischen Gehirnarealen. Baclofen kann Alkoholentzugssymptome durch eine Inhibition der NMDA Rezeptor vermittelten Glutamatfreisetzung und durch GABAerg vermittelte direkte anxiolytische Effekte vermindern (Knapp D, 2007). Das Pharmakon wird nach oraler Gabe rasch und fast vollständig aus dem Gastrointestinaltrakt resorbiert. Baclofen wird nur in geringem Umfang in der Leber verstoffwechselt. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 7,5 Stunden.

##### *Dosierung*

Initial werden 15 mg täglich oral verabreicht und alle drei Tage um 5 bis 15 mg bis zum Erreichen von Dosierungen zwischen 30 und 90 mg/die gesteigert. Eine weitere Dosissteigerung bis zu 240 mg/die ist möglich (Marsot A; Imbert B; Alvarez J; et al., 2014). Die Tagesdosierung sollte auf drei Einzeldosen verteilt verabreicht werden.

##### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

In der Anfangsphase einer Baclofenbehandlung können Müdigkeit,

Muskeltonussenkung mit Sturzgefahr und Verwirrheitszustände auftreten. Bei älteren Patienten und solchen mit hirnorganischer Schädigung sollten Dosissteigerungen daher besonders langsam durchgeführt werden. Ein schwer behandelbares Baclofenentzugssyndrom wird in einzelnen Fällen bei Alkoholabhängigkeit beschrieben (Rolland B; Jaillette E; Carton L; et al., 2014). Die gleichzeitige Einnahme von Baclofen mit Antihypertensiva kann zu einer verstärkten Blutdrucksenkung führen. Die gleichzeitige Einnahme sedierender Pharmaka kann zu einer verstärkten Sedierung führen.

#### **Topiram (Topamax®)**

##### *Klinische Pharmakologie*

Topiram ist für die Epilepsiebehandlung und Migräneprophylaxe in Deutschland zugelassen. Der Arzneistoff antagonisiert die Fähigkeit von Kianat, den Kainat/AMPA ( $\alpha$ -Amino-3-Hydroxy-5-Methylisooxazol-4-Propionsäure) Subtyp des exzitatorischen Glutamatrezeptors zu aktivieren, wodurch eine Verminderung der alkoholinduzierten dopaminergen Stimulation des Belohnungssystems hervorgerufen wird (Quintero G, 2013). Topiram wird rasch und fast vollständig aus dem Gastrointestinaltrakt resorbiert. Maximale Plasmakonzentrationen werden 2,5 Stunden nach der oralen Gabe erreicht. Der Arzneistoff wird zu 40 % hepatisch verstoffwechselt. Die Halbwertszeit im Plasma beträgt 21 Stunden.

##### *Dosierung*

Die Therapie sollte mit einer initialen Dosierung von 25 mg (eine Tablette) abends begonnen und danach in wöchentlichen Abständen schrittweise um 25 oder 50 mg bis zum Erreichen der Zieldosis zwischen 75 und 300 mg verteilt auf zwei Tagesdosierungen erhöht werden.

##### *Unerwünschte Wirkungen und Interaktionen*

Die Verträglichkeit von Topiram ist mäßig. Appetitverminderung, Anorexie, Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Dysarthrie, Verschwommensehen, Geschmacksstörungen

und Parästhesien sind unerwünschte Wirkungen, die insbesondere während der Eindosierungsphase häufig auftreten. Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Aggressivität kommen unter der Behandlung mit Topiramaten ebenfalls häufig vor. Gelegentlich treten Hörstörungen bis hin zu Taubheit, Nephrolithiasis und Pankreatitis auf. Die gleichzeitige Einnahme sedierender Pharmaka mit Topiramaten kann zu einer verstärkten Sedierung führen.

### Diskussion und Ausblick

Mögliche Ziele einer medikamentös gestützten Alkoholentwöhnungsbehandlung sind die abstinenzorientierte Rückfallprophylaxe und eine Trinkmengenreduktion (kontrollierter Konsum). Die rückfallprophylaktische Wirksamkeit der verfügbaren Anticravingmittel ist als gering bis mäßig einzuschätzen. Das Ansprechen kann individuell nicht zuverlässig vorhergesehen werden. Zwar wurde eine abstinenzstabilisierende Wirksamkeit für Acamprosat durch Metaanalyse klinischer Studien gezeigt (Verminderung des Rückfallrisikos um 14 %; Rösner S; Hackl-Herrwerth A; Leucht S; et al., 2010), jedoch ließen sich die positiven Ergebnisse in kontrollierten Studien mit größeren Fallzahlen nicht replizieren (Mann K; Lemenager T; Hoffmann S; et al., 2012). Naltrexon wurde aufgrund einzelner plazebokontrollierter Studien (O'Malley S; Jaffe A; Chang G; et al., 1992) von der nordamerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) für die abstinenzorientierte Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit zugelassen. In späteren systematischen Untersuchungen mit größeren Fallzahlen zeigte sich bei alkoholabhängigen Patienten, denen Naltrexon verabreicht wurde, kein von Plazebo

signifikant verschiedenes Rückfallrisiko (Soyka M, 2011). Eine Kombination von Naltrexon mit Acamprosat bringt keinen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zu Monotherapie (Mann K; Lemenager T; Hoffmann S; et al., 2012). Nalmefen ist für die Stabilisierung von kontrolliertem Trinken bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit zugelassen. Die diesbezüglichen Studienergebnisse sind widersprüchlich. Während Mason sowie Mann und Mitarbeiter eine Trinkmengenreduktion in mehreren prospektiven plazebokontrollierten Untersuchungen nachwiesen (Mason B; Ritvo E; Morgan R; et al., 1994, Mason B; Salvato F; Williams L; et al., 1999, Mann K; Lemenager T; Hoffmann S; et al., 2012, Mann K; Bladström A; Torup L; et al., 2013), fanden Anton und Mitarbeiter keine von Plazebo verschiedenen Effekte (Anton R; Pettinati H; Zweben A; et al., 2004). Unklar ist, ob eine durch Nalmefen erreichte Trinkmengenreduktion die alkoholinduzierte Morbidität und Mortalität günstig beeinflusst. Dosisfindungsuntersuchungen liegen für Topiramaten und Baclofen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit nicht vor. In experimentellen Studien mit kleinen Fallzahlen (Pilotuntersuchungen) wurde die Anticravingwirkung verschiedener psychotroper Arzneistoffe (Pregabalin, Gabapentin, Vareniclin, Ondansetron und Memantine) untersucht, wobei eine Wirkung jeweils nicht nachgewiesen werden konnte (Pape E; Herdener M; Rösner S; et al., 2013). Tierexperimentelle Untersuchungen und eine erste klinische Studie weisen darauf hin, dass Neurokinin1-Rezeptor-antagonisten, die psychophysiologische Stressreaktionen vermindern, Anticravingeffekte aufweisen (George D; Gilman J; Hersh J; et al., 2008).

### Fazit für die Praxis

Trinkverlangen reduzierende (Anticraving-)Eigenschaften sind für die in Deutschland als Entwöhnungsmittel bei Alkoholabhängigkeit verfügbaren Substanzen (Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen) durch klinische Studien belegt. Acamprosat und Naltrexon sind für die Stabilisierung von Alkoholabstinenz zugelassen. Nalmefen ist für die Unterstützung von kontrolliertem Trinken zugelassen. Ein klinischer Einsatz kann jedoch für keines der verfügbaren Anticravingmittel empfohlen werden, da die zu erwartenden Effekte nicht durchgehend reproduzierbar sind und eine positive Beeinflussung alkoholassoziierter Störungen nicht nachgewiesen wurde. Für neue Therapieansätze (zum Beispiel Substitutionsbehandlung mit Baclofen) liegen Dosisfindungsuntersuchungen bisher nicht vor. Lediglich ist die Rückfallprophylaxe mit Disulfiram unter supervidierten Bedingungen für Patienten, bei denen nicht-medikamentös gestützte Alkoholentwöhnungsbehandlung wiederholt erfolglos ist, als zusätzliche Maßnahme im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts (zum Beispiel ALITA) im Sinne eines individuellen Heilversuchs zu erwägen.

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur beim Verfasser  
Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. Martin Siepmann  
Institut für Klinische Pharmakologie  
Medizinische Fakultät  
TU Dresden, Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden  
Tel.: 0351 4582815, Fax: 0351 4585043  
E-Mail: martin.siepmann@tu-dresden.de



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen 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.

**Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-**

**sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de)) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.**

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

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
14/C037	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitz, Stadt	24.07.2014
14/C038	Chirurgie ZB: Proktologie (Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.07.2014
14/C039	Kinder- und Jugendmedizin	Zwickau	11.08.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
14/D017	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.07.2014
14/D018	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Bautzen	24.07.2014
14/D019	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Löbau-Zittau	11.08.2014
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
14/D020	Radiologie	Dresden, Stadt	11.08.2014
14/D021	Innere Medizin/Rheumatologie	Görlitz	11.08.2014
<b>Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>			
14/D022	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Sachsen	11.08.2014
14/D023	Physikalische und Rehabilitative Medizin (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Sachsen	11.08.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

**Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
14/L015	Allgemeinmedizin*)	Eilenburg	11.08.2014
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
14/L016	Augenheilkunde	Delitzsch	11.08.2014
14/L017	Augenheilkunde	Delitzsch	11.08.2014
14/L018	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	24.07.2014
14/L019	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie (Abgabe des hälftigen Versorgungsauftrages)	Leipzig, Stadt	11.08.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

**Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	Abgabe: 2018
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	Abgabe: 2016/2017
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
Augenheilkunde	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	Abgabe: 2015

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403.

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Dresden	Praxisabgabe: schnellstmöglich

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310.

## Konzerte und Ausstellungen

**Sächsische Landesärztekammer****Ausstellungen**

Foyer und 4. Etage  
Kunsttherapie – ein Bild gebendes  
Verfahren. 20 Jahre Aufbaustudiengang –  
250 Jahre Hochschule für Bildende  
Künste Dresden  
bis 20. Juli 2014

Tanja Pohl  
Erbmasse – Malerei und Grafik  
24. Juli bis 21. September 2014  
Vernissage: Donnerstag, 24. Juli 2014,  
19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

**Bezirksstelle Leipzig der  
Sächsischen Landesärztekammer**

Braunstraße 16, 04347 Leipzig  
Malereien von Beat Toniolo  
11. Juni 2014 bis 10. Juni 2015

**Programmorschau****Konzert  
Festsaal**

Sonntag, 12. Oktober 2014  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Es musizieren Schülerinnen und  
Schüler der Musikschule des  
Landkreises Meißen

## Unsere Jubilare im August 2014 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 02.08. Dr. med. Arnold, Dietmar  
09366 Stollberg
- 02.08. Dr. med. Kleinertz, Klaus  
09114 Chemnitz
- 03.08. Dr. med. Magacz, Adam  
01833 Dürrröhrsdorf
- 03.08. Dr. med. Schlensog, Ortrud  
04318 Leipzig
- 04.08. Dr. med. Conrad, Sigrid  
01129 Dresden
- 05.08. Dr. med.  
Schumann, Annedore  
04205 Leipzig
- 07.08. Dipl.-Med. Müller, Marion  
04509 Delitzsch
- 09.08. Dr. med. Rösler, Brigitte  
08645 Bad Elster
- 15.08. Dipl.-Med.  
Blumenstein, Maria  
02625 Bautzen
- 15.08. Dr. med.  
Hohensee, Hartmut  
01796 Graupa
- 15.08. Dr. med. Jakob, Sabine  
01445 Radebeul
- 15.08. Prof. Dr. med. habil.  
Scholz, Gerhard  
04425 Taucha
- 15.08. Dipl.-Med.  
Schwemmer, Jürgen  
09648 Mittweida
- 16.08. Dr. med. Weinhold, Ute  
08606 Oelsnitz
- 16.08. Dipl.-Med. Wolff, Christina  
04828 Altenbach
- 18.08. Dr. med. Dörr, Rolf  
01445 Radebeul
- 19.08. Prof. Dr. med. habil.  
Josten, Christoph  
04109 Leipzig
- 19.08. Dr. med.  
Kretschmer, Gabriele  
01454 Wachau/Leppersdorf
- 20.08. Dr. med.  
Krumpolt, Gabriele  
01816 Bad Gottleuba
- 21.08. Dipl.-Med. Kreißig, Beatrix  
08371 Glauchau
- 24.08. Dr. med. Dahlen, Christian  
01328 Dresden
- 26.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Bühligen, Ulf  
04277 Leipzig
- 26.08. Dr. med. Wirth, Monika  
01326 Dresden
- 28.08. Dipl.-Med. Finke, Max  
01277 Dresden
- 30.08. Dipl.-Med. Brandt, Gisela  
01099 Dresden
- 30.08. Dr. med. Grahl, Dagmar  
04808 Wurzen

### 65 Jahre

- 01.08. Dr. med. Müller, Eva-Maria  
09484 Oberwiesenthal
- 04.08. Dr. med.  
Müller-Dieckert, Harald  
09306 Rochlitz
- 05.08. Dr. med. Fehre, Petra  
04420 Markranstädt
- 06.08. Dr. med. Aisch, Winfried  
09669 Frankenberg
- 07.08. Dr. med. Lesche, Aquina  
01561 Tauscha
- 07.08. Dr. med. Taut, Marianne  
01705 Freital
- 09.08. Tischer, Heidrun  
01623 Schleinitz
- 10.08. Prof. Dr. med. Höffken, Gert  
01309 Dresden
- 14.08. Dr. med. Auerbach, Matthias  
09119 Chemnitz
- 17.08. Nedo, Gabriele  
01156 Dresden
- 18.08. Prof. Dr. med. habil.  
Ettrich, Christine  
04275 Leipzig
- 21.08. Dr. med. Pieschnick, Barbara  
01277 Dresden
- 24.08. Dr. med. Jähne, Günther  
02788 Zittau
- 24.08. Dr. med. Wetzler, Günter  
04157 Leipzig
- 25.08. Dipl.-Med. Frese, Katrin  
08248 Klingenthal
- 25.08. Dr. med. Otto, Birgit  
02828 Görlitz
- 30.08. Rohstock, Holm-Rüdiger  
09526 Olbernhau

### 70 Jahre

- 04.08. Dr. med. habil.  
Wolf, Bernhard  
02894 Reichenbach/  
OT Schöps
- 06.08. Dipl.-Med. Kaufmann, Klaus  
09569 Oederan
- 06.08. Dr. med. Schubert, Michael  
08412 Leubnitz Forst
- 09.08. Dr. med. Rothenberg, Ursula  
04229 Leipzig
- 10.08. Dr. med. Claus, Werner  
04416 Markkleeberg
- 10.08. Dr. med. Herbrich, Dieter  
02779 Großschönau
- 10.08. Dr. med. Sterzel, Gudrun  
02708 Löbau
- 11.08. Hamann, Sigrid  
09638 Lichtenberg
- 12.08. Dr. med. Fuchs, Jürgen  
01591 Riesa
- 12.08. Dr. med. Zerbes, Reinhilde  
01189 Dresden
- 13.08. Dr. med. Albert, Harry  
08491 Netzschkau
- 14.08. Sawistowsky, Karin  
04277 Leipzig
- 16.08. Dr. med. Lemme, Helga  
04668 Böhlen

- 17.08. Dipl.-Med. Pawlik, Jürgen  
01640 Coswig
- 23.08. Dr. med. Cebulla, Mathias  
04155 Leipzig
- 24.08. Prof. Dr. med. habil.  
Herrmann, Thomas  
01326 Dresden
- 24.08. Prof. Dr. med. habil.  
Taubert, Gerhard  
04107 Leipzig
- 25.08. Dr. med. Kühnel, Peter  
04463 Großpöсна
- 25.08. Stiehler, Gisela  
02953 Halbendorf
- 25.08. Dr. med. Sturm, Diethard  
09125 Chemnitz
- 26.08. Dr. med. Dittrich, Barbara  
04749 Ostrau-Noschkowitz
- 26.08. Kolbe, Petra  
09648 Altmittweida
- 27.08. Dr. med. habil. Oehler, Dirk  
04158 Leipzig
- 27.08. Dr. med. Posselt, Frank  
02748 Bernstadt
- 28.08. Dr. med. Steuer, Wolfgang  
08112 Wilkau-Haßlau
- 30.08. Dr. med. Kleine, Klaus  
09111 Chemnitz
- 30.08. Weißbach, Gertraude  
04209 Leipzig

### 75 Jahre

- 01.08. Dr. med. Trommer, Jürgen  
08060 Zwickau
- 03.08. Dr. med. Schulze, Werner  
04105 Leipzig
- 05.08. Dr. med. Kühn, Wolfdieter  
09577 Niederwiesa
- 05.08. Dr. med. Pollack, Christa  
01109 Dresden
- 05.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Reiners, Barbara  
01277 Dresden
- 06.08. Dönitz, Ursula  
01259 Dresden
- 06.08. Kunze, Hildegart  
01877 Demitz-Thumitz/  
OT Pohla
- 09.08. Fiedler, Wolfgang  
02791 Oderwitz
- 09.08. Dr. med. Krumbein, Helga  
04435 Schkeuditz
- 09.08. Dr. med. Reichler, Martin  
09599 Freiberg
- 11.08. Dr. med. Koppo, Regine  
04209 Leipzig
- 12.08. Dr. med. Bernhardt, Gerlinde  
09456 Annaberg-Buchholz
- 12.08. Dr. med. Knöpel, Elke  
04779 Wernsdorf
- 14.08. Riedel, Manfred  
02828 Görlitz
- 15.08. Dr. med. Hübner, Klaus  
08468 Reichenbach
- 16.08. Dr. med. habil.  
Hirsch, Cornelia  
04299 Leipzig

- 19.08. Dr. med. Voigt, Marianne  
04158 Leipzig
- 20.08. Dr. med. Bartsch, Christine  
02763 Eckartsberg
- 20.08. Fiegert, Gisela  
04860 Torgau
- 20.08. Dr. med. Kadner, Ortrud  
04178 Leipzig
- 22.08. Buschnakowski, Renate  
04668 Grimma
- 23.08. Dr. med. Elfeld, Christine  
01309 Dresden
- 23.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Grube, Manfred  
09117 Chemnitz
- 24.08. Demitrowitz, Siegfried  
08371 Glauchau
- 25.08. Dr. med. Krieger, Birgit  
01187 Dresden
- 25.08. Lehmann, Angelika  
02997 Wittichenau
- 26.08. Blanckmeister, Hans-Ludwig  
01219 Dresden
- 27.08. Dr. med.  
Schwarzenberg, Gisela  
08056 Zwickau
- 27.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Schwenke, Reiner  
01454 Ullersdorf
- 28.08. Dr. med. Olczyk, Dieter  
04416 Markkleeberg
- 28.08. Dr. med. Spür, Wolf-Rüdiger  
02763 Zittau
- 31.08. Dr. med. Knechtel, Manfred  
02826 Görlitz
- 80 Jahre**
- 03.08. Prof. Dr. med. habil.  
Mättig, Heinz  
04158 Leipzig
- 03.08. Dr. med.  
Reißmüller, Rosemarie  
01069 Dresden
- 03.08. Dr. med. Spitzner, Gudrun  
04299 Leipzig
- 06.08. Dr. med. Eisermann, Christa  
09419 Thum
- 07.08. Dr. med. Thiele, Helmut  
08223 Falkenstein
- 08.08. Dr. med. Scheel, Horst  
04229 Leipzig
- 08.08. Prof. Dr. sc. med.  
Schmidt, Dieter  
01307 Dresden
- 08.08. Dr. med. Winkler, Gerhard  
08064 Zwickau
- 12.08. Dr. med. Böhmer, Ingelore  
02708 Löbau
- 13.08. Dr. med. Wagner, Hildegard  
01099 Dresden
- 14.08. Rauher, Horst  
01108 Dresden
- 15.08. Dr. med. Schmidt, Regina  
01219 Dresden
- 15.08. Dr. med.  
Zimmermann, Heinz  
09126 Chemnitz
- 16.08. Dr. med.  
Strümpfel, Reinhard  
09113 Chemnitz
- 17.08. Dr. med. Keller, Dieter  
01277 Dresden
- 17.08. Dr. med. Wichmann, Georg  
01328 Dresden
- 20.08. Dr. med. Jehmlich, Anneliese  
09557 Flöha
- 20.08. Knappe, Renate  
01809 Heidenau
- 20.08. Prof. Dr. sc. med. Ulrich,  
Wulff-Dieter  
04229 Leipzig
- 22.08. Buchta, Christa  
01662 Meißen
- 23.08. Dr. med. Hebenstreit, Klaus  
08058 Zwickau
- 23.08. Dr. med. Sack, Gudrun  
04277 Leipzig
- 24.08. Dr. med. Herold, Eva  
01309 Dresden
- 27.08. Dr. med. Reilein, Sigrid  
04103 Leipzig
- 81 Jahre**
- 05.08. Dr. med. Schönlebe, Ulrike  
04157 Leipzig
- 06.08. Dr. med. Reichel, Manfred  
08228 Rodewisch
- 13.08. Dr. med. Hofmann, Hans  
01809 Röhrsdorf
- 14.08. Dr. med. Wichmann, Erika  
01328 Dresden
- 16.08. Dr. med. Schmidt, Christian  
08541 Plauen-Großfriesen
- 19.08. Dr. med. Donalies, Christian  
04328 Leipzig
- 27.08. Dr. med. Langer, Heinz  
01324 Dresden
- 30.08. Prof. Dr. med. habil.  
Schwarzer, Rudolf  
08060 Zwickau
- 82 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 Schönlind/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. Klöbel, Edith  
08412 Werdau
- 30.08. Weigelt, Anneliese  
01157 Dresden
- 83 Jahre**
- 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  
04105 Leipzig
- 31.08. Dr. med. Löffler, Ilse  
04552 Borna
- 84 Jahre**
- 22.08. Dr. med. Majewski, Henryk  
04315 Leipzig
- 85 Jahre**
- 06.08. Engelhardt, Gerda  
09243 Niederfrohna
- 06.08. Prof. Dr. med. habil.  
Geidel, Heinrich  
01067 Dresden
- 09.08. Dr. med. Graf, Werner  
01326 Dresden
- 22.08. Dr. med. Reuter, Gisela  
02826 Görlitz
- 86 Jahre**
- 30.08. Dr. med. Breninek, Alice  
09112 Chemnitz
- 87 Jahre**
- 22.08. Dr. med. Reim, Christa  
09122 Chemnitz
- 29.08. Dr. med. Wiener, Horst  
01738 Colmnitz
- 88 Jahre**
- 26.08. Dr. med. Klinge, Gerhard  
08280 Aue
- 91 Jahre**
- 11.08. Dr. med. Heller, Annemarie  
01259 Dresden
- 92 Jahre**
- 27.08. Dr. med. Reichelt, Manfred  
08058 Zwickau
- 94 Jahre**
- 30.08. Dr. med. Perschke, Otfried  
08141 Reinsdorf b. Zwickau
- 96 Jahre**
- 25.08. Dr. med. Müller, Horst  
01705 Freital

## Der Reformator Dr. Martin Luther als Dauerpatient

„Lass Dir die Sonn in den Arsch scheinen“.

„Gott mit uns, der Teufel hole die anderen“.

„Am Wort erkennt man des Menschen Herz“.

Solche kernigen, aber auch mitfühlenden Sätze aus der handschriftlichen Sprichwortsammlung Martin Luthers lassen sich oft mühelos an Klang und Inhalt Luther zuordnen. Richtig ist, dass dieser nicht nur eine von Vitalität sprühende Kraftnatur war, sondern ein Mann mit vielen gesundheitlichen Störungen. In Tischreden, „Jammerbriefen“ und Gesprächen schildert Luther freimütig seine Befindlichkeiten. Petrus Mosellanus charakterisiert Luther 1519 während der Leipziger Disputation: „Martinus ist nur mittelgroß, hager und von Sorgen wie von vielem Studieren ausgemergelt“ mit fröhlichem und freundlichem Umgang. Luther wird Ende April 1501 in die Matrikel der Universität Erfurt eingetragen. Martin ist ein überdurchschnittlich begabter Student, der gern mit seinen Kommilitonen trinkt und feiert. Luther urteilte später: Erfurt sei „ein hurhauß und bierhauß“ gewesen. „Diese zwei Lektionen haben die Studenten dieser Schule beherrscht.“ Im Januar 1505 unterzieht er sich der Magisterpromotion. Warum der eigentlich völlig weltliche Student, welcher nach des Vaters Willen Jurist werden sollte, am 17. Juli 1505 als Mönch in das Erfurter Augustinerkloster eintrat, ist bis heute eigentlich unklar. Viele Lutherforscher meinen, dass er wohl ohne große Freude und Bereitwilligkeit Mönch wurde. Mit seinem Seelsorger und väterlichen Freund, dem Wittenberger Professor Johannes Staupitz, sprach er vorher mehrere Male. Wahrscheinlich sind das Ableben seines besten Freundes Hieronymus Buntz, der Pesttod zweier Brüder und das Gewittererlebnis von Stotternheim am 2. Juli sich potenzierende Ereignisse im Jahre 1505,



© Collier's New Encyclopedia, 1921, unbekannter Künstler

vor denen er seinen inneren Frieden im Kloster suchte. Es wird auch diskutiert, dass Luther seinen Freund im Duell tödlich mit dem Degen verletzt haben könnte. Martin Luther erledigte im Kloster alle ihm aufgetragenen Verpflichtungen. Er zog zum Beispiel bettelnd mit dem Sack auf dem Rücken durch Erfurt und säuberte Latrinen. Im Kloster hatte sich sichtbar eine große Sündenlast auf den todernsten Novizen gelegt. Er unterwarf sich deshalb freiwillig strengsten Exerzitien, fastete viele Tage, betete stundenlang, wachte viele Nächte, studierte die Bibel. Die Arbeit begann früh um 3.00 Uhr. Diese überstrenge Askese rampionierte wahrscheinlich Martin Luthers Gesundheit und machte ihn anfällig in den starken Belastungen seines Lebens. Er urteilt später selbst: „Ich hätte mich, wenn es noch länger gewährt hätte, zu Tode gemartert...“ Ab 1505 hielt Luther philosophische Vorlesungen an der Leukera in Wittenberg. 300 bis 400 Studenten bevölkerten täglich seine Hörsäle. Bei seinen Bibelstudien des Römerbriefes erkannte der Mönch Luther, dass die Rechtfertigung des Menschen vor Gott durch keinerlei gute Taten, Geld, Ablass, Kreuzzüge, Gebete oder andere Bußübungen verdient werden kann, sondern dass diese dem Menschen allein aus Gnade und aus dem Glauben geschieht. Wie Schuppen fiel ihm diese Erkenntnis aus dem Römerbrief von den Augen. Dieser fundamentale Reformationsgedanke Luthers widersprach der Lehrmeinung der damaligen Kirche. Die Menschen nahmen

aber die sich rasant ausbreitende neue Lehre begeistert auf. Auch Paul Gerhardt griff diese Gedanken in vielen seiner anrührenden Liedtexte auf. Als Luther seine 1517 veröffentlichten 95 Thesen auf dem Wormser Reichstag 1521 nicht verwarf, wurde er geächtet und damit vogelfrei. Der Kurfürst Friedrich III., der Weise von Sachsen, nahm Luther deshalb als Junker Jörg incognito 10 Monate auf der Wartburg zu Eisenach in Schutzhaft. Hier fühlte sich der Reformator körperlich und seelisch aus- und eingesperrt. Das ungewohnt üppige und deftige Ritteressen bekam dem schmalen Junker Jörg gar nicht. Und jetzt begann etwa ab dem 38. Lebensjahr das Übel mit seinen körperlichen Beschwerden durch eine Fülle verschiedener Gebrechen, die ihn nicht wieder verlassen sollten. Das weithin überspannte Gemüt Luthers führte zu gelegentlichen Halluzinationen: nächtliche Poltergeister, die sich in einem Kasten mit Nüssen zu schaffen machten und ein auf seinem Bett ruhender schwarzer Hund. Alles Teufelswerk! Während des Reichstages zu Worms 1521 litt er unter Magen- und Darmbeschwerden, Gallenschmerzen, Störungen der Verdauung, Obstipation, Gemütsverstimnungen mit Angst- und Beklemmungsgefühlen. Gegenwärtige Diagnostiker haben Luthers Beschwerden als Römheldsyndrom eingeordnet, Verdauungsstörungen mit reflektorischen Herz- und Kreislaufstörungen. Dies verließ ihn nie wieder. Und immer wieder heftige Obstipation: „... noch hat mich das Übel, das mich schon in Worms plagte, nicht verlassen, ja es ist eher stärker geworden, ich leide an zu harten Exkrementen“, schrieb er 1521 an Professor Spalatin nach Wittenberg. Oder „Heute hatte ich endlich nach sechs Tagen Stuhl, aber so hart, dass ich mir fast die Seele auspresste.“ Zusammen mit seiner Verstopfung treten Hämorrhoiden auf. „Mein ars ist böse worden“, jammert Luther 1521 in einem Brief. Auf einer Fußreise nach Augsburg zum Verhör durch Kardinal Cajetan 1518 hatte er Magenschmerzen. Luther wendete Hausmittel an, vor allem reichlich „Naumburger Bier“ mit wenig Alko-



Lutherbrunnen am Dom zu Freiberg

© Wikimedia commons, Dr. Bernd Gross

hol und guter abführende Wirkung. Während der Auflösungszeit von Luthers Kloster 1522 bis 1525 litt der Reformator unter Angst- und Beklemmungsgefühlen, Herzdrücken und „Ohnmachten“, bei denen er mit ausgebreiteten Armen bäuchlings auf dem Boden lag. Sie werden heute als psychogene Anfälle eingeordnet. Ab dem 6. Juli 1527 berichteten Luthers Chronisten über akute Episoden von Drehschwindel, Sausen und Brausen im Kopf und Schwerhörigkeit, die heute als Morbus Menière angesehen werden. Luther spricht von „Sausen und Brausen wie eine starke Windsbraut“. Ab dieser Zeit plagte ihn permanent Ohrensausen. Auch Herzattacken, Schwächezustände, Infekte, Heiserkeit, Mittelohrentzündungen häuften sich. Während eines Angina-pectoris-Anfalles bangte Luther um sein Leben. Für ihn waren dies alles Sturmattacken und Anfechtungen des leibhaftigen Satans, der nun freilich ständig einen Fuß in der Tür hatte. „Alles satanische Faustschläge auf mein Fleisch“ und es wäre „der schwarze Geselle gewesen“ sagt er. Nur mit großer Energie und Disziplin kann der Reformator seine Aufgaben

erfüllen. Aber es kam noch schlimmer: Nach der Heirat mit Katharina von Bora am 13. Juni 1525 versorgte diese ihren lieben Martin reichlich mit üppigen Mahlzeiten, sodass er alsbald übergewichtig wurde, die nächste wesentliche Ursache für sich entwickelnde gesundheitliche Störungen. Immer häufiger streckte ihn ein Menière-Anfall nieder. „Niemand glaubt mir, wieviel Qual mir der Schwindel, das Klingen und Sausen der Ohren verursacht.“ Auch ein hoher Blutdruck ist wahrscheinlich und 1526 wirft ihn erstmalig eine schwere Nierensteinkolik um: „Ich gehe abermals schwanger und liege in Kindesnöthen, krächze am Steine, welches eigentlich der Deutschen Krankheit ist...“, äußert er in einer Tischrede. Er liegt viel im Bett. Ehefrau Katharina versuchte ihm zu helfen, indem sie ihren Martin mit ihrer „Heildiät“ aus gelben Erbsen mit Brat- und Salzheringen traktierte sowie bei Harnverhalten mit Pferdeäpfeln und reichlich Knoblauch. 1527 schrieb Luther an Spalatin: „Auch wurde ich vorgestern von einer plötzlichen Synkope befallen, dass ich verzweifelt glaubte, unter den Händen meiner Frau sterben zu müssen.“ Häufige Krankheiten, die ständige angstvolle Erwartung des nächsten Menière-Anfalls und eine extreme psychische Belastung überschatteten Luthers Leben und trieben ihn in den Zustand der Resignation, Depression und Verzweiflung. War es wirklich richtig, die Reformation auszulösen und im Alleingang den Papst herauszufordern? Er wurde verbittert, reizbarer, ungeduldig, zornig und manchmal auch ungerecht. Mit heftigen Worten verletzte er seine Umgebung, die Gemeinden und auch Freunde, die sich manchmal frustriert zurückzogen. Dies ist Ausdruck seiner körperlichen und seelischen Erschöpfung. In diesem Zustand waren für ihn Papisten, Täufer, Türken und Juden Sturmtruppen der Teufelsarmee. Während der Pest 1527 machten Martin Luther und Frau Katharina ihr Wittenberger Haus zum Spital. Als Luther 1530 während des Augsburger Reichstages fast ¼ Jahr auf der Feste Coburg lebte, begleiteten ihn

seine treuen Plagegeister Kopfschmerzen, Schwindel, Brausen im Kopf, Magenschmerzen, Schwäche, Obstipation, ein „offenes Bein“, für Luther alles „satanische Faustschläge auf mein Fleisch“, wie bei Paulus ein Pfahl im Fleisch. Rückblickend schrieb er an Hans Hanold: „Und ist je wahr, dass ich diesen Sommer mehr denn die Hälfte hab müssen feiren dem Sausen und Rauschen im Häupt.“ Ab 1533 peinigen den fleißigen Reformator heftige Anfälle einer wahrscheinlich sekundären Gicht. Er wolle diese gerne gegen „frantzoß“ (Syphilis) oder „pestilenz“ tauschen, es müssen also verheerende Schmerzen gewesen sein. Seine Finger wurden gichtknotig. Die Ärzte hatten es mit ihrem Patienten schwer, weil der ihrem Rat ständig ablehnend gegenüberstand. Was sollten sie auch therapeutisch tun? „Ich eß, was mir schmeckt und leid danach, was ich kann“, oder „Während ich mein Wittenbergisch Bier trinke, fließt das Evangelium.“ „Während der Schmalkaldischen Bündnisgespräche 1537 blockieren Nierensteine sechs Tage die Harnwege des Reformators vollständig, sodass schwerste Koliken und ein komplettes Harnverhalten ihn dem Tode nahe brachten: „Oh Herr höre doch mein seufzen und schreien und hilf mir.“ Die Stöße des Pferdewagens auf der Rückreise lösten die Steine, sodass mit 11 Kannen Urin sechs Steine bis Bohnengröße herausgespült wurden. Martin Luther wurde zunehmend hilfloser, sodass er zeitweise mit einem Wägelchen in Kirche und Hörsaal gefahren werden musste. Und seit 20 Jahren immer wieder Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen Gelenkschmerzen, Angina pectoris. Seine Reizbarkeit und Unbeherrschtheit nahmen zu. 1545 erschien eine Schmähschrift „Wider das Papsttum in Rom, vom Teufel gestiftet“. Man solle dem Papst und den Kardinälen als Gotteslästerern die Zungen hinten am Hals rausreißen.

Im Januar 1546 schlichtete Luther im Auftrag der Obrigkeit einen Zwist der befreundeten Grafen von Mansfeld, wozu er unter großer Anstrengung in seine Geburtsstadt Eisleben reiste.

Es ging ihm am Abend des 17. Februar zunehmend schlecht: „Mir wird aber weh und bange wie nie zuvor um die Brust.“ Und er ahnte: „... ich werde nun wohl in Eisleben bleiben.“ Martin Luther litt wieder unter Luftnot und bedrohlichen Brustbeklemmungen. „O, ich habe große, gefährliche Schmerzen.“ Zwei Stadtärzte versuchten ihn mit mancherlei Mitteln zu stärken. Am 18. Februar 1546 verschied Martin Luther in seiner Geburtsstadt in der dritten Morgenstunde unter den Zeichen eines Herzinfarktes. Er erhielt seine Ruhe-

stätte in der Schlosskirche zu Wittenberg. Noch einige Zeit vor seinem Tode überraschte Luther mit dem drastischen Ausspruch: „Wenn ich wieder heim gen Wittenberg komme, so will ich mich in den Sarg legen und den Maden einen feisten Doktor zu essen geben.“ Nun war es so weit.

Philipp Melanchthon hielt am 22. Februar die Grabrede: „... dazu er uns alle wie ein Vater herzlich geliebt hat, aus diesem Leben und unserer Mitte und Gesellschaft hinweggefördert und abgeschieden ist, des tra-

gen wir billig Kummer und Schmerzen. Denn wir sind nun ganz wie arme verlassene Waisen, so einen trefflichen Mann zum Vater gehabt und deß beraubt sind.“ Der unermüdliche Reformator Dr. Martin Luther vollbrachte trotz andauernder Schwächung durch Krankheiten eine epochale Leistung, welche die protestantische Christenheit zu Recht mit respektvollem Stolz erfüllt. Mit Luther war das Mittelalter beendet.

Dr. med. Jürgen Fege,  
Weißenborn/OT Berhelsdorf

## Tanja Pohl Erbmasse – Malerei und Grafik

Mit der kommenden Ausstellung „Erbmasse“ stellt sich eine der profiliertesten Absolventinnen der Hochschule für Bildende Künste Dresden (HfBK) aus jüngster Zeit vor. Die gebürtige Vogtländerin Tanja Pohl (Jg. 1985) erwarb bereits als Schülerin über Jahre erste künstlerische Fertigkeiten und absolvierte nach dem Fachabitur noch Praktika bei dem Holzbildhauer Albrecht Ripp sowie im Malsaal des Zwickauer Theaters. An der HfBK Dresden (2005 – 2010) war dann die für ihre exzellenten grafischen (Menschen)Bilder bekannte Professorin Elke Hopfe ihre Lehrerin. Das sich an das Diplom anschließende Meisterschülerstudium (bis 2013) absolvierte sie bei dieser sowie dem Maler Professor Christian Macketanz.

Tanja Pohl erregte zunächst mit ihren kraftvollen Grafiken, oft Unikaten, Aufmerksamkeit, bei denen sie teilweise unterschiedliche Techniken miteinander verbindet. Zunehmend spielt zudem die Malerei in ihrem Schaffen eine Rolle, worauf nicht zuletzt der Titel der angekündigten Ausstellung verweist. Thematisch



„Erbmasse“, Öl auf Leinwand, 2014

werden ihre Werke von der Auseinandersetzung mit den sichtbaren Hinterlassenschaften des Menschen aus der industriellen Produktion, etwa Industriebrachen, bestimmt. Besonders interessiert sie dabei auch, wie sich die Natur diese Areale wieder zurückholt. In Form von Köpfen widmet sie sich darüber hinaus dem Menschen unmittelbar. Tanja Pohl bedient sich einer deutlich abstrahierten Bildsprache, wengleich der inhaltliche Hintergrund teils sichtbar, zumindest ahnbar bleibt. Ihre Farbigkeit – ursprünglich angelegt im Schwarz-Weiß der Grafik – kennt viele dunkle Töne, die häufig mit Weiß oder Beige kombiniert sind. Darüber hinaus nutzt die Künstlerin

zunehmend auch eruptive Farben wie Rot, kräftiges Blau, Orange und Gelb, die sie mal sparsamer, mal auch flächig einsetzt.

Tanja Pohl kann schon auf eine größere Zahl Ausstellungen und Ehrungen wie Stipendien und Preise zurückblicken, ebenso eine Reihe Ankäufe durch Museen und Sammlungen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der vierten Etage vom 24. Juli bis 21. September 2014, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 24. Juli 2014, 19.30 Uhr**