



Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen
gegründet 1990



PSYCHIATRISCHE VORAUSVERFÜGUNGEN Krisenbehandlung und partizipative Vorausplanung

Lesen Sie auf Seite 22

Neue
Fortbildungsordnung

5

Polioviren
im Abwasser

10

Digitalisierte
Arztpraxen –
Erfolgsgeschichten

14

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

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

Redaktionskollegium

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)
Erik Bodendieck
Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Dr. med. Jana Gärtner
Jenny Gullnick
Dr. med. Marco J. Hensel
Dr. med. Roger Scholz
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ute Taube
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. med. Amrei von Lieres und Wilkau
[seitens Geschäftsführung:](#)
Dr. Michael Schulte Westenberg
Dr. med. Patricia Klein
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz

Kristina Bischoff M. A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessence-publishing.com
Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-74
E-Mail: johné@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2025,
gültig ab 01. Januar 2025

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,

Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-
ausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete
Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der
Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von
Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Heraus-
geber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Ver-
breitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion
behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktio-
neller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrati-
onen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den
Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druck-
freigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:
www.slaek.de

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 162,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 162,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 16,00 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung
des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten
zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an
den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden
jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2025

Inhalt



Digitalisierte Arztpraxen –
Erfolgsgeschichten
niedergelassener Ärzte
Seite 14



Psychiatrische
Vorausverfügungen –
Krisenbehandlung und
partizipative Vorausplanung
Seite 22



Ausstellung: Monika Grobel
Seite 39

EDITORIAL	• Sapere aude	4
BERUFSPOLITIK	• Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat zur Fortbildungsordnung	5
	• Novellierung der Gebührenordnung ab 1. Januar 2025	8
	• Mitteilungspflicht der Gerichte hinsichtlich der Zahlungen an Sachverständige	9
GESUNDHEITSPOLITIK	• Polioviren im Abwasser – wie gut sind wir vorbereitet?	10
	• Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	13
	• Digitalisierte Arztpraxen: Erfolgsgeschichten niedergelassener Ärzte	14
	• Erweiterte heilkundliche Kompetenzen für Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss	20
ETHIK IN DER MEDIZIN	• Psychiatrische Vorausverfügungen	22
MITTEILUNGEN DER SÄV	• SEPA-Lastschriftverfahren 2025	26
	• Zahlung von Versorgungsleistungen 2025	26
	• Beitragssätze und Bemessungsgrenzen 2025	27
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	• 4. Sächsischer Fortbildungstag „Lachen ist die beste Medizin“	28
	• Konzerte und Ausstellungen	27
	• Neues Fortbildungsangebot für ärztliche Führungskräfte und solche, die es werden wollen	29
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	• Tarifabschluss MFA	28
MITTEILUNGEN DER KVS	• Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	30
PERSONALIA	• Jubilare im Februar 2025	34
	• Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozentur	36
	• Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Georg Klaus Hinkel	37
	• Verstorbene Kammermitglieder	38
KUNST UND KULTUR	• Monika Grobel: Zeitgewebe. Arbeiten auf Papier.	39
EINHEFTER	• Fortbildung in Sachsen – März 2025	



Erik Bodendieck

Sapere aude

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Ihnen dieses Heft vorliegt, sind die Weihnachtsfeiertage und der Start in das neue Jahr schon einige Tage vorüber. Doch als ich diese Zeilen schrieb, stand uns dies noch bevor. Zuerst möchte ich Ihnen und Ihren Familien, Freunden und Verwandten an dieser Stelle ALLES GUTE, GLÜCK UND GESUNDHEIT SOWIE FREUDE für und im Jahr 2025 wünschen.

Wie immer ist auch dieses neue Jahr bei jedem Einzelnen mit Hoffnungen und Wünschen verbunden. Inwieweit alle guten Vorsätze auch Wirklichkeit werden, hängt natürlich meist von jedem selbst ab.

Sie alle haben im vergangenen Jahr viel geleistet. Viele Menschen waren Ihnen sehr dankbar für Ihren Rat, Ihren Handgriff, Ihre Zuwendung, Ihre Therapie, auch wenn es gefühlt immer seltener artikuliert wird. Und wir hören und erleben auch eine steigende Aggressivität und ein überschießendes Forderungsverhalten.

Ich frage mich oft, wo kommt dies her? Mir erscheint die Antwort recht banal, aber ist dieses Verhalten nicht Ausdruck einer Angst? Angst vor Zukunft, Angst vor Verlust, Angst vor Bedeutungslosigkeit. Und vergessen wir dabei nicht oft auch unsere Umgebung, was dann wiederum den Eindruck einer gesteigerten Individualbetonung hervorruft? Doch wie sollte es denn anders sein? Es wird unseren Patienten jeden Tag vermittelt, dass die Gesundheitsversorgung und Pflege nicht mehr bezahlbar und die Qualität der Versorgung schlecht sei, Personal fehle, Termine nicht zur Verfügung stünden und letztlich wird immer wieder von einer Zwei-Klassen-Medizin

schwadroniert. Das muss doch die Menschen in die Angst, ja, wenn nicht sogar in den Wahnsinn treiben. Eine weitere Folge ist die innere Emigration derer, die in den Gesundheitsberufen und der Pflege arbeiten.

Führt das permanente „Schlechtreden“ von Arbeitsbedingungen nicht erst recht dazu, dass man die Arbeitsbedingungen auch als schlecht empfindet? Natürlich gibt es Grund genug, Veränderungen und Verbesserungen einzufordern, aber prallen hier nicht Ideologie getriggerte politische Aussagen mit der Wirklichkeit heftig aufeinander und vergiften den menschlichen Umgang miteinander?

Ideologie führt aus meiner Sicht zu „einfachen“ und meist zu stark verkürzten Aussagen. Das Leben ist nicht schwarz oder weiß. Nein, es ist viel komplizierter und komplexer und lässt sich nicht mit einfachen gesetzlichen Verboten oder Geboten bestimmen. Zumindest nicht in unserer aufgeklärten Gesellschaft, in der sich im Grunde seit dem 16. Jahrhundert das Subsidiaritätsprinzip durchgesetzt hat. Das heißt, es kommt auf jeden Einzelnen an, damit das Räderwerk funktioniert.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Geschichte unseres Landes eine andere gewesen wäre, wenn nicht jeder Einzelne immer wieder an eine positive Zukunft geglaubt und sich in die Verantwortung für die gesamte Gesellschaft gestellt hätte, insbesondere auch in den dunklen Zeiten der Diktaturen. Auch heute sehe und erlebe ich dies an vielen Orten. Da sehe ich Sie, meine Kolleginnen und Kollegen. Ich sehe aber auch viele Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren und viele weitere. Alle gemeinsam übernehmen damit die Verantwortung für ein funktionierendes Gemeinwesen. Eben gerade dies macht die Kraft unseres Landes aus.

Auch 2025 werden wieder weltweite Krisen herrschen, die es zu meistern gilt. Und wir werden auch nicht vor tiefgreifenden Veränderungen in unserer ärztlichen Berufsausübung weglaufen können. Vieles ist und bleibt zum heutigen Zeitpunkt unwägbar. Die Lösung für viele Fragen sind nicht einfache Antworten, sondern die Lösung ist, sich auseinanderzusetzen, gemeinsam Antworten auf Fragen zu suchen und miteinander um das beste Ergebnis zu ringen und durchzusetzen.

Lassen wir uns nicht den Blick verstellen und bleiben wir offen. Ideologie und Abgrenzung oder gar Ausgrenzung sind kein Rezept für eine gedeihende Gesellschaft. Akzeptieren wir uns gegenseitig und bieten unsere Hand unserem Gegenüber. Grundwerte des Humanismus, des sozialen Miteinanders und auch unserer christlichen Herkunft müssen dabei immer handlungsleitend bleiben. ■

Ihr Erik Bodendieck
Präsident

Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat zur Fortbildungsordnung

Nach aufwändiger Abstimmung mit den Landesärztekammern, Berufsverbänden und Fachgesellschaften haben die Delegierten des 128. Deutschen Ärztetages im Mai 2024 in Mainz eine Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) beschlossen. Die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Anerkennung von Fortbildungen und die Strukturen in der Fortbildungslandschaft haben sich seit der Einführung der MFBO 2004 und der letzten Aktualisierung 2013 deutlich verändert. Es hat sich dabei gezeigt, dass die bisherige Fassung der MFBO auch in Verbindung mit den „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ nicht mehr ausreicht, um dauerhaft die Neutralität und Transparenz von Fortbildungen im notwendigen Umfang sicherzustellen. Ziel der Überarbeitung war es, mit einer neuen MFBO insbesondere die Vorgaben zur Wahrung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung zu schärfen und damit die Schaffung der dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen anzustoßen. Es ist ein ausdrücklicher Wille aller Kammern, die neue MFBO bis zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig in Landesrecht zu überführen.

Dies aufgreifend, hat die 72. Kammerversammlung am 13. November 2024 der Novellierung und Überführung in Landesrecht mit deutlich mehr als der notwendigen Zweidrittelmehrheit zugestimmt. Ein Grund dafür war, dass die jetzt bundesweit zu Grunde liegende Musterfortbildungsordnung praktisch 1:1 die schon seit mehreren Jahren geltenden Vorgaben der Sächsischen Lan-

desärztekammer umsetzt. Aus der ehemaligen „Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ ist nun die neue „Fortbildungsordnung“ mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2025 hervorgegangen. Die Novellierung stand auch im Zeichen von Entbürokratisierung, De-regulierung sowie Konkretisierung. So konnten die bisher als Ergänzende Richtlinien zur Satzung enthaltenen und (sehr detailliert) beschriebenen Regelungen aufgelöst werden, da sich diese in der neuen Fortbildungsordnung im Wesentlichen wiederfinden.

Die bedeutsamsten Neuerungen sind:

- a) In der Präambel werden die wesentlichen Ziele ärztlicher Fortbildung definiert. „Die kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung gehört zum ärztlichen Selbstverständnis, sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung und ist eine zentrale Berufspflicht eines jeden Arztes. Sie ist auch sozialrechtlich verankert.“
- b) § 1 Begriffsbestimmungen: enthalten die wichtigsten Definitionen im Kontext der ärztlichen Fortbildung, zum Beispiel § 1, Nr. 10: „wissenschaftliches Programm“ – ist derjenige Teil der Fortbildungsmaßnahme, welcher der unmittelbaren Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten dient.
- c) § 3 Inhalt der Fortbildung: „Die ärztliche Fortbildung vermittelt unter Berücksichtigung bestehender, neuer und sich entwickelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren die zur Erhaltung und Fortentwicklung der auf Grundlage der Approbations- und der

Weiterbildungsordnung erworbenen und zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten.“ Dieser Text stellt klar, dass Fortbildung an die Aus- und gegebenenfalls Weiterbildung anknüpft. Inhalte der Fortbildung können daher nur solche Themen sein, die auf den in Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufbauen und diese erhalten oder fortentwickeln. Dadurch werden Inhalte ausgeschlossen, die in keinem Zusammenhang mit ärztlicher Kompetenz stehen. Die Inhalte müssen fachlich dem Stand der Wissenschaft entsprechen, wobei im Einzelfall auch Inhalte akzeptiert sein können, die sich gerade in der Entwicklung befinden und (noch) nicht wissenschaftlich gesichert sind.

- d) Eng im Zusammenhang mit der Versorgung stehende Themen, wie Qualitätsmanagement und gesundheits-systembezogene Themen, sowie ärztliche Basiskompetenzen, wie Kommunikation und die Befähigung zu wissenschaftlichem Arbeiten, können ebenfalls Inhalt von zertifizierten Fortbildungen sein.
- e) § 5 Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen: „Die Fortbildungsmaßnahme muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahren, und diese darf nicht zugunsten wirtschaftlicher Interessen beeinflusst werden. Fortbildungsinhalte und Marketingaktivitäten müssen streng voneinander getrennt sein (Erklärung der Autoren: formal und örtlich) und es dür-

fen keine Vorteile versprochen oder gewährt werden, bei denen nach Art oder Umfang der Anschein erweckt wird, dass sie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beeinflussen.“ Dies betrifft insbesondere die Programmgestaltung, in dem keine Produktnamen genannt werden dürfen. Sponsoren können neutral im Programm aufgelistet werden, bevorzugt auf der letzten Seite. Satellitensymposien von Firmen dürfen nicht parallel zu zertifizierten Vorträgen angeboten werden. Gerade zu diesem Punkt berät das Referat Fortbildung gerne im Vorfeld der Beantragung.

f) § 6 Zusätzliche Anerkennungsvoraussetzungen bei Sponsoring: „Thema, Gestaltung oder Inhalt der Fortbildung sowie die Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme insgesamt oder einzelner Teile dürfen durch den Sponsor weder vorgegeben noch beeinflusst werden. Eine Beeinflussung ist insbesondere gegeben, wenn durch die Art der Darstellung der Inhalte, ihrer Gewichtung oder Schwerpunktsetzung, Präparate, Wirkstoffe beziehungsweise Wirkstoffgruppen, Medizinprodukte oder Produktgruppen, die von wirtschaftlichem Interesse für den Sponsor sind, im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme hervorgehoben werden.“ Die hier festgelegten Anforderungen dienen dazu, die Einflussnahme durch mildere Mittel zu verhindern. Somit ist Sponsoring grundsätzlich weiterhin möglich, muss sich aber an die Rahmenvorgaben dieser Fortbildungsordnung halten. Demnach dürfen Sponsoring-Leistungen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden, die dafür notwendigen Kosten nicht überschreiten und ihr Umfang muss angemessen sein. Diese Regelung entspricht den

Vorgaben, denen die Sächsische Landesärztekammer schon seit vielen Jahren folgt.

- g) Wegfall § 9 – Anerkennung (Akkreditierung) von Fortbildungsveranstaltern. Aufgrund des Wegfalls in der zugrundeliegenden MFBO und dem Ziel, möglichst im Einklang mit den anderen Kammern die MFBO inhaltsgleich in Landesrecht zu überführen, ist die Rechtsgrundlage für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern entfallen. Die Kammer hat allen aktuell noch anerkannten Veranstaltern ein Angebot unterbreitet, dennoch für das Jahr 2025 nach dem bisherigen Modus weiter zu verfahren. Damit soll den bisherigen akkreditierten Veranstaltern die Möglichkeit gegeben werden, sich mit dem neuen Prozedere vertraut zu machen und die administrativen Strukturen anzupassen.
- h) Da auch die Kassenärztliche Vereinigung bisher analog akkreditiert war, musste eine Lösung für die seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anerkannten und durch diese stark regulierten Qualitätszirkel gefunden werden. Hierzu wurde im § 11 eine Ergänzung aufgenommen, die besagt, dass alle seitens der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Qualitätszirkel angerechnet werden, soweit sie den Anforderungen der Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.
- i) Bei den Bewertungskategorien ist eine neue Kategorie L für Zusatzstudiengänge aufgenommen worden. Hier wird 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit vergeben.
- j) Die Zusatzpunkte in den Kategorien I und K wurden dahingehend neu geregelt, dass nun bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer für jeweils bis zu 8 Fortbildungseinheiten eLearning 1 Zu-



Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, Vorsitzende Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, erläuterte die Änderungen der Satzung Fortbildung.

satzpunkt (bisher 1 Zusatzpunkt je UE eLearning) vergeben werden kann.

- k) Kategorie G – Hospitationen: An der Bewertung (1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag) hat sich nichts geändert. Neu ist jedoch eine zwingend vorgelagerte Antragstellung von Hospitationen durch den Hospitationsgeber. Aufgrund der damit verbundenen Äquivalenzprüfung zur Fortbildungsordnung konnte die bisherige Deckelung auf 150 Punkte innerhalb eines Fünfjahreszeitraums aufgehoben werden.
- l) Lernerfolgskontrollen: Bisher waren die Minimalanforderungen in der bisherigen Fortbildungssatzung mit mindestens 10 (Multiple Choice-) Fragen mit mindestens jeweils fünf unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten definiert. Die neue Fortbildungsordnung sieht vor, dass Lernerfolgskontrollen – soweit diese durchgeführt werden – sich an der Zielgruppe orientieren, dem Umfang

der Fortbildungsmaßnahme und dem Lernziel angemessen sein sollen sowie den Erfordernissen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen müssen. Damit wird der Gestaltungsspielraum für die Wissenschaftliche Leitung vergrößert.

m) Gänzlich neu aufgenommen wurde der § 10a zur Anerkennung von curricularen Fortbildungen. Demnach sind Fortbildungsveranstaltungen, die inhaltlich auf einem BÄK-Curriculum beruhen (curriculare Fortbildungen) grundsätzlich anerkanntsfähig. Ferner kann über die erfolgreiche Teilnahme an diesen Veranstaltungen durch die Kammer ein Zertifikat ausgestellt werden, wenn der Teilnehmende Mitglied der Kammer ist. Dieses berechtigt zur Ankündigungsfähigkeit als „Ärztekammer-Curriculum...“. Durch die Aufnahme dieses Passus in die neue Fortbildungsordnung konnte die bisherige Verfahrensordnung außer Kraft gesetzt werden.

Was ändert sich nun konkret für:

1. **Kammermitglieder:** Im Grunde sind die elementaren Bedingungen hinsichtlich des Fortbildungszertifikates gleichgeblieben. Weiterhin müs-

sen Kammermitglieder, um die gesetzliche Fortbildungsverpflichtung zu erfüllen, innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte erwerben. Durch die Schärfung der Regularien in Bezug auf die Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen sowie die zusätzlich aufgenommenen Regelungen zum Sponsoring können Teilnehmende an von der Sächsischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahmen sicher sein, durch deren Besuch der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung nach dem SGB V nachzukommen. Für im kassenärztlichen Bereich Tätige wurde eine Regelung zusätzlich aufgenommen, nach der entsprechende Verlängerungen des Sammelzeitraumes übernommen werden können. Im Rahmen einer sorgfältigen Prüfung kann somit die beste Lösung für unsere Kammermitglieder im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung gefunden werden.

2. **Veranstalter:** Für Fortbildungsveranstalter sind die Regularien in den §§ 5 (Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen) und 6 (Zusätzliche Anerkennungsvoraussetzungen bei Sponsoring) beson-

ders wichtig und zu berücksichtigen. Demnach muss bei einer ärztlichen Fortbildungsmaßnahme ein ausgewogener Überblick über den jeweiligen Wissensstand entsprechend der diagnostischen und therapeutischen Wahlmöglichkeiten vermittelt werden und die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gewahrt sein beziehungsweise darf diese nicht zugunsten wirtschaftlicher Interessen beeinflusst werden. Bei einem vorliegenden Sponsoring ist darauf zu achten, dass das Thema, die Gestaltung oder der Inhalt der Fortbildung nicht durch den Sponsor vorgegeben beziehungsweise beeinflusst werden. Ferner muss die Höhe des Sponsorings gemäß § 6 Nr. 3 gegenüber den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden. Die Sponsoring-Leistungen dürfen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden, die dafür notwendigen Kosten nicht überschreiten und ihr Umfang muss angemessen sein (§ 6 Nr. 4). Aufgrund der Begriffsdefinitionen in § 1 Nr. 10 ist das wissenschaftliche Programm derjenige Teil der Fortbildungsmaßnahme, welcher der unmittelbaren Vermittlung von Kennt-

nissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten dient. Auch die Gegenleistungen für das Sponsoring sind klar abgegrenzt und ermöglichen ausschließlich die Nennung als Sponsor, die Möglichkeit zur Einrichtung eines Informationsstandes oder die Verteilung von Informations- und Werbematerial jeweils getrennt von der fachlichen Fortbildung. Innerhalb von wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen ist darauf zu achten, dass Industriesymposien klar vom wissenschaftlichen Programm getrennt werden. Eine Vermischung von wissenschaftlichen Beiträgen und Industriesymposien innerhalb dieser ist somit nicht statthaft.

Mit der neuen Fortbildungsordnung ist ein – idealerweise bundesweit – einheitliches Regelwerk gelungen, welches die Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen deutlich besser regelt und somit ärztlich unabhängige Entscheidungskompetenzen fördert.

Weiterhin gilt der Grundsatz, dass neben dem Besuch der von Kammern anerkannten Veranstaltungen auch andere Fortbildungsmaßnahmen, wie Produktschulungen, Unterweisungen, und so weiter, besucht werden können, diese jedoch gemäß der Fortbildungsordnung nicht anerkennungsfähig sind. Wir hoffen, Ihnen die wesentlichen Inhalte der neuen Fortbildungsordnung

verständlich erläutert zu haben. Bei Fragen nutzen Sie bitte die aktualisierten FAQ-Listen für Kammermitglieder und Fortbildungsveranstalter (www.slaek.de → Ärzte → Fortbildung → FAQ). Darüber hinaus steht Ihnen das Team vom Referat Fortbildung als Ansprechpartner unter fortbildung@slaek.de zur Verfügung. ■

Verwaltungsbetriebswirt (VWA) Göran Ziegler
Referatsleiter Fortbildung

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende Sächsische Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Novellierung der Gebührenordnung ab 1. Januar 2025

Die 71. Kammerversammlung hat eine Novellierung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen. Die inflationären Entwicklungen in Vergangenheit und Gegenwart mit den daraus folgenden hohen Tarifabschlüssen und eine weitgehende Stagnation der ärztlichen Einkünfte, bedingt durch verschiedene Faktoren, erforderten eine Stabilisierung des Haushaltes der Kammer für das Folgejahr. Dabei wurde eine höhere finanzielle Inanspruchnahme der Kammermitglieder, die eine individuelle Leistung in Anspruch nehmen, gegenüber einer Erhöhung des Kammerbeitragssatzes für alle beitragspflichtigen Kammermitglieder präferiert. Dazu kam, dass viele

Gebührentatbestände seit 2011, etliche auch seit 2004, nicht mehr angepasst wurden.

Zu den Änderungen zählen neben allgemeinen Anpassungen die Wiedereinführung der Gebühr für den Arztausweis classic mit 20 Euro und weitere Gebührentatbestände bei „Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen“. Für die Eintragung von Ausbildungsverhältnissen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist aufgrund des damit verbundenen erheblichen Organisations- und Prüfungsaufwandes zukünftig eine Gebühr in Höhe von 80

Euro zu entrichten. Die aktuellen Gebühren können Sie der Gebührentabelle auf unserer Website www.slaek.de → Über Uns → Aufgaben → Rechtsgrundlagen → Gebührenordnung entnehmen.

In 2024 eingereichte Anträge zu gebührenpflichtigen Sachverhalten werden gemäß der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Gebührenordnung berechnet. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Stichtag alle zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht wurden. ■

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Mitteilungspflicht der Gerichte hinsichtlich der Zahlungen an Sachverständige

Das Sächsische Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung hat uns um Weiterleitung der nachfolgenden Mitteilung gebeten:

Mitteilung an die Finanzbehörden durch andere Behörden und öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten nach der Mitteilungsverordnung

hier: Mitteilungspflicht der Gerichte und Staatsanwaltschaften hinsichtlich der Zahlungen an Sachverständige, Dolmetscher und Übersetzer

Zum 1. Januar 2025 tritt die Verordnung zur Änderung der Verordnung über Mitteilungen an die Finanzbehörden durch andere Behörden und öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten (Mitteilungsverordnung - MV) vom 18. November 2020 in Kraft. Gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 bzw. § 2 Abs. 1 S. 1 MV-neu werden dann neben Behörden im Sinne von § 6 Abs. 1 AO auch „andere öffentliche Stellen“ mitteilungspflichtig gegenüber den Finanzbehörden hinsichtlich ausgereicherter Zahlungen.

Die Befreiungen von der Mitteilungspflicht nach § 2 Abs. 1 S. 2 MV-neu, insbesondere wenn der Zahlungsempfänger zweifelsfrei im Rahmen einer gewerblichen oder freiberuflichen Haupttätigkeit gehandelt hat, die Zahlung zweifelsfrei auf das Geschäftskonto des Zahlungsempfängers erfolgt, ein Steuerabzug durchgeführt wird oder die Zahlungen aufgrund anderer Rechtsvorschriften den Finanzbehörden mitzuteilen sind, gilt gemäß § 2 Abs. 1 S. 3 MV-neu ausdrücklich nicht für Vergütungen an Sachverständige, Dolmetscher und Übersetzer im Sinne von Abschnitt 3 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG).

Damit werden die Gerichte und Staatsanwaltschaften ab dem 1. Januar 2025 mitteilungspflichtig im Sinne der Mitteilungsverordnung hinsichtlich der an Sachverständige, Dolmetscher und Übersetzer ausgezahlten Vergütungen nach dem JVEG. Mitzuteilen sind dann gemäß § 93c Abs. 1 Nr. 2c AO insbesondere der Familienname, der Vorname, der Tag der Geburt, die Anschrift des Steuerpflichtigen und dessen Identifikationsnummer nach § 139b AO. Weitere Anforderungen an den Inhalt der Mitteilung stellt § 8 MV.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass der Entwurf einer Siebten Verordnung zur Änderung der Mitteilungsverordnung der Bundesregierung vom 25. September 2024 (BR-Drs. 468/24) vorsieht, dass die Mitteilungen für das Kalenderjahr 2024 bis zum 2. März 2026 zu übermitteln sind. Diese Frist kann ggf. bis maximal 1. März 2027 verlängert werden (§ 8 MV-Entwurf). Zudem soll die Bagatellgrenze nach § 7 Abs. 2 MV-Entwurf auf 3.000 Euro angehoben werden.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie im Rahmen Ihrer Möglichkeiten die Sachverständigen, Dolmetscher und Übersetzer über die künftige Mitteilungsverpflichtung der Gerichte und Staatsanwaltschaften gegenüber den Finanzbehörden sowie die damit verbundene Erforderlichkeit der weiteren Angaben in den Vergütungsanträgen informieren würden.

gez. Matthias Lau
Ministerialrat

Polioviren im Abwasser – wie gut sind wir vorbereitet?

In den vergangenen Jahren haben das Auftreten von Diphtherie-Fällen in Deutschland und Europa und die weltweite schnelle Ausbreitung von Mpoxviren neben der global steigenden Zahl der Masernfälle gezeigt, dass auch längst in Vergessenheit geratene impfpräventable Erkrankungen bei nicht ausreichender Populationsimmunität erhebliche Probleme schaffen können.

Nachdem im Rahmen des Abwassermonitorings in deutschen Städten seit Mitte November 2024 der Nachweis von zirkulierenden Vakzine-abgeleiteten Polioviren des Typs 2 erbracht wurde, ist mit der Poliomyelitis eine Krankheit, die eigentlich ebenso als besiegt galt, erneut in den Fokus gerückt. Die letzte in Deutschland autochthon erworbene Poliomyelitis durch Wildpoliovirus (WPV) wurde im Jahr 1990 diagnostiziert. Im Jahr 1992 wurden zwei importierte Krankheitsfälle registriert. Weltweit jedoch sind die Zahlen insbesondere bei den zirkulierenden

Tab. 1: Anzahl der weltweiten Poliomyelitis-Fälle durch Wild-Polioviren (WPV) und durch zirkulierende Vakzine-abgeleitete Polioviren (cVDPV) [Datenstand: 12. Dezember 2024]

Meldejahr	WPV	cVDPV
2015	74	32
2016	37	5
2017	22	96
2018	33	104
2019	176	378
2020	140	1113
2021	6	688
2022	38	876
2023	12	528
2024	84	234

Tab. 2: Anzahl der Länder, die an die WHO Poliovirus-Nachweise bei an akuter schlaffer Lähmung (AFP) Erkrankten und in Umweltproben gemeldet haben.

Virus	Länder mit AFP-Fällen 2024	Länder mit Umweltnachweisen 2024
WPV-1	2	2
cVDPV-1	2	0
cVDPV-2	17	30
cVDPV-3	1	1

lierenden Vakzine-abgeleiteten Polioviren hoch (Tabelle 1).

Polioviren zeichnen sich durch eine hohe Mutationsrate aus. Virulente Vakzine-abgeleitete Polioviren entstehen durch Rekombination mit in der Umwelt vorkommenden anderen Typ C Enteroviren und zeichnen sich durch Punktmutationen im VP1-Gen des viralen Kapsids und in der Leader-Sequenz (5' UTR-Region) aus [3]. Man unterscheidet bei den Vakzine-abgeleiteten Polioviren die zirkulierenden (circulating = cVDPV), bei Immundefizienten detektierte (immunodeficient = iVDPV) und mehrdeutigen / uneindeutigen (ambiguous = aVDPV). Letztere können bei Nachweis einer entsprechenden Quelle in cVDPV oder iVDPV umklassifiziert werden [4].

Das von der WHO gesetzte Ziel der vollständigen Elimination der Erkrankung musste seit 1990 immer wieder postponiert werden, obwohl die Wildpolioviren des Typ 2 und des Typ 3 (WPV-2 und WPV-3) als in der Natur eradiziert gelten. Erkrankungen durch WPV-1 kommen endemisch nur noch in Afghanistan und Pakistan vor, Poliomyelitis-Fälle durch WPV-1 wurden 2021 und 2022 bei Kindern und Jugendlichen (5 Monate bis 14 Jahre) in Malawi (ein Fall) und Mozambique (acht Fälle) gemeldet [5]. Dieser Stamm war geno-

misch einem in Pakistan isolierten WPV-1 Isolat aus dem Jahr 2019 am ähnlichsten, nur zwei der Betroffenen hatten eine ausreichende Grundimmunisierung (≥ 3 Impfdosen) [6].

Im Jahr 2024 (Datenstand 11. Dezember 2024) waren in mehr als 20 Ländern Vakzine-abgeleiteten Polioviren und Wild-Polioviren bei Erkrankten und in mehr als 30 Ländern in Umweltisolaten nachweisbar (Tabelle 2).

Die europaweiten Nachweise (Spanien, Polen, Finnland, Vereinigtes Königreich und Deutschland) eines cVDPV-2 Stammes, der von Westafrika aus nunmehr in die nördlichen Regionen des afrikanischen Kontinents zirkuliert, zeigen, dass eine konsequente Vigilanz gegenüber vermeintlich schon „besiegten“ Infektionskrankheiten erforderlich ist und Maßnahmen der Primärprävention (Impfungen) immer noch unabdingbar sind. Europa ist zwar seit 2002 frei von autochthoner Poliomyelitis, Krankheitsimporte bei unzureichend geimpften Personen gab es jedoch 2021 in Tadschikistan und der Ukraine, aber auch 2022 in Großbritannien [7].

In einer aktuellen Übersicht der europäischen Surveillance-Systeme für Polioviren in 53 Ländern [8] zeigte sich, dass zwischen 2015 und 2022 noch sechs WPV-Umweltisolate detektiert wurden (WPV-1 und WPV-3 jeweils 1 x, WPV-2

4 x). Bei der syndromatischen Surveillance, die von 45 Ländern durchgeführt wird, waren im Untersuchungszeitraum in 89 Fällen einer akuten schlaffen Lähmung (AFP) Vakzine-abgeleitete Viren nachweisbar, in fünf Fällen erfolgte der Nachweis des neuen oralen Poliovirus Typ 2-Impfstamms und in 383 Fällen der Nachweis der klassischen Sabin-Impfstämme. Letztere werden noch in 13 der 53 untersuchten Länder verimpft.

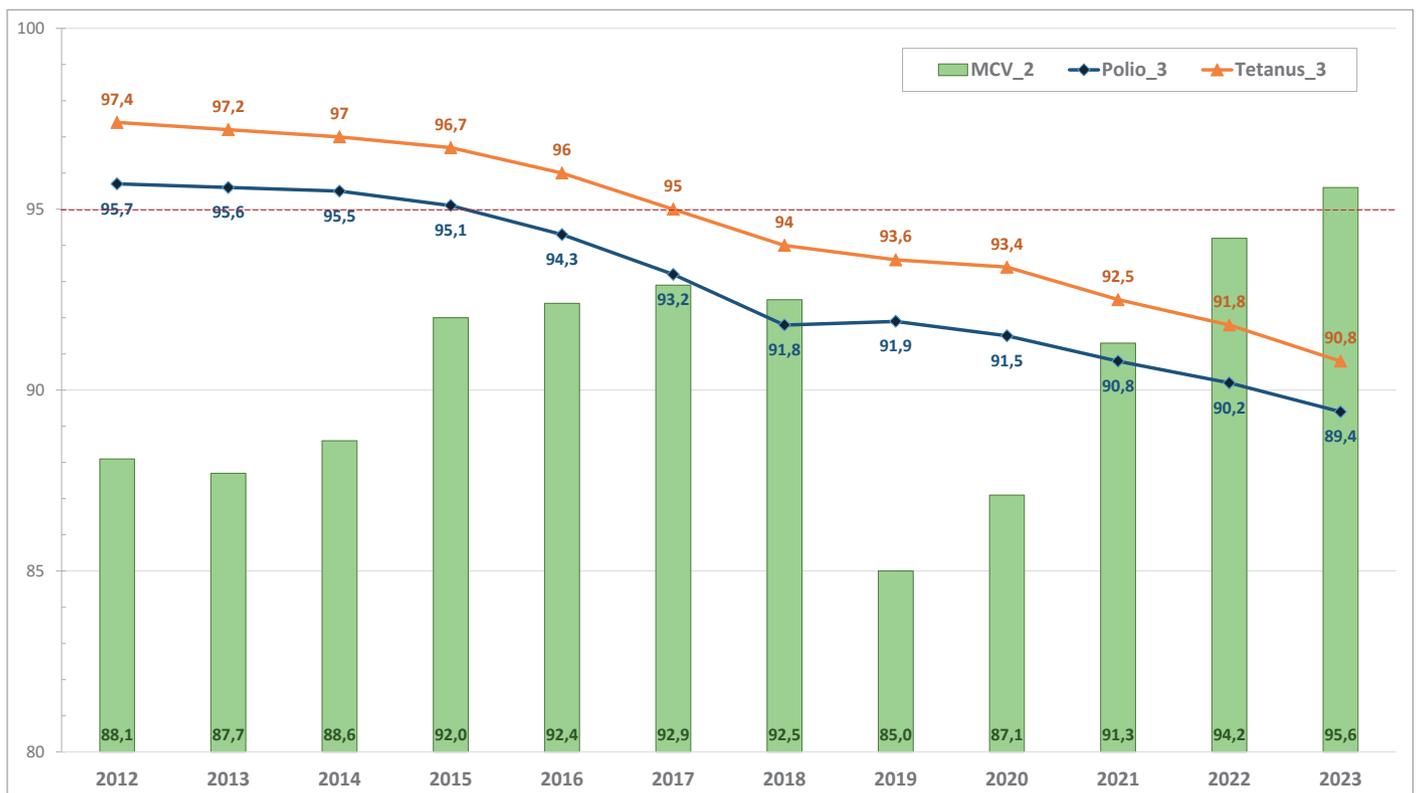
Waren die oralen Lebendvakzinen („Schluckimpfung“) ein wesentlicher Faktor für das erfolgreiche Zurückdrängen der Poliomyelitis, haben die Probleme der Vakzine-abgeleiteten Polioviren die Entwicklung parenteral zu applizierender Totimpfstoffe befördert. Heute sind die dreimalige Immunisierung und im Verlauf dann eine vierte Auffrischungsimpfung für eine robuste Immunität erforderlich. Insbesondere bei Kindern,

die ausschließlich mit den Totimpfstoffen geimpft wurden, spielt die Vollständigkeit der Impfungen eine große Rolle, da neueste Daten zeigen, dass es erst nach drei bis vier Impfdosen zu einer robusten mukosalen Immunität kommt [9]. Die Reduktion einer prolongierten Exkretion von Viren kann durch die Totimpfstoffe auch nach vorangegangener Lebendimpfung verbessert werden [10]. Zudem führt die Verabreichung einer vierten und fünften Impfdosis zu einer längeren Persistenz neutralisierender Antikörper im Serum [11].

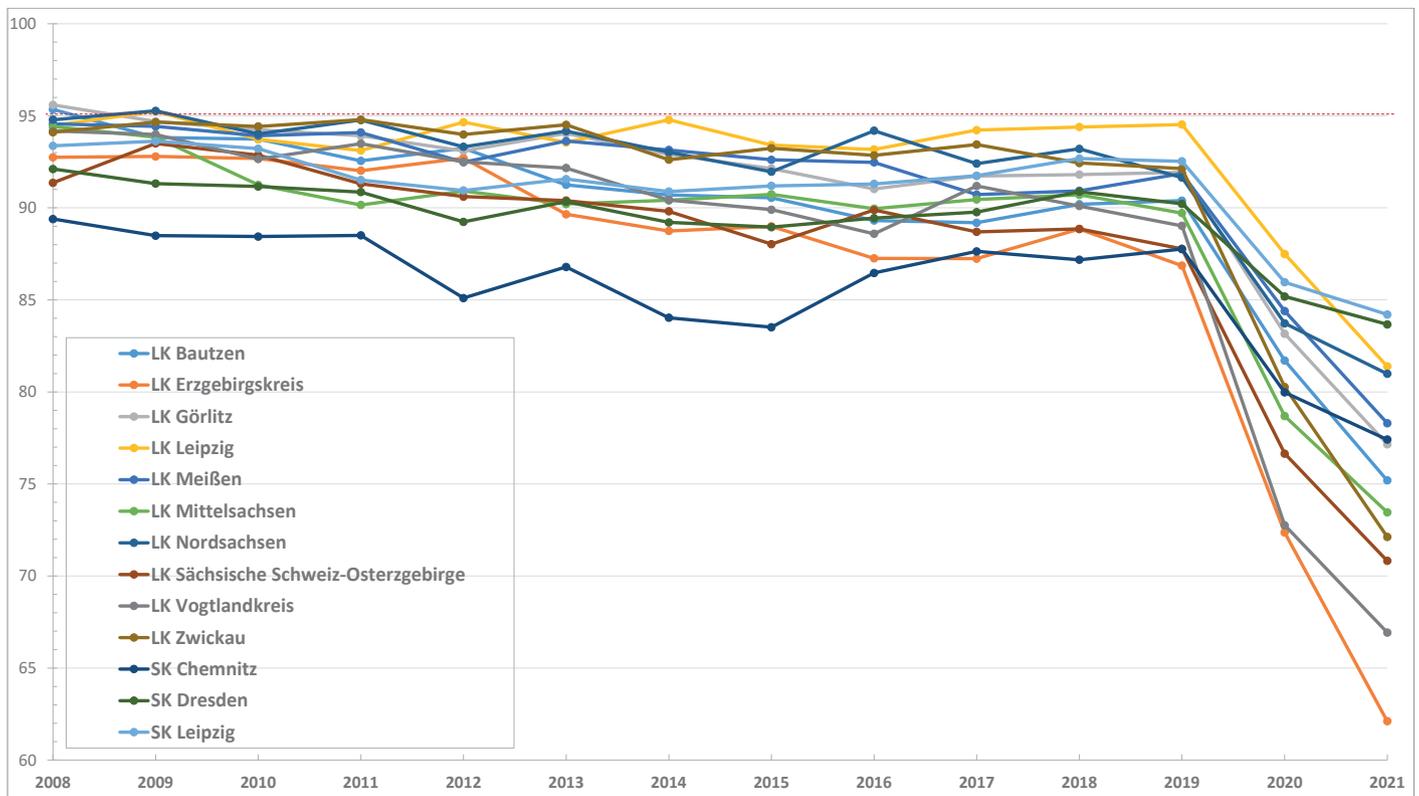
Es ist daher für die Verhinderung einer Ausbreitung der cVDPV von immenser Wichtigkeit, auf eine ausreichende Immunisierung der Bevölkerung zu achten. Es ist erst ab einer Durchimpfungsrate von circa 95 Prozent (dritte Polio-Impfdosis) von einer suffizienten Populationsimmunität auszugehen. Die

aktuellen Impfraten zeichnen insbesondere postpandemisch gerade auch in Sachsen ein völlig anderes Bild (Grafik 1). Abgesehen von den Impfquoten für eine zweite Masern-Impfung sinken die Impfquoten für die Standardimpfungen kontinuierlich. Dies gilt auch für Deutschland. Ein vollständiger Impfschutz gegen Poliomyelitis besteht bei Kindern bis zu einem Jahr bei 21 Prozent, bis zum Alter von zwei Jahren bei 77 Prozent und bis zum Alter von sechs Jahren bei 88 Prozent [12]. Bei den europäischen Ländern [8] haben nur 25/53 (47,2 Prozent) Impfquoten von ≥ 95 Prozent, hingegen aber 11/53 (20,8 Prozent) Impfquoten von < 90 Prozent in der Bevölkerung.

Analysiert man die Impfraten in Sachsen noch kleinteiliger, dann zeigen sich deutliche Unterschiede über die Zeit und in den einzelnen Regionen (Grafik 2):



Grafik 1: Impfquoten im Freistaat Sachsen von 2012 bis 2023 aus den Schuleingangsuntersuchungen für die zweite Masern-Impfung (MCV_2), die dritte Tetanus-Impfung (Tetanus_3) und die dritte Polio-Impfung (Polio_3). Die gestrichelte rote Linie zeigt das von der WHO empfohlene Ziel von 95 % Impfquote zum Schutz vor Poliomyelitis in der Bevölkerung. Die Skalierung der Y-Achse von 80-100 % Impfquote ist zu beachten. [Datenstand 12. Dezember 2024; Quelle: Dr. med. Sophie-Susann Merbecks, LUA Sachsen].



Grafik 2: Impfquoten für die dritte Polio-Impfung bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr aufgeschlüsselt für die sächsischen Landkreise und kreisfreien Städte. Die gestrichelte rote Linie zeigt das von der WHO empfohlene Impfziel von 95 % Impfquote zum Schutz vor Poliomyelitis in der Bevölkerung. Die Skalierung der Y-Achse von 60–100 % Impfrate ist zu beachten. [Datenstand 12. Dezember 2024; Quelle: RKI].

Die Impfquoten für die 2021 geborenen Kinder liegen im Alter bis zu zwei Jahren zwischen 62 Prozent (Erzgebirgskreis) und 84 Prozent (Stadt Leipzig). In keinem Landkreis beziehungsweise in keiner Stadt Sachsens wurde das Ziel der 95 Prozent Impfquote (drei Impfdosen) bei den Jahrgängen 2010 und jünger im Alter bis zu zwei Jahren erreicht.

Damit verbleiben viel zu viele Kleinkinder als die vulnerable Personengruppe empfänglich für die Infektion mit Polioviren und die Erkrankung an Poliomyelitis. Dieses ist unter dem Licht der aktuellen Epidemiologie nicht akzeptabel und erfordert die Aufmerksamkeit und Anstrengungen aller Kolleginnen und Kollegen in Sachsen. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns →
Presse → Ärzteblatt

Für die Sächsische Impfkommission
Dr. med. Thomas Grünewald
Vorsitzender

Das folgende pragmatische Vorgehen hat sich dabei bewährt:

- Säuglinge und Kleinkinder sollten innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate drei Impfdosen erhalten, fehlende so schnell wie möglich nachgeholt werden (Mindestabstand zwischen Dosis 1 und 2: vier bis acht Wochen, zwischen Dosis 2 und 3: sechs Monate). Auffrischungen sollten zeitgerecht erfolgen.
- Bei Jugendlichen und Erwachsenen in der aktuellen Situation sollte, wenn eine vollständige Grundimmunisierung vorhanden ist, eine Auffrischungsimpfung mit einem Poliovirus-Antigene enthaltenen Impfstoff dann durchgeführt werden, wenn die letzte Impfung länger als zehn Jahre zurückliegt.
- Die Durchführung einer Impfung gegen Poliomyelitis sollte zum Anlass genommen werden, andere kritische Impfungen ebenfalls zu schließen.

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle wünscht Ihnen ein gutes und erfolgreiches Jahr 2025. Auch in diesem Jahr wollen wir wieder zu Falldiskussionen einladen und hoffen Ihr Interesse zu finden.

Bewertung des Falles aus Heft 10/2024

Zur Bewertung des im Heft 10/2024 dargestellten Falles einer schweren Gefäßverletzung im Zusammenhang mit der Anlage eines Demerskatheters zur Dialyse. Grundlage unserer Bewertung ist wie immer das Sachverständigengutachten und die Diskussion des Falles im Sachverständigenrat der Gutachterstelle.

Die Gutachterstelle hat die bei dem Punktionsmanöver eingetretenen schweren Gefäßverletzungen gestützt durch das Sachverständigengutachten und die Diskussion im Sachverständigenrat als mögliche Komplikation im Rahmen der Komplikationsbreite zentralvenöser Punktions beurteilt. Dennoch macht die Schwere der Verletzung betroffen und nachdenklich. Bei welchem Punktionsversuch die Gefäßläsion gesetzt wurde, ist retrospektiv nicht feststellbar. Offenbar ist es bei korrekt liegendem Seldingerdraht durch den Dilator unter Mitnahme des Seldingerdrahtes zur Verletzung der Wand des zentral-

venösen Gefäßes gekommen, der Dilator muss dann bis zum Truncus brachiocephalicus vorgeschoben worden sein.

Zu dieser Veröffentlichung sind uns keine Zuschriften zugegangen.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Der heutige Fall führt uns in die Innere Medizin/Gastroenterologie.

Die Patientin ist Jahrgang 1951, anamnestisch Magenulcus vor etwa 25 Jahren, letzte Gastroskopie vor etwa 15 Jahren. Begleiterkrankungen: Rheumatoïdarthritis, Hypertonie, Osteoporose, Adipositas

25. Mai 2022

Vorstellung in der Notfallambulanz des Antragsgegners (Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung) wegen mehrfach kaffeesatzartigen Erbrechens und einmaligen Teerstuhls

Aufnahmediagnostik: klinische Untersuchung; Patientin kreislaufstabil, kein Hinweis für Ileus, rectal Teerstuhl, Sono Abdomen: unauffällig; Paraklinik: CRP, Harnstoff und gammaGT leicht erhöht sonst unauffällig, Hb 8,9

Therapie: Volumensubstitution, Protonenpumpenhemmer, Verlegung auf internistische Normalstation, Gastroskopie am 27. Mai 2022 (26. Mai 2022 Feiertag)

26. Mai 2022

Patientin kreislaufstabil, keine Auffälligkeiten Hb Kontrolle 7,9

27. Mai 2022

4.00 Uhr: starke abd. Beschwerden, Teerstuhl, hypotone Kreislaufsituation → Verlegung ITS

Während der Verlegung zunehmendes Eintrüben der Patientin, bei Ankunft auf ITS reanimationspflichtige Situation, umgehende Reanimation ohne Erfolg, Abbruch der Reanimation nach 25 Minuten

Obduktion: Tod im hämorrhagischen Schock bei blutendem Ulcus duodeni

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf?

Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen
E-Mail gutachterstelle@slaek.de



Zum Nachlesen
„Aktueller Fall der Gutachterstelle“,
Heft 10/2024

Anzeige

1. Februar 2025 | 10.00 Uhr - 15.00 Uhr

Ärztin/Arzt in Sachsen

**15. Informationsveranstaltung für
Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung**

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16 | 01099 Dresden



Digitalisierte Arztpraxen

Erfolgsgeschichten niedergelassener Ärzte

Einleitung

Nach Meinung vieler Patienten und Ärzte verläuft die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich insuffizient und zu langsam, doch es gibt Fortschritte. Durch verpflichtende Einführungen der elektronischen Arbeitsfähigkeitsbescheinigung (eAU) oder des elektronischen Rezepts (eRezept) hat sich deren Einsatz in der Praxis durchgesetzt. Laut aktuellem PraxisBarometer [1] der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Entwicklung positiv: Die Kommunikation der Niedergelassenen untereinander sowie mit Patientinnen und Patienten läuft zunehmend digital, immer mehr niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nutzen den Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) und weitere digitale und Telematikinfrastruktur(TI)-Angebote wie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), digitales Terminmanagement, digitale Übermittlungen von Dokumenten oder Videosprechstunden. Die neuesten Digitalgesetze im Gesundheitswesen (Digital-Gesetz – DigiG und Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG [2]) mit Fokus auf die Erleichterung der alltäglichen Abläufe in Praxis und Versorgung sollen konkreten Nutzen schaffen und der Digitalisierung einen weiteren Schub geben [3].

Aber zur Umsetzung und den Mehrwerten bestehen noch nachvollziehbare Bedenken und Ressentiments in der Ärzteschaft, denn bislang führen unausgereifte, fehlerhafte oder störanfällige Technologien, insbesondere ausfallende Konnektoren, zu Problemen bei der Digitalisierung in den Praxen. Wenn Praxisabläufe und Versorgung durch die Einführung und Nutzung von

TI-Anwendungen/-Strukturen eher belastet werden, führt dies zwangsläufig zu einer geringen Akzeptanz oder gar Ablehnung der TI und digitaler Angebote. Während digitale Anwendungen wie Stammdatenabgleich oder eAU bisher hauptsächlich für effizientere Verwaltungsabläufe bei Krankenkassen und Arbeitgebern sorgen, liege der Aufwand vor allem bei den Praxen, so die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin [4]. Allein technische Lösungen überzeugen nicht, sondern Digitalisierung muss ambulante Versorgung und Arbeitsabläufe in den Praxen sinnvoll unterstützen und entlasten, um wieder mehr Zeit für Diagnostik und Behandlung und darüber Akzeptanz zu schaffen. Noch sind Praxis-IT-Lösungen häufig zu wenig auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet, unter anderem aufgrund unzureichender Kommunikation zwischen den Entwicklern der Anwendungen und den Anwendern. Dies



© Gemeinschaftspraxis Dr. Walther

Abb. 1: Dr. med. Margret Walther hat seit 1991 eine eigene hausärztliche Praxis in Chemnitz. Bereits seit 2015 ist ihre Praxis-Patientenakte rein digital. Seitdem 2023 ihr Sohn, Dr. med. Felix Walther, in den Praxisbetrieb eingestiegen ist, gibt es neben einer neuen professionellen Webpräsenz eine digitale (KI-)Telefonassistent, Online-Terminmanagement, ein digitales Impfmanagement und vieles mehr.



© SLK/Frank Grätz

Abb. 2: Simo Murovski hat seine erste augenärztliche Praxis 2012 gegründet und konsequent alles, was damals möglich war, digital eingerichtet, um „die Praxisabläufe digital zu gestalten und dadurch die Arbeit und den Alltag zu erleichtern“. Inzwischen umfasst das Augenzentrum Erzgebirge fünf Praxisstandorte in Zschopau, Ehrenfriedersdorf und Chemnitz.

führt auch zu Unsicherheit hinsichtlich Datenschutz und anderen rechtlichen Aspekten sowie Bedenken, durch digitale Technologien und künstliche Intelligenz (KI) „ersetzt“ zu werden. Zudem kämpfen Praxen mit vielen heterogenen Softwarelösungen, unter anderem rund 150 verschiedenen Praxissystemen. Damit sich die elektronische Patientenakte (ePA) durchsetzen kann, braucht es neben Finanzierungskonzepten für Digitalisierungsmaßnahmen in Praxen eine einheitliche Struktur und Datenstandards, um den Anteil kompatibler maschinenlesbarer, strukturierter Daten zu erhöhen [5].

Ich habe mit niedergelassenen Ärzten gesprochen, die trotz der bestehenden Hürden verhältnismäßig früh die Digitalisierung in ihren Praxen umgesetzt haben. Ihre Beweggründe, Erfahrungen, Hinweise und Wünsche für die Zukunft werden im Folgenden ausgeführt:

Was ist in Ihrer Praxis digitalisiert?

Felix Walther: Eigentlich fast alles. Wir nutzen nur noch Papier, wo es die KV oder der Gesetzgeber nicht anders zulassen, also Rezepte für Privatversicherung, BtM-Rezepte oder Dokumentenexemplare für Patienten, zum Beispiel eine AU. Unsere Datenschutzbögen geben wir auch noch in Papierform aus.

Simo Murovski: Nur die Einverständniserklärungen der Patienten holen wir noch papierbasiert ein. Ansonsten haben wir unsere Praxis-EDV vom Terminkalender und Recall-System über die Anbindung aller Geräte, Befunde, Karteikarten bis hin zur Abrechnung digitalisiert. Unsere Behandlungsstandorte sind in Echtzeit miteinander vernetzt.

Den OP-Bereich haben wir mit einer zusätzlichen Software zur gesamten OP-Planung, Materialverwaltung und Logistik digitalisiert. Die Kommunikation nach außen, zum Beispiel Materi-

albestellungen, geht ebenfalls komplett digital. Über eine Web-basierte Softwareplattform sind wir mit kooperierenden Praxen vernetzt und können Befunde digital austauschen. Wir haben digitalisierte Prozesse und Vernetzung sowohl in der Praxis als auch mit externen Partnern.

Welche Mehrwerte erleben Sie durch die Digitalisierung Ihrer Praxis?

F. W.: Die digitalen Lösungen erleichtern unseren Patienten das Leben und entlasten auch uns enorm. Die Online-Terminbuchung und die digitale Telefonassistenz verringern deutlich die Zeit unserer MFAs am Telefon und trotzdem werden die Anfragen der Patienten zu deren Zufriedenheit bearbeitet. Wenn die Patienten mit unserer KI-Telefonassistenz „Schwester Maria“ sprechen, können wir ihre Anfragen im Nachgang in Ruhe beantworten, zum Beispiel mit einer SMS zu einem angefragten Termin oder der abholbereiten Überweisung etc. Die reduzierte Arbeitsbelastung unserer MFAs macht diese natürlich auch zufriedener.

Die deutliche Zeiteffizienz, zum Beispiel bei digitaler Befundübermittlung, bedeutet auch eine höhere Kosteneffizienz.

Margret Walther: Mitarbeiter und Patienten sind sehr zufrieden mit den digitalen Möglichkeiten, zum Beispiel dem E-Rezept. Wenn Patienten unterwegs sind und ihre Medikamente vergessen haben, brauchen sie nur anzurufen und ich kann ihnen ein Medikamentenrezept sofort digital zusenden. Das Rezeptmanagement funktioniert digital wesentlich einfacher, schneller und ist vor allem weniger fehleranfällig. Oder wir machen eine Videosprechstunde zur ersten Abklärung, wenn es Patienten schlecht geht, damit ihnen erst mal schnell geholfen ist. Ich habe viele ältere Patienten, die dafür sehr dankbar sind. Die mobilen und vernetzten Lösungen finde ich klasse. Ich kann auch

unterwegs über mein Tablet und mein Smartphone auf mein Praxissystem zugreifen und Patientenwerte kontrollieren. Somit kann ich meine Patienten sofort kontaktieren und etwas verordnen, sobald ein Befund eingeht, oder falls notwendig ins Krankenhaus schicken. Früher hätte ich sowas erst am nächsten Tag am Praxis-PC nachgucken können.

F. W.: Das ist das Schöne, man braucht keinen großen Laptop oder andere Geräte mehr, sondern hat mit der Handy-App eine mobile, datensichere und datenschutzkonforme Lösung, mit der man alles machen kann, zum Beispiel im Hausbesuch über eine Foto-App ein behandlungsrelevantes Foto aufnehmen und direkt ins Praxisverwaltungssystem (PVS) einspeisen, ohne Umweg über eine Cloud oder E-Mail. Das Foto ordnet man dem Patienten zu, hinterlegt es im Praxissystem und hat eine saubere Dokumentation.

S. M.: Die Digitalisierung ist für mich der Schlüssel zu einer erfolgreichen Praxis, weil sie Arbeit und Alltag erleichtert. Es lief nicht alles ausnahmslos reibungslos, aber die Mitarbeiter haben bisher immer rückgemeldet, dass die Implementierung einer bestimmten digitalen Lösung gut war. Bei den jährlich circa 7.000 Eingriffen in unserer Praxis bringen digital gestützte Prozesse eine große Arbeitserleichterung und Effizienzgewinne, auch für die Patienten. Zum Beispiel müssen sie nicht mit CDs, Fotokopien oder anderen Zetteln von Praxis zu Praxis gehen. Die richtige Information muss einfach und rechtzeitig ankommen. Die vernetzte Kommunikation macht vieles leichter.

Welchen Mehrwert sehen Sie in der Digitalisierung für das Gesundheitswesen?

F. W.: Ich persönlich sehe einen sehr hohen Nutzen und viele Effizienzgewinne, zum Beispiel Vermeidung von

Doppeluntersuchungen, weil ich nachvollziehen kann, was ein Kollege bereits gemacht hat. Oder die ePA, Einsparung von „Zettelwirtschaft“ und Wegfall analoger, langwieriger Übermittlungswege. Auch für Forschungsdaten: Analoge Dokumentationen kann man nur aufwändig auswerten, aber Digitales kann für die Forschung verwendet werden. Man sieht das zum Beispiel in Großbritannien, von wo viele Corona-Impfstudien kommen, weil die Daten dort alle digital zur Verfügung stehen.

M. W.: Die Schnelligkeit ist ein großer Gewinn. Von Röntgenuntersuchungen zum Beispiel habe ich am selben Tag noch einen KIM-Brief oder eine E-Nachricht mit dem Befund, nicht erst nach einer Woche.

F. W.: Das kann auch stationäre Einweisungen verhindern. Wenn ich den Röntgenbefund noch am selben Tag bekomme, muss ich den Patienten nicht immer gleich in die Notaufnahme schicken, denn vieles kann ich auch selber ambulant machen.

S. M.: Wir brauchen die Digitalisierung, um die Versorgung der Menschen im ländlichen Raum sicherzustellen. Als Weiterentwicklung unserer Telesprechstunde führen wir zum Beispiel telemedizinische oder teleophthalmologische Dienste durch. Mit der Technischen Universität Chemnitz habe ich 2019 eine mobile Augenambulanz konzipiert, um augenärztliche Leistungen mit abgestimmter Hard- und Software in die Fläche zu bringen, wo Menschen infrastrukturell benachteiligt sind und wegen des Ärztemangels kaum einen Termin beim Facharzt bekommen. Dabei und in meiner täglichen Arbeit ist mir klargeworden, wie viel noch zu tun ist, um das Gesundheits- und Versorgungssystem zukunftsfähig zu machen. Patienten brauchen uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen und Patientenzugänge müssen so gut und effizient wie möglich gestal-

tet werden. Vom ersten Auftreten eines Symptoms bis zur Lösung des Problems sollte möglichst wenig Zeit vergehen. Das muss kosteneffizient und ohne Redundanzen gehen, aber die Realität da draußen ist wirklich gruselig. Wir müssen Prozesse so gestalten, dass Patienten schnell versorgt werden können und nicht von Arzt zu Arzt laufen müssen. Terminabstände müssen möglichst gering sein.

Wie viel Aufwand haben Sie für die Digitalisierung Ihrer Praxis investiert?

F. W.: Im Einführungsquartal haben wir viel Zeit und Arbeit investieren müssen. Auch Enttäuschung, Frust und zahlreiche genervte Telefonate mit Technikern gehörten dazu. Wir Ärzte haben unser Arzt-Denken und die Techniker ihr Techniker-Denken. Da haperte es auch mal mit der Kommunikation. Und die Kosten waren bei uns relativ hoch, weil wir einen neuen Server brauchten. Die technische Einrichtung und Umsetzung waren sehr aufwändig.

M. W.: Es war anstrengend, vieles hat nicht gleich geklappt, aber es wurde mit der Zeit entspannter. Jetzt bin ich froh, dass ich das gemacht habe und alles quasi wie von Zauberhand funktioniert.

S. M.: Der Markt für Soft- und Hardware für die Medizin ist richtig gut entwickelt. Die IT-Firma, die uns unterstützt, hat uns sehr viel abgenommen. Wir haben meine Wünsche und Vorstellungen besprochen und sind gemeinsam die Praxisabläufe durchgegangen. Dann ist die Technik implementiert worden. Meine Mitarbeiter haben im ersten halben Jahr kontinuierlich Feedback gegeben und Probleme identifiziert. Die hat der Dienstleister dann behoben. Nach etwa sechs Monaten hat alles reibungslos funktioniert. Es hat Geduld erfordert, aber das Team hat zusammengehalten und den Umstellungsprozess akzeptiert, da-

durch ist es gut gelaufen. Anfangs gab es zwar immer mal Kritik, aber nach kurzer Zeit haben alle den Wert der Implementierung erkannt. Ich kann mir nicht mehr vorstellen, wie früher die 30 Rezepte und Karteikarten, die wir zur Vorbereitung für intravitreale Injektionen brauchen, manuell zu bearbeiten. Das hat jedes Mal circa sieben Stunden gedauert. Dank des neuen Systems hat die Apotheke mit zwei Klicks alle Informationen direkt auf ihrem Desktop. Das hat unsere Effizienz enorm gesteigert.

Angesichts Ihrer Erfahrungen: Welche Lessons learned können Sie an Kolleginnen und Kollegen weitergeben, die ihre Praxis digitaler gestalten wollen?

F. W.: Es ist ganz wichtig, alle Mitarbeiter frühzeitig in die Entscheidung zur Digitalisierung einzubeziehen. Man sollte einen Schritt nach dem anderen machen und sich ausreichend Zeit für den Prozess nehmen: Erst die Grundkomponenten, dann pro Monat ein kleineres Projekt, zum Beispiel einen Telefonassistenten oder die Website einrichten. Es ist wichtig, wohlüberlegt und nicht überstürzt zu handeln. Und es geht nur gemeinsam mit den Technikern, der IT-Firma und dem gesamten Personal, um Überforderung zu vermeiden. Wir haben gute Erfahrungen mit einer Softwareunterstützung direkt vor Ort gemacht.

S. M.: Teamarbeit ist entscheidend mit einer klaren Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie kontinuierlichem Feedback von allen Mitarbeitern und der IT-Firma. Die Umsetzung ist selten das Problem und zur Störungsbehebung bieten lokale IT-Firmen den Vorteil eines persönlichen Ansprechpartners vor Ort. Die Verbindung zwischen regionalen Unternehmen und Systemanbietern ist entscheidend. Eine IT-Fachkraft, die für die Praxis zuständig ist und kurzfristig vor-

Ort helfen kann, ist viel wert. Man braucht eine klare Vision, muss einen Plan erarbeiten, Ziele definieren, geeignete Partner finden, die Implementierung vorantreiben, dranbleiben und das Team mitnehmen.

Womit sollte man beginnen? Wie trifft man die Entscheidung für eine Software? Woher bekommt man entsprechende Informationen?

F. W.: Die Basics für den Einstieg sind ein moderner Router, eine Firewall und WLAN in der Praxis. Dann ist eine moderne Praxissoftware das A und O. Idealerweise sind bereits viele Funktionen integriert, zum Beispiel ein Online-Terminmanagement, eine Videosprechstunde und die Integration von KIM-Briefen. Auf dieser Basis kann man alles Weitere aufbauen. Bei der Entscheidung für eine bestimmte Software würde ich Folgendes berücksichtigen:

- Hat der Anbieter eine vernünftige Internetpräsenz und gute Kontaktmöglichkeiten, vor allem vor Ort?
- Gibt es (kostenfreie) Schulungsmöglichkeiten, damit das Team die Software effektiv nutzen kann?

- Kann man sich mit einer Demo-Version einen ersten Eindruck von der Benutzeroberfläche und den Funktionen verschaffen?
- Kann die Software an die individuellen Bedürfnisse der Praxis angepasst werden und was kann ich selber anpassen?

M. W.: Man sollte bei Kollegen nachfragen und sich die technischen Lösungen vor Ort ansehen, möglichst in einer Praxis in der Nähe, die bereits digital gut aufgestellt ist. So kann man sich ein Bild von den Möglichkeiten machen.

S. M.: Erst mal muss man in Teamsitzungen die Erwartungen an die Software-Einführung definieren. An welcher Stelle wollen wir unsere Arbeit erleichtern, die Prozesse verbessern, wegkommen vom Papier? Man braucht eine klare Vision, wohin man gehen will, und dann muss man die Ziele gut und realistisch definieren und eine Zeitschiene für die Umsetzung der Digitalisierungs-Teilschritte festlegen. Danach sollte man den Markt genau scannen und sich über die Anbieter informieren. Man sollte sich Zeit nehmen, den richtigen Partner auszuwählen, zum Beispiel auf

Fachmessen verschiedene Software-Lösungen ansehen und im persönlichen Gespräch mit den Anbietern Fragen und Rahmenbedingungen besprechen.

Welche negativen Erfahrungen haben Sie in Bezug auf die Digitalisierung Ihrer Praxis gemacht? Welche Kritikpunkte haben Sie?

F. W.: Individuelle Konfigurationen in der Praxissoftware können sehr langwierig sein. Und wenn etwas nicht funktioniert, ist das lästig, aber bei unserem PVS-Anbieter klappt die schnelle Akuthilfe ganz gut. Unsere Arbeit wird leider oft dadurch erschwert, dass andere Akteure im Gesundheitswesen digital noch immens zurückliegen. Die Schnittstellenproblematik wird besonders in der Kommunikation mit Kliniken und Krankenhäusern deutlich.

M. W.: Ich kenne in Chemnitz kein Krankenhaus, dem ich digital KIM-Briefe, also verschlüsselte Inhalte, schicken kann. Und ich bekomme Dokumente wie Krankenhaus-Entlassbriefe immer noch per Post oder Fax. Wenn mein Patient akut ins Krankenhaus kommt, kann die Befundübermittlung über KIM in Sekunden erledigt sein, ein Fax kostet unnötig Zeit. Außerdem verwenden die Krankenhäuser in der Regel einen anderen Medikamentenplan als wir Niedergelassenen, ohne QR-Code. Damit muss alles fehleranfällig händisch übernommen statt zeitsparend eingescannt werden.

S. M.: An unseren Standorten gab es sicher mal kleinere IT-Probleme oder Störungen, das muss man auch durchstehen. Zum Glück hatten wir noch keine größeren Schwierigkeiten. Problematisch wird es, wenn Mitarbeiter nicht wissen, wie sie sich bei IT-Problemen verhalten sollen oder an wen man sich wenden kann. Klare Angaben und Kommunikation sind hier wichtig.



Abb. 3: Einblick in die Praxis von Simo Murovski.

Wie haben Sie aufgetretene (technische) Probleme gelöst?

S. M.: Die großen bundesweiten Soft- und Hardware-Hersteller haben auch mit dem Arbeitskräftemangel zu kämpfen, das kann sich manchmal auf den Kundenservice auswirken. Um nicht dauernd in einer Telefonschleife zu warten oder ständig andere Ansprechpartner zu haben, arbeite ich mit einer IT-Firma aus der Region zusammen. Wir haben einen Vertrag mit festgelegten Reaktionszeiten, die auch eingehalten werden. Somit muss ich bei auftretenden Problemen nicht irgendwo in Deutschland anrufen, sondern habe einen festen Ansprechpartner, der innerhalb von zwei Stunden in der Praxis ist. Das funktioniert sehr gut.

F. W.: Ein paar kleinere Probleme konnte ich nach kurzer Ursachensuche selbstständig beheben, da ich vieles in unserer Software selbst administrieren kann, meiner Ansicht nach, ein Qualitätsmerkmal eines guten PVS. Aber wenn das nicht geht, braucht man einen Techniker.

M. W.: Wir mussten manchmal sehr hartnäckig zeitnahe Unterstützung einfordern. Da war es viel wert, dass mein Sohn das mit seinem Informatikwissen klar kommunizieren konnte. Mir selbst fällt das nicht so leicht. Wir Ärzte sind halt keine Informatiker und manchmal einfach auf fremde Hilfe angewiesen und abhängig. Wenn der Kundensupport des Anbieters überlastet ist, steht man mit seinen Problemen allein da.

F. W.: In der Regel kann man bei dringenden Sachen immer die Service-Hotline anrufen und bekommt dann recht zügig Hilfe per Fernwartung. Manche Probleme lassen sich schnell lösen, andere, bei denen als Übergangslösung auch umständliche Workarounds möglich sind, dauern länger. Bei einem bestimmten Problem hat die Behebung tatsächlich ein dreiviertel Jahr gebraucht.

Über einen kleinen Umweg konnten wir zwar arbeiten, aber richtig flüssig war es nicht. Das kann passieren.

Die Firma unserer Praxisverwaltungssoftware hat auch eine Niederlassung in Chemnitz. Wir haben dort einen persönlichen Ansprechpartner. Ich kann zeitkritische Probleme direkt per E-Mail senden und muss nicht immer die Hotline anrufen. Das ist viel wert.

Woher haben Sie das notwendige Wissen, um die Digitalisierung Ihrer Praxis selbstbestimmt in Angriff zu nehmen? Können Sie hierfür Anlaufstellen empfehlen?

F. W.: Es gibt zum Beispiel die Werkzeugkasten-Seminare vom Hausärzterverband zur Digitalisierung in der Praxis [Anm. der Autorin: www.hausarzt-werkzeugkasten.de [6], Modul 16: IT in der Hausarzt-Praxis]. Für Themen wie das E-Rezept oder die eAU werden Schulungen von Organisationen wie der KBV angeboten. Man bekommt dort einen Überblick über die Prozesse und Abläufe, die Informationen sind oft aber sehr allgemein, ohne auf die konkrete Umsetzung in der jeweiligen Software einzugehen. Die Hersteller von Praxissoftware bieten in der Regel ihre eigenen Schulungen an, das sollte man nutzen.

S. M.: Ich habe keine spezifischen Weiterbildungen wahrgenommen. Aber ich habe mit meinem Team klar definiert, was wir wollen und habe mich dann zielgerichtet informiert. Es kann sich lohnen, Fachmessen zu besuchen, um mit verschiedenen Anbietern in Kontakt zu treten und sich beraten zu lassen. Manchmal ergeben sich dabei zufällige Begegnungen oder man erhält über sein Netzwerk hilfreiche Informationen. Zum Beispiel wurde die OP-Software, die wir jetzt nutzen, auf einem Kongress in einem Vortrag erwähnt. Ich habe den Referenten danach angesprochen, um mehr zu erfah-

ren. In einem ausführlichen Gespräch hat er mir die Details erklärt und die Kontaktdaten der Firma gegeben. Man sollte aufmerksam verfolgen, was gerade passiert, auch in der Literatur. Ich interessiere mich unter anderem für Teleophthalmologie und lese regelmäßig Veröffentlichungen dazu. Dort werden auch häufig Firmen benannt, die innovative Lösungen entwickeln.

Wie nehmen Ihre Patienten die verschiedenen digitalen medizinischen Lösungen an?

M. W.: Die Akzeptanz durch die Patienten ist erstaunlich gut. Ich hätte gedacht, dass vor allem sehr junge Patienten digitale Funktionen wie Online-Terminmanagement und Telefonassistenten nutzen würden, aber tatsächlich sind es hauptsächlich Patienten ab 30 Jahren aufwärts, selbst 50-, 60- oder 70-Jährige nutzen das regelmäßig. Das hat mich überrascht, weil ich dachte, ältere Patienten wären weniger offen für digitale Lösungen. Besonders spannend war die Einführung unseres KI-Telefonassistenten „Schwester Maria“. Ältere Patienten haben geduldig die Fragen beantwortet und so ihre Rezepte bestellt, aber jüngere haben oft einfach aufgelegt.

F. W.: Mein wichtigstes Learning: Auch ältere Patienten nutzen gerne digitale Lösungen wie Telefonassistenten, Online-Terminbuchung oder Telemedizin. Viele sind dankbar für diese Möglichkeiten. Wenn sie akut Hilfe brauchen, können sie anrufen oder eine Videosprechstunde nutzen und Verordnungen direkt via eRezept verwenden.

Welche Bedenken haben Sie angesichts der Digitalisierung im Gesundheitswesen?

F. W.: Dass es viel zu langsam geht. Nach meinem Eindruck versuchen wir in Deutschland, Dinge komplett neu zu erfinden, die es woanders schon gibt. Schaut man über unsere Ländergren-

zen zu unseren Nachbarn, ist eigentlich jedes Land in Sachen digitales Gesundheitswesen weiter als wir. Das ist für mich kritisch: dass schon viel mehr gehen würde und wir sehr hinterherhinken.

S. M.: Ich habe Bedenken, dass wir Ärzte die Kontrolle über die Zukunft der Medizin an große Tech-Konzerne wie Google und Amazon verlieren könnten. Diese Unternehmen investieren stark in medizinische Lösungen und entwickeln eigene Angebote, über die Patienten schneller an medizinische Hilfe kommen könnten als durch uns. Wenn wir Niedergelassenen nicht innovativ bleiben, könnten Versicherer und Patienten diese Lösungen bevorzugen. Das schwächt unsere Rolle in der medizinischen Versorgung. Deshalb appelliere ich an alle niedergelassenen Ärzte: Wir müssen die Hoheit über die Zukunft der Medizin behalten, um sicherzustellen, dass ethische und qualitativ hochwertige Versorgung im Vordergrund steht und nicht die wirtschaftlichen Interessen von Tech-Unternehmen, denn die entsprechenden Technologien existieren bereits.

Gibt es noch einen abschließenden Gedanken, den Sie mit uns teilen möchten?

S. M.: Ich kann nur meinen Appell an meine Kolleginnen und Kollegen wiederholen. Wir Ärzte müssen uns einbringen, mitmachen und mitgestalten. Das heißt auch: offen sein für Innovationen und damit einhergehende Veränderungen. Es kommt darauf an, wie aktiv wir uns beteiligen und was wir für uns daraus machen.

F. W.: Ich möchte allen sagen: Traut euch. Geht die Digitalisierung an, ein Projekt nach dem anderen.

M. W.: Dem kann ich mich nur anschließen. Egal, ob alteingesessen oder ganz neu dabei, nehmt es in die Hand. Man bereut es wirklich nicht, sondern hat letztlich sogar mehr Freizeit.

F. W.: Die Produktdemos der Hersteller sind manchmal nicht so aussagekräftig. Besser ist, man schaut sich die Umsetzung live in benachbarten Praxen an. Wir haben oft aus diesem Grund Kollegen da und stehen auch zukünftig gern für Rückfragen zur Verfügung.

M. W.: Ich gehöre zur Generation, die nicht mit den ganzen digitalen Möglichkeiten aufgewachsen ist, und musste alles erst lernen. Man muss einfach offen sein. Ich bin froh und freue mich jeden Tag darüber, dass wir uns so digital aufgestellt haben.

Fazit

Die Frage „Lohnt sich die Digitalisierung in meiner Praxis?“ beantworten die drei befragten Ärzte eindeutig mit Ja. Zwar erfordern viele Fachrichtungen spezielle oder individuelle Lösungen und nicht jede technische Anwendung ist für alle Niedergelassenen gleich gut geeignet. Nach einer teilweise anstrengenden Initialphase würden die Vorteile durch eine Praxis-Digitalisierung aber überwiegen, denn die Digitalisierung kann die Arbeit erleichtern und mehr Zeit für die Patienten schaffen. Der Gedanke an einen kompletten Umbau der Praxisinfrastruktur kann zunächst abschrecken und abhängig vom Zeithorizont der verbleibenden Berufstätigkeit zu aufwändig erscheinen. In den meisten Fällen ist eine bereits digitalisierte Praxis jedoch auch ein attraktivitätssteigernder Faktor, zum Beispiel für eine Praxisübernahme. Mit digitalisierten Patientendaten und -akten können Praxisnachfolger wesentlich effizienter arbeiten.

Bei der Entwicklung guter digitaler Prozesse und Lösungen stellt die „gemeinsame Sprache“ zwischen Medizinern und IT-Experten noch eine Herausforderung dar und steht an der Schnittstelle Medizin und IT noch am Anfang [5]. Damit digitale medizinische Lösungen besser auf die Bedürfnisse der

Anwender ausgerichtet sind und sich möglichst nahtlos in die Arbeitswelt von medizinischem Personal einfügen, müssen IT-Firmen und Mediziner zielgerichtet zusammenarbeiten. Intuitive Bedienbarkeit, umfassende Schnittstellenkompatibilität und die Gewährleistung der Unterstützung bei Installation, Wartung und Problemen haben das Potenzial, auch Digitalisierungsskeptiker zu überzeugen.

Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Gabriel Stolze, Priv.-Doz. Dr. Monika Valtink und Prof. Dr. med. habil. Katrin Engelmann, die mich als Ideengebernde, Korrekturlesende und Austauschpartner bei der Verfassung des Beitrags unterstützt haben. Vielen Dank auch noch einmal an Dr. med. Margret Walther und Dr. med. Felix Walther sowie Simo Murovski, die sich die Zeit genommen und mir für die Interviews als Gesprächspartner zur Verfügung gestanden haben. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Sophia Grummt, M.Sc. Psychologie
Institut für Medizinische Informatik und
Biometrie
Medizinische Fakultät Carl Gustav an der
Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail Sophia.Grummt@tu-dresden.de

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen für Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss

Ärztliche Beteiligung an Studium und Prüfungen

Bereits im Jahr 2020 löste das Pflegeberufegesetz (PflBG) das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz ab. Neben der generalistischen Ausbildung, wurde erstmals das Bachelorstudium als ein regulärer Zugangsweg zum Beruf Pflegefachperson etabliert. An den staatlichen beziehungsweise staatlich finanzierten Hochschulen in Sachsen ist dieses Studium an der Evangelischen Hochschule Dresden und der Hochschule Zittau/Görlitz sowie zukünftig auch am Standort Plauen der Dualen Hochschule möglich. Das Studium bereitet insbesondere auf komplexere Aufgaben in der direkten Patientenversorgung auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz vor. Deutschland erschließt damit erstmals systematisch das Bildungsniveau, das in fast allen anderen EU- und OECD-Ländern längst den Regelzugang in den Pflegeberuf darstellt.

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen für Bachelorabsolventen ab 2025

Im Jahr 2025 erfolgt nun eine weitere Neujustierung, die auch Auswirkungen auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit hat, insbesondere zwischen Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss sowie Ärztinnen und Ärzten. Bereits bisher erwerben alle Angehörigen des Heilberufs Pflege umfangreiche heilkundliche Kompetenzen, die sie selbstständig und eigenverantwortlich auf der Basis des pflegerischen Assessments auswählen und ausführen dürfen, wie in § 5 Abs. 3 Satz 1 PflBG sowie

§ 37 Abs. 3 PflBG definiert. Der Kernbereich des pflegerischen Handelns, zum Beispiel die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs sowie die Steuerung und Organisation des Pflegeprozesses, ist sogar als gesetzliche Vorbehaltsaufgabe geschützt (§ 4 PflBG). Hinzu kommen heilkundliche Tätigkeiten, die nur nach Anordnung durch einen Arzt in Delegation ausgeübt werden dürfen (§ 5 Abs. 3 Satz 2 PflBG).

Aus dem Bereich der delegierbaren Tätigkeiten verschiebt der Gesetzgeber definierte „erweiterte heilkundliche Tätigkeiten“ nun in den Bereich der „eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung“ durch Pflegefachpersonen, die ein Pflegestudium absolviert haben (§ 37 Abs. 2 PflBG). Die Änderungen gelten ausdrücklich nur für diese Gruppe, nicht für Absolventen der berufsfachschulischen Pflegeausbildung.

Erweiterte Verantwortungsübernahme in den Bereichen Diabetes, chronische Wunden und Demenz

Der Gesetzgeber bezieht die erweiterten eigenverantwortlichen Tätigkeiten auf die Indikationsbereiche „diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz“ (§ 37 Abs. 2 PflBG) und gibt den Pflegefachpersonen auf, dabei die Bezugspersonen der Patienten einzubeziehen sowie mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten (§ 37 Abs. 3 PflBG). Insbesondere sollen bachelorqualifizierte Pflegefachpersonen auf der Basis etablierter evidenzbasierter Assessment-

instrumente die Situation der Patienten in diesen Indikationsbereichen einschätzen und mittels „Algorithmen“ oder „Behandlungspfaden“ „Pflege- und Therapieprozesse“ planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren können (Anlage 5B zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe). Sie sollen dazu den jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Evidenz nutzen. Ausdrücklich auch eingeschlossen ist die „Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen“ sowie die „Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln“ in den genannten Indikationsbereichen (§ 37 Abs. 3 PflBG).

Bei der Auswahl der erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten hat sich der Gesetzgeber inhaltlich an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Übertragung von Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V orientiert. Diese Richtlinie an sich ist jedoch nicht Teil der gesetzlichen Neuregelung. Auch Modellvorhaben sind nicht mehr erforderlich. Die Kompetenzerweiterung ist vielmehr ab 2025 verpflichtender und regelhafter Teil des Pflegestudiums.

Ärztliche Beteiligung an Studium und Prüfungen

Die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen werden Teil der berufszulassenden Prüfungen. Die Pflegestudierenden müssen hierzu zukünftig je eine zusätzliche schriftliche, mündliche und praktische staatliche Prüfung ablegen.

Diese Prüfungen müssen durch Ärzte beziehungsweise unter ärztlicher Beteiligung abgenommen werden.

Daraus folgt, dass auch die entsprechenden Lerninhalte unter ärztlicher Beteiligung vermittelt werden müssen. Die Hochschulen beschäftigen zwar bereits heute ärztliche Lehrbeauftragte und Dozierende, doch besteht hier in Zukunft ein größerer Bedarf an kontinuierlicher Entwicklung und Zusammenarbeit.

Gleiches gilt für die Praxisphasen des Studiums. Alle Pflegestudierenden müssen insgesamt Praxis Einsätze im Umfang von 2.300 Stunden erbringen. Das Lernen in der Praxis wird dabei von Praxisanleitern gestaltet. Auch die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen müssen in der Praxis vertieft und geübt werden, und zwar auch unter Praxisanleitung durch Ärzte. Dies betrifft alle Bereiche der Praxiseinsätze, neben der Krankenhausversorgung insbesondere auch die Pflegeheimversorgung und die häusliche Versorgung. Hier stellen sich große Herausforderungen, um die ärztliche Beteiligung abzusichern. Die Praxiseinsatzstellen und die Hochschulen erarbeiten hierzu erste Konzepte und hoffen dabei auf konstruktive Beteiligung der Ärzteschaft, um die Anforderungen des Gesetzes erfüllen zu können.

Chance für die interprofessionelle Ausbildung

Die Umsetzung der Lern- und Prüfungsanforderungen stellt eine Herausforderung, aber auch eine Chance dar. Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist zentrales Merkmal und zwingende Notwendigkeit in allen Bereichen

der Gesundheitsversorgung. Wenn mehr geteilte Verantwortung etabliert wird, wie sie sich aus den hier vorgestellten Änderungen ergibt, dann bedarf es auch weiterentwickelter Formen der Zusammenarbeit. Im Idealfall werden diese durch multiprofessionell gestaltete Lehr- und Lernsituationen bereits während des Studiums etabliert und eingeübt. Medizin- und Pflegestudierende sollten im Laufe ihrer getrennten Studiengänge also gemeinsame Seminare und Übungen durchlaufen, in denen sie die Herangehensweise, aber



Übung zur Wundversorgung im Simulationslabor Pflege der ehs Dresden

auch die Kompetenzen und den Verantwortungsbereich der jeweils anderen Berufsgruppe kennenlernen. Dies kann sowohl im Bereich der hochschulischen Lehre, als auch in den jeweiligen Praxislernphasen erfolgen.

Offene Fragen

Die Änderungen des Pflegeberufgesetzes sind ein erster Schritt einer Neujustierung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Während dieser in Pflege und Pflegewissenschaft grundsätzlich begrüßt wird, gibt es gleichzeitig Kritik an der Art der Umsetzung ohne ausreichende Einbindung der Berufsgruppe und der Hochschulen. Auch die Auswahl der Indikationsbereiche bietet

Anlass zur Diskussion, ebenso wie die Kompetenzanforderungen im Detail. Die bisherigen Änderungen berücksichtigen ausschließlich das Berufsrecht. Eine Anpassung des Leistungsrechts steht aus. Hier waren gesetzliche Änderungen geplant, die jedoch dem vorzeitigen Ende der Regierungskoalition zum Opfer gefallen sind. Für die praktische Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen ergeben sich damit umfangreiche Fragen, insbesondere in Bezug auf die Leistungsvergütung und die

Verfahren zur Verordnung zum Beispiel von Hilfsmitteln, die dringend einer Bearbeitung bedürfen. Während im Bereich des Krankenhauses viel von der konkreten Ausarbeitung praktischer Verfahrensweisen vor Ort durch alle Beteiligten abhängen wird, ist die Situation im Pflegeheim oder der häuslichen Versorgung ungleich komplexer. Dort überlappen sich unter-

schiedliche sozialrechtliche Leistungsbereiche und die praktische Zusammenarbeit zum Beispiel zwischen der Hausarztpraxis und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen im Bereich Diabetes, chronische Wunden und Demenz, muss neu gedacht werden. Das kann aber weder durch einzelne Ärzte und einzelne Pflegefachpersonen erfolgen, sondern erfordert die konstruktive Zusammenarbeit der Berufsgruppenvertretungen. ■

Prof. Dr. rer. cur. Thomas Fischer, MPH
Evangelische Hochschule Dresden (ehs)
Dürerstraße 25, 01307 Dresden
E-Mail Thomas.Fischer@ehs-dresden.de

Psychiatrische Vorausverfügungen

Krisenbehandlung und partizipative Vorausplanung

F. Al Hamdan

Einleitung

Psychiatrische Fachklinik, wir schreiben das Jahr 2035, späte Abendstunden, Zimmer der diensthabenden Ärztin. Der Rettungsdienst meldet sich telefonisch aus der Wohnung eines hoch psychotischen Patienten. In der elektronischen Patientenakte (ePA) kann die Ärztin eine automatisierte Zusammenfassung der Vorbefunde lesen. Ein individueller Krisenplan des Patienten ist angefügt. Dort ist zu lesen, dass der angekündigte Patient im Falle einer eingetretenen Psychose im Rahmen seiner vorbekannten Schizophrenie, eine Aufnahme und zunächst akute Behandlung im Ruheraum der Station wünscht. Diesen Plan hatte der Patient gemeinsam mit dem multiprofessionellen Stationsteam in einer individuellen Behandlungskonferenz nach dem letzten akuten stationären Aufenthalt vereinbart. Die psychiatrische Dienstärztin nimmt den Patienten an. Noch während sie auf die Ankunft des Patienten wartet, werden KI-gestützt verschiedene, personalisierte Behandlungsoptionen ermittelt, welche auf in Echtzeit ermittelten Daten und analysierten Vorbefunden basieren. Dank einer Vorausverfügung sind vergleichsweise geringe Dosen eines Antipsychotikums zur Behandlung des agitierten Syndroms des Patienten möglich. Zwangsmaßnahmen sind zu keinem Zeitpunkt notwendig.

So oder so ähnlich könnte eine stationäre Aufnahmesituation eines psychiatrisch akut erkrankten Patienten in zehn Jahren aussehen.

Sowohl die reguläre, störungsfreie Nutzung der ePA als auch die KI-gestützte Auswertung von Vorbefunden scheinen aus gegenwärtiger Perspektive noch in der Zukunft zu liegen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“-Themenheft „KI in der Medizin“, Heft 11/2024).

Präventive, personalisierte Ansätze wie Stress reduzierende Rückzugsräume und psychiatrische Patientenverfügungen sind weniger futuristisch. Letztere werden bereits jetzt in der Behandlung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet, wenn auch nicht flächendeckend. Zudem existiert eine Vielzahl verschiedener Vorausverfügungen.

Inwiefern unterscheiden sich psychiatrische Verfügungen von den allgemein bekannten Patientenverfügungen in anderen medizinischen Fachdisziplinen? Welche Vor- sowie Nachteile werden diskutiert? Der folgende Text nähert sich diesen Fragen und versucht einen Anstoß zur Auseinandersetzung mit dem Thema zu geben.

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Vorausverfügungen sind im medizinischen Alltag zunächst einmal nichts Außergewöhnliches. Sie werden von einer großen Patientenzahl genutzt. Als Behandelnde gehen wir tagtäglich mit ihnen um. Dabei kennen wir fächerübergreifend Vorsorgevollmachten, in welchen Betroffene eine oder mehrere Vertrauenspersonen bestimmen, die für sie Entscheidungen und Angelegenheiten treffen können, wenn sie selber krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage dazu sein sollten.

Auch Betreuungsverfügungen sind geläufige Dokumente, in welchen im Fall der Notwendigkeit eine Vertrauensperson festgelegt wird, welche gerichtlich als gesetzliche Betreuer eingesetzt werden soll. Im Regelfall wird die in der Betreuungsverfügung bestimmte Person zum gesetzlichen Betreuer eingesetzt und bekommt vom Gericht die notwendigen Aufgabenkreise übertragen.

Ein weiteres zentrales Instrument der schriftlichen, gesetzlich verbindlichen Willenserklärung ist die Patientenverfügung, welche über das Bürgerliche Gesetzbuch unter § 1901a geregelt ist. Diese ist eine einseitige Erklärung, bei der therapeutische Maßnahmen gewünscht und auch abgelehnt werden können, sollte der Patient nicht zu einer Einwilligung fähig sein [1] (siehe hierzu: www.slaek.de → Patienten → Patientenberatung und -rechte).

Wie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer Praxisempfehlung 2023 schreibt, ist es „[...] wesentlich für die Gültigkeit einer Patientenverfügung, dass sie in einwilligungsfähigem Zustand erstellt wurde, dass die Maßnahmen, die für diese Situation abgelehnt oder gewollt werden, ausreichend bestimmt benannt wurden und schließlich, dass die in ihr enthaltenen Festlegungen zum Zeitpunkt der Umsetzung tatsächlich auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutreffen.“ [2]

Advanced Care Planning

In der psychiatrischen Praxis wurden, neben den oben beschriebenen, weitere schriftliche Instrumente entwi-

Tab. 1: Übersicht der möglichen Dokumente zur Vorausverfügung

	Psychiatrische Patientenverfügung	Behandlungsvereinbarung	Krisenpass	Psychiatrisches Testament
Inhalt	schriftliche Willensverfügung, evtl. nach Beratung	Vertragsähnlich zw. Arzt/Patient	kompakt relevante Informationen	Ablehnung jeglicher Zwangsmaßnahmen
Stärke	Möglichkeit zur ausführlichen Darlegung	dia-/trialogisch erstellt	übersichtlich, niedrigschwellig	
Schwäche	kein Aushandlungsprozess	bei Gefährdungsaspekten ggf. nicht bindend	wenig detailliert	einseitig verfasst, bei Fremdgefährdung nicht wirksam

ckelt, um die Selbstbestimmung des Patienten zu unterstützen, wenn dieser krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist, selbstbestimmt Entscheidungen über medizinische Maßnahmen zu treffen. Einige der Verfügungen können unilateral, das heißt alleinig durch die betroffene Person, als auch bilateral, zwischen Patient und Behandlungsteam, vereinbart werden. Krisenpass, Behandlungsvereinbarung und Odysseus-Verfügung sind einige von ihnen (siehe Tabelle). Sie entsprechen dem (medizinethischen) Ansatz des „Advanced Care Planning“. Hierbei handelt es sich um ein Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung [3]. Patienten werden bei der Erstellung proaktiv aufgesucht und unterstützend beraten. In den Fachbereichen der Onkologie oder Palliativmedizin ist „Advanced Care Planning“ gut etabliert. Im Unterschied zu Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen spielen hierbei oftmals infauste Prognosen eine Rolle, während psychiatrischen Erkrankungen hingegen episodenhafte Krankheitsverläufe aufweisen können, welche mit vorübergehenden Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit einhergehen können, etwa bei der bipolaren affektiven Erkrankung, der paranoiden Schizophrenie oder der rezidivierend depressiven Erkrankung [1].

Behandlungsvereinbarungen

Im folgenden Text wird der Fokus auf eine vergleichsweise neue, häufig noch unbekannt Form der psychiatrischen Vorausverfügung gelegt. Erstmals wur-

den Vorläufer der Behandlungsvereinbarungen Anfang der 1980er in den USA eingesetzt, wo sie als „Joined-Crisis-Plans“, „Advanced Directives“ bezeichnet werden. In Deutschland wurden 1994 erstmalig in Bielefeld zwischen Klinikvertretern der Bethel-Klinik und Psychiatrie-Erfahrenen eine Behandlungsvereinbarung (BV) entwickelt. Dort blickt man mittlerweile auf über mehrere hunderte solcher abgeschlossenen Behandlungsvereinbarung zurück. Ein wesentliches Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist es, die Umstände eventueller künftiger psychiatrischer Behandlungen, aus Sicht der Patienten transparent und für alle Beteiligten berechenbar zu machen [5].

Die Behandlungsvereinbarungen wurden auch in anderen deutschen Kliniken auf dem Boden von Eigeninitiativen routiniert umgesetzt. So finden sich langjährige Erfahrungen und teilweise wissenschaftliche Begleitforschung in Göttingen, Stuttgart und Köln. Eine flächendeckende Etablierung von Behandlungsvereinbarungen zeigte sich in einer bundesweiten Befragung bis 2009 nicht, mit einer jährlichen durchschnittlichen Abschlussquote von 2,7 Behandlungsvereinbarungen pro Klinik [4]. Auch eine neuere Studie aus 2022, welche die Abschlüsse eines großen Klinikverbundes in Nordrhein-Westfalen untersuchte, stellte fest, dass gerade einmal ein Drittel aller berücksichtigten Kliniken Behandlungsvereinbarungen anboten. In diesen schlossen von den in einem Vier-Jahres-Zeitraum

über 117.000 untersuchten Patienten gerade einmal 0,4 Prozent eine Behandlungsvereinbarung ab [3].

Ein Grund für diese geringe Verbreitung könnte in der zunächst einmal organisationsaufwändig erscheinenden Erstellung liegen. Im Gegensatz zu Patientenverfügungen werden Behandlungsvereinbarungen von Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam, zum Beispiel Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, gemeinsam konzipiert und festgelegt, sodass der notwendige Zeitaufwand hoch ist und zum Ende einer stationären Behandlung beziehungsweise psychiatrischen Krise oder zu einem poststationären Termin erfolgen.

Typische Inhalte von Behandlungsvereinbarungen betreffen etwa die Wiederaufnahme auf einer bestimmten Station, die Festlegung von Medikamenten, die Informationsweitergabe an nahestehende Personen oder den adäquaten Einsatz von Zwangsmaßnahmen (zum Beispiel Unterbringung auf einer geschützten Station, Fixierungen, medikamentöse Therapie, Ausgangsbeschränkungen ohne Einwilligung des Patienten), falls solche erforderlich werden sollten. Beschrieben werden können hilfreiche oder erschwerende Umstände für einen Behandlungserfolg. Ziele einer Behandlungsvereinbarung sind Reflexion über eine vom Patienten erlebte, potenziell belastende Behandlungssituation, Vertrauensaufbau zwischen Patient und Behandlungsteam, die Verbesserung der Behand-

lung in künftigen stationären Aufnahmen beziehungsweise Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und die Stärkung der Patientenautonomie.

Leitlinie

Was sagen die Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN zum Thema Behandlungsvereinbarungen?

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ beschreibt Behandlungsvereinbarungen wie folgt:

„Genau wie bei der Patientenverfügung handelt es sich dann um eine rechtswirksame Willenserklärung, insbesondere auch, wenn bestimmte Behandlungen abgelehnt werden. Ob diese Teile der Behandlungsvereinbarung in ihrer Rechtswirksamkeit der Patientenverfügung gleichzustellen sind, ist allerdings nicht unumstritten. Der Unterschied bei der Behandlungsvereinbarung besteht in der Beteiligung einer zweiten Partei (Behandler, Vertreter einer Institution) und im gemeinsamen Aushandlungsprozess. Dass die Willenserklärung im einwilligungsfähigen Zustand erstellt wurde, wird so durch die gleichzeitige Unterzeichnung durch einen Facharzt für Psychiatrie bestätigt.“

Die Leitlinie empfiehlt weiterhin die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen, oder deren Varianten wie Krisenkarten, mit einem Evidenzgrad von Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2, (trotz inkonsistenter Ergebnisse), da diese geeignet seien, eine „vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden.“

Ein Expertenkonsens bestand bezüglich der zu verschriftlichenden Inhalte einer solchen Behandlungsvereinbarung. Es sollten Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten sein: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, gegebenenfalls Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten [14]. Auch die S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen.

Studienlage

Die Leitlinienempfehlungen stützen sich auf wenige Studien mit heterogener Ergebnislage. Studien aus dem deutschsprachigen Raum gibt es kaum. Viele Arbeiten stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Bezüglich der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen konnte in mehreren Arbeiten gezeigt werden, dass der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung zu einer signifikanten Reduktion von Zwang führte [7; 8]. Andere Studien, unter anderem auch die in Großbritannien durchgeführte größte randomisierte, kontrollierte Studie in diesem Bereich, konnten keine Reduktion verzeichnen. Ebenso gibt es diverse Ergebnisse bezüglich der stationären Behandlungsdauer [9]. Übereinstimmende positive Befunde gibt es beim Zusammenhang aus Behandlungsvereinbarung und Behandlungszufriedenheit und subjektiv erlebter Selbstwirksamkeit der Patienten [10–13].

Rechtliches

Spätestens mit der Novellierung des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (SächsPsychKHG) im August 2024 sind Kliniken mit dem Angebot

und der Umsetzung beauftragt. Der Gesetzgeber beschreibt in § 28: „Die Patientin oder der Patient ist vor der Entlassung in verständlicher Weise auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Behandlungsvereinbarung mit dem Krankenhaus hinzuweisen. Die Behandlungsvereinbarung hat auch die Wünsche der Patientin oder des Patienten bei Behandlungen gegen den natürlichen Willen und Sicherungsmaßnahmen zu enthalten, wenn die Patientin oder der Patient die Aufnahme wünscht.“ Auch andere Bundesländer haben diese Regelung bereits mit aufgenommen.

Bedenken und Limitationen

Zunächst ist die Verbreitung in den Kliniken noch nicht so weit fortgeschritten, wie man es bei der Bedeutung für die therapeutische Zusammenarbeit und die Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen annehmen könnte. Gleichzeitig macht es aber auch deutlich, wie komplex die Erarbeitung und Implementierung von Behandlungsvereinbarungen sind. Sollen Behandlungsvereinbarungen vermehrt und effektiv zur Anwendung kommen, ist eine Schulung aller am Patienten tätigen Mitarbeiter elementar, um die geeigneten Zielgruppen zu identifizieren, eine gemeinsame Erarbeitung anzubieten, und letztlich im Falle einer erneuten Aufnahme, den Zugriff auf das Dokument sicher zu gewährleisten (Ablageort, elektronischer Zugriff etc.) [15].

Nicht unberechtigte Bedenken bei einer regulären Etablierung von Behandlungsvereinbarungen bestehen darin, dass das Verhandeln in einem ruhigen Rahmen mit möglichst vielen Beteiligten Zeit und personelle Kapazitäten kosten könnte – während des regulären, laufenden Klinikbetriebs für viele in der psychiatrischen Klinik Tätige schwer vorstellbar [3, 6]. Es ist jedoch zu erwarten, dass diese investierte Zeit

einen hohen Mehrwert für die therapeutische Beziehung, die Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmung der Patienten und die Behandlungsqualität zur Folge haben wird. Therapeutisches Vertrauen und individualisierte Behandlungsstrategien sind eine wertvolle Währung in der Behandlung chronisch psychiatrisch erkrankter Menschen und es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass dadurch akute stationäre Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen reduziert sowie Behandlungszeiten verkürzt werden können.

Große Transparenz und Offenheit gegenüber Patienten und deren Angehörigen ist bei der Erstellung der Behandlungsvereinbarungen notwendig im Hinblick auf die Tatsache, dass Zwangsmaßnahmen oder Unterbringungen nicht immer sicher durch die Vereinbarung verhindert werden können – so eine mögliche Fehlannahme von Betroffenen. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung greifen die Vereinbarungen gegebenenfalls nicht, wenn weniger belastende Maßnahmen zum Schutze von Patienten oder auch dem Behandlungsteam in einer Krisensituation nicht ausreichen und umsetzbar sind, wie zum Beispiel impulshafte und daher unvorhersehbare Selbst- und Fremdgefährdung bei schwerer Psychose und erkrankungsbedingte Unerreichbarkeit des Betroffenen.

Krisenpass

Der Krisenpass, auch als Krisenkarte bezeichnet, ist wie die Behandlungsvereinbarung ein noch relativ unbekanntes Instrument für psychiatrisch erkrankte Menschen. Er hat einen informativen Charakter. Darin können für Krisenfälle wie zum Beispiel psychotische Zustände in kurzer Form wesentliche Informationen für Helfer, Ärzte und Polizei festgehalten werden. Die Informationen umfassen die aktuelle Medikation, Kontaktdaten von Menschen, die im Krisenfall zu benach-



Eine Behandlungsvereinbarung kann die therapeutische Beziehung stärken.

richtigen sind, Angaben zu einer bestehenden Behandlungsvereinbarung und in welcher Einrichtung diese vorliegt und gegebenenfalls hilfreiche oder weniger hilfreiche Medikation für einen Krisenfall. Auch der Krisenpass wird in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ mit Empfehlungsgrad A empfohlen. Eine kürzlich im Deutschen Ärzteblatt publizierte Studie verglich die Effekte von Krisenpässen mit denen von Behandlungsvereinbarungen. Eine Überlegenheit der Behandlungsvereinbarung gegenüber dem Krisenpass konnte in Bezug auf die kumulative Behandlungsdauer insgesamt beziehungsweise auf die Behandlungsdauer mit Unterbringungsbeschluss und in Bezug auf Zwangsmaßnahmen nicht nachgewiesen werden. Jedoch zeigten sich positive Auswirkungen bei der Bewertung der Behandlungsvereinbarung vor allem in der Vertrauensbildung und der partizipativen Behandlungsgestaltung [10]. Der zusätzliche Aufwand erschien den Autoren somit durchaus gerechtfertigt.

Zusammenfassung

Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe sind spezielle Formen der gesundheitlichen Vorausverfügung, um bei Patienten mit chronisch-rezidivierenden Erkrankungen die Selbstbestimmung zu stärken und wichtige

Informationen bei Aufnahmen zur Verfügung zu haben. Sie werden gemeinschaftlich zwischen Patienten, Behandlern und gegebenenfalls weiteren dritten Vertrauenspersonen geschlossen. Die Nutzung bilateraler Vereinbarungen stärkt nachweislich die therapeutische Beziehung sowie Selbstwirksamkeit der Patienten und ist insbesondere bei Patienten mit wiederholten stationären Behandlungen angebracht. Nach Durchsicht der zur Verfügung stehenden Literatur scheint eine kombinierte Erstellung aus Krisenpass und einer individuellen Behandlungsvereinbarung hilfreich und wird empfohlen. Es bedarf weiterer Untersuchungen zur aktuellen Umsetzung und Wirksamkeit.

Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Klinik mit (psychiatrischen) Patientenverfügungen gemacht? Gibt es ein standardisiertes Vorgehen? Wie könnte man die Verbreitung in Sachsen unterstützen? Schreiben Sie uns gern! ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. med. Feras Al Hamdan
 Arzt in Weiterbildung
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Mitglied Klinisches Ethik-Komitee,
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 Ethikberater im Gesundheitswesen (zert. AEM)
 Mitglied Arbeitskreis Ethik in der Medizin,
 Sächsische Landesärztekammer
 E-Mail feras.alhamdan@ukdd.de

SEPA-Lastschriftverfahren 2025

Für Mitglieder, die mit der Sächsischen Ärzteversorgung das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2025 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 24 Absatz 1 Satz 2 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung (SSÄV) werden die Beiträge zum Ende eines Kalendermonats fällig.

Achtung! Mit der zum 1. Januar 2025 in Kraft tretenden Satzungsänderung gilt die monatliche Fälligkeit der Beitragszahlungen auch für selbstständige Mitglieder. Eine quartalsweise Zahlung ist nicht mehr möglich. Die erste Abbuchung erfolgt bereits am 31. Januar 2025.

Termine des Lastschrifteinzugs

Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2025
Februar	28.02.2025
März	31.03.2025
April	30.04.2025

Mai	30.05.2025
Juni	30.06.2025
Juli	31.07.2025
August	29.08.2025
September	30.09.2025
Oktober	30.10.2025
November	28.11.2025
Dezember	30.12.2025

Die SEPA-Lastschriften haben ein festes Fälligkeitsdatum, an dem die Kontobelastung erfolgt.

Möchten Sie der Sächsischen Ärzteversorgung eine Einzugsermächtigung erteilen, verwenden Sie bitte das SEPA-Lastschriftformular, welches Sie unter www.saev.de (Download) finden.

Beim Lastschriftverfahren kennzeichnet die Gläubiger-Identifikationsnummer den Zahlungsempfänger und erscheint als Verwendungszweck auf Ihrem Kontoauszug. Die Gläubiger-ID der Sächsischen Ärzteversorgung lautet: DE31|ZZZ0|0000|3830|46. Die Mandatsreferenz dient in Kombination mit

der Gläubiger-ID der eindeutigen Identifizierung der zugrunde liegenden Einzugsermächtigung. Sie setzt sich zusammen aus der Mitgliedsnummer und einem Großbuchstaben, beginnend mit „A“.

Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, die **freiwillige Mehrzahlungen** leisten möchten und bereits das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart haben, informieren die Mitarbeiter der Mitgliederbetreuung bitte bis **spätestens 17. Dezember 2025** über die Höhe der freiwilligen Mehrzahlungen, damit der Lastschrifteinzug wunschgemäß erfolgen kann.

Möchten Sie zum Jahresende eine freiwillige Mehrzahlung selbst überweisen, beachten Sie bitte unter Berücksichtigung der Banklaufzeiten, dass die Zahlung bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres auf dem Beitragskonto der Sächsischen Ärzteversorgung eingegangen sein muss. ■

Zahlung von Versorgungsleistungen 2025

Die Zahlung der Versorgungsleistungen erfolgt ausschließlich bargeldlos durch Überweisung auf das Konto des Ruhegeldempfängers und wird immer zum Monatsanfang für den laufenden Monat angewiesen. Der tatsächliche Zahlungseingang auf dem Konto des Leistungsempfängers variiert auf Grund unterschiedlicher Verrechnungswege der einzelnen Kreditinstitute.

Der Nachweis über die im Jahr 2024 gezahlten Versorgungsleistungen wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2025 zugesandt.

Monatliche Rentenzahltermine

Januar	02.01.2025
Februar	03.02.2025
März	03.03.2025
April	01.04.2025

Mai	02.05.2025
Juni	02.06.2025
Juli	01.07.2025
August	01.08.2025
September	01.09.2025
Oktober	01.10.2025
November	03.11.2025
Dezember	01.12.2025

Konzerte und Ausstellungen

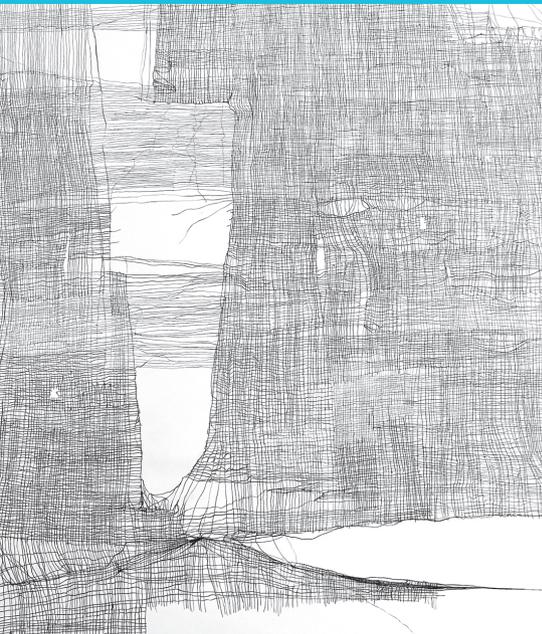
Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

ZEITGEWEBE – Arbeiten auf Papier

Monika Grobel

17. Januar bis 4. April 2025

Vernissage: 16. Januar 2025



Monika Grobel, O.T., 2024, Zeichnung auf Papier, 70 x 100 cm

VORSCHAU

OLDSCHOOL (DYSTOPIA) – VERDRUCKTE ANSICHT – MEMENTO MORI

Wolfram Neumann

11. April bis 11. Juli 2025

Vernissage: 10. April 2025

Junge Matinee

12. Januar 2025, 11.00 Uhr

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden.

Im Anschluss an das Konzert wird ein Mittagsbuffet angeboten (kostenpflichtig). Bitte reservieren Sie Ihren Tisch vorab unter Tel. 0351 8267-110.

Beitragsätze und Bemessungsgrenzen 2025

I. Rentenversicherung

Beitragsatz für alle Bundesländer ab 01.01.2025:	18,60 %
Arbeitgeberanteil:	9,30 %
Arbeitnehmeranteil:	9,30 %

Beitragsbemessungsgrenze ab 01.01.2025:	alle Bundesländer
	8.050,00 EUR/Monat
	96.600,00 EUR/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Regelbeitrag	1.497,30 EUR/Monat
2) Mindestbeitrag	149,73 EUR/Monat
3) halber Mindestbeitrag	74,87 EUR/Monat
4) Einzahlungshöchstgrenze*	44.919,00 EUR/Jahr

* Für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 22 SSÄV)

Der Nachweis über die im Jahr 2024 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2025 zugesandt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkassen

	alle Bundesländer
1) Allgemeiner Beitragssatz ab 01.01.2025	14,60 %
2) Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz	2,50 %*
3) Beitragsbemessungsgrenze	5.512,50 EUR/Monat

* Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine Richtgröße für die Krankenkassen bei der Festlegung ihrer individuellen Zusatzbeitragssätze.

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz ab 01.01.2025	3,60 %**
2) Beitragssatz für Kinderlose	4,20 %
3) Beitragsbemessungsgrenze	5.512,50 EUR/Monat

** Eltern mit mehr als einem Kind werden entlastet. Der Beitrag zur Pflegeversicherung wird ab dem zweiten Kind um 0,25 Prozent pro Kind gesenkt. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt 1,0 Prozent. Der Abschlag gilt nur bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Betriebswirtin (VWA) Anke Schleinitz
Sächsische Ärzteversorgung
Leiterin Geschäftsbereich Versicherungsbetrieb
E-Mail gbm@saev.de

„Lachen ist die beste Medizin“

Einladung zum 4. Sächsischen Fortbildungstag am 21. Juni 2025 in Freiberg

„Anspannung ist eine Gewohnheit.
Entspannen ist eine Gewohnheit.
Schlechte Gewohnheiten kann man
ablegen, gute Gewohnheiten bilden.“
(William James)

Bereits Hippokrates stellte fest, dass Heiterkeit die Seele entlastet. Deshalb möchten wir unter dem Motto „Lachen ist die beste Medizin“ nicht nur Sie als ärztliche Kolleginnen und Kollegen, sondern auch Ihre Familien und Kinder zu diesem besonderen Format einladen.

Nach drei erfolgreichen Veranstaltungen in dieser Reihe seit 2017 glauben wir, dass wir gerade nach der unfreiwilligen Pandemiepause alle wieder ganz dringend etwas zum Lachen brauchen. Daher nutzen wir die Gelegenheit, diese Veranstaltungsreihe wieder aufleben zu lassen. Nicht nur Humor spielt beim Sächsischen Fortbildungstag eine wesentliche Rolle, sondern auch Achtsamkeit, aktive Entspannung und Selbstmanagement.



Wir wissen, wie wichtig Familie und Kinder als Ressource und Kraftquelle sind und für diese bleibt durch den herausfordernden Alltag von Ärztinnen und Ärzten nicht immer genug Zeit. Wir beziehen also Familie und Kinder über ein attraktives Rahmenprogramm aktiv mit ein. Wir besuchen – während sich die Ärztinnen und Ärzte in den Workshops zu Konfliktmanagement, Selbstfürsorge und Copingstrategien fortbilden – die TERRA MINERALIA im Schloss Freudenstein. Für die Kinderbetreuung ist gesorgt.

Nutzen Sie die Gelegenheit, Energie aufzutanken und das Angenehme mit

dem Nützlichen zu verbinden. Wir freuen uns, wenn Sie im Juni in Freiberg mit dabei sind!

Da die Organisation für diese Familientage immer sehr aufwändig ist, bitten wir um zeitnahe Anmeldung, damit wir besser planen können.

Anmeldung unter:

<https://veranstaltungen.slaek.de>
oder direkt über den QR-Code

Auskunft: Frau Schmidt,
Frau Wodarz, Frau Michel
Tel. 0351 8267-321, -327, -351 ■



Dr. med. Kirsten Schubert-Fuchs
Stellvertretende Akademievorsitzende und
das Team Fortbildung

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Tarifabschluss MFA

Das Ergebnis der Tarifverhandlungen für Medizinische Fachangestellte steht fest. Die Tarifparteien hatten sich am 21. November 2024 in Berlin auf einen neuen Gehaltstarifvertrag mit zweijähriger Laufzeit und Änderungen im Manteltarifvertrag geeinigt.

Die Ausbildungsvergütungen erhöhen sich ab dem 1. Januar 2025 auf 1.000 Euro im ersten Ausbildungsjahr, 1.100

Euro im zweiten Ausbildungsjahr und 1.200 Euro im dritten Ausbildungsjahr. Ab dem 1. Januar 2026 steigen die Ausbildungsvergütungen erneut in jedem Ausbildungsjahr um 50 Euro.

Bei nicht tarifgebundenen Parteien gilt die Ausbildungsvergütung als angemessen, wenn sie die tarifvertraglich vereinbarte Vergütung nicht um mehr als 20 Prozent unterschreitet.

Weitere Regelungen zum Gehaltstarif- und Manteltarifvertrag erhalten Sie unter www.bundesärztekammer.de. ■

Lydia Seehöfer B.A.
Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Neues Fortbildungsangebot für ärztliche Führungskräfte und solche, die es werden wollen

Wir alle wollen gut geführt werden, aber wo und von wem kann man gute Führung lernen? Jetzt können Sie das bei der Sächsischen Landesärztekammer!

Gute Führung bedeutet Professionalität in der Anwendung bewährter und vor allem auch aktueller, auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgerichtete Managementmethoden. Ein gut geführtes Team ist eine wichtige Voraussetzung für eine professionelle und dabei sichere und dem Menschen zugewandte Patientenversorgung. Gleichzeitig wird das Arbeitsklima nicht nur „wärmer“, sondern nachgewiesenermaßen auch effizienter und resilient gegen systemimmanente Belastungen. Integrität, Glaubwürdigkeit und die Vorbildfunktion der Führungsperson spielen eine herausragende Rolle und dies gerade im Zusammenhang mit dem Arztberuf. Gesundheitseinrichtungen sind immer wieder mit vielfältigen und tiefgreifenden Veränderungen konfrontiert, die das vorherrschende Führungsverständnis und das darauf basierende Handeln auf den Prüfstand stellen. Und genau hier setzt das neue Fortbildungsangebot an.

Das Konzept basiert auf dem „Curriculum Ärztliche Führung 2025“ der Bundesärztekammer (BÄK) und will (potenzielle) ärztliche Führungskräfte auf die bestehenden und künftigen Anforderungen vorbereiten. Dies geschieht durch Wissenserwerb, Reflexion mit Übungsmöglichkeiten und dem vor allem wichtigen Erfahrungsaustausch unterein-

ander. Insofern ist das Curriculum „Ärztliche Führung“ mehr als ein Führungskräftetraining, das bereits in zahlreichen sächsischen Krankenhäusern und Institutionen angeboten wird. Vielmehr soll die Ärztin, der Arzt im Hinblick auf seine Führungsverantwortung als integraler Bestandteil eines ausgefüllten Arztberufes vorbereitet und vor allem gestärkt werden. Genau hierauf wurde das BÄK Curriculum in den vergangenen Monaten aktualisiert und fokussiert: Es geht um die Vermittlung von Führungsqualitäten und -kompetenzen von Menschen in Organisationen, die den Patienten, die Patientin im Fokus haben! Das Programm ist in drei Blöcken à 24 Stunden und einem Evaluationsblock à 8 Stunden aufgebaut und wird als Internatskurs im Kloster Nimb-schen bei Grimma angeboten. Die wissenschaftliche Leitung haben Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Prof. Dr. med. Christian Güldner, beide Mitglieder der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an der Sächsischen Landesärztekammer. Die Referenten sind alle handverlesen, ausgesprochen erfahren in der Vermittlung von Führungsqualitäten und haben die einzelnen inhaltlichen Schwerpunkte aufeinander abgestimmt. Das Ergebnis ist ein anspruchsvolles Fortbildungsangebot, bei dem wir hoffen, Ihr Interesse zu wecken.

Anmeldung sowie nähere Informationen zum Curriculum Ärztliche Führung finden Sie unter <https://veranstaltungen.slaek.de> oder durch das Scannen



des QR-Codes. Wir freuen uns über Ihr Interesse und stehen bei Fragen gerne zur Verfügung!

Termine:

- Modul 1 5. – 7. März 2025
- Modul 2 2. – 4. April 2025
- Modul 3 7. – 9. Mai 2025
- Modul 4 6. Juni 2025

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, Prof. Dr. med. Christian Güldner

Ansprechpartner:

Sächsische Landesärztekammer,
Referat Fortbildung, Herr Madysa
Tel. 0351 8267-348,
E-Mail fortbildung@slaek.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. Bei Ausschreibungen von Praktischen Ärzten können sich Fachärzte für Allge-

meinmedizin bewerben sowie Fachärzte für Innere Medizin, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

**) Ausschreibungen im Umfang von einem Viertel einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer hälftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes/einer Ärztin.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar:

www.kvsachsen.de → Für Praxen → Zulassung und Niederlassung → Bedarfsplanung → Bedarfsplanung und Sächsischer Bedarfsplan

Es können nur schriftliche und unterschriebene Bewerbungen berücksichtigt werden. Die Übergabe der Bewerbungen muss per Post, per Fax oder als eingescannte PDF-Datei per E-Mail erfolgen. Die Bewerbung muss die Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) der betreffenden Ausschreibung nennen.

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

Zulassungsbezirk Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/C001	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (hälftiger Vertragsarztsitz)	Chemnitzer Land	24.01.2025
25/C002	Orthopädie, ZB Spezielle Schmerztherapie	Freiberg	11.02.2025
25/C003	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mittweida	11.02.2025
25/C004	Orthopädie, ZB Akupunktur	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	24.01.2025
25/C005	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	24.01.2025
25/C006	Orthopädie, ZB Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie	Zwickau	24.01.2025
25/C007	Orthopädie, ZB Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin	Zwickau	11.02.2025
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/C008	Radiologie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Erzgebirgskreis	24.01.2025

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Anzeige

eLOGBUCH - Umfrage zur Nutzerfreundlichkeit
 10.01.- 17.02.2025 | Teilnahme mit Link im Nutzerkonto
 Infos über Bundesärztekammer: www.baek.de

Zulassungsbezirk Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/D001	Praktischer Arzt* (viertel Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.01.2025
25/D002	Innere Medizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.02.2025
25/D003	Allgemeinmedizin*	Radeberg	11.02.2025
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/D004	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Bautzen	11.02.2025
25/D005	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Analytische Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.01.2025
25/D006	Augenheilkunde	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.02.2025
25/D007	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.02.2025
25/D008	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.02.2025
25/D009	Psychotherapeutisch tätiger Arzt Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.02.2025
25/D010	Psychotherapeutisch tätiger Arzt Verhaltenstherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.02.2025
25/D011	Psychotherapeutisch tätiger Arzt Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	11.02.2025
25/D012	Psychiatrie und Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Weißeritzkreis	11.02.2025
25/D013	Urologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Weißeritzkreis	11.02.2025
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/D014	Innere Medizin/SP Hämatologie und Int. Onkologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	24.01.2025

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Anzeige

Patientenkommunikation in der Praxis und Klinik

Weißeritztal-Kliniken Freital

22. Januar 2025 | 18 bis 21 Uhr

Referent: Dr. Holger Müller (Dipl.-Psych.)

Fortbildung

Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge

s.schweiz-osterzgebirge@slaek.de

Zulassungsbezirk Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/L001	Innere Medizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Markkleeberg	11.02.2025
25/L002	Innere Medizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Markkleeberg	11.02.2025
25/L003	Innere Medizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Markkleeberg	11.02.2025
25/L004	Allgemeinmedizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig	24.01.2025
25/L005	Innere Medizin*	Leipzig	24.01.2025
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/L006	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	11.02.2025
25/L007	Haut- und Geschlechtskrankheiten ZB Allergologie	Leipzig, Stadt	11.02.2025

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger veröffentlicht:

Zulassungsbezirk Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Auerbach	geplante Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Auerbach	geplante Abgabe: Februar 2025
Allgemeinmedizin*)	Glauchau	geplante Abgabe: März 2025
Praktischer Arzt, ZB Naturheilverfahren, Physikalische Therapie mit einer 0,5-Angestelltenstelle Innere Medizin*	Oelsnitz	geplante Abgabe: 01.04.2025
Innere Medizin* – Diabetes-Schwerpunktpraxis	Freiberg	geplante Abgabe: Februar 2025
Allgemeinmedizin*	Mittweida	geplante Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe: n. V.
Allgemeinmedizin*), ZB Sportmedizin	Reichenbach	geplante Abgabe: Anfang 2026
Allgemeinmedizin*)	Werdau	geplante Abgabe: 1. Quartal 2026
Allgemeinmedizin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 01.04.2025
Allgemeinmedizin*), ZB Akupunktur, Sportmedizin	Zwickau	geplante Abgabe: 2026

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6703, -6704 oder -6705 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Zulassungsbezirk Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	Abgabe: 2. Quartal 2025

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6701 oder -6702 | Fax 0341 2432-2305 | beratung@kvsachsen.de).

Zulassungsbezirk Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 3/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 4/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 4/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 4/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 4/2025
Praktische Ärztin*)	Kamenz	Abgabe: 7/2025
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: 7/2025
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: 10/2025
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 1/2026
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 1/2026
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 10/2026
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: 1/2027
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Neurologie und Psychiatrie	Bautzen	Abgabe: ab sofort
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	Abgabe: ab sofort
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (häufiger Vertragsarztsitz)	Riesa-Großenhain	Abgabe: ab sofort
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: 4/2025

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Qualifizierungsangebot: Vorbereitungskurs auf die externe Prüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Dieser Kurs wendet sich an Personen, die in einer Arztpraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und übliche Tätigkeiten des Berufsbildes einer Medizinischen Fachangestellten ausführen und eine nachträgliche berufliche Qualifizierung im Rahmen der externen Prüfung anstreben.

Termine für den theoretischen Inhalt:
jeweils freitags und
samstags von 8.30 bis 15.30 Uhr
11./12.4.2025
9./10.5.2025
13./14.6.2025
22./23.8.2025
12./13.9.2025

Weitere Informationen zum Kursinhalt und -ablauf sowie den Zugangsvoraussetzungen und das Anmeldeformular erhalten Sie über den QR-Code. ■



Unsere Jubilare im Februar 2025

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 02.02.** Dipl.-Med. Gabriele Eichardt
04668 Parthenstein
- 03.02.** Dipl.-Med. Roland Behnisch
01309 Dresden
- 03.02.** Dr. med. Kerstin Roscher
01468 Moritzburg
- 03.02.** Dr. med. Harald Kaisers
04107 Leipzig
- 08.02.** Dr. med. Ralf Schaub
08064 Zwickau
- 08.02.** Dr. med. Ute Kröger
02627 Kubschütz
- 11.02.** Dipl.-Med. Heike Kuhn
01640 Coswig
- 11.02.** Dipl.-Med.
Christiane Müllenberg
04159 Leipzig
- 15.02.** Dr. med. Gunther Kahnes
08427 Fraureuth
- 15.02.** Dr. med. Andreas Bartusch
09126 Chemnitz
- 15.02.** Dr. med. Cornelia Mix
01069 Dresden
- 16.02.** Dipl.-Med. Regina Trautmann
08328 Stützengrün
- 17.02.** Dr. med. Ralf Reike
08451 Crimmitschau
- 18.02.** Dr. med. Uwe Klopfer
09629 Reinsberg
- 19.02.** Dr. med. Dagmar Böhm
08527 Schnecken grün
- 19.02.** Dipl.-Med. Martina Maaß
04509 Delitzsch
- 23.02.** Dr. med. Andrea Conrad
08058 Zwickau
- 25.02.** Dr. med. Tobias Klugmann
04155 Leipzig
- 25.02.** Dr. med. Michael Schrader
04105 Leipzig
- 27.02.** Dr. med. Ralph Kipke
01458 Ottendorf-Okrilla
- 29.02.** Dr. med. Andrea Prätör
08529 Plauen

70 Jahre

- 01.02.** Dr. med. Peter Begoff
01217 Dresden
- 01.02.** Dipl.-Med. Bärbel Müller
08058 Zwickau

- 02.02.** Dr. med. Monika Glodschei
04103 Leipzig
- 07.02.** Dipl.-Med. Sigrid Prautzsch
04509 Krostitz
- 07.02.** Dr. med. Frank Richter
04683 Naunhof
- 08.02.** Dr. med. Sabine Lindorf
09114 Chemnitz
- 11.02.** Dr. med. Annette Heinze
08062 Zwickau
- 12.02.** Dr. med. Wolfgang Rintelmann
08523 Plauen
- 15.02.** Dipl.-Med. Dagmar Heymann
01662 Meißen
- 16.02.** Dr. med. Achim Sternkopf
09376 Oelsnitz/Erzgeb.
- 18.02.** Dipl.-Med. Regina Zechel
01809 Heidenau
- 18.02.** Dipl.-Med. Petra Siebeck
04435 Schkeuditz
- 18.02.** Wieslaw Grudzinski
04356 Leipzig
- 18.02.** Nelja Walther
02625 Bautzen
- 19.02.** Dr. med. Gundel Hempel
04207 Leipzig
- 20.02.** Dipl.-Med. Ulrike Damm
09648 Mittweida
- 20.02.** Dr. med. Hannelore Kehrer
08352 Raschau-Markersbach
- 20.02.** Dipl.-Med. Jenny Henze
01259 Dresden
- 24.02.** Dr. med. Bernd Ebert
08393 Meerane
- 24.02.** Dipl.-Med. Martina Berger
01640 Coswig
- 26.02.** Dr. med. Franck Micklisch
01796 Pirna
- 28.02.** Dr. med. Bodo Hänsch
02692 Großpostwitz/O.L.

75 Jahre

- 01.02.** Prof. Dr. med. habil.
Konrad Herrmann
04668 Grimma
- 02.02.** Dr. med. Frank Wippler
01587 Riesa
- 04.02.** Dr. med. Ralph Hofmann
04828 Bennewitz
- 05.02.** Dr. med. Barbara Ley
01936 Königsbrück

- 11.02.** Dipl.-Med. Marga Häusler
01705 Pesterwitz
- 14.02.** Thomas Krogner
09669 Frankenberg/Sa.
- 14.02.** Dr. med. Matthias Jobst
08060 Zwickau
- 15.02.** Dipl.-Med. Albrecht Bockisch
02625 Bautzen
- 17.02.** Dr. med. Wolfgang Merbold
08527 Plauen
- 18.02.** Dr. med. Christine Neuber
09599 Freiberg
- 19.02.** Dr. med. Claus Pötzsch
01619 Zeithain
- 19.02.** Prof. Dr. med. Dipl.-Phys.
Joachim Kropp
01309 Dresden
- 20.02.** Dr. med. Sylvia Hebestreit
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 21.02.** Ulrike Schönbeck
08066 Zwickau
- 21.02.** Dr. med. Thomas Quaas
01796 Pirna
- 21.02.** Dr. med. Marlies Beyreuther
01705 Freital
- 22.02.** Christine Burgkhardt
04299 Leipzig
- 22.02.** Anna Borodko
01796 Pirna
- 23.02.** Dipl.-Med. Annelies Becker
08280 Aue-Bad Schlema
- 24.02.** Dipl.-Med. Anni Walter
01156 Dresden
- 25.02.** Dr. med. Matthias Freyer
01277 Dresden
- 26.02.** Dipl.-Med. Angelika Knüppel
02681 Kirschau

80 Jahre

- 04.02.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Hans-Jürgen Häusler
04316 Leipzig
- 05.02.** Dr. med. Diana Weiner
01324 Dresden
- 05.02.** Erltraut Huhle
01157 Dresden
- 07.02.** Dr. med. Peter Naumann
04425 Taucha
- 08.02.** Dr. med. Frank Berthold
01731 Kreischa
- 09.02.** Dr. med. Gunnar Cerpinsky
08459 Neukirchen/Pleiße
- 10.02.** Bärbel Heilmann
08468 Reichenbach im Vogtland
- 14.02.** Werner Seidel
01589 Riesa
- 21.02.** Dipl.-Med. Elmar Schönmetzler
04103 Leipzig
- 22.02.** Dr. med. Gernot Seidel
08134 Wildenfels

- 22.02.** Dr. med. Frank Rössel
01187 Dresden
- 25.02.** Dr. med. Barbara Bauer
08309 Eibenstock
- 25.02.** Sieglinde Fischer
09350 Lichtenstein/Sa.
- 28.02.** Dr. med. Rainer Lange
09232 Hartmannsdorf

85 Jahre

- 01.02.** Dr. med. Barbara Herberger
04288 Leipzig
- 02.02.** Dr. med. Anne-Lore Lehmann
01809 Heidenau
- 03.02.** Dr. med. Peter Reinicke
07985 Elsterberg
- 07.02.** Dr. med. Christine Liewers
01454 Großkrummannsdorf
- 09.02.** Dr. med. Helmut Geipel
08371 Glauchau
- 09.02.** Dr. med. Ute Teßmar
02763 Zittau
- 09.02.** Dr. med. Bärbel Kuppardt
04275 Leipzig
- 12.02.** Dr. med. Barbara Pürsten
08371 Glauchau
- 12.02.** Dr. med.
Renate Kleefeld-Kleinert
04155 Leipzig
- 15.02.** Dr. med. Falk Löffler
01309 Dresden
- 15.02.** Priv.-Doz. Dr. sc. med.
Bernd Böhme
01326 Dresden
- 16.02.** Dr. med. Gisela Gerlach
01217 Dresden
- 16.02.** Krista Vogel
02708 Löbau
- 17.02.** Dr. med. Hannelore Naßler
01705 Freital
- 17.02.** Dr. med. Joachim Steuber
04299 Leipzig
- 17.02.** Dr. med. Rainer Stockklauser
04105 Leipzig
- 18.02.** Dr. med. Gerlinde Schmidt
04129 Leipzig
- 21.02.** Dr. med. Reina Schneider
08141 Reinsdorf
- 21.02.** Dr. med. Peter Hagert
04107 Leipzig
- 22.02.** Dr. med. Renate Knabe
08280 Aue-Bad Schlema
- 22.02.** Prof. Dr. med. habil.
Hans-Ekkehart Vitzthum
04157 Leipzig
- 29.02.** Peter Mittenzwei
09376 Oelsnitz/Erzgeb.
- 29.02.** Dr. med. Lothar Menz
09661 Striegistal

- 29.02.** Dr. med. Ute Faßbender
01309 Dresden

86 Jahre

- 02.02.** Dr. med. Friedmar Peter
09468 Tannenberg
- 02.02.** Dr. med. Harald Möckel
08118 Hartenstein
- 05.02.** Dr. med. Frithjof Töpfer
01328 Dresden
- 06.02.** Dr. med. Isolde Schwabe
09112 Chemnitz
- 06.02.** Dr. med. Bernd Winter
04349 Leipzig
- 08.02.** Dr. med. Roswitha Reinhardt
08115 Lichtentanne
- 09.02.** Rosemarie Gottschalk
09526 Olbernhau
- 11.02.** Dr. med. Helga Göhler
04416 Markkleeberg
- 11.02.** Dr. med. Eberhard Frenzel
09575 Eppendorf
- 12.02.** Dr. med. Volkmar Uhlmann
09221 Neukirchen/Erzgeb.
- 12.02.** Ute Otto
04849 Bad Düben
- 20.02.** Prof. Dr. med. habil.
Karl-Heinz Frank
01309 Dresden
- 22.02.** Dr. med. Wolfgang Wünsche
01157 Dresden
- 22.02.** Dr. med. Ulrike Krauskopf
04229 Leipzig
- 22.02.** Dr. med. Johannes Werner
08340 Schwarzenberg/Erzgeb.
- 24.02.** Dr. med. Jochen Städtner
08371 Glauchau
- 24.02.** Erich Meyer
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 24.02.** Dr. med. Gisela Schlicker
01129 Dresden
- 24.02.** Steffen Starke
01796 Pirna
- 24.02.** Prof. Dr. med. habil.
Dieter Naumann
09127 Chemnitz
- 25.02.** Dr. med. Dorothea Roloff
01257 Dresden
- 26.02.** Dr. med. Reiner Nüßgen
01768 Glashütte
- 28.02.** Dr. med. Elisabeth Langer
08056 Zwickau
- 28.02.** Dr. med. Jan Flieger
01909 Großharthau

- 06.02.** Ingrid Hebenstreit
01309 Dresden
- 07.02.** Karl Riedel
04886 Arzberg
- 10.02.** Dr. med. Uta Hoppe
09496 Marienberg
- 11.02.** Dr. med. Annerose Neugebauer
04463 Großpösna
- 21.02.** Dr. med. Liselotte Köhler
01156 Dresden
- 21.02.** Dr. med. Klaus Kühndel
04107 Leipzig
- 23.02.** Dr. med. Peter Hofmann
04571 Rötha
- 25.02.** Ulrike Schröder
01324 Dresden
- 26.02.** Dr. med. Ulrike Seidel
09116 Chemnitz

88 Jahre

- 01.02.** Dr. med. Herta Eberhard
04275 Leipzig
- 05.02.** Dr. med. Christian Dittrich
01917 Kamenz
- 05.02.** Prof. Dr. med. habil.
Ursula Winkler
04347 Leipzig
- 05.02.** Dr. med. Klaus Müller
01309 Dresden
- 09.02.** Dr. med. Hans-Joachim Fricke
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 17.02.** Dr. med. Ursula Groeschel
01796 Pirna
- 18.02.** Maria Beeg
02826 Görlitz
- 18.02.** Jutta Wollschläger
01324 Dresden
- 19.02.** Dr. med. Oskar Harnapp
02977 Hoyerswerda
- 20.02.** Prof. Dr. med. habil.
Uwe-Frithjof Haustein
04416 Markkleeberg
- 20.02.** Marika Trautvetter
04317 Leipzig
- 21.02.** Dr. med. Helga Müller
02625 Bautzen
- 21.02.** Prof. Dr. med. habil.
Hans-Peter Kleber
04277 Leipzig
- 27.02.** Dr. med. Helga Schneider
01109 Dresden
- 28.02.** Dr. med. Gerhard Wiegand
09212 Limbach-Oberfrohna

89 Jahre

- 01.02.** Christa Nowitzki
04720 Döbeln
- 01.02.** Dr. med. Klaus Schimmel
04808 Wurzen

- 14.02.** Dr. med. Rolf Grube
09599 Freiberg
- 16.02.** Dr. med. Eva Thiemig
02829 Markersdorf
- 17.02.** Dr. med. Christine Schmidt
08066 Zwickau
- 23.02.** Dr. med. Manfred Kempfer
04107 Leipzig

90 Jahre

- 01.02.** Helga Götze
04838 Eilenburg
- 02.02.** Dr. med. Maria Schumacher
01217 Dresden
- 06.02.** Prof. Dr. med. habil.
Achim Reichelt
04155 Leipzig
- 17.02.** Alfred Quack
04103 Leipzig
- 19.02.** Dr. med. Ursula Küttler
08523 Plauen
- 24.02.** Dr. med. Marianne Knorn
01445 Radebeul
- 26.02.** Prof. Dr. med. habil.
Michael Flach
01324 Dresden

91 Jahre

- 01.02.** Dr. med. Karl Holotiuk
01067 Dresden
- 05.02.** Dr. med. Isolde Raatzsch
01309 Dresden
- 08.02.** Dr. med. Eva-Maria Meister
04107 Leipzig
- 15.02.** Dr. med. Herta Wolz
01099 Dresden
- 15.02.** Dr. med. Lilli Scholbach
04229 Leipzig
- 16.02.** Dr. med. Egbert Scharfe
01774 Klingenberg

92 Jahre

- 03.02.** Dr. med. Ursula Reinhold
01324 Dresden
- 05.02.** Dr. med. Ingrid Scheidemann
04103 Leipzig
- 06.02.** Dr. med. Manfred Fischer
01217 Dresden

93 Jahre

- 08.02.** Dr. med. Erna Kreutzinger
04129 Leipzig

- 23.02.** Dr. med. Sonja Zumpe
01307 Dresden
- 26.02.** Dr. med. Maria Wallasch
04425 Taucha

94 Jahre

- 11.02.** Dr. med. Margit Schimmel
04808 Wurzen
- 15.02.** Dr. med. Dipl.-Psych.
Lothar Behrends
04105 Leipzig

95 Jahre

- 08.02.** Dr. med. Luise Mauroschat
09120 Chemnitz
- 09.02.** Dr. med. Ruth Lange
08499 Mylau
- 18.02.** Dr. med. Peter Arnold
09456 Annaberg-Buchholz
- 19.02.** Dr. med. Heinz Münch
08209 Auerbach/Vogtl.

99 Jahre

- 02.02.** Dr. med. Renate Stolle
04275 Leipzig
- 28.02.** Dr. med. Irene Göhler
04275 Leipzig

Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozentur

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig III. Quartal 2024

Dr. med. Stephan Stöbe,
Klinik und Poliklinik für Kardiologie, Uni-
versitätsklinikum Leipzig AöR, wurde
die Lehrbefugnis für das Fach „Innere
Medizin“ zuerkannt.
Thema „Echokardiographische Ansätze
in der Diagnostik von Patienten mit
Myokarditis, Aortenklappenstenose und
Mitralklappeninsuffizienz“
Verleihungsbeschluss: 27.08.2024

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Tobias Deutsch,
Institut für Allgemeinmedizin, wurde
die Lehrbefugnis für das Fach „Experi-
mentelle Medizin“ erteilt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 27.08.2024

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat.
Kathrin Landgraf-Kluge,**
Pädiatrisches Forschungszentrum, Kli-
nik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendmedizin, Department für Frauen-
und Kindermedizin, Universitätsklimi-
kum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefug-
nis für das Fach „Experimentelle Medi-
zin“ zuerkannt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 27.08.2024

**Priv.-Doz. Dr. med. Maximilian Dietrich
Wilhelm von Roeder,**
Universitätsklinik für Kardiologie –
Helios Stiftungsprofessur, Herzzent-
rum Leipzig, wurde die Lehrbefugnis für
das Fach „Innere Medizin und Kardiolo-
gie“ erteilt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 27.08.2024

**Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Wach,
MBA**
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Leipzig, AöR, wur-
de die Lehrbefugnis für das Fach „Neuro-
chirurgie“ erteilt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 27.08.2024 ■

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Georg Klaus Hinkel

* 31. Dezember 1936

† 21. August 2024

Geboren 1936 in Freital, erlebte Georg Klaus Hinkel das Ende des Zweiten Weltkrieges im Alter von acht Jahren, besuchte in den kargen Nachkriegsjahren in Dresden das Gymnasium, schloss 1960 das Medizinstudium an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus mit dem Staatsexamen ab und wurde im selben Jahr promoviert. Nach seiner Facharztweiterbildung an der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Dresden habilitierte sich Georg Klaus Hinkel mit seiner Arbeit über „Untersuchungen zur medikamentösen Prophylaxe der Hyperbilirubinämie Neugeborener“ und erhielt 1976 die *Facultas docendi* für das Fach Pädiatrie. In der Kinderklinik baute er gleich zwei neue Fachdisziplinen auf, die Kinderendokrinologie und die Klinische Genetik, für die er 1980 einen Lehrauftrag erhielt. Besonders auf diese drei Gebiete beziehen sich seine zahlreichen Publikationen.

Georg Klaus Hinkel war Gründungsmitglied und langjähriges Vorstandsmitglied der 1975 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Endokrinologie. Erst als er in seiner Doppelfunktion als Oberarzt der Kinderklinik und Leiter der ersten Abteilung für Klinische Genetik der Medizinischen Akademie 1993 auf die ordentliche Professur für Klinische Genetik berufen wurde, gab Klaus Hinkel die Kinderendokrinologie an seine Schüler ab und leitete als Direktor das neu gegründete Institut für Klinische Genetik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden bis zu seiner Emeritierung 2001. In dieser Funktion hat er den Prozess des Aufbaus der



Prof. Dr. med. habil. Georg Klaus Hinkel

Medizinischen Fakultät wesentlich mitgestaltet. Auch nach seiner Emeritierung blieb er dem Klinikum und der Medizinischen Fakultät eng verbunden und bereicherte viele Veranstaltungen mit seiner Erfahrung, seinem Kenntnissreichtum, vor allem aber durch seine Persönlichkeit.

Nach dem Ausscheiden aus dem akademischen Amt war er noch zehn Jahre im Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt als Kinderendokrinologe und Humangenetiker tätig. Prof. Hinkel hat sich stets für die bestmögliche Betreuung seiner Patienten eingesetzt.

Alles, was er angepackt hat, sei es beruflich oder außerberuflich, hat er beharrlich, konsequent und mit großem Fleiß verfolgt. Weltoffenheit und die Fähigkeit, auf Andere zuzugehen, Humor und Geradlinigkeit, Lebensfreude und

Bodenständigkeit zeichneten ihn aus; Letzteres äußerte sich in seiner aktiven Begeisterung für die Imkerei und der kenntnisreichen Leidenschaft für seinen Garten in Malter, in dem er immer wieder Gäste mit seiner vorzuzuggebirgischen Heimat bekannt machte.

Wir, seine Kollegen, Nachfolger, und Schüler, verlieren mit ihm einen hoch geschätzten Kinderarzt, Humangenetiker und Lehrer in der Klinik, der Hochschuldidaktik und Wissenschaft.

Unsere Gedanken sind bei seiner Familie und seinen Freunden. Wir werden Georg Klaus Hinkel in dankbarer Erinnerung behalten. ■

Im Namen aller Mitarbeiter

Prof. Dr. med. habil. Reinhard Berner
Direktor der Kinderklinik

Prof. Dr. med. Manfred Gahr
ehem. Direktor der Kinderklinik

Prof. Dr. med. habil. Angela Hübner
Leiterin des Fachbereiches
Endokrinologie/Diabetologie

Prof. Dr. med. habil. Evelin Schröck
Direktorin des Instituts für Klinische Genetik

Verstorbene Kammermitglieder

vom 15.5. bis 20.12.2024

Werner Abraham

Döbeln

Brigitte Bollinger

Hoyerswerda

Dipl.-Med. Axel Dölitzsch

Olbernhau

Dr. med. Wolfgang Effenberger

Dresden

Dr. med. Wolfgang Feist

Thum

Dr. med. Rainer Freund

Annaberg-Buchholz

Dr. med. Arne Gronau

Striegistal

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber

Taucha

Dr. med. Christa Grunert

Chemnitz

Dr. med. Hildegard Halaris

Görlitz

Dr. med. Anke Harzbecker

Stollberg/Erzgeb.

Dr. med. Stefanie Held

Dresden

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Hermann

Tauchert

Bernsdorf

Dr. med. Siegfried Herzig

Roßwein

Prof. Dr. med. habil. Klaus Hinkel

Dresden

Prof. Dr. med. habil. Hansgeorg Hüller

Dresden

Dr. med. Rosemarie Hunger

Radeberg

Dr. med. Gerd Jänisch

Leippe-Torno

Dr. med. Manfred Jentzsch

Waldheim

Dr. med. Wolfgang Kaller

Kamenz

Antje Keilig

Boxdorf

Dr. med. Christa Kösser

Leipzig

Dr. med. Marlies Krikau

Dresden

Dr. med. Christian Krumpolt

Pirna

Dr. med. Elke Kuhfahl

Dresden

Dipl.-Med. Wolfgang Laesch

Radeburg

Dr. med. Hans Langer

Riesa

Dr. med. Peter Laqua

Radebeul

Johannes Leichsenring

Brand-Erbisdorf

Dr. med. Irene Lorenz

Dresden

Steffen Lorenz

Hochkirch

Dr. med. Rudolf Mocker

Radeberg

Dr. med. Klaus Nehler

Chemnitz

Dr. med. Karl-Heinz Olthoff

Frankenberg/Sa.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dagmar**Pöthig**

Leipzig

Dr. med. Georg Pour

Leipzig

Dr. med. Ute Rasch

Bautzen

Gerda Riedel

Görlitz

Prof. Dr. med. habil. Hans-Christoph**Scholle**

Leipzig

Dr. med. Siegfried Starke

Dresden

Martin Stichel

Görlitz

Dr. med. Ingeborg Thiele

Leipzig

Dipl.-Med. Evelyn Thoß

Görlitz

Dr. med. Wolfgang Ziegner

Hirschfelde

Anzeige

LEKTÜRE-EMPFEHLUNG:

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

Zu bestellen über:

Sächsische Landesärztekammer

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Fax: 0351 8267-162

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de

(Schutzgebühr 8.00 Euro)



Zeitgewebe. Arbeiten auf Papier.

Monika Grobels (*1981) Werke zeichnen sich aus durch einen feinen, unsentimentalen Sinn für Ästhetik. Angeregt von Beobachtungen wie einem wogenden Gerstenfeld setzt sie mit dem Stift Reihen um Reihen kurzer Striche untereinander und erzeugt so den Eindruck lebendig bewegter Strukturen. Zunächst im kleinen Format erprobt, entstehen an der Staffelei auf diese Weise großformatige Blätter, die aus der Ferne von samtiger Unschärfe scheinen und aus der Nähe Zeilen präziser Kürzel erkennen lassen. Unwillkürlich denkt der Betrachter an die Hand der Künstlerin: den Druck auf den Stift variierend, konzentriert, in geduldiger Ruhe über Wochen hinweg fortfahrend. Dabei legt sie Schichten unterschiedlicher Mikrostrukturen in verschiedener Farbigkeit übereinander. Die so entstehenden Darstellungen durchsichtiger Gespinnste erscheinen als Metaphern für das Wirken der Zeit – ein Thema, das immer wieder verblüfft und beschäftigt: Mal scheint sie sich zu verdichten, mal zu entzerren; mal wirkt sie verunklärend, wenn etwas im Vergessen versinkt und nur noch schemenhaft fassbar ist; mal innere Zusammenhänge offenbarend.

Die aus Lublin stammende Monika Grobel begann 17-jährig ihre künstlerische Ausbildung an der Akademie der Künste in Breslau. Prägende Einflüsse für ihr Schaffen sind neben der Kunst von Paul Klee oder der berühmten Polnischen Schule der Plakatkunst auch

die mit mechanischen Schreibmaschinen erzeugten Werke sogenannter Visueller Poesie sowie klassische Musik. Noch in Breslau zeichnet sie zunächst fantastisch verfremdete Bildnisse und Tiere. Später beginnt sie Figuren mit aufgereihten Kürzeln zu überschreiben, um schließlich gänzlich nonfigurativ zu arbeiten.



Monika Grobel, O.T., 2024, Zeichnung auf Papier, 70 x 100 cm

2007 nach Dresden gekommen, war die stark literarisch interessierte und sprachlich kreative Künstlerin zunächst im Deutschen sprachlos. Umso wichtiger waren ihre Zeit beanspruchenden, dem Wandel unterliegenden Blätter als Werke der Auseinandersetzung mit ihrer Situation. Bis heute ändert sie in ihren Werkreihen immer wieder die künstlerischen Mittel und damit ihre Bildsprache. Als sie in den Stoppelfel-

dern der Striche die durchgehende Linie vermisst, beginnt sie, Fäden einzunähen, die in der jeweiligen Textur als Linien erscheinen – als sinnbildlicher roter Faden einer Geschichte. Die losen Enden bewegen sich mit jedem Hauch und verändern damit die fertige Zeichnung.

In einer weiteren Werkgruppe löst Monika Grobel die Bindung an die zwei Dimensionen auf, indem sie zerschnittene Buchseiten, Druckschriften, Schreibübungen in Zotteln auf der Unterlage befestigt. Aus dem aggressiven Akt des Schredderns geht eine neue Ordnung hervor, entstehen polsterartige dreidimensionale Werke. Die Fransen wehen im Luftzug und gleichsam befreit fliegen Zeichen und Wörter davon.

Somit ermöglicht die neue Ausstellung die Begegnung mit in langen Prozessen geschaffenen Sinnbildern. Durch individuelle Erlebnisse ausgelöst, ist es zugleich eine diskrete Kunst, die durch ihre durchscheinende, filigrane Anmutung besticht.

Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil

Sächsische Landesärztekammer
17. Januar bis 4. April 2025,
montags bis donnerstags
9.00 bis 18.00 Uhr,
freitags 9.00 bis 16.00 Uhr.
Vernissage:
16. Januar 2025, 19.30 Uhr ■