

Editorial	Postmortale Nöte	316
Berufspolitik	Aus der Tätigkeit der Gutachterstelle	317
Mitteilung der SÄV	Info-Veranstaltung 2013	317
Originalien	Delegation von Hausbesuchen: wer macht was und wie wird das organisiert? Vorsicht Eichenprozessionsspinner!	318 347
Amtliche Bekanntmachungen	Novellierung der Benzorichtlinie – warum? Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke Änderung Arzneimittelgesetz 2. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung	321 322 325 326
Recht und Medizin	Strafbarkeit eines nicht erledigten Gerichtsgutachtens?	327
Verschiedenes	Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Uni Leipzig	327
Gesundheitspolitik	Ambulante Antibiotika-Verordnungen Curriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika Neue Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung	328 331 335
Buchbesprechung	Antibiotika-Forschung: Probleme und Perspektiven	332
Hygiene aktuell	Masern in Deutschland und Sachsen	338
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Hygienekongress Dresden 2013 Veranstaltung zu NS-Zwangssterilisation Nachruf für Klaus Böhme 2. Dresdner Medizinrechtssymposium Fortbildungsveranstaltung der Arzneimittelkommission Mitteilung der KÄK Dresden (Stadt) und Meißen Neuer Tarifvertrag für MFA	342 342 343 348 343 344 344
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte	345 346
Personalia	Nachruf für Dr. med. Walter Knarse Jubilare im September 2013	349 350
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2013	



Eichenprozessionsspinner
(Quelle: dpa)
Seite 347



Neue Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung
Seite 335



Veranstaltung zu NS-Zwangssterilisation
Seite 342

Titelbild: Eichenprozessionsspinner, © h_lunke – Fotolia.com

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

Postmortale Nöte



© SLAEK

Von Ärzten erwartet man sichere und präzise Aussagen und Handlungen auf der Basis einer hohen fachlichen Expertise. Ganz klar, dass dieser Anspruch an die Angehörigen unseres Berufsstandes berechtigterweise in der Gesellschaft existiert. Über die Brücke des Vertrauens zum Arzt sind es dann genau diese Attribute, die die Patienten-Arzt-Beziehung tragfähig halten und zu einem Gewinn für den Kranken führen. Nicht zuletzt hat sicher das ganz überwiegende Gros der Ärzteschaft eine Selbstreflexion, die diesen äußeren Anspruch auch aufgreift. Ich behaupte aber gleichzeitig: Hier kann man uns an unserer Ehre packen!

Warum stelle ich dies so dar; auf welchen Aspekt unserer ärztlichen Tätigkeit will ich nun hinaus?

Es geht mir um das Thema der ärztlichen Leichenschau.

Für mich stellen sich mit zunehmendem „ärztlichem Dienstalder“ von nunmehr 25 Jahren mehr Fragen im Zusammenhang mit der Durchführung dieser ärztlichen Pflicht als früher. In den Jahren in der Klinik gab es das nur selten: Die oder der Verstorbene war mir bekannt und meist war wenigstens ein Mindestmaß an Diagnostik erfolgt. Bei Unklarheiten

war es in den 1990er Jahren an „meinem“ Krankenhaus noch durchaus üblich und möglich, eine Sektion veranlassen zu können.

Wie anders stellt sich für mich heute gerade im Notarzt- oder auch KV-Bereitschaftsdienst die Situation dar! Nicht selten sind zu einem mir bis dahin unbekanntem Toten gerade mal die Personalien bekannt. Für die Identifikation per Bild auf dem Personalausweis gehört schon mal Vertrauen oder Phantasie. Zu Grundleiden kann man oft nichts erfahren und Angaben der Angehörigen lassen die Sicherheit nicht immer größer werden. Die Wohnung ist dunkel, im Freien oft keine Situation zu schaffen, die fremde Blicke ausschließt, äußere Umstände sind mitunter verwirrend. In diesem nicht so seltenen Moment fühle ich mich sehr allein – und allein gelassen.

Formal ist alles klar und gesetzlich im Sächsischen Bestattungsgesetz geregelt. Sehr detailliert sind die Anforderungen an den Arzt und die zu klärenden Fragen und Sachverhalte in den Paragraphen 9 ff. nachzulesen. Das Gesetz ist gut, aber kann es seine Befolgung auch immer sein? Ist es in der Praxis auch bei ordnungsgemäßer äußerer Leichenschau unter guten Bedingungen immer möglich, Todesart und Todesursache zu bestimmen?

Was passiert in dem sehr häufig gegebenen Fall, dass der Staatsanwalt aufgrund der polizeilichen Ermittlungen eine Obduktion für nicht erforderlich hält und die Angehörigen dafür nicht zu gewinnen sind? Ich verstehe schon auch das Anliegen von (Kriminal-) Polizei und Staatsanwaltschaft, nicht jeden Todesfall zu kriminalisieren. Meinem Anliegen einer tatsächlichen Sachklärung komme ich aber so auch nicht näher. Ich allein auf mich gestellt soll sichere und präzise Angaben zu einem Geschehen machen, das mitunter selbst nach der inneren Leichenschau nicht zu klären ist. Vermutungen aber gehören nicht auf ein amtliches Dokument wie den Totenschein.

Immer wieder wird auch medial darüber berichtet, dass Gewaltverbrechen unaufgeklärt bleiben. Innerärztlich beklagen wir eine Insuffizienz der Todesursachenstatistik. Die Ursache seien Oberflächlichkeiten bei der Leichenschau. Das mag im Einzelfall stimmen. Grundsätzlich aber sind nach meinen Erfahrungen die Bedingungen, unter denen diese Leistung zu erbringen ist, völlig unzureichend, von der Vergütung ganz zu schweigen. Der uns Ärzten zu Recht abverlangte Beitrag zur Rechtssicherheit muss so wohl auch beschränkt bleiben. Und nicht zuletzt stelle ich zur Diskussion: Wäre es nicht ein Beitrag zur Bewahrung der Würde gerade des plötzlich aus dem Leben gerissenen Menschen, wenn es zumindest wesentlich leichter und das gesellschaftliche Interesse spürbar wäre, als letzten Dienst die Ursache seines Todes aufzuklären?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich rufe Sie auf, die erneute Forderung des diesjährigen Deutschen Ärztetages in Hannover nach der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Durchführung von Obduktionen als unverzichtbares Mittel zur Qualitätssicherung zu unterstützen. Dafür müssen auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Das können wir neben diesen schon länger ungehörten Forderungen an den Gesetzgeber tun, indem wir als Ärzte in der täglichen Arbeit in diesem Fall am toten Mitmenschen Todesart und Todesursache im Zweifel eben nicht festlegen. Wenn wir die Verantwortung dafür nicht übernehmen können, werden es andere tun?? Lassen wir uns an dieser Stelle von niemand bei unserer Ehre packen. Manches können und müssen auch wir nicht wissen, obwohl es von uns erwartet wird.

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

Aus der Tätigkeit der Gutachterstelle

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer ist inzwischen im 21. Jahr ihres Bestehens und die Zahl der per Bescheid abgeschlossenen Begutachtungsverfahren nähert sich stark der 5.000. Knapp 5.000 Mal hat die Gutachterstelle also ein Votum zu einer behaupteten Fehlbehandlung abgegeben; in etwa 25 % dieser Fälle musste ein Behandlungsfehler mit nachteiligen Folgen für den Patienten bestätigt werden.

Es ist immer wieder einmal gut, an die Intention dieser Tätigkeit zu erinnern. Die Auseinandersetzung um behauptete oder bestätigte Behandlungsfehler wird von vielen Akteuren mit viel Pathos und Emotionen geführt. Kaum einer dieser Akteure weiß, dass es die Ärztekammern sind, die in einer großen Anzahl von Fällen – im letzten Jahr waren es mehr als 12.000 – die Last dieser Bewertungen trägt. Es sind also die Ärztekammern, die in diesem Segment, in dem uns unsere Patienten häufig sehr kritisch gegenüberstehen, für eben diese Patienten einen großen Teil der Beweisführung übernehmen. Eine Aufgabe, die der Gesetzgeber eigentlich dem zuweist, der einen solchen Vorwurf der Fehlbehandlung erhebt.

Es sind die Ärztekammern, die für diese Tätigkeit nicht unerhebliche Mittel aus ihren Haushalten aufwenden, die letztlich von den Beiträgen der Kammermitglieder getragen werden.

Ob den Journalisten, die so gern von „Ärztepfusch“ und den im Bauch vergessenen Instrumenten reden, diese Zusammenhänge wohl geläufig sind? Wohl kaum.

Am 17.06.2013 wurde der Bundespressekonferenz die Jahresstatistik 2012 vorgestellt. Bereitwillig berichtete die Ärzteschaft über diese Tätigkeit; auch darüber, dass dort, wo Menschen arbeiten, Fehler gemacht werden. Dies gilt gleichermaßen auch für Ärzte, die eben auch Menschen sind. Häufig genug werden diese Fehler wie Vorsätzlichkeiten oder schwere Fahrlässigkeiten darge-

stellt. Dass ärztliche Tätigkeit sich in einem extrem angespannten Arbeitsumfeld vollzieht und damit durchaus auch systemische Komponenten die Fehlersituation mitbestimmen, findet zumindest selten Erwähnung.

Gewiss, jeder Fehler ist ein Fehler zuviel; schadet er doch einem unserer Patienten. Mit der Analyse dieser Fehler und der bereitwilligen Aufklärung solcher Situationen und einer umfangreichen Fort- und Weiterbildung aber leistet die Ärzteschaft das, was sie in diesem Problemfeld tun kann.

Wir wollen kein Mitleid einfordern, glauben aber auch, einen Anspruch auf eine faire Behandlung dieses

Themas zu haben, das alles andere als geeignet für die großen Schlagzeilen ist, in denen es sich allzu oft wiederfindet.

Die Gutachterstelle wird ihre Tätigkeit der Bewertung, der Fehleranalyse und der Erarbeitung von Fehlervermeidungsstrategien fortsetzen. Wir werden also auch weiterhin für unsere Patienten in diesem Bereich da sein.

Die Gutachterstelle wird künftig regelmäßig über medizinisch interessante Schadensfälle und die juristische Bewertung berichten.

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle

Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung

Info-Veranstaltung 2013

Zeit, einander besser kennenzulernen! Die 5. Ausgabe der Informationsveranstaltung für Mitglieder und Leistungsempfänger wird am Mittwoch, 9. Oktober 2013, um 18.00 Uhr im Konferenzbereich der Sächsischen Ärzteversorgung, Schützenhöhe 20 in Dresden stattfinden.

Die Anmeldefrist endet am 9. September 2013. Das Anmeldeformular steht im Internet unter www.saev.de zur Verfügung. Die Teilnehmerzahl ist auf 100 Personen begrenzt. Die Plätze werden in der

Reihenfolge des Posteingangs der Anmeldung vergeben und schriftliche Teilnahmebestätigungen versandt.

Die Veranstaltungsreihe bietet den ärztlichen Mitgliedern Gelegenheit, sich umfassend über das System der berufsständischen Versorgung und über ihr Versorgungswerk zu informieren. Im Anschluss an das Vortragsprogramm besteht die Möglichkeit, bei einem Imbiss mit den Referenten, aber auch mit anderen Teilnehmern ins Gespräch zu kommen und zukünftige Entwicklungen, Herausforderungen und Bedürfnisse zu diskutieren. Detaillierte Informationen zu Inhalten, Referenten und Ablauf werden Anfang September unter www.saev.de veröffentlicht.

Delegation von Hausbesuchen: wer macht was und wie wird das organisiert?

K. Voigt^{1,4}, A. Klement^{2,4}, St. Bojanowski^{1,4}, E. Bodendieck^{3,4}, A. Bergmann^{1,4}

Einleitung

Hausbesuche (HB) sind elementarer Bestandteil der hausärztlichen Versorgung immobiler Patientengruppen, die häufig durch Multimorbidität und fortgeschrittenes Alter gekennzeichnet sind. Untersuchungen zeigten, dass sich mit zunehmendem Patientenalter die Anzahl und Frequenz der HB erhöht (Aylin et al. 1996; Snijder et al. 2007; van den Berg et al. 2006). Vor dem Hintergrund kontinuierlich wachsender Bevölkerungsanteile älterer Personen in Deutschland, parallel steigender Prävalenzen chronischer Erkrankungen in den älteren Bevölkerungsgruppen (Beske et al. 2009; Christensen et al. 2009) und eines bereits teilweise gegebenen Hausärztemangels stellt sich die Frage, wie zukünftig die adäquate medizinische Versorgung insbesondere immobiler Patienten gewährleistet werden kann. Für bereits von Hausärztemangel betroffene Regionen wurden zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von HB-Patienten verschiedene Delegationsmodelle eingeführt (Kalitzkus et al. 2009). So wird zum Beispiel die Delegation von HB an qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA), die eine Fortbildung zur Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis (VERAH®) absolviert haben, unter anderem in Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne der Delegations-Vereinba-

rung anerkannt und gefördert (Anlage 8 BMV-Ä und EKV 2009). In Sachsen liegt diese Anerkennung aktuell nicht vor, da das VERAH®-Curriculum des Deutschen Hausärzterverbandes in der vorliegenden Form im Gegensatz zum Fortbildungscurriculum zur nichtärztlichen Praxisassistentin der Bundesärztekammer (BÄK) die Anforderungen aus der Delegations-Vereinbarung nicht erfüllt (Gerst 2012).

Rechtlich ist die Delegation von HB an qualifiziertes nichtärztliches Personal auch außerhalb der Modellprojekte seit dem 01.01.2009 möglich (§ 87 Abs. 2b SGBV; Anlage 8 BMV-Ä und EKV, 2009). Damit sind an MFA delegierte HB offiziell zumindest in unterversorgten Gebieten abrechenbar. Zur Abrechnung delegierter HB-Leistungen an qualifizierte MFA (nichtärztliche Praxisassistentinnen) existieren die EBM-Ziffern 40870 bzw. 40872 (Mitbesuch weiterer Patient). Welche konkreten HB-Leistungen delegiert werden dürfen, ist nicht definiert. Seit 2008 liegt die Stellungnahme „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ der BÄK und der KBV vor, in der verschiedene Kategorien grundsätzlich delegierbarer Leistungen beschrieben und mit Beispielen veranschaulicht sind (BÄK und KBV 2008). Der im SGB V § 28 Abs. 1 bis 30.06.2012 von den Partnern der Bundesmantelverträge geforderte Katalog delegierbarer Leistungen liegt bisher jedoch nicht vor. Im Kontext von Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Leistungen (SGB V § 63) wurden delegierbare Leistungen für den ambulanten und stationären Bereich definiert, die aber nur in Modellprojekten durchgeführt werden dürfen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 63 Abs.3c SGB V, 2011).

Vor dem Hintergrund dieser veränderten juristischen Rahmenbedingungen, der gebliebenen „Grauzone“ hinsichtlich delegierbarer HB-Leistungen, und dem teilweise bereits gegebenem Hausärztemangel stellt sich die Frage, ob und wie HB

im hausärztlichen Praxisalltag bereits delegiert werden.

Methode

In Vorbereitung auf eine repräsentative Jahrerhebung zu HB in sächsischen Hausarztpraxen wurde durch den Bereich Allgemeinmedizin/MK3 der Technischen Universität Dresden in Kooperation mit der Sektion Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg eine Pilotstudie zur Testung des Studiendesigns durchgeführt. Ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden liegt vor (EK 291082011). Das Studiendesign, das verschiedene Erhebungsmethoden umfasste, wurde in einer anderen Publikation bereits beschrieben (Voigt et al. 2013). Die vorliegende Publikation basiert auf 41 Telefoninterviews mit allgemeinmedizinischen Lehrärzten der Universität Halle-Wittenberg. Im Kontext der Telefoninterviews wurden Hausärzte (HÄ) zu Ausmaß und Inhalten bereits praktizierter Delegation von HB befragt.

Ergebnisse

Die Mehrheit (66 %, n=29) der befragten HÄ gab an, dass sie HB delegierten. Die meisten (93 %, n=28) delegierten HB an ihre MFA, von denen 54% (n=15) über einen VERAH®-Abschluss verfügten oder anstrebten. In Einzelfällen wurden HB an Assistenzärzte, an den häuslichen Krankenpflagedienst oder an eine Medizinisch-Technische Angestellte delegiert. Alle 15 HÄ, die eine VERAH® im Team hatten, delegierten auch HB an diese. Bei 13 HÄ, deren MFA keine VERAH®-Qualifizierung aufwies, delegierten dagegen 59 % HB.

Delegiert wurden vor allem Aufgaben zur Verlaufskontrolle chronischer Krankheiten (Diabetes mellitus 2, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit) sowie Verbandswechsel (Tabelle 1).

Obwohl nicht explizit in den Interviews thematisiert, beschrieben sieben HÄ, wie sie die Delegation an die MFA in ihrer Praxis organisieren. In der Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergaben sich drei Delegationsmodelltypen.

¹ Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

² Sektion Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

³ Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

⁴ Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V.

Tabelle 1: Delegationsleistungen an Medizinische Fachangestellte

Delegierte Aufgaben*	gesamt (n=29)
Blutentnahme, Quick-Kontrolle	19
Verbände wechseln, Fäden ziehen	7
Blutdruckmessung	6
Blutzuckermessung	4
Injektionen, z.B. Vitamin B12	2
Chipkarte einlesen/Rezept überbringen	2
Atemgymnastik	1
„Vorabkontrollen“	1
Koordination Pflege	1
„alles, was juristisch erlaubt ist“	1
„1x pro Quartal als Ansprechpartner zur Hausarztentlastung“	1

*spontane Mehrfachnennungen, kein Anspruch auf Vollständigkeit

A) Alternierende Betreuung von HB-Patienten

Das alternierende Betreuungsmodell ist dadurch gekennzeichnet, dass Hausarzt und MFA abwechselnd geplante HB in der Langzeitversorgung von immobilien, „gesundheitlich stabilen“ Patienten mit chronischen Krankheiten durchführen.

„(...) also im Wechsel, also einmal fahre ich zu den Routinehausbesuchen und dann in dem nächsten Zeitabschnitt fährt dann die Schwester. Die ruft vorher den Patienten an, ob etwas Außergewöhnliches wäre, und wenn es nur um Routinesachen geht, dann fährt die Schwester.“ (HA26)

„Das haben wir auch ein bisschen so vereinbart, dass wir dann versuchen, dass ich auf jeden Fall ein- bis zweimal im Quartal die sehe, und einmal dürfen auch die Schwestern da hinfahren. Dadurch ist die Fülle für mich nicht so groß und ich habe aber eben doch eine Übersicht. Und auch für den Patienten: (...) er hat einen Ansprechpartner, er kann sich äußern, er ist auch sozusagen versorgt und bildet sich nicht ein, dass sich keiner kümmert oder er vergessen ist.“ (HA33)

B) Vorbereitungshausbesuch

Bei diesem Modelltyp wird der hausärztliche HB nicht ersetzt, sondern durch einen vorbereitenden inhaltlich entlastet, indem notwendige

Voruntersuchungen bereits von der MFA ausgeführt werden.

Basierend auf den Untersuchungsergebnissen wird dann der nachfolgende hausärztliche HB geplant.

„Ich mach das dann so, dass ich den VERAH-Pfleger schicke und vorher zum Beispiel Blutentnahmen usw. mitmachen lassen kann. Oder mal eine Blutdruckkontrolle oder andere Kontrollen, wenn sich ein Patient längere Zeit nicht meldet, dann schon vorinformiert bin und gucken kann, wenn ich dann einen HB plane.“ (HA28)

C) Routinebetreuung „stabiler“ Patienten

Im Rahmen der Langzeitversorgung gesundheitlich stabiler immobilier Patienten werden geplante Routineuntersuchungen fall- und situationsbezogen an MFA delegiert.

„Na, wenn ich jetzt weiß, es geht einem Patienten soweit gut, wir müssen nur mal Zucker kontrollieren, Blutdruck kontrollieren und eben gucken, wie es ihm geht. Da kann das theoretisch auch mal eine Schwester machen.“ (HA33)

Die drei Delegationsmodelltypen schließen sich nicht aus, sie können in einer Praxis parallel je nach situativen Krankheitsausprägungen und Versorgungsbedürfnissen der verschiedenen Patienten auftreten.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass die Delegation von HB beim Großteil der an dieser Studie teilnehmenden Hausarztpraxen bereits stattfindet und dabei drei Delegationsmodelle unterschieden werden konnten. Das Ausmaß der Delegation von HB war in Hausarztpraxen, deren MFA eine zusätzliche VERAH®-Qualifizierung aufwies, wesentlich höher als in denen, die keine VERAH® im Team hatten. Dennoch werden HB auch an MFA ohne zusätzliche Qualifizierung delegiert. Die Ergebnisse unserer Studie decken sich mit Erfahrungen, die im Rahmen des HzV-Modellprojektes in Baden-Württemberg gemacht wurden. Im Kontext der Evaluation des HzV-Projektes wurde die persönliche Einschätzung der HÄ zur Delegation von Aufgaben (generell, nicht nur HB) an die VERAH® erhoben. Jeweils knapp drei Viertel der befragten HÄ schätzten ein, dass durch den Einsatz der VERAH® a) vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen profitierten und b) sich die Patientenversorgung insgesamt verbessert hätte. Eine deutliche zeitliche Entlastung wurde von 58 % der HÄ bestätigt. Jedoch bestätigten 60 % der teilnehmenden VERAH® auch, dass die neu übernommenen Aufgaben für sie persönlich zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung führten [Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg, 2013].

Die zeitliche Entlastung in der Praxisorganisation ist aus Sicht von deutschen HÄ ein starkes Motiv für die Delegation hausärztlicher Leistungen an qualifizierte MFA (Dini et al. 2012; Vollmar et al. 2013). Inwiefern dieses Ziel der zeitlichen Entlastung tatsächlich erreicht wird, muss – neben anderen wichtigen Parametern wie der Qualität der medizinischen Versorgung oder der Patientensicherheit – zukünftig kritisch geprüft werden. Die internationale Studienlage zeigt für die Substitution von HÄ durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal („nurses“) im englischsprachigen Raum heterogene Ergebnisse

auf. Bei der Routineversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten gab es kaum signifikante Unterschiede im Hinblick auf Gesundheitsstatus, Patientenzufriedenheit und -compliance sowie den Versorgungsprozess. Bei der Versorgung von Patienten mit akuten Anlässen wurde hingegen festgestellt, dass nichtärztliches medizinisches Fachpersonal im Vergleich zu HÄ durch signifikant länger dauernde Konsultationen und häufigere Wiederbestellungen der Patienten gekennzeichnet war, während Gesundheitsoutcomes sich nicht signifikant unterschieden (Laurant et al. 2005). Diese Ergebnisse sind nicht direkt auf die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitssystem übertragbar. Sie verweisen jedoch darauf, dass das Ziel der zeitlichen Entlastung der HÄ zu einer vergleichsweise stärkeren Belastung nichtärztlicher medizinischer Berufsgruppen führen kann. Entsprechend notwendig sind Organisationskonzepte, die eine Umverteilung der Aufgaben im gesamten Praxisteam thematisieren und stärker zu einer Praxisteamversorgung führen (Erler et al. 2010).

Häufig beschriebene Tätigkeitsfelder bei delegierten HB umfassten in unserer Studie a) die Versorgung von immobilen Patienten mit chronischen Erkrankungen im Kontext der hausärztlichen Langzeitbetreuung sowie b) die Unterstützung beim Wundmanagement. Diese Angaben decken sich mit delegierten Arbeitsinhalten bei HB im Rahmen des evaluierten VERAH®-Einsatzes in Baden-Württemberg [Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg 2013].

Die analysierten Delegationsmodelle der praxisinternen HB-Organisation sind gekennzeichnet von einer stärkeren Einbindung der MFA in die

Patientenversorgung, die mit einer erwarteten Arbeitsentlastung der HÄ verbunden wurde. Ob und in welchem Ausmaß es Zusammenhänge zwischen Delegationsmodelltyp und spezifischen Praxismerkmalen gibt, konnte im Rahmen dieser Pilotstudie nicht analysiert werden, ist jedoch perspektivisch zu prüfen. Weiterführend sollte zudem evaluiert werden, welche Langzeiteffekte die verschiedenen praxisinitiierten HB-Delegationsmodelle auf die Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit von HÄ und MFA sowie die Versorgungsqualität haben und ob sie von allen beteiligten Akteuren akzeptiert werden.

Schlussfolgerungen

Die Delegation von HB und anderen ärztlichen Aufgaben an qualifizierte MFA findet im hausärztlichen Praxisalltag in Deutschland statt und wird mehrheitlich von den HÄ akzeptiert (Urban et al. 2012; Vollmar et al. 2013). Dennoch gibt es auch Bedenken (zum Beispiel Patientenängste vor Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung oder nicht adäquate Honorierung der delegierten, durch MFA geleisteten Aufgaben), die bei der praktischen Umsetzung beachtet werden sollten (Rosemann et al. 2006). Die Diskussion um die Delegation ärztlicher Leistungen bleibt wichtig, wobei Fragen zur Gestaltung im Mittelpunkt stehen sollten. Die Erstellung des bereits im SGB V § 28 Abs. 1 bis 30.06.2012 geforderten Katalogs beispielhafter delegationsfähiger Leistungen bleibt notwendig und sollte auf Evidenz basieren, die neben Akzeptanz und Umsetzbarkeit auch den Erhalt von Versorgungsqualität und Patientensicherheit bei delegierten HB-Leistungen bestätigt.

Es sollte zudem kritisch über arbeitsorganisatorische Delegationsmodelle nachgedacht werden, um die angestrebte zeitliche Entlastung in Haus-

arztpraxen tatsächlich durch eine effiziente Aufgabenverteilung zu erreichen. Neben der Änderung organisatorischer Abläufe sind Maßnahmen zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Praxisteams notwendig, damit die Aufgabenumverteilung von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt wird (Erler et al. 2010). Die zunehmend stattfindende systematische Verbesserung der Ausbildung und Weiterqualifikation der MFA schafft wichtige Voraussetzungen, um im Kontext des § 87 Abs. 2b SGBV hausärztliche Tätigkeiten delegieren zu können. Parallel zu den für die MFA steigenden Arbeitsanforderungen und -verantwortungen muss auch die Frage der angemessenen Honorierung dieser erbrachten Leistungen thematisiert werden (Erler et al. 2010; Gerst 2012).

Interessenkonflikte

Erik Bodendieck ist Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und des Landesverbandes der Freien Berufe. Die anderen Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Förderung

Dieses Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Geschäftszeichen VO 1815 1-1) gefördert.

Danksagung

Allen allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die an dieser Studie teilgenommen haben, wird sehr herzlich gedankt.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel. 0351 458-2203
E-Mail: Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Novellierung der Benzorichtlinie – warum?

Fast ein Jahrzehnt nach der ersten Fassung trat am 01. Juli 2013 die „Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke – Handlungsempfehlungen der Sächsischen Landesärztekammer in der Abstimmung mit der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Suchtkranke“ in Kraft.

Benzodiazepinabhängigkeit spielt allein und in Kombination mit anderen Substanzabhängigkeiten eine bedeutende epidemiologische Rolle. In den von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im Jahrbuch Sucht für das Jahr 2012 veröffentlichten Statistiken steht Medikamentenabhängigkeit gleichauf mit der Alkoholabhängigkeit.

Epidemiologie Suchterkrankungen

Umgerechnet auf den Freistaat Sachsen ergeben sich laut Sächsischer Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) somit 70000 Betroffene der verschiedenen Altersgruppen. Auch wenn hier alle Formen der Medikamentenabhängigkeit inkludiert sind, kann doch davon ausgegangen werden, dass die Majorität Benzodiazepinabhängige bilden.

Bekanntermaßen ist Medikamentenabhängigkeit die „stille Sucht“, die diagnostisch und differentialdiagnostisch viel zu wenig bedacht wird, über lange Frist nur wenig auffällige Symptome machen kann und eher über soziale Folgen und Folgeerkrankungen (Stürze, Fehlhandlungen, Leistungsminderung, psychiatrische Komplikationen, kombinierte Abhängigkeitserkrankungen) Aufmerksamkeit erregen und Behandlung erfordern.

Aufschlussreich sind auch die Angaben aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für Sachsen im

Daten zur Jahresprävalenz ausgewählter Suchtprobleme in Deutschland und Sachsen

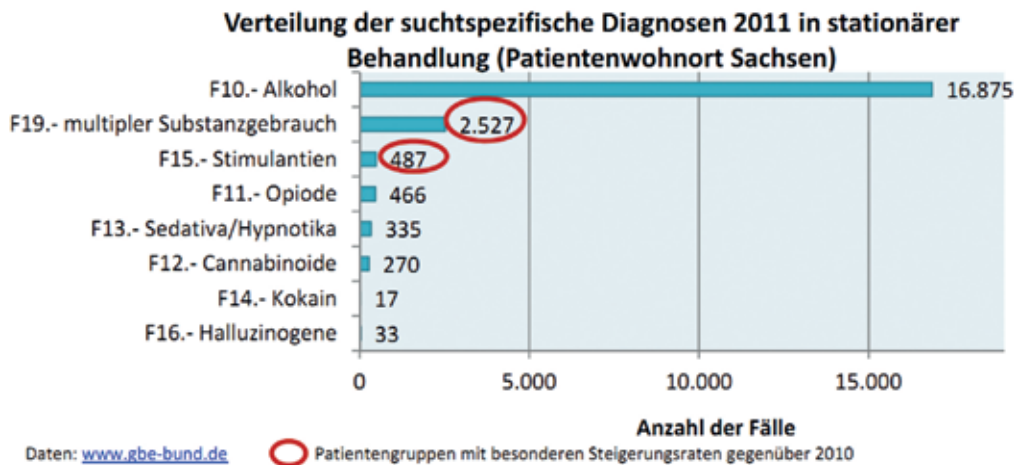
Suchtform	Prävalenz in %	Anzahl Betroffener in Deutschland	Anzahl Betroffener in Sachsen (Hochrechnung)
Alkoholabhängigkeit	2,4%	1,3 Mio.	65.000
Alkoholmissbrauch	3,8%	2,0 Mio.	103.000
abhängig von illegalen Drogen (darunter vor allem opiat-, kokain-, stimulantien-, cannabisabhängig)	0,8%	440.000	24.000
Tabletten-/Medikamentenabhängigkeit (vor allem Benzodiazepine)	2,5%	1,4 Mio.	70.000
Pathologisches Glücksspielen	0,4%	200.000	10.000
Online-/Mediensucht	1%	500.000	25.000

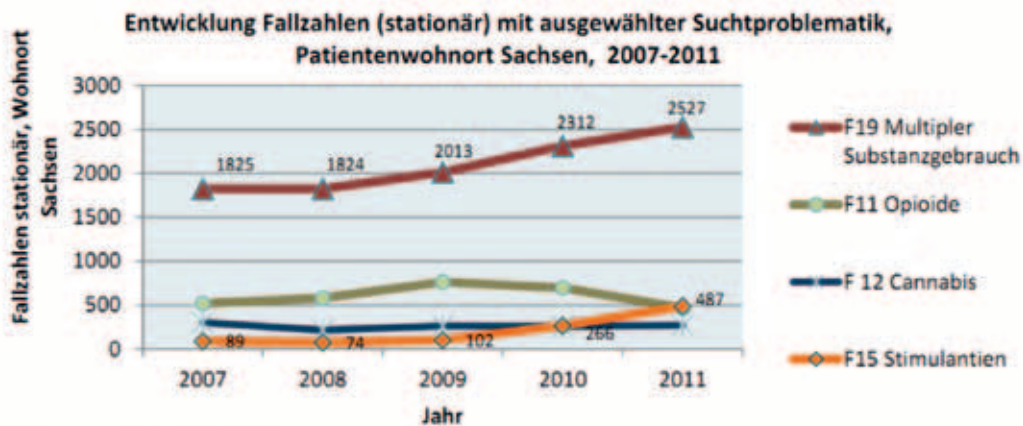
Daten aus DHS (2012) Jahrbuch Sucht

Zeitraum 2007 bis 2011 zu den klinischen Fällen, die die SLS kürzlich vorstellte.

Patienten mit alleiniger suchtspezifischer Diagnose wegen Sedativa/Hypnotika waren in geringer Zahl kli-

nisch behandelt worden. Polytoxikomane Fälle fanden sich in erheblich stärkerem Maße und mit klar steigender Tendenz. Gerade bei jungen Patienten in der sächsischen stationären Psychiatrie wächst der Anteil von illegalen Drogen Abhängiger mit





multiplem Substanzkonsum und -abhängigkeiten. Hier spielen Benzodiazepine eine sehr große Rolle. Sie werden bis zur Abhängigkeit hinzukombiniert um Entzugssymptome anderer legaler und illegaler Substanzen zu kupieren, um nach Hochdosiskonsum zum Beispiel stimulierender Drogen wieder „herunterzukommen“. Ein weiteres, Suchtprogredienz kennzeichnendes Feld liegt im Beigebrauch bei Opiatsubstitution.

Die Bedeutung der Benzodiazepine bei Suchterkrankungen ist noch hoch, obwohl inzwischen das früher sehr stark missbräuchlich oder süchtig von Abhängigen benutzte Flunitrazepam der Verordnung ohne BtM-Rezept entzogen wurde.

Ist schon eine Abhängigkeit eine schwere und risikofolle Erkrankung, die Patienten und Behandler fordert, eine Mehrfachabhängigkeit macht nichts leichter oder besser. Chronizität, Progredienz und biopsychosozial-

ale Folgen verstärken sich gegenseitig und verschlechtern die Prognose weiter, außer die Behandlung hat feste, transparente Regeln und verfolgt das Abstinenzziel. Zeitweilige Abweichungen von diesem Wege in einem Rückfall sind erkrankungsimmanent, sie machen das Abstinenzziel nicht entbehrlich. Ebenso wenig veredelt die Benzodiazepinverordnung bei Abhängigen durch ärztliche Hand die Negativeffekte.

Diese novellierte Richtlinie wird so einen prophylaktischen Beitrag leisten, um Patienten und Ärzte zu schützen und zu unterstützen, damit die Verordnung von Benzodiazepinen kritischer erfolgt und möglichen Abhängigkeitsentwicklungen begegnet wird. Sie fördert über klare Vorgaben die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben für die betroffenen Patienten.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke*

1. Die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke ist grundsätzlich kontraindiziert. Die Gefahr ist groß, dass auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen induziert wird.
2. Benzodiazepine sind kein Ersatz für eine psychosoziale Betreuung.
3. Schlafstörungen werden von Suchtkranken häufig geäußert. Ursachen von Schlafstörungen bei Suchtkranken können insbesondere sein:
 - a) Beigebrauch von Kokain,
 - b) Beigebrauch von Amphetamin und anderen stimulierenden Substanzen,
 - c) zu geringe Methadondosis bei der Substitution,
 - d) Schlafstörungen im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität,

e) Schlafstörungen werden oft vorgetäuscht, um eine Medikation zu erlangen.

Sind nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Behebung von Schlafstörungen unzureichend, können sedierende Antidepressiva oder niederpotente Neuroleptika indiziert sein (Chloralhydrat zeigt hier nur geringe Wirkung).

4. In seltenen Einzelfällen sollte die Indikation zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke unter strenger Kontrolle und ggf. nach Einholen einer Zweitmeinung erfolgen und dokumentiert werden. Es sind die geringsten Wirkstoffmengen und die kleinsten Packungsgrößen zu verordnen.
5. Eine kombinierte Opiat-/Benzodiazepinabhängigkeit ist weitaus schwieriger zu behandeln als die Abhängigkeit von einer Arzneistoffgruppe. Der Entzug kann zu schwerwiegenden lang andauernden psychopathologischen Auffäl-

igkeiten führen. Er sollte stationär durchgeführt werden.

Im Folgenden sind die von der Sächsischen Landesärztekammer mit der Sächsischen Apothekerkammer abgestimmten Handlungsempfehlungen für die Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Suchtkranke dargestellt:

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

Handlungsempfehlungen der Sächsischen Landesärztekammer in der Abstimmung mit der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Suchtkranke

1. Situationsbeschreibung

Trotz umfangreicher Informationen, Leitlinien, Hinweise und Fortbil-

dungsveranstaltungen wird immer wieder deutlich, dass einzelne Ärzte gehäuft benzodiazepinhaltige Arzneimittel für betäubungsmittelabhängige Personen und andere Suchtkranke verordnen bzw. von den Betroffenen Versuche unternommen werden, sich diese Substanzen mit gefälschtem Rezept in Apotheken zu beschaffen. Die Verordnungspraxis dieser Ärzte und die nachfolgende Abgabe durch die Apotheker und ihre Mitarbeiter zeigen häufig Unwissenheit und mangelndes Problembewusstsein, was durch die verschriebenen bzw. abgegebenen Mengen, die Verschreibungsfrequenz sowie die teilweise hohe Anzahl der Patienten deutlich wird. Darüber hinaus hat sich in Einzelfällen gezeigt, dass Ärzte aufgrund des massiven Drucks, der zum Teil seitens der Patienten ausgeübt wird, diese Verordnungen vorgenommen haben.

Es ist Tatsache, dass diese Verordnungen medizinisch kontraindiziert sind.

Durch Informationen der Polizei sowie aus der Drogenszene selbst ist bekannt, dass auf dem Schwarzmarkt verschreibungspflichtige, psychotrope Medikamente und hier insbesondere auch die Benzodiazepine in zunehmendem Maße erhältlich sind. Es hat sich gezeigt, dass bei den untersuchten sogenannten Drogentodesfällen im Einzelfall nicht nur die Opiatüberdosierungen todesursächlich sind, sondern im besonderen Maße der zusätzliche Beigebrauch von Benzodiazepinen, Alko-

hol und anderen Mittelkombinationen. Das hohe Missbrauchspotential der Substanzen wird häufig unterschätzt und die Verordnung findet teilweise unter der Vorstellung statt, dass mit Benzodiazepinen eine Substitutionsbehandlung erleichtert werden kann.

Besonders problematisch ist die Verordnung von Benzodiazepinen bei Patienten, deren Opiatsubstitution durch einen anderen Arzt nicht sicher ausgeschlossen ist.

2. Grundsätze bei der Behandlung Suchtkranker

Folgende Grundsätze sollten bei der Behandlung Suchtkranker Anwendung finden:

- Die Führung dieser Patienten sollte in der Hand eines Arztes liegen, der sich durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen hierfür qualifiziert hat (zum Beispiel Suchtmedizinische Grundversorgung).
- Die Behandlung von drogenabhängigen Patienten sollte in enger Kooperation mit dem Suchtkrankenhilfesystem erfolgen.
- Die medikamentengestützte Behandlung drogenabhängiger Patienten ist nur ein Teil eines umfassenden biopsychosozialen Therapiekonzeptes. Psychosoziale Begleitung ist regelhaft indiziert.
- Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten erfolgt gemäß § 5 BtMVV in der jeweils geltenden Fassung mit den dort zugelassenen bzw.

aufgeführten Substitutionsmitteln.

- Die Verordnung von Benzodiazepinen sollte nur bei entsprechenden psychiatrischen Krankheitsbildern erfolgen und wenn dies zur Vermeidung von Komplikationen (wie zum Beispiel epileptischen Anfällen) unbedingt notwendig ist. Das Rezept sollte den Zusatz „necesse est“ erhalten.
- Es gibt keine medizinische Indikation für eine Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten mit Benzodiazepinen! Benzodiazepine können – pharmakologisch betrachtet – keine Opiate ersetzen.

Drogenabhängige Patienten weisen häufig neben dem Opiatgebrauch ein **polytoxikomanes Konsummuster** auf. In Vorbereitung einer qualifizierten Substitutionsbehandlung werden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die z. B. eine bestehende Benzodiazepinabhängigkeit bzw. einen bestehenden intensiven Missbrauch aufweisen.

Ein vorbedingendes Teilziel der qualifizierten medikamentenunterstützten Behandlung dieser Patienten ist die Verhinderung des Konsums weiterer Substanzen neben dem Substitut. Polytoxikomanie ist eine Kontraindikation der Opiatsubstitution.

3. Einstellung der Patienten auf Methadon/Levomethadon

Bei Patienten mit Drogenabhängigkeit sollte die ambulante Einstellung

auf Methadon / Levomethadon / Buprenorphin unter Beachtung folgender Empfehlungen stattfinden:

- Wegen der zu erwartenden Schwierigkeiten sollte Kontakt mit einem in diesem Bereich erfahrenen (niedergelassenen) Kollegen aufgenommen werden. Es ist zu prüfen, ob eine stationäre Einstellung erforderlich ist.
- Abgabe des verordneten Medikaments in der benötigten Tagesdosis; in der Regel Vergabe unter Sichtkontrolle in der Praxis, der zugelassenen ärztlich geleiteten ambulanten Einrichtung oder der Apotheke.
- Regelmäßige Kontrolle eines Beigebrauchs weiterer Substanzen (wie z. B. Alkohol, Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Codein, Heroin, Kokain).
- Erstellung und sorgfältige Dokumentation eines Zeit- und Abdosierungsschemas für den ambulanten Entzug (kann zum Teil mehrere Wochen dauern).

4. Vorgehen in Apotheken

„Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist.“ (§ 17 Abs. 5 Satz 2 ApBetrO)

Von einem Irrtum oder sonstigen Bedenken kann beispielsweise ausgegangen werden,

- bei gleichzeitiger Verordnung eines Benzodiazepins und eines Substitutionsmittels,
- bei Verordnung eines Benzodiazepins oder eines anderen ausgenommenen Stoffes der Anlage III Betäubungsmittelgesetz auf „normalem“ Rezept,

- bei häufiger Vorlage von Verordnungen über Benzodiazepine bzw. Selbstmedikation dieser Wirkstoffe durch Ärzte selbst,
- wenn dem verordnenden Arzt vermutlich unbekannt ist, dass der betroffene Patient gleichzeitig anderweitig ärztlich behandelt wird und dadurch Mehrfachverordnungen des gleichen Arzneimittels erfolgen oder sich verordnete Arzneimittel gegenseitig in ihren Wirkungen beeinflussen.

Bedenken können sich aber auch ergeben, wenn angenommen werden muss, dass die Verordnung in Kenntnis der beispielhaft genannten Tatbestände erfolgt ist.

In solchen Fällen hat der Apotheker mit dem verordnenden Arzt Rücksprache zu nehmen mit dem Ziel, dass die Verordnung abgeändert oder aber der Verdacht des Irrtums oder des Verstoßes gegen den Stand der medizinischen Wissenschaft ausgeräumt wird. Bei der ärztlichen Verordnung zum Eigenbedarf informiert der Apotheker bei Missbrauchsverdacht die Sächsische Landesapothekerkammer.

Bei begründetem Missbrauchsverdacht darf die Verschreibung nicht ausgeführt werden (§ 17 Abs. 8 Satz 2 ApBetrO). Vielmehr ist hier die Landesdirektion Sachsen, Standort Leipzig, Referat Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung und Pharmazie, GMP Inspektorat, zu informieren, das seinerseits mit dem verordnenden Arzt und ggf. mit der zuständigen Ärztekammer Kontakt aufnehmen wird, um die Begründung der Verschreibung zu eruieren.

Die Pflicht, vor der Abgabe Unklarheiten zu beseitigen, kann insoweit

Vorrang vor der Verpflichtung des Apothekers zur Verschwiegenheit haben (rechtfertigender Notstand nach §§ 203, 34 StGB).

5. Weiteres Vorgehen der Ärztekammer

Erlangt die Sächsische Landesärztekammer Kenntnis von Verstößen gegen diese Handlungsempfehlung, nimmt die Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer Kontakt mit dem Arzt auf. Sollte es sich zeigen, dass es keine plausible Begründung für die Verordnung gibt oder Uneinsichtigkeit besteht, erfolgt ein schriftlicher Hinweis an den Arzt.

Bleibt das beanstandete Verordnungsverhalten weiter bestehen, erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer die Einleitung berufsrechtlicher Schritte. Auch kann die zuständige Landesdirektion nach Kenntnisnahme gemäß § 13 BtMG prüfen, ob ein weiter zu sanktionierender Verstoß vorliegt.

6. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Die Handlungsempfehlung tritt am 1. Juli 2013 in Kraft und wird im „Ärzteblatt Sachsen“ und im Informationsblatt der Sächsischen Landesapothekerkammer veröffentlicht. Gleichzeitig tritt die Handlungsempfehlung vom 26./28. Mai 2004 außer Kraft.

Dresden, 19. Juni 2013
Sächsische Landesärztekammer
gez.
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dresden, 10. Juni 2013
Sächsische Landesapothekerkammer
gez.
Friedemann Schmidt
Präsident

Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter www.aerzteblatt-sachsen.de!

Jetzt auch mobil unter m.aesax.de



Änderung Arzneimittelgesetz

Änderung von § 96 Nr. 13 Arzneimittelgesetz (AMG) bezüglich Zuwiderhandlungen gegen § 3a Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

Information des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte

Mit Schreiben vom 12.10.2010 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereits darauf hingewiesen, dass die Anforderungen von § 3a AMVV in der Vergangenheit in einigen Fällen von Seiten der Ärzte- und Apothekerschaft nicht vollständig eingehalten wurden.

Da Arzneimittel mit den Wirkstoffen Thalidomid, Lenalidomid und Pomalidomid ein erhebliches teratogenes (fruchtschädigendes) Gefahrenpotential bergen, bittet das BfArM sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Apothekerinnen und Apotheker, die entsprechenden Vorgaben des § 3a AMVV zu beachten.

Das BfArM weist darauf hin, dass Verstöße infolge einer kürzlich erfolgten Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) als Straftat geahndet werden können (§§ 96 Nr. 13, 48 Abs. 2 Nr. 7 AMG i.V.m. § 3a AMVV).

Um derartig fehlerhaftes Handeln zu verhindern, bittet das BfArM nochmals darum, die nachfolgend aufgeführten Hinweise zu beachten.

Das BfArM erhält nach § 3a Abs. 7 AMVV von den Apotheken die Durchschriften (Teil II) der für die Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Thalidomid, Lenalidomid und Pomalidomid vorgesehenen Sonderrezepte („T-Rezepte“). Im Rahmen der Auswertung der entsprechenden Verschreibungsdaten sind im BfArM im Einzelfall Verstöße gegen die Vorgaben des § 3a AMVV bzw. Verdachtsfälle einer Zuwiderhandlung festgestellt worden.

Folgende Regelungen sollten besonders beachtet werden:

Die zur Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Thalido-

mid, Lenalidomid und Pomalidomid erforderlichen Sonderrezepte („T-Rezepte“) sind von der einzelnen ärztlichen Person beim BfArM persönlich anzufordern und dementsprechend personenbezogen zu verwenden. Im Vertretungsfall darf die Vertretung die T-Rezepte der ärztlichen Person, die sie vertritt, nur dann verwenden, wenn beide ihre Sachkunde nach § 3a Abs. 5 AMVV nachgewiesen haben, beide also im T-Register des BfArM registriert sind.

Die verschreibende ärztliche Person muss bei einer Verschreibung von thalidomid-, lenalidomid- und pomalidomidhaltigen Arzneimitteln auf einem T-Rezept neben den allgemeinen Regelungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung (vgl. § 2 AMVV) insbesondere die Anforderungen des § 3a AMVV erfüllen.

Folgende Angaben muss die verschreibende ärztliche Person auf dem T-Rezept machen:

1. Name und Geburtsdatum der/des Patientin/Patienten (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV).
2. Datum der Ausfertigung (Gültigkeit bis zu 6 Tage nach dem Verschreibungsdatum!) (vgl. § 2 Abs. 1 und § 3a Abs. 4 AMVV).

3. Bestätigung durch Ankreuzen: Alle Sicherheitsbestimmungen werden eingehalten und dem/der Patient(in) wurde das medizinische Informationsmaterial ausgehändigt (vgl. § 3a Abs. 2 AMVV)

4. Bestätigung durch Ankreuzen: Entweder „In-Label“ oder „Off-Label“ (vgl. § 3a Abs. 2 AMVV).

5. Bezeichnung, Darreichungsform und Menge des Fertigarzneimittels inkl. der Stärke (Höchstmenge ist begrenzt!) (vgl. § 2 Abs. 1 und § 3a Abs. 3 AMVV).

6. Name, Berufsbezeichnung und Anschrift der verschreibenden ärztlichen Person (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV).

7. Die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden ärztlichen Person (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV).

Der/die Apotheker/in ist bei der Einlösung von Rezepten in der Apotheke verpflichtet, die Verschreibung auf erkennbare Irrtümer hin zu überprüfen und das Arzneimittel nur dann abzugeben, wenn eventuell bestehende Bedenken ausgeräumt und Unklarheiten beseitigt sind (vgl. § 17 Abs. 5 ApBetrO). Dies gilt selbstverständlich auch für T-Rezepte. **Arzneimittel, die Thalidomid, Lenalidomid oder Pomalidomid enthalten, dürfen insbesondere**

TEIL I für die Apotheke zur Verschreibung

Krankenkasse bzw. Kostenträger: gesetzlich privat

Name, Vorname des Versicherten: **Musterfrau, Anne** (1) gib am: **14.10.1940** (2)

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Gemeinschafts-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: **01.06.11** (2)

Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)

Revlimid 5mg Hartkapseln 21 St. N1 (5)

(3) Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten

(3) Dem/der Patient(in) wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial entsprechend den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel sowie die aktuelle Gebrauchsanweisung im entsprechenden Fertigarzneimittel ausgehändigt

444H (4) Behandlung erfolgt (einstufig) im zugelassenen Anwendungsgebiet (In-Label) (8)

(4) Behandlung erfolgt außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes (Off-Label)

Pharmazie-Nr.: **1875255** (9) Faktor: **1** (10)

Arztstempel: **Dr. med. M. Beispielmann** (6) **Arzt für Onkologie** **Musterstr. 6, 52220 Musterstadt** **Tele 123456789**

Unterschrift des Arztes: *M. Beispielmann* (7) Datum: **01.06.2011**

T-Rezeptnummer: **T 123456**

Auf diesen T-Rezepten ist nur eine Verordnung vorgesehen.

in den Fällen nicht abgegeben werden, in denen auf dem Rezept die Bestätigungen fehlen, dass die Sicherheitsbestimmungen eingehalten werden und dass dem Patient/der Patientin das entsprechende Informationsmaterial ausgehändigt wurde. Dies gilt auch für Folgeverordnungen; diese Bestätigungen müssen auf jedem T-Rezept erfolgen.

Für Auswertungszwecke bittet das BfArM die Apotheken und Krankenhausapotheken um ein ordnungsgemäßes Ausfüllen der T-Rezepte und deren Durchschriften (Teil II) unter Berücksichtigung der Regelungen des § 17 Abs. 6 ApBetrO, so dass folgende Angaben gemacht werden: 8. Abgabedatum in der Apotheke (vgl. § 17 Abs. 6 ApBetrO)

Hierbei ist darauf zu achten, dass die Gültigkeitsdauer des T-Rezeptes von sechs Tagen nicht überschritten wurde.

9. gültige PZN (Pharmazentralnummer) (vgl. § 17 Abs. 6 ApBetrO).

10. Faktor (Anzahl der Packungen).

11. Apotheken-Nummer / IK (Institutionskennzeichen).

Ferner bittet das BfArM um den Aufdruck des Apothekenstempels auf der Rückseite der Durchschrift (Teil II).

Der vor dem 15.09.2011 durch das BfArM versandte amtliche Vordruck (T-Rezept) kann nach wie vor verwendet werden. Für das Ausfüllen dieser Form des T-Rezeptes bzw. seiner Durchschrift gilt das oben Gesagte. Die beiden amtlichen Vordrucke unterscheiden sich nur durch die äußere Form und dadurch, dass

auf den früher versandten Rezepten bis zu drei Verordnungen möglich sind.

Weiterführende Informationen sind den Bekanntmachungen des BfArM zu lenalidomid- und thalidomidhaltigen Arzneimitteln vom 08.12.2008 bzw. 17.06.2011 sowie den FAQs zu entnehmen, welche auf der Homepage des BfArM (www.bfarm.de) unter „Pharmakovigilanz → Risikoinformationen → Thalidomid/Lenalidomid/Pomalidomid“ abrufbar sind.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

2. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 01. September 2009

Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 09.09.2008, AZ 32-5248.12/38 (veröffentlicht als Beilage im Ärzteblatt Sachsen 10/2008, S. 515 und im Deutschen Tierärzteblatt 11/2008, S. 1572) und der 1. Änderungssatzung vom 20. Juni 2009, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2009, AZ 32-5248.12/40 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 07/2009, S. 394 und im Deutschen Tierärzteblatt 08/2009, S. 1127) wird wie folgt geändert:

1.
In § 2 wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

(2) ¹Die Organe der Sächsischen Ärzteversorgung haften lediglich für den Schaden, der der Sächsischen Ärzteversorgung aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht. ²Die Sächsische Ärzteversorgung stellt die in Wahrnehmung ihrer Pflichten ausführenden Organmitglieder von der Verbindlichkeit für daraus entstandene Schäden, die nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden sind, frei.

2.
In § 23 wird folgender neuer Absatz 2a eingefügt:

(2a) Mitglieder, deren Arbeitgeber einen Zuschuss zum Pflichtbeitrag nach § 172 a SGB VI in Höhe der Hälfte des Pflichtbeitrages zu zahlen haben, können ihren Arbeitgeber ermächtigen, diesen Zuschuss sowie den Arbeitnehmeranteil des Mitglieds direkt an die Sächsische Ärzteversorgung zu zahlen.

Artikel II Inkrafttreten

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten mit Wirkung zum 01.09.2013 in Kraft.

Dresden, den 22. Juni 2013

gez. Dr. med. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

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

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

Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Bescheid vom 2. Juli 2013, AZ 32-5248.12/46, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 2. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden, den 17. Juli 2013

Siegel

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

Strafbarkeit eines nicht erledigten Gerichtsgutachtens?

Das Amtsgericht Chemnitz hat per Strafbefehl die unterlassene Rücksendung einer Gerichtsakte, die der Arzt zum Zwecke der Erstellung eines ärztlichen Gutachtens erhielt, als Urkundenunterdrückung gemäß § 274 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB) angesehen und eine Geldstrafe in Höhe von 3.000 Euro festgesetzt. Was war passiert?

In einem Rechtsstreit gegen eine Berufsgenossenschaft wurde ein Arzt mit der ambulanten Untersuchung des Klägers und der Erstellung eines entsprechenden Gutachtens, insbesondere zu den Gesundheitsschäden nach einem Unfallereignis sowie der Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit des Klägers, beauftragt. Hierzu übersandte das Sozialgericht im Februar 2011 die Sachakte. Trotz wiederholter Anforderungen durch das Gericht und Verhängung eines Ordnungsgeldes in Höhe von 1.000 Euro durch Beschluss des Sozialgerichtes Chemnitz im März 2012 wurde die Akte durch den Arzt nicht zurückgesandt. Mit Ausnahme eines Telefonates im Dezember 2011 wurden auch alle Anfragen des Sozialgerichtes ignoriert. In dem Telefonat wurde wahrheitswidrig geschildert, dass das Gutachten erstellt gewesen sei und innerhalb von 10 Tagen an das Gericht geschickt werde. Erst nach Einleitung eines Ermittlungsverfahrens und Erwirkung eines Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlusses beim Amtsgericht Chemnitz wurde zu

Beginn der angeordneten Durchsuchung im Juli 2012 die Akte durch den Arzt freiwillig herausgegeben. Der Arzt wurde daher beschuldigt, eine Urkunde, welche ihm entweder überhaupt nicht oder nicht ausschließlich gehört, in der Absicht, einem anderen Nachteil zuzufügen, vernichtet, beschädigt oder unterdrückt zu haben, strafbar als Urkundenunterdrückung gemäß § 274 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Ohne Rücksendung der Akte konnte der Kläger im sozialgerichtlichen Verfahren seine geltend gemachten Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft von vornherein nicht durchsetzen. Dem Arzt wurde unterstellt, dass dieser Nachteil für den Kläger die unmittelbare Folge der unterlassenen Rücksendung der Akte war.

Im Rahmen der Mitteilung in Strafsachen (MiStra) erhielt die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer Kenntnis von dem zwischenzeitlich rechtskräftig gewordenen Strafbefehl. Nach der zusätzlich erfolgten berufsrechtlichen Bewertung des Sachverhaltes möchten wir zu der Thematik der Gutachtenerstellung für Gerichte und Behörden folgende Hinweise geben:

Grundsätzlich besteht keine allgemeine Pflicht des Arztes zur Erstattung von Sachverständigengutachten. Eine Verpflichtung besteht nur dann, wenn zur Gutachtenerstattung eine Rechtsvorschrift besteht. Die Mehrzahl der Gutachtenaufträge wird sich aus gesetzlichen Vorschriften bzw. aus vertraglichen Verpflichtungen hinsichtlich einer erfolgten Behandlung ergeben. Daraus ergibt sich jedoch auch, dass Fremdgutach-

ten, die nicht auf gesetzlichen Vorschriften bzw. nicht aus einem Behandlungsvertrag resultieren, abgelehnt werden können. Werden Ärzte vom Zivilgericht gemäß § 407 Zivilprozessordnung (ZPO) oder von der Staatsanwaltschaft gemäß § 75 Strafprozessordnung (StPO) zur Erstellung eines Gutachtens verpflichtet, haben sie unter Umständen ebenfalls die Möglichkeit, die Übernahme abzulehnen. Sind Ärzte wegen Arbeitsüberlastung oder aus anderen triftigen Gründen auf absehbare Zeit zur alsbaldigen Gutachtenbearbeitung und -erstellung nicht in der Lage und teilen sie diesen Umstand dem beauftragenden Gericht auch unverzüglich mit, damit dieses dann ohne Zeitverlust einen anderen Sachverständigen mit der Begutachtung beauftragen kann, so können sie im konkreten Einzelfall eine Begutachtung ablehnen.

Wurde allerdings die Ausstellung eines Gutachtens oder Zeugnisses bereits übernommen (dies kann auch konkludent geschehen) oder besteht eine gesetzliche Verpflichtung hierzu, sind Ärzte gemäß § 25 Satz 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung) auch verpflichtet, das Gutachten innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

Wir können Ihnen daher nur empfehlen, im konkreten Einzelfall die tatsächliche Verpflichtung zur Gutachtenerstellung zu prüfen und gegebenenfalls die Erstellung abzulehnen.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Uni Leipzig

Hiermit möchte ich an unser traditionelles Treffen **am 2. Oktober 2013** erinnern. Wir werden in diesem Jahr zunächst einen Rundgang durch das Neue Augusteum der Alma mater

unternehmen und treffen uns um 14.45 Uhr am Info-Tresen des Foyers im Neuen Augusteum, Eingang Augustusplatz 10, gegenüber des Restaurants „Augustus“.

Die Führung dauert etwa 1,5 Stunden. Ab 19.00 Uhr setzen wir uns – wie immer – gemütlich im Auerbachs Keller zusammen.

Bitte um Teilnahmemeldungen an:
Priv.-Doz. Dr. med.
Bernd Wiedemann
(E-Mail: bewiedemann@t-online.de,
Tel.: 0341 2311452,
Handy: 0160 92353013) oder
Dr. Hans-Otto Kluge
(Tel.: 0871 23184).

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann

Ambulante Antibiotika-Verordnungen in Deutschland und Sachsen

Im Nachgang zum durchgeführten Curriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika (siehe S. 331) soll im Folgenden auf einige Aspekte des Antibiotika-Verbrauchs im ambulanten Bereich eingegangen werden.

Allgemeines zu Antibiotika-/ Antiinfektiva-Verordnungsdichten

Bei den nachstehend präsentierten Verordnungszahlen für Sachsen, die von der AOK PLUS zur Verfügung gestellt wurden, handelt es sich um Arzneimittel-Abrechnungsdaten aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) auf der Basis der ATC-Codes der Antibiotika und Antiinfektiva zur systemischen Anwendung. Sie basieren auf den Verordnungen von sächsischen Ärzten für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Datengrundlage ist die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi), die über das Portal des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) verfügbar ist. Als Maß für die verordneten Arzneimittelmengen werden die definierten Tagesdosen (DDD = defined daily doses) angegeben. Eine DDD ist die angenommene durchschnittliche Erhaltungsdosis eines Arzneistoffes pro Tag, die für die Hauptindikation bei Erwachsenen verordnet wird. Sie ist ein statistisches Maß des Arzneimittel-Verbrauchs und dient der Arzneimittel-Verbrauchsforschung, sie gibt jedoch nicht die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis wieder. Der Antibiotika-Verbrauch im ambulanten Bereich wird oft als Verordnungsdichte in Form von DDD pro 1.000 Versicherte und Tag (DDD/1.000) dargestellt.

Antibiotika zählen zu den meistverordneten Arzneimitteln in Deutschland (Augustin, J.; Mangiapane, S.; Kern, W., 2012). Bezüglich der Verordnungshäufigkeit (Anzahl der verordneten Packungen) nahmen sie deutschlandweit im Jahr 2011 mit circa 39 Millionen Verordnungen

Platz fünf, in Sachsen mit ca. 1,7 Millionen Verordnungen Platz sieben bei den verordneten Arzneimittelgruppen in der GKV ein. Die Antibiotika/Antiinfektiva standen in Deutschland 2011 mit einem Bruttoumsatz von 1.624 Millionen Euro an 7. Stelle, in Sachsen mit einem Bruttoumsatz von 51,9 Millionen Euro an 11. Stelle der umsatzstärksten Arzneimittelgruppen der GKV (GAmSi, 2012). Und dies vor dem Hintergrund, dass bei Antibiotika-Behandlung eine – im Gegensatz zu chronischen Erkrankungen – vergleichsweise kurze Therapiedauer ausreichend ist.

Nach GERMAP 2008 (= Bericht über Antibiotika-Verbrauch und -Resistenz, Herausgeber: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V., Infektiologie Freiburg) kann der aktuelle Antibiotika-Verbrauch in der Humanmedizin auf insgesamt 250 bis 300 t pro Jahr geschätzt werden, dies entspricht ca. 750 kg pro Tag. 2010 hat durchschnittlich jeder der knapp 70 Millionen GKV-Versicherten in Deutschland eine fünftägige Antibiotika-Therapie erhalten, woraus sich eine Zunahme des Pro-Kopf-Verbrauchs in den letzten 10 Jahren um knapp zwölf Prozent ergibt (Schröder, H., 2011).

Die Antibiotika-Verordnungsdichte im ambulanten Bereich liegt in Deutschland bei circa 15 DDD pro 1.000 Versicherte und Tag (ESAC,

2010). Damit liegt Deutschland – verglichen mit anderen europäischen Ländern – im unteren Drittel. Die Niederlande und die Schweiz zeichnen sich gemäß GERMAP 2010 allerdings durch bedeutend niedrigere Antibiotika-Verordnungsdichten aus, was als Hinweis auf nicht genutzte Optimierungsmöglichkeiten beim Verschreibungsverhalten von Antibiotika in Deutschland anzusehen ist (Kern, W.; Nink, K., 2011).

Regionale Antibiotika-Verordnungsdichten

In den alten Bundesländern werden insgesamt mehr Antibiotika als in den neuen Bundesländern verordnet (Kern, W.; Nink, K., 2011. Augustin, J.; Mangiapane, S.; Kern, W., 2012. Tauchnitz, C.; Handrick, W., 2009). Westdeutsche Versicherte erhalten im Durchschnitt eine Tagesdosis mehr Antibiotika als ostdeutsche Versicherte (Westen: 5,1; Osten: 4,0) (Schröder, H., 2011).

In Sachsen war während der vergangenen Jahre im ambulanten Bereich eine Zunahme der verordneten Antibiotika-Tagesdosen festzustellen. So stiegen die Verordnungsdichten in den Jahren 2003 bis 2008 von 9,5 auf 10,5 DDD pro 1.000 Versicherte und Tag (Kern, W.; Nink, K., 2011). Die Ausgaben für Antibiotika/Antiinfektiva bei der KVS haben im Zeitraum 2007 bis 2010 um 10,8 Prozent zugenommen (Tauchnitz, C., 2012). Auch aus Abb. 1 ist eine entsprechende Zunahme der verordne-

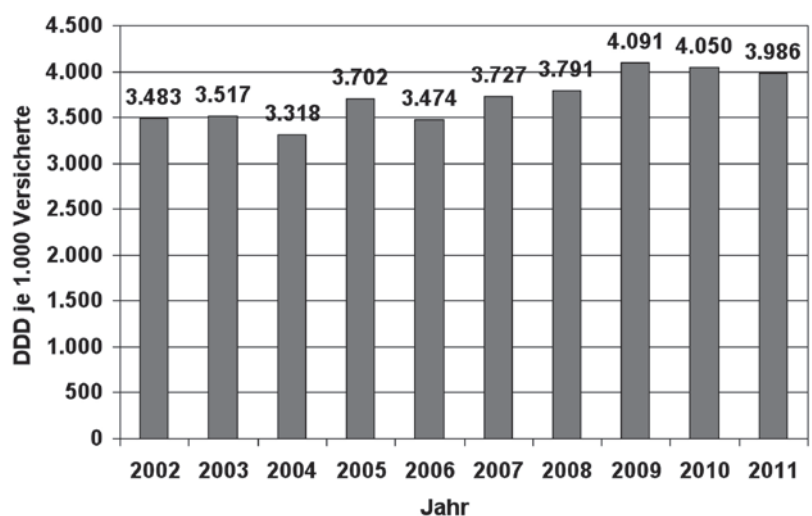


Abb. 1: Verordnete Antibiotika-/Antiinfektiva-Tagesdosen im ambulanten Bereich in Sachsen, 2002 – 2011

ten Antibiotika-/Antiinfektiva-Tagesdosen in Sachsen abzulesen. Im Jahr 2011 wurden in Sachsen insgesamt 14,3 Millionen DDD Antibiotika/Antiinfektiva verschrieben (GAmSi, 2012), was circa 10,5 DDD pro 1.000 Versicherte und Tag entspricht. Jeder GKV-Versicherte in Sachsen hat 2011 somit circa 4 DDD Antibiotika/Antiinfektiva verordnet bekommen.

Altersabhängigkeit der Antibiotika-Verordnungsdichten

Gemäß den bundesweiten Arzneiverordnungsdaten haben 31,5 Prozent aller GKV-Versicherten im Jahr 2010 ein Antibiotikum verordnet bekommen. Die älteste und die jüngste Patientengruppe erhalten am häufigsten ein entsprechendes Rezept. So finden sich gemäß Versorgungsatlas (www.versorgungsatlas.de) bei den über 90-Jährigen deutschlandweit durchschnittliche Verordnungsraten von 55,7 Prozent, bei den bis 15-Jährigen von 39,1 Prozent. Nach Daten der Barmer GEK Krankenkasse von 2010 erhalten insbesondere Kinder im Vorschulalter deutlich häufiger (49,4 Prozent der unter 6-Jährigen) Antibiotika als alle Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt (33,8 Prozent) (Glaeske, G.; Hoffmann, F.; Koller, D.; et al., 2012).

Das für die Gesamt-Verordnungsprävalenzen beobachtbare West-Ost-Gefälle ist aufgehoben, wenn man nur die Gruppe der unter 15-Jährigen betrachtet: Auch in einigen neuen Bundesländern sind in dieser Altersgruppe hohe Verordnungsprävalenzen zu beobachten (zum Beispiel bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen 46,2 Prozent). Während in Sachsen 2010 durchschnittlich 27,9 Prozent der gesetzlich Versicherten ein Antibiotikum rezeptiert bekamen, waren es bei den unter 15-Jährigen mit 40,1 Prozent mehr als der Bundesdurchschnitt (Augustin, J.; Mangiapane, S.; Kern, W., 2012, www.versorgungsatlas.de). Entsprechende Ergebnisse sind auch aus dem Faktencheck Gesundheit – Antibiotika-Verordnungen bei Kindern (Glaeske, G.; Hoffmann, F.; Koller, D.; et al., 2012) abzulesen.

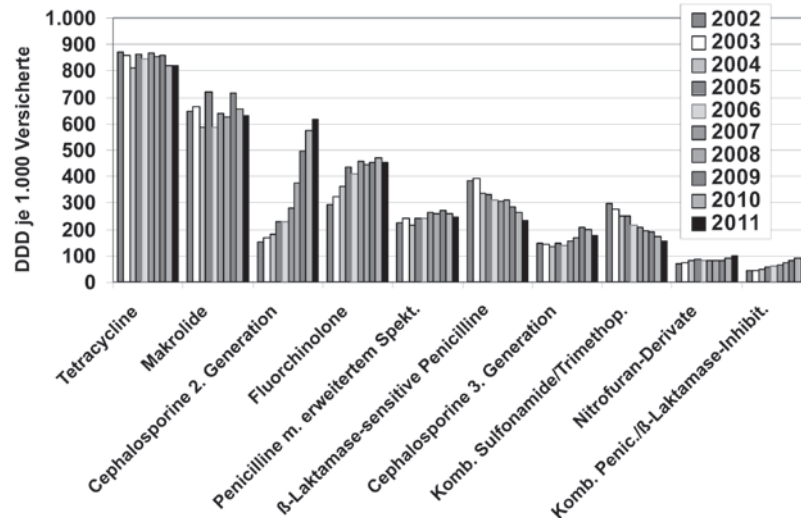


Abb. 2: Die 10 Antibiotika-Wirkstoffgruppen* mit dem im Jahr 2011 größten Verordnungsvolumen im ambulanten Bereich in Sachsen. Entwicklung ihres Verordnungsvolumens im Zeitraum 2002 – 2011

*Erläuterungen:

- Cephalosporine der 2. Generation (Beispiel: Cefuroxim)
- Penicilline mit erweitertem Spektrum (Beispiel: Amoxicillin)
- β-Laktamase-sensitive Penicilline (Beispiel: Phenoxymethylpenicillin = Penicillin V)
- Cephalosporine der 3. Generation (Beispiele: Cefixim, Cefpodoxim)
- Kombination Penicilline/β-Laktamase-Inhibitoren (Beispiele: Amoxicillin + Clavulansäure, Ampicillin + Sulbactam)

Verordnungsdichten der einzelnen Antibiotika-Wirkstoffgruppen/-Wirkstoffe

Gemessen am Gesamt-Verordnungsvolumen (DDD) nehmen in Sachsen die Tetracycline (zum Beispiel Doxycyclin) seit Jahren den ersten Platz unter den verordneten Antibiotika ein. Abb. 2 gibt die Entwicklung der verordneten Tagesdosen während des Auswertungszeitraums 2002 – 2011 auf der Basis der häufigsten Antibiotika-Wirkstoffgruppen (4. Ebene der relevanten ATC-Codes) wieder. In Abb. 3 sind die entsprechenden Daten für die am häufigsten eingesetzten Antibiotika-Wirkstoffe (5. Ebene der ATC-Codes) dargestellt. Wie ersichtlich, ist es in den letzten Jahren in Sachsen vor allem zu einem starken Anstieg (insgesamt ca. 4-fach) bei der Verordnung von Cephalosporinen der 2. Generation (zum Beispiel Cefuroxim) gekommen. Auch bei den Fluorchinolonen (zum Beispiel Ciprofloxacin) haben sich die rezeptierten Tagesdosen im genannten Zeitraum insgesamt um etwa die Hälfte erhöht, bei den Kombinationen von Penicillinen mit β-Laktamase-Inhibitoren (zum Beispiel Amoxicillin + Clavulansäure) insgesamt circa verdoppelt. Im Gegenzug ist der Einsatz von β-Laktamase-sen-

sitiven Penicillinen (zum Beispiel Phenoxymethylpenicillin = Penicillin V) insgesamt um ca. 40 Prozent, von Kombinationen aus Sulfonamiden und Trimethoprim (zum Beispiel Sulfamethoxazol + Trimethoprim) insgesamt um ca. 50 Prozent zurückgegangen. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass Cephalosporine und Fluorchinolone, einen besonders hohen Druck zugunsten der Selektion multi-resistenter Erreger ausüben (Kresken, M.; Wallmann, J.; Kern, W., 2011). So haben beispielsweise deutschlandweit die Resistenzraten von *Escherichia coli*, einem häufigen Erreger von Harnwegsinfektionen, gegenüber Ciprofloxacin von 5,5 Prozent im Jahr 1995 auf 26,4 Prozent im Jahr 2007 zugenommen (Kresken, M.; Pfeifer, Y.; Straube, E., 2011). Wie Abb. 3 zeigt, haben sich in Sachsen von 2002 bis 2011 die verordneten DDD pro 1.000 Versicherte für Cefuroxim verfünffacht, für Ciprofloxacin sind sie auf mehr als das Doppelte angestiegen.

In Deutschland nahmen 2010 gemäß Versorgungsatlas (Augustin, J.; Mangiapane, S.; Kern, W., 2012) bezüglich des Verordnungsvolumens (Tagesdosen in DDD) die Basispenicilline

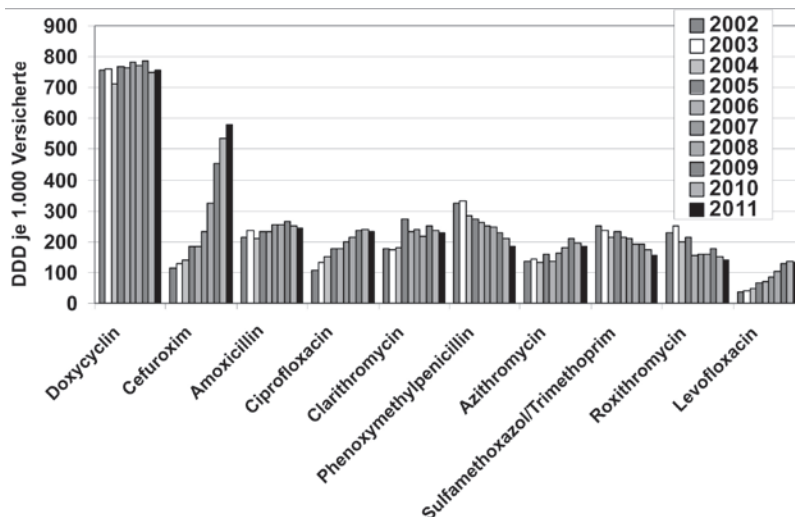


Abb. 3: Die 10 Antibiotika-Wirkstoffe mit dem im Jahr 2011 größten Verordnungsvolumen im ambulanten Bereich in Sachsen. Entwicklung ihres Verordnungsvolumens im Zeitraum 2002 – 2011

mit 26,7 Prozent den ersten Rang ein. Die Gruppen der Cephalosporine, Makrolide/Lincosamide und Tetracycline hatten Anteile von 18,1 Prozent, 16,9 Prozent und 16,7 Prozent. Ein direkter Vergleich mit den sächsischen Daten ist erschwert, da im Versorgungsatlas die Antibiotika 10 Gruppen zugeordnet wurden, die nicht vollständig dem ATC-Code-System entsprechen.

Arztgruppenbezogene Antibiotika-Verordnungsdichten

In Abb. 4 sind die verordneten Tagesdosen im ambulanten Bereich auf die Arztgruppen in Sachsen im Jahr 2011 aufgeschlüsselt. Hinsichtlich des Anteils der einzelnen Fachgruppen am Gesamt-Verordnungsvolumen stehen mit ca. 48 Prozent die Hausärzte an der Spitze, gefolgt von hausärztlich tätigen Internisten (13,8 Prozent), Kinderärzten (9,3 Prozent) und HNO-Ärzten (5,4 Prozent). Diese Verteilung entspricht im Wesentlichen derjenigen in Gesamtdeutschland. Betrachtet man das Antibiotika-Verordnungsvolumen in Deutschland für 2008 pro Facharzt der einzelnen Facharztgruppen, also die verschriebenen Tagesdosen pro Arzt, so werden die meisten DDD von Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärzten verschrieben (Kern, W.; Nink, K., 2011).

Tauchnitz (2012) weist in seiner Publikation über vermeidbare ambu-

lante Antibiotika-Verordnungen in Deutschland darauf hin, dass schon vor Jahrzehnten eingeschätzt wurde, dass rund ein Drittel aller Antibiotika-Verordnungen überflüssig, das heißt nicht indiziert ist. Einsatz von Antibiotika bei fehlender Indikation hat Kostensteigerungen, Nebenwirkungen sowie beschleunigte Resistenz-Entwicklungen zur Folge (Tauchnitz, C., 2012). Unsachgemäßer Antibiotika-Einsatz fördert aufgrund des Selektionsdrucks die Resistenz-Entstehung. So gibt die in den letzten Jahren auch bei uns aufgetretene Verbreitung von Erregern mit bestimmten Resistenzen (zum Beispiel Ciprofloxacin-resistente *Escherichia coli*) sowie von multi-resistenten Erregern (MRE) wie MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*), VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken), ESBL-Bildner (ESBL = Extended Spectrum Beta-Lactamase) und nun auch von Carbapenemase-Bildnern, die alle Beta-Laktam-Antibiotika einschließlich Carbapenemen inaktivieren können, Anlass zu Besorgnis. Die Antibiotika-Resistenz, die inzwischen bei vielen bakteriellen Krankheitserregern vorkommt, wird von der WHO als weltweite Bedrohung der öffentlichen Gesundheit angesehen (WHO, 2012).

Eine Verbesserung der Antibiotika-Verordnungsqualität kann durch eine bessere Aus-, Weiter- und Fortbildung erreicht werden (Kern, W.; de With, K., 2012). So hatte auch das veranstaltete Curriculum (siehe nächsten Beitrag) die Intention, die Teilnehmer über den rationalen Antibiotika-Einsatz im ambulanten Bereich zu informieren und dadurch zur Optimierung der Antibiotika-Therapie beizutragen.

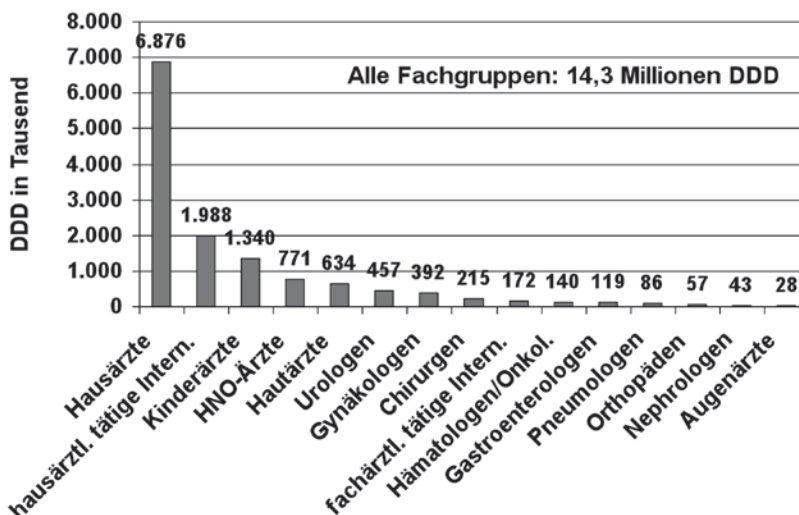


Abbildung 4: Verordnete Antibiotika-/Antiinfektiva-Tagesdosen im ambulanten Bereich nach Arztgruppen in Sachsen, 2011

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Ingrid Ehrhard
 Korrespondenzführender Autor
 Für die AG Surveillance und
 Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes im
 Freistaat Sachsen, Landesuntersuchungs-
 anstalt für das Gesundheits- und
 Veterinärwesen (LUA) Sachsen
 Jägerstraße 10, 01099 Dresden

Andreas Fuchs
 AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für
 Sachsen und Thüringen
 Sternplatz 7, 01067 Dresden

Curriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika

Das Curriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika fand am 14.06.13 und 15.06.13 (insgesamt 14 Unterrichtseinheiten) in der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) statt. Es wurde in Kooperation der SLÄK, der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes im Freistaat Sachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) ausgerichtet. Die Veranstaltung wurde von Dr. med. Ingrid Ehrhard, Koordinatorin der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie, moderiert. Die 55 Teilnehmer waren größtenteils niedergelassene, zum Teil aber auch in der Klinik tätige Ärzte sowie mehrere Mikrobiologen.

Prof. em. Dr. med. habil. Friedrich-Bernhard Spencker (ehemals Oberarzt am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie der Universität Leipzig) wies in seinem Vortrag über die mikrobiologische Diagnostik als Basis der Antibiotika-Therapie zunächst auf die Bedeutung der korrekt ausgeführten Entnahme des jeweiligen Materials für die Qualität der Analytik hin. Für die zeitnahe Diagnostik von Infektionserregern sowie verschiedener Biomarker in der Arztpraxis wurden die Vor- und Nachteile verschiedener Schnelltests aufgeführt. Im zweiten Teil des Vortrags stand die Testung der Antibiotika-Resistenz im Mittelpunkt. Hier wurden unter anderem die Methoden vorgestellt, die bei der Testung der Empfindlichkeit von Bakterien gegenüber Antibiotika eingesetzt werden, sowie die Kategorien der Beurteilung von Ergebnissen von Empfindlichkeitsprüfungen erläutert.

Über die Grundlagen der Anwendung antimikrobieller Substanzen referierte Priv.-Doz. Dr. med. Grit Ackermann (Ärztliche Leiterin von alphaomega Laboratoriumsmedizin und Medizinische Mikrobiologie, Delitzsch), auch im Hinblick auf bestimmte Patientengruppen und

unter Berücksichtigung der Lokalisation der Infektion. Priv.-Doz. Ackermann ging unter anderem auf die Pharmakokinetik und deren zwei relevante Faktoren ein: die organismusabhängigen sowie die Stoffeigenschaften. Im Abschnitt Pharmakodynamik wurden Wirkmechanismus, -ort und -art von Antibiotika näher beleuchtet. Auch die verschiedenen Antibiotikagruppen, ihr Wirkungsspektrum und die Mechanismen der Resistenzentstehung wurden thematisiert. Grundsätzlich ist – wie Priv.-Doz. Ackermann mehrfach betonte – zu beachten, dass eine gezielte Antibiotika-Therapie einer breitwirksamen Therapie vorzuziehen ist.

Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf (Chefarzt der Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie am Klinikum St. Georg, Leipzig) ging in seiner Präsentation auf Erkrankungen des Respirationstraktes wie Bronchitis und Pneumonie ein. Zunächst wies er darauf hin, dass ca. die Hälfte aller ambulant verordneten Antibiotika zur Behandlung von Atemwegsinfektionen rezeptiert wird. Er stellte unter anderem heraus, dass bei der sehr häufig vorkommenden akuten Bronchitis meist keine bakterielle Infektion vorliegt und daher in der Regel von einer Antibiotika-Gabe zunächst abgesehen werden sollte. Weiterhin unterbreitete er Vorschläge für die Antibiotika-Anwendung im Fall einer chronischen Bronchitis, einer ambulant oder nosokomial erworbenen Pneumonie und plädierte für eine kurze Therapiedauer. Des Weiteren stellte Prof. Dr. Ruf alternative Maßnahmen zur Vorbeugung einer bakteriellen Infektion bzw. Superinfektion des Respirationstraktes vor, wie die Impfung gegen *Streptococcus pneumoniae*, die jährliche Influenza-Impfung sowie die Anwendung einer antiviralen Therapie.

Prof. Dr. med. habil. Heidrun Müller (ehemals Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für HNO und Plastische Operationen am Universitätsklinikum Leipzig) referierte über die Therapiemöglichkeiten bei Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereiches. Auch sie

empfahl eine gezielte Diagnostik, das heißt eine konkrete Abklärung der Befunde, bevor Antibiotika eingesetzt werden. Frau Prof. Dr. Müller betonte beispielsweise, dass die akute Otitis media eine Erkrankung mit hoher Selbstheilungsquote ist, bei bakterieller Infektion sollten allerdings Antibiotika verabreicht werden. Abschließend gab Prof. Dr. Müller noch praktische Tipps zur Anwendung einfacher Therapien ohne Antibiotika-Einsatz.

Die Infektionen des Urogenitaltraktes, einschließlich der sexuell übertragbaren Infektionen (STI), wurden durch Dr. med. Thilo Schwalenberg (Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Leipzig) in seiner Präsentation sehr bilderreich vorgestellt. Er ging unter anderem auf die Empfehlungen der S3-Leitlinie zum Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen ein. Auf jeden Fall sollte eine akute unkomplizierte Pyelonephritis immer so früh wie möglich antibiotisch behandelt werden.

Über Infektionen des Auges und des Gastrointestinaltraktes informierte Prof. em. Dr. med. habil. Werner Handrick (ehemals Professor für Kinderheilkunde und Neonatologie am Universitätsklinikum Leipzig) in seinen beiden Vorträgen. Unter anderem verdeutlichte er, dass in den meisten Fällen Viren die Ursache für eine infektiöse Gastroenteritis sind. Im Falle einer bakteriellen Genese ist eine Antibiotika-Therapie nur bei schwerer Enteritis mit Fieber und blutig-eitrigem Durchfall, bei invasiven/septischen Verläufen und bei bestimmten Personengruppen (Patienten mit schweren Grunderkrankungen oder immunsuppressiver Therapie, Säuglingen und Patienten über 65 Jahren) sowie der erhöhten Möglichkeit der Ausbreitung des Erregers auf andere Personen (zum Beispiel aufgrund einer notwendigen niedrigen Infektionsdosis wie bei Shigellen) indiziert.

Dr. med. Ulrike Proske (Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatolo-

logie des Universitätsklinikums Dresden) referierte über Infektionen der Haut und des Weichgewebes. Wichtige Erreger von Haut-/Schleimhaut-Infektionen sind *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pyogenes*. Unter Präsentation sehr vieler klinischer Fotos wurden die verschiedenen Krankheitsbilder wie Impetigo, Ekthyma, Erysipel, Follikulitis, Furunkel/Karbunkel, kutaner Abszess, Phlegmone, gramnegative Fußinfekte sowie Infektionen nach Tätowierungen und Bissverletzungen erläutert sowie die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen dargelegt.

In seinem ersten Vortrag ging Dr. med. Thomas Grünewald (Leitender Oberarzt der Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie am Klinikum St. Georg, Leipzig) – unter Bezug auf verschiedene Fallbeispiele – auf Infektionen bzw. deren Behandlung bei bestimmten Patientengruppen wie Tropenrückkehrer, Borreliose-Patienten, Immundefiziente und Schwangere ein. Er wies unter anderem darauf hin, dass bei Rückkehrern aus einem Malaria-Gebiet eine empirische Antibiotika-Therapie die

richtige Diagnose bei einem Malaria-Patienten verschleiern kann. Der zweite Vortrag von Dr. Grünewald behandelte das Vorkommen multi-resistenter Erreger in der ambulanten Versorgung.

Zunächst ging er auf neuere Therapieparameter, wie zum Beispiel die Mutations-Präventions-Konzentration (MPC) zur Dosierung von Antibiotika, ein und sprach über Resistenzinduktion und Resistenzmechanismen. Schwerpunktmäßig wurden anschließend unter anderem ausführlich unter Einschluss von Kasuistiken die Krankheitsbilder und Therapieoptionen bei Infektionen mit MRSA (Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*), CA-MRSA (community-acquired MRSA) und ESBL-Bildnern (ESBL = Extended Spectrum Beta-Lactamase) erläutert.

So manifestieren sich CA-MRSA-Infektionen beispielsweise vor allem in rezidivierenden Haut-/Weichgewebe-Infektionen, können aber auch abszedierende Pneumonien verursachen. Abschließend appellierte Dr. Grünewald noch einmal an die Ein-

haltung von Standard-Hygienemaßnahmen im medizinischen Bereich, wobei besonderer Wert auf die Händehygiene gelegt werden muss.

Aufgrund der dargebotenen Informationsfülle konnte im vorliegenden Tagungsbericht nur ein grober Überblick über die behandelten Themen gegeben werden.

Weitere fachliche Informationen zum rationalen Antibiotika-Einsatz – wie auch während des Curriculums vermittelt – könnten in zukünftigen Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“ detaillierter dargestellt werden.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Ingrid Ehrhard
Korrespondenzführender Autor
Für die AG Surveillance und
Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes im
Freistaat Sachsen am Sächsischen
Staatsministerium für Soziales und
Verbraucherschutz

Dr. Anne-Kathrin Karaalp
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen
Abteilung Medizinische Mikrobiologie
Jägerstraße 10
01099 Dresden

Buchbesprechung

Antibiotika-Forschung: Probleme und Perspektiven

**Stellungnahme: Akademie der Wissenschaften Hamburg
Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften
Verlag: Walter de Gruyter GmbH,
Berlin/Boston 2013, 77 Seiten**

„Warum brauchen wir neue Antibiotika (und bekommen keine)?“, so lautete die Frage des gemeinsamen Symposiums der beiden im Titel genannten wissenschaftlichen Akademien im Februar 2011. „Einer steigenden Zahl von Infektionen durch antibiotikaresistente Bakterien stehen immer weniger neue Antibiotika gegenüber“. Die WHO schätzt diesen Zustand sogar als eine der größten Gefahren für die menschliche

Gesundheit in der Zukunft ein. Dieser Tatsache entspricht der vielseitige und wissenschaftlich anspruchsvolle Text des Buches in sechs Kapiteln und gibt folgerichtig am Schluss in Kapitel 7 Empfehlungen zur Änderung dieses Zustandes.

Nach der Einleitung, in der ein kurzer theoretischer Überblick über die Angriffspunkte der Antibiotika, die Resistenzen und ihre Ursachen sowie die Ausbreitung der Resistenzen gegeben wird, folgt im Kapitel 2 der Status Quo- Antibiotikaresistenzen und -entwicklung.

Mehrfachresistente Erreger in Europa sind insbesondere:

MRSA = Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus,
MRSE = Methicillin-resistenter Staphylokokkus epidermidis
GISE = Glycopeptid-intermediärer Staphylokokkus epidermidis

VRE = Vankomycin-resistenter Enterokokkus
PNSP = Penicillin-resistenter Streptokokkus pneumoniae
MDR-TB = multi-drug-resistentes Mycobacterium tuberculosis
XDR-TB = extreme arzneimittelresistentes Mycobacterium tuberculosis
ESBL = Stämme (Escherichia coli, Klebsielle spp., Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter spp., Acinetobacter spp.), die „Extendet Spectrum Beta-Lactamase“ produzieren.

Daten von der Häufigkeit dieser Resistenzen liegen für Deutschland und auch auf EU-Ebene vor. Leider basieren diese Daten fast nur auf Isolatens aus Blutkulturen, welche als Indikator der generellen Antibiotikaresistenz eines Erregers gelten (Hospital-Resistenzen = im hospital akquirierte). Diese Daten spiegeln jedoch

nicht das eigentliche Problem umfassend wider, es fehlen zuverlässige Daten von Infektionserregern ambulant behandelter Patienten (ca-Resistenzen = community akquirierte) und von regional differierten Gebieten (Bundesländer Industriegebiete u. a.). „Experten schätzen (daher) die wissenschaftliche Grundlage derzeit als verbesserungswürdig ein (Seite 12)“. Die derzeitigen stark unterschiedlichen Resistenzquoten in den verschiedenen Ländern sollen am Beispiel MRSA referiert werden. In Deutschland stieg sie zwischen 1990 und 2005 stetig an und lag bei maximal 22 %; zurzeit ist sie leicht gefallen (20 %). Die Daten für andere europäische Länder: Frankreich und Großbritannien 22 %, Spanien 25 %, Portugal 53 % aber Dänemark und Niederlande nur 1 %. Diese Unterschiede sind für alle oben genannten Resistenzen und Erreger aufgeführt. Der Verbrauch von Antibiotika in Ländern der EU ist seit 1990 leicht angestiegen mit einem durchschnittlichen Zuwachs von 0,05 Tagesdosen pro 1000 Einwohner und Quartal (= Defined daily dose, DDD). Als Beispiele seien genannt: 2009 Griechenland: 38,6 DDD, Rumänien 10,2 DDD, Deutschland 14,9 DDD. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im unteren Drittel. In mehreren europäischen Ländern wurden Maßnahmen ergriffen, rational begründete Antibiotika-Therapien fester zu etablieren, um den Antibiotika-Verbrauch zu verringern (European Surveillance of Antimicrobial Consumption – ESAC). „Ein Rückgang von Antibiotika-Resistenzen ist im kurzen Zeitraum dieses Programmes nicht zu erwarten“ (S. 19).

Als „Auswirkungen von diesen Antibiotikaresistenzen ...auf die Gesellschaft“ wird ausgeführt: „...dass in Europa rund 25.000 Patienten pro Jahr an den Folgen einer Infektion durch mehrfachresistente Bakterien sterben, wobei der Anteil gramnegativer Erreger bei etwa zwei Dritteln liegt. Schätzungen für Deutschland gehen von 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen und 7.500 bis 15.000 Todesfällen pro Jahr aus.“

Es gibt zahlreiche internationale und europäische Initiativen und Strategien zum Problem Zunahme der Antibiotika-Resistenzen. Die WHO erklärte dies zum Thema des Weltgesundheitstages 2011, die Europäische Kommission hat am 17.11.2011 einen 5-Jahres-Aktionsplan gestartet unter dem Thema „Eine Gesundheit“. Dies ist ein ganzheitlicher Ansatz, weil Gesundheit von Menschen, Tiergesundheit/Tierschutz, Lebensmittelsicherheit/Verbraucherschutz und Umwelt/Gentechnik bei Futterpflanzen zusammen betrachtet werden.

Es gibt ein Globales Netzwerk „Action on Antibiotic Resistance (ReAct)“, ein „Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR)“ u. a. In Deutschland wurde 2008 die „Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)“ unter Federführung des BMG gegründet.

Ziele sind:

- Etablierung von Surveillance-Systemen zur Antibiotika-Resistenz und zum Antibiotika-Verbrauch,
- Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung auf diesen Problemfeldern,
- Förderung regionaler Netzwerke,
- eine Meldepflicht für MRSA,
- die Analyse des Antibiotikaverbrauches von Ärzten und Patienten.

„Nichtberücksichtigt sind Maßnahmen zur Verbesserung der Antibiotika-Resistenz-Prüfung und die Wirkung von Arzneistoffen im Organismus (Pharmakokinetik)“, „Die Methoden der Bestimmung von Antibiotika-Resistenz-Prüfungen sind nicht einheitlich und damit untereinander schwer vergleichbar. Dieses Dilemma hat zu einer Konsensus-Resistenz-Definition auf europäischer Ebene geführt (EUCAST)“ (S. 27). Die „Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland“ (ARS) veröffentlicht seit 2008 alle zwei Jahre einen Bericht über Antibiotika-Resistenzen aus der Human- und Veterinärmedizin und dem Verbraucherschutz unter dem Namen „GERMAP“, der einen guten Überblick

über die aktuelle Situation vermittelt (bisher erschienen 2-mal: 2008 und 2010).

Im Kapitel 3 über „Antibiotika-Resistenzen in der Tierhaltung und im Pflanzenschutz sind wenig Einzelheiten näher beschrieben, die Ärzten und Laien nicht ohnehin schon bekannt sein dürften; das Kapitel ist zu kurz gefasst. Dass ESBL-bildende Bakterien über Lebensmittel oder direkten Kontakt zu Tieren auf den Menschen übertragen werden ist bekannt, aber schwierig zu unterbinden. Generell sollten bekanntermaßen Antibiotika bei Tieren nur therapeutisch eingesetzt werden, nicht zur Prophylaxe und nicht zur Steigerung der Mast. Über den Einsatz von Streptomycin und Oxytetracyclin im Obst- und Gemüseanbau gegen pflanzenpathogene Bakterien fehlen leider alle interessierenden Einzelheiten.

Stand der Entwicklung neuer Antibiotika und Forschungsstrukturen (Kapitel 4):

Seit über 20 Jahren besteht eine große Diskrepanz zwischen dem Bedarf neuer Antibiotika und der Verfügbarkeit. Die pharmazeutische Industrie hat sich weitestgehend aus der Antibiotika-Forschung zurückgezogen. Als Gründe wurden betriebswirtschaftliche Untersuchungen genannt: hohe Entwicklungskosten, zu bürokratische Erfordernisse und damit immer weiter ansteigende Kosten der Zulassungen, Konkurrenz mit preisgünstigeren Generika u.a. Zudem liegen die Verordnungsvolumen von Antibiotika und damit der Umsatz und Gewinn weit unter den anderen Arzneimittelgruppen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Medikamente, Antidiabetika oder Psychopharmaka. Aus unternehmerischer Sicht werden aus wirtschaftlichen Gründen (großer Markt) bevorzugt Breitbandantibiotika entwickelt, aus gesundheitspolitischer Sicht sollten es aber besser, pathospezifische Antibiotika (= mit schmalen Spektrum) sein und die Verbreitung als Reserveantibiotikum geregelt werden. Diese „Erfahrungen der letzten 20 Jahre legen den Schluss nahe, dass der

Markt alleine nicht in der Lage ist, das Problem mangelnder Erforschung und Entwicklung von Antibiotika zu lösen“. Neben einer staatlich gesicherten Abnahmemenge eines Produktes (z.B. für Vakzine und Bioterrorismus) ist es „essentiell, sowohl Grundlagenforschung als auch angewandte Forschung... öffentlich und privat zu fördern“. Es ist erfreulich, von zwei hoch angesehenen wissenschaftlichen Akademien, zu lesen, dass das im Buch behandelte aktuelle gesundheitspolitische Problem ohne kontinuierliche, langanhaltende, konkrete, finanzielle und organisatorische Unterstützung staatlicherseits nicht zu lösen sein wird.

Dies steht nach dem Urteil der Rezensenten in Deutschland und im Freistaat Sachsen völlig konträr zur gegenwärtigen Gesundheitspolitik: An der staatlichen Landesuntersuchungsanstalt ist seit 1990 wegen Personalabbau in der Humanmedizin um 80% die Mikrobiologie am Standort in Leipzig und Chemnitz geschlossen worden; standortspezifische aussagekräftige jährliche Antibiotika-Resistenzmuster für alle Infektionserreger sind seit zehn Jahren (2003) nicht mehr möglich und veröffentlicht worden und stehen den Ärzten insbesondere auch für die in der Ambulanz tätigen zur „kalkulierten Chemotherapie“ (oder von privaten Laboratorien) nicht mehr zur Verfügung. Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann aus Personalgründen seinen diesbezüglichen Aufgaben (zum Beispiel Chemoprophylaxe) bei Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere nach der Gebietsreform 2007 mit erheblich größeren Einzugsbereichen wegen Personalmangel nur ungenügend nachkommen. Die im Grundgesetz fixierte Verpflichtung des Staates (§ 74 Nr. 19 „die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“) hatte die Bundesregierung längst privatisiert, die

schwarz-gelbe Sächsische Staatsregierung nach 20 Jahren Wiedervereinigung nun auch in Sachsen.

Der Europäische Akademieverbund EASAC schlägt eine Reihe von diesbezüglichen Maßnahmen für die legislativen Organe vor. (Kapitel 6, Voraussetzung für die Entwicklung und Anwendung neuer Antibiotika, ab Seite 51).

Wenige Beispiele aus der Forschungsagenda (Kapitel 6) sollen das umfangliche Aufgabenspektrum verdeutlichen:

- Die genomweite epidemiologische Analyse (seit 15 Jahren sind fast alle Gesamtgenome der Mikroorganismen analysiert) sollte stärker genutzt werden, um die Ausbreitung resistenter Erreger zu bestimmen.
- In der „synthetischen Biologie“ wäre eine Synthese von Stoffwechsel-Determinanten im Labor zu verbessern, um so die Antibiotikaproduktion zu optimieren.
- Mehr als zwei Drittel aller Antibiotika sind selbst Naturstoffe oder wurden aus diesen Naturstoffen entwickelt. Weitere hoffnungsvolle Quellen sind terrestrische und maritime symbiotische Lebensgemeinschaften.
- Neue wirksame Antibiotika sind möglicherweise in den vor zwei Jahrzehnten entdeckten, aber aus oben geschilderten Gründen nicht weiter bearbeiteten, neuen Antibiotika-Klassen-Oxazolidinone, Lipopeptide und Mutiline enthalten.
- Verstärkt sollen Testsysteme entwickelt werden, die Aspekte der Wirts-Pathogen-Interaktion und der In-Vivo-Essentiabilität berücksichtigen.
- Erforscht werden sollten „Andere Antibiotische Agentien“ (5.4) wie antimikrobielle Peptide (Defensine) oder Aptamere.
- Bearbeitung des großen Gebietes der „Molekularen Umweltmikrobiologie“ (5.5).

- Welche Rolle spielen Antibiotika in natürlichen Umwelthabitaten, welche Rolle spielen Boden- und Umweltbakterien bei der Ausbreitung von Resistenzen?
- Ökologische Aspekte (5.6): Es wurde erkannt, dass das Colonmilieu den horizontalen Genaustausch über Plasmide und Phagen zwischen den Bakterien besonders begünstigt. Dies sollte genauer untersucht werden.
- Die „In Vitro-Empfindlichkeit und In-Vivo-Wirksamkeit“ (5.7) sind nicht gleich. Die besonderen Bedingungen in vivo (zum Beispiel anaerobe Bedingungen, im Bronchialschleim, als Biofilm) müssen besser berücksichtigt werden.
- Die „Nebenwirkungen von Antibiotika auf das Immunsystem und die Erregervirulenz“ (5.8) werden zu wenig gekannt und berücksichtigt.

Die „Empfehlungen“ (Kapitel 7) sollen quasi als Zusammenfassung am Schluss nochmals stichwortartig genannt werden:

1. Stärkung der Grundlagenforschung,
2. Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen,
3. Erleichterung der klinischen Forschung,
4. Weiterentwicklung der regulatorischen Rahmenbedingungen,
5. Einschränkung des Einsatzes von Antibiotika in der Tiermedizin und im Pflanzenschutz,
6. konsequente Durchführung einer Surveillance, Antibiotikaverbrauchserfassung, Förderung der Aus-Weiter- und Fortbildung,
7. Stärkung der sozio-ökologischen Forschung,
8. Einrichtung eines „Runden Tisches zu Antibiotika-Resistenzen und neuen Antibiotika“ von unabhängigen Institutionen aus der Wissenschaft gemeinsam mit relevanten Akteuren aus Politik, Behörden und Industrie.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz

Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung

Neue Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung und ihre Bedeutung für Fachärzte


Im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2012, informierte der Beitrag Schulsportbefreiungen für Schüler über Rechtsgrundlagen und entsprechende Problemfelder des ärztlichen wie schulsportlichen Alltags. Vorausgegangen war eine interministerielle Fachtagung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) und des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus (SMK) im April 2012 zu eben dieser Problematik, in deren Resultat auch eine Revision vorhandener gemeinsamer Arbeitsgrundlagen und Dokumente stattfand. In einem sehr intensiven und monatelangen Arbeitsprozess erfolgte durch Vertreter des SMS, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und beauftragte Vertreter des Amtsbereiches des SMK eine Überarbeitung der Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung (Abb. 1) sowie die Erstellung einer Handreichung zum Umgang mit Befreiungsempfehlungen für die Teilnahme am Sportunterricht. Die neue Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung soll nach gegenwärtig laufender Einführungsphase mit Beginn des kommenden Schuljahres 2013/2014 in den sächsischen Gesundheitsämtern flächendeckend einheitlich genutzt werden. Für Fachärzte, die im Regelfall dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst diagnostisch vorgeschaltet sind und entsprechende Empfehlungen übermitteln, ist es deshalb bedeutsam, die Änderungen, Ergänzungen und Neuigkeiten zur Kenntnis zu nehmen. Die Handreichung liegt allen sächsischen Gesundheitsämtern und Schulen als gemeinschaftliche Handlungsgrundlage vor. Die Herausforderung für die interministerielle Arbeitsgruppe war, eine möglichst genaue Abbildung gesundheitlicher wie auch eventueller körperlicher Besonderheiten auf der Bescheinigung vornehmen zu

können, ohne dabei die ärztliche Schweigepflicht zu verletzen und dennoch dem Sportlehrer eine zweckmäßige Handlungsorientierung für seinen Verantwortungsbereich zu geben. Diesbezüglich erlaubte die bisherige Bescheinigung nur eingeschränkt klare und differenzierte Aussagen. Von Beginn an bestand auf beiden Seiten Einigkeit darüber, Befreiungsempfehlungen auf das unbedingt notwendige Maß

zu beschränken, stellen doch die Sportstunden gegenwärtig leider für eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen die einzigen physiologisch nennenswerten körperlichen „Belastungsminuten“ im Wochenverlauf dar. „Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die Belastungsparameter im Schulsport weit unter denen des organisierten Sports liegen und Überlastung nur für stark eingeschränkte oder stark ge-

Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung

über die Teilnahme am Sportunterricht *



für das Schuljahr _____ mit Befristung bis _____

*gemäß §3 Abs. 2 Satz 3 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über den Besuch öffentlicher Schulen im Freistaat Sachsen vom 12. August 1994 (SächsGVBl. S. 1505) zuletzt geändert durch Verordnung vom 4. Februar 2004 (SächsGVBl. S. 66)

für die Schülerin / den Schüler:

Name, Vorname:	geb. am:
Wohnanschrift:	
Schule:	Klasse / Kurs:

Auf Grund des Befundes wird Folgendes empfohlen:

Vollbefreiung

Teilbefreiung unter Berücksichtigung des Ausschlusses von:

<p>Elementarübungen und Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sprünge und (Geräte-)Abgängen <input type="checkbox"/> Übungen mit Absturzgefahr <input type="checkbox"/> Übungen im Hang oder mit Stufen <input type="checkbox"/> Übungen im Stütz <input type="checkbox"/> Rollbewegungen <input type="checkbox"/> Wurf- und Stoßübungen <input type="checkbox"/> Übungen mit erhöhten koordinativen Anforderungen oder geschlechtstypischer 	<p>Motorische Anforderungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sprint- und Schnelligkeitsanforderungen <input type="checkbox"/> Ausdaueranforderungen oder mit Stufen <input type="checkbox"/> Läufe ab: _____ mit Stufen <input type="checkbox"/> Zweikampf / Kontaktsportarten <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Tauchen unter 1 m Wassertiefe <input type="checkbox"/> Springen ab 1 m Absprunghöhe
--	--

Die vorliegenden ~~körperlichen~~ Besonderheiten machen eine entsprechende Anpassung von Übungsauswahl und Leistungsanforderungen erforderlich.

Eine Einzelbeurteilung während des Schwimmens ist auf der Grundlage des Rundschreibens des SMS und SMK vom 25.05.2007 erforderlich.

Es liegt eine bronchiale Hyperreagibilität vor. Ein rechtzeitiger Belastungsabbruch bei akuter Beschwerdezunahme ist sicherzustellen.

Auf der Grundlage der von einem Personensorgeberechtigten bzw. der volljährigen Schülerin / dem volljährigen Schüler erteilten Schweigepflichtentbindung wird kompensatorisch empfohlen:

Nutzung der Übungskarten für	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Hüfte
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> koordinative Verbesserung	

Weitere Hinweise: Teilnahme am ausgleichenden Sportförderunterricht

Auf die Pflicht zur Information der Schule über bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen gemäß § 26a Abs. 7 SchulG wird hingewiesen. Der Entscheid über eine Befreiung von der Leistungsbewertung im Sportunterricht obliegt der Schulleiterin / dem Schulleiter.

	<p>Ort, Datum</p> <p>Unterschrift des Arztes</p>
--	--

Abb. 1: Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name des Schülers/der Schülerin:

Schule/Bildungseinrichtung:

Hiermit entbinde/n ich/wir den zuständigen Kinder- und Jugendarzt des Gesundheitsamtes aus Anlass der Erstellung einer aktuellen Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Dem Kinder- und Jugendarzt wird gestattet, auf dem beispielhaft unten angefügten Abschnitt des Formulars der Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung Eintragungen für kompensatorische Übungen vorzunehmen und diese Informationen zum Zweck der Berücksichtigung im Unterricht an den Schulleiter der Bildungseinrichtung bzw. die Sportlehrkraft meines Kindes zu übermitteln.

Betreffender Abschnitt der Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung für Eintragungen zu empfohlenen kompensatorischen Übungen:

Auf der Grundlage der von einem Personensorgeberechtigten bzw. der volljährigen Schülerin / dem volljährigen Schüler erteilten Schweigepflichtentbindung wird kompensatorisch empfohlen:		
<u>Nutzung der Übungskarten für</u>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Hüfte
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> koordinative Verbesserung	

Ort/Datum

Unterschrift*

*Sofern ein Personensorgeberechtigter allein unterschreibt, ist davon auszugehen, dass das Einverständnis des zweiten Personensorgeberechtigten vorliegt oder aber ein alleiniges Sorgerecht besteht.

Abb. 2: Formular zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

schwächte physiologische Systeme möglich ist.“ (Handreichung S. 2) Die Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung wurde deshalb neu strukturiert. Grundsätzlich kann eine *Vollbefreiung*, eine *Teilbefreiung* unter *Berücksichtigung des Ausschlusses von benannten Anforderungen*, eine erforderliche Berücksichtigung auffälliger körperlicher oder gesundheitlicher Besonderheiten, die Notwendigkeit einer *Einzelbeaufsichtigung während des Schwimmens* und die Berücksichtigung einer diagnostizierten *bronchialen Hyperreagibilität* vom Arzt empfohlen werden. Die Kennzeichnung mehrerer oben genannter Kategorien ist möglich und unter gegebenen Umständen sogar angezeigt. Eine empfohlene **Vollbefreiung** stellt fest, dass die Schülerin/der

Schüler momentan gesundheitlich nicht in der Lage ist, im Klassenverband aktiv an regulären Inhalten des Sportunterrichts teilzunehmen. Sie/Er kann nicht im Fach Sport bewertet werden. Der entsprechende Zeugnisvermerk sowie Regelungen für das Kurssystem der gymnasialen Oberstufe sind durch die Schulen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Kategorie **Teilbefreiung unter Berücksichtigung des Ausschlusses von benannten Anforderungen** beschreibt, dass die Schülerin/der Schüler momentan aus gesundheitlichen Gründen nur eingeschränkt im Klassenverband aktiv an regulären Inhalten des Sportunterrichts teilnehmen kann. Es liegt in der Verantwortung des Schulleiters, gemeinsam mit dem unterrichtenden

Sportlehrer zu prüfen, ob dennoch ausreichend viele sportpraktische Leistungsnachweise erbracht werden können, um eine Jahres- bzw. Abschlussnote bilden zu können.

Die Mitteilung, auf eine erforderliche **Berücksichtigung auffälliger körperlicher oder gesundheitlicher Besonderheiten** zu achten, weist darauf hin, dass eine vorzugsweise individuelle Differenzierung in den Anforderungen, insbesondere bei Lernzielkontrollen, notwendig ist. Die Notwendigkeit einer Einzelbeaufsichtigung während des Schwimmens bezieht sich auf das gemeinsame Rundschreiben von SMK und SMS vom 25.05.2007, welches bei Vorliegen eines diagnostizierten chronischen Anfallsleidens eine Einzelbeaufsichtigung anweist.

Der Hinweis auf eine **diagnostizierte bronchiale Hyperreagibilität** soll den Sportlehrer sensibilisieren, die Schülerin/den Schüler im Unterrichtsverlauf besonders zu beobachten und gegebenenfalls rechtzeitig geeignete Hilfsmaßnahmen einzuleiten.

Erstmalig enthält die neue Kinder- und Jugendärztliche Bescheinigung einen Passus, der bei vorliegender Schweigepflichtentbindung durch einen Personensorgeberechtigten oder den volljährigen Schüler selbst, dem Kinder- und Jugendarzt die Möglichkeit gibt, differenzierte Aussagen zum Beschwerdebild zu machen und kompensatorisches Übungsgut erkrankungsadäquat zu empfehlen. Das juristisch geprüfte Formular (Abb. 2) erhalten die betreffenden Eltern bzw. Schüler über die Schule oder ggf. auch über den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, um dies bereits ausgefüllt zur Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt vorlegen zu können. Somit sind die seit Jahren in der Praxis erprobten Übungskarten für Schüler mit Teilsportbefreiung, die als Download auf der Domain www.schulsport.sachsen.de zur Verfügung stehen, jetzt konkret dem Beschwerdebild entsprechend einsetzbar.

Die Bescheinigung endet mit dem Vermerk:

Auf die Pflicht zur Information der Schule über bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen gemäß § 26a Abs.7 SchulG wird hingewiesen. Der Entscheid über eine Befreiung von der Leistungsbewertung im Sportunterricht obliegt der Schulleiterin/dem Schulleiter.

Neben der Ergänzung zweier neuer Kategorien (Beachtung körperlicher oder gesundheitlicher Besonderheiten sowie bronchiale Hyperreagibilität) ist vor allem der Abschnitt zur Teilbefreiungsempfehlung durch neue Paradigmen gekennzeichnet. Der primäre Ansatz ist, dass der Kinder- und Jugendarzt seinen gedanklichen Fokus darauf richtet, welche motorischen und physiologischen Anforderungen unter schulsportspezifischen Rahmenbedingungen **zwingend ausgeschlossen werden müssen**, um eine gesundheitliche Gefährdung des Schülers abzuwenden. Hier liegt im Regelfall bereits eine entsprechende verantwortungsvolle Einschätzung eines Facharztes als Gutachten vor. Im Interesse einer gesunden und förderlichen Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen sollte der Leitsatz „Befreie nur vom unbedingt Nötigen, nicht aber von allem Möglichen.“ gelten. Die neue systematische Einteilung in Elementarübungen und Anforderungen sowie Motorische Anforderungsbereiche lässt in den Listenpunkten viel Bekanntes erkennen, enthält im Detail allerdings neue Herangehensweisen. Die oben bereits erwähnte Handreichung zum Umgang mit Befreiungsempfehlungen für die Teilnahme am Sportunterricht (Download unter www.schulsport.sachsen.de) soll haupt-

sächlich hier ihren Zweck als gemeinsame Handlungs- und Orientierungsgrundlage erfüllen, indem sie für besonders herausragende motorische Anforderungsklassen sachdienliche Erläuterungen mit Beispielverweisen zu Schulsportinhalten gibt. Bei dem Ausschlusskriterium Übungen im Hang wird erstmalig mit einer wählbaren Ergänzung (digitales Auswahlfeld) mit Armen oder mit Beinen gearbeitet, um genau anzugeben, welche körperliche Region von der Einschränkung der normalen Belastbarkeit betroffen ist. Zum Beispiel können Hangübungen mit den unteren Extremitäten (zum Beispiel Knieschaukel am Reck) für ein dysplastisches Hüftgelenk problematisch sein, während eine Klimmzugübung für den gleichen Schüler ohne Einschränkung machbar und sogar empfehlenswert ist (vgl. Handreichung S. 11). Ebenso kann für das Ausschlusskriterium für Ausdauerbelastungen, in der Regel sind dies im Schulsport Läufe, der Grenzparameter nun wählbar in zwei Einheiten (Meter oder Minuten) definiert werden. Es wäre außerordentlich wünschenswert, wenn sich zukünftig die Tendenz zur Angabe des Zeitmaßes verschiebt. In der Handreichung wird dazu ausgeführt: „Äußere (Strecke, Tempomessung) und innere (Puls) Belastung können ... deutlich variieren, das heißt das Absolvieren einer definierten Strecke kann für den einen Schüler bereits Überforderung sein, während ein anderer Schüler unterfordert ist. Deshalb ist es aus physiologischer Sicht sinnvoller, den Schüler über „die Zeit“ individuell angepasst (Atem- und Pulskontrolle), also unabhängig von der gelaufenen Strecke, zu belasten“ (Handreichung S. 12).

Das Auswahlfeld zur Berücksichtigung körperlicher oder gesundheitlicher Besonderheiten dient zur Anzeige von extremen Normabweichungen im Körperbau (zum Beispiel Akzeleration, Retardation, Kleinwuchs, oder Ähnliches) wie auch außergewöhnlichen und schweren Krankheitsereignissen (zum Beispiel schwere Operationen, Krebserkrankungen, oder Ähnliches), die ein gesondertes psychologisch-pädagogisches wie didaktisch angemessenes Vorgehen erfordern.

Neben den sehr kompakt gehaltenen Informationen zum Gegenstand der Teilbefreiung vom aktiven Sportunterricht bietet die Handreichung eine Zusammenstellung der aktuellen Rechts- und Handlungsgrundlagen zum Sachverhalt der Befreiung vom Sportunterricht im Freistaat Sachsen. Die beauftragten Vertreter der beiden sächsischen Staatsministerien streben an, den sehr konstruktiven Kommunikationsprozess auch zukünftig fortzusetzen. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen sowie eine qualitative Reflexion der erarbeiteten Dokumente nach einjähriger Nutzungsphase sind vorgesehen.

Dr. Mischa Steinhardt
Berufliches Schulzentrum „Otto Lilienthal“
Freital – Dippoldiswalde
(Fachberater Sport für die berufsbildenden
Schulen der Sächsischen Bildungsagentur –
Regionalstelle Dresden)

Literatur:
Freistaat Sachsen, Handreichung zum Umgang
mit Befreiungsempfehlungen für die
Teilnahme am Sportunterricht,
Dresden, Dezember 2012

als Download abrufbar:
www.schulsport.sachsen.de

Masern in Deutschland

Bundesweit kommt es derzeit zu einer großen Zahl von Krankheitsfällen, verursacht durch das Masernvirus. Die an Masern Erkrankten waren überwiegend ungeimpft, ein kleiner Teil der Erkrankten war nur einmal geimpft. Die Hälfte der Erkrankten ist älter als 20 Jahre. Die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, sinkt von Jahr zu Jahr. Dies wiederum erhöht das Risiko, dass längst besiegt geglaubte Krankheiten wie Diphtherie und Kinderlähmung wieder aufleben und Masern und Windpocken nicht auf ein Minimum zurückgedrängt (eliminiert) werden. In Deutschland besteht keine generelle Impfpflicht, sodass inzwischen weniger als die Hälfte der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter, bei den Senioren sogar nur jeder Dritte, einen ausreichenden Impfschutz besitzen. Die Sächsische Landesärztekammer weist deshalb immer wieder darauf hin, dass Schutzimpfungen nachweislich zu den wichtigsten und wirksamsten Präventivmaßnahmen in der Medizin gehören.

Die erste Impfung gegen Masern wird ab dem 13. Lebensmonat durchgeführt. Diese Impfung erhalten nahezu alle Kleinkinder. Die zweite Impfung ist in Sachsen durch die Sächsische Impfkommision ab

dem 6. Lebensjahr empfohlen. Kinder dieser Altersgruppe werden jedoch nicht mehr so engmaschig wie in den ersten Lebensjahren durch ambulant tätige Kinderärzte betreut, sodass es zu Verzögerungen und Versäumnissen in der Durchführung der zweiten Masernimpfung kommt. Darüber hinaus gelten gemäß Verlautbarung der Sächsischen Impfkommision alle ungeimpften Personen, jünger als Geburtsjahrgang 1958, ohne immunologisch nachgewiesene überstandene Erkrankung als empfänglich und sollten ihren Impfschutz überprüfen und sich impfen lassen. Ebenso sollte der Impfschutz bei medizinischem Personal und Pflegekräften überprüft und vervollständigt werden, um abwehrschwächte Patienten und Schwangere zu schützen. Vorzugsweise ist Kombinationsimpfstoff mit Mumps- und Röteln-Komponente zu verwenden. Für die Impfung gibt es keine Altersbegrenzung.

Um den Schutz gerade von Kindern zu verbessern, hat der Deutsche Ärztetag auf Vorschlag der Sächsischen Landesärztekammer bereits 2006 die zuständigen Länderministerien aufgefordert, notwendige Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten und Schulen, nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die

einen vollständigen Impfstatus entsprechend den nach § 20 (3) IfSG von den obersten Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Schutzimpfung vorweisen können, es sei denn nach ärztlichen oder amtsärztlichen Urteil ist eine Impfung bei dem Kind oder Jugendlichen kontraindiziert. In der Begründung verwies der Deutsche Ärztetag darauf, dass Rechte von Familien mit Kindern auf einen Kindergartenplatz oder einen Platz in einem Gymnasium untrennbar auch mit Pflichten verbunden sind. Dazu gehört unter anderem auch die Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch Schutzimpfungen. Notorische Impfgegner lassen ihre Jugendlichen impfen, wenn sie ein Highschooljahr in einem anderen Land absolvieren wollen.

„Wir sollten in Deutschland ebenso wie den USA in den jeweiligen Ländergesetzen festlegen: keine altersgerechte Impfung – kein Kindergartenplatz und kein Gymnasienbesuch (no vaccination, no school)“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Diese Forderung gibt es inzwischen auch von Abgeordneten des Deutschen Bundestages.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Masern in Deutschland und im Freistaat Sachsen

Begründung eines strengeren Impfreiems

Das WHO-Regionalbüro Europa hatte 1998 für das 21. Jahrhundert 21 Gesundheitsziele postuliert (Tabelle 1). Deutschland war beteiligt und hatte der Eliminierung der Masern bis 2007 zugestimmt. Eliminierung ist definiert als dauerhafte Morbiditätssenkung $< 0,1 \text{ ‰}$ (= 0,1 Erkrankung pro 100.000 Einwohner und Jahr). Für Deutschland bedeutet dies eine Senkung auf < 82 Erkrankungen (E) pro Jahr (a); man hat sich auf

Tabelle 1

Gesundheit 21 – Die Politik „Gesundheit für Alle“ für die europäische Region der WHO 21 Ziele für das 21. Jahrhundert*	
Eliminierung:	
Poliomyelitis	bis 2003
Neugeborenen tetanus	bis 2005
Masern	bis 2007
Zurückdrängung:	
Diphtherie	$< 0,1$ pro 100.000 E
Hepatitis B	neue Carrier um 80 %
HIB	< 1 pro 100.000 E
Mumps	< 1 pro 100.000 E
Pertussis	< 1 pro 100.000 E
kongenitale Röteln	$< 0,01$ pro 1.000 Lebendgeborene
kongenitale Syphilis	$< 0,01$ pro 1.000 Lebendgeborene

* Literatur: WHO, Regionalbüro für Europa Kopenhagen, Regionalkomitee für Europa 48. Tagung, Kopenhagen, 14. – 18.09.1998

Masern in Deutschland und Sachsen 2001 – 2013 (17.7.)

Jahr	Sachsen abs.	E pro 100.000 EW	Deutschland abs.	E pro 100.000 EW
2001	35	0,78	6024	7,3
2002	14	0,32	4657	5,7
2003	2	0,05	779	0,9
2004	3	0,07	122	0,15
2005	16	0,37	778	0,9
2006	1	0,02	2281	2,8
2007	1	0,02	567	0,69
2008	3	0,07	915	1,1
2009	2	0,05	574	0,7
2010	4	0,1	764	0,9
2011	23	0,5	1609	2,0
2012	0	0	167	0,20
2013 (Juli)	41	0,99	1095	1,3

Tabelle 2, S. Bigl 2013

85 E/a geeinigt, die 3 Jahre vor dem Zieljahr erreicht sein müssen. Dieses Ziel ist 2004 (für 2007) mit 122 E, 2007 (für 2010) mit 567 E usw. 2012 (für 2015) mit 167 E nicht realisiert worden, im Gegenteil: bis zum 17.07.2013 sind bereit 1079 E dem Robert Koch-Institut gemeldet worden (siehe Tabellen 2 und 3). Deutschland ist diesbezüglich kein Vorbild und in der EU im untersten Drittel.

Bei der **Ursachenanalyse muss man die Geschichte** der unterschiedlichen Masern-Impfempfehlungen und damit der Masernepidemiologie in Ost- und Westdeutschland (DDR und BRD alt) genau kennen und beachten.

Ostdeutschland (DDR, und ab 1990 Sachsen):

1962: Meldepflicht für Masern-Erkrankung;

1970: Impfpflicht für eine Masernimpfung aller Kinder;
 1986: Einführung der 2. Masernpflichtimpfung ab dem 6. Lebensjahr (= ab 5. Geburtstag);
 1995: Meldepflicht für Masernverdacht und damit Einführung eines „Herdbekämpfungsprogramms“;
 1996: Definition für „empfindlich“ und „immun“ für Masern durch die SIKO nach amerikanischem Vorbild und Einführung einer zweimaligen Masernimpfung auch für empfängliche Erwachsene nach Rücksprache und Abstimmung mit der damaligen Leiterin des Masernreferenzlabors am RKI, Frau Dr. Gerike (siehe Tabelle 4);
 bis 2007: alle gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Impfungen nach SIKO-Empfehlung dank des Engagements der AOK Sachsen, insbesondere von Frau Dr. Kasek;
 seit 2007: durch die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA keine einheitliche Finanzierung mehr durch alle GKK, Zunahme der Bürokratie mit der Folge, weniger Impfungen Erwachsener nach SIKO.

Die Erfolge blieben nicht aus: 2003 bis 2010 (außer 2005) war die Morbidität in Sachsen unter 0,1 ‰.

Tabelle 3: Masern 2013 in Deutschland nach Bundesland – Stand: 17.7.2013 (Quelle: SurvStat RKI)

Altersgruppe	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
00..00	1	21	35	5	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0
01..01	0	12	27	7	0	1	0	0	0	1	1	0	4	0	1	0
02..02	1	6	15	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0
03..03	1	8	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04..04	0	4	19	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
05..09	3	45	34	8	0	2	0	0	2	4	1	0	7	3	0	0
10..14	8	60	33	9	0	1	0	0	3	5	0	0	5	4	0	0
15..19	1	81	45	11	0	0	0	0	1	9	1	0	8	2	1	0
20..24	1	62	36	1	1	2	3	0	1	1	0	0	4	0	0	0
25..29	3	46	49	2	0	3	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0
30..39	3	89	62	6	0	0	4	0	1	3	0	0	3	1	0	1
40..49	2	42	28	2	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	1	0
50..59	1	7	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
60..69	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Gesamt	25	484	392	55	2	9	8	1	10	32	4	1	39	11	5	1

Definition der Masernimmunität im Freistaat Sachsen seit 1996

Als immun gelten:

1. alle Personen, die 1958 und zuvor geboren worden sind,
2. Säuglinge von immunen Müttern bis 4. (6.) Lebensmonat,
3. Säuglinge ab 6. Lebensmonat, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
 - nach überstandener klinischer Erkrankung oder mit Erstimpfung und positivem Immunitätsnachweis (IgG-Ak),
 - oder zweimaliger MMR-Impfung (oder MM- oder M-Impfung – Erstimpfung nach dem 1. Geburtstag und Mindestabstand 4 Wochen zur ersten Applikation für die Zweitimpfung).

Als empfänglich werden alle Personen definiert, die nicht als immun gelten. (Ausnahmen: Personen, für die die Biostoffverordnung gilt und andere Risikopersonen. Bei diesen ist arbeitsmedizinisch in jedem Falle eine Immunitätskontrolle erforderlich).

Tabelle 4, S. Bigl 2013

Masernimpfung: Inhaltliche Unterschiede STIKO-SIKO (Stand 2013)

SIKO:

- Der **Regeltermin der 2. MMR- Impfung verbleibt auch nach 2001 als Standardimpfung wie seit Einführung 1986 in 6. Lebensjahr (= ab 5. Geburtstag) und wird nicht vorverlegt auf 4 bis 6 Wochen nach der 1.**
- SIKO hat **1996 die Definition „empfänglich“ bzw. „immun“ für Masern vorgenommen und eine zweimalige MMR- Standardimpfung auch für alle Empfänglichen im Erwachsenenalter (jünger als Geburtsjahrgang 1958) empfohlen.**
- Eine „ Empfehlung zur Verhütung und Bekämpfung von Masern im Freistaat Sachsen vom Oktober 1995, Stand Oktober 2005“ regelt Impfungen bei Kontakt.

STIKO:

- 2. Masernimpfung seit 1991 im 4. – 6. Lbj.; **2001 bereits 4 Wo nach der 1. Impfung**
- STIKO: **einmalige Standardimpfempfehlung für empfängliche nach 1970 geborene Erwachsene* erst seit 2010;**
(* Definition: „Nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder nur mit einer Impfung in der Kindheit...“ „Einmalige Impfung...“ also nicht **generell 2 Impfungen bei Erwachsenen**)

Tabelle 5, S. Bigl 2013

Westdeutschland (BRD-alt und BRD-neu):

1973/74: Impfeempfehlung für eine Masernimpfung;

1991: Empfehlung der 2. Masernimpfung im 5. bis 6. Lebensjahr;

1997: Nachholimpfung für die 2. Masernimpfung zwischen dem 11. bis 15. Lebensjahr;

2001: Meldepflicht für Masernerkrankung und -verdacht, erst von da an waren unverzügliche antiepidemische Maßnahmen – Herdbekämpfung möglich, wenn rechtzeitig gemeldet wurde;

2001: Umstellung der 2. Masernimpfung vom 5. bis 6. Lebensjahr auf 4 Wochen nach der Erstimpfung (ohne jede wissenschaftliche Begründung!).

2010: einmalige Masernimpfung auch

für Erwachsene jünger als nach 1970 Geborene Erwachsene empfohlen.

(Die Unterschiede SIKO-STIKO sind im Überblick aus Tabelle 5 ersichtlich).

Bei einer derartigen inkonsequenten, unlogischen und praxisfernen Strategie der STIKO (Meldepflicht und damit sofortige Herdbekämpfung erst seit 2001, Erwachsenenimpfung erst seit 2010, fehlende Definition „immun“ und damit Impfung Erwachsener 1-mal oder 2-mal: „Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborene Personen > = 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit...“ (Epid Bull. Nr. 30 vom 30. Juli 2012, S. 285 unter c)) war es

logisch, dass gesamtdeutsch bisher noch niemals eine Maserninzidenz < 0,1 ‰ erreicht worden ist, auch weil die Masernerkrankung sich deutlich in das Erwachsenenalter verschoben hat (siehe Tabelle 6).

Im Freistaat Sachsen sind 2013 bis zum 20.7. 41 Masernfälle gemeldet worden. Die Infektionsquelle war eine Familie aus Bosnien im Asylbewerberheim im Kreis Mittelsachsen (6 E). Weitere Häufungen gab es in der Mittelschule in Flöha (9 E, Zeugen Jehovas, alle ungeimpft oder unvollkommen geimpft), in einer Kindereinrichtung in Hainichen und einer Familie in Chemnitz (7 E). Als Besonderheit muss die Erkrankung einer Ärztin bezeichnet werden, die an Masern Erkrankte behandelt hat. Sie war nur 1-mal geimpft. Weitere Einzelheiten wie arbeitsmedizinische Kontrollen des Impfstatus oder der Immunität sind noch unbekannt.

Diese Analyse führt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Lückenlose zeitgerechte Durchführung der Masernschutzimpfung entsprechend den Impfeempfehlungen durch die Kinder- und alle Impfärzte.
2. Dringend nötig ist eine einheitliche Definition bei Masern von „immun“ und „empfänglich“, wie in Sachsen seit 1996 praktiziert und damit auch generelle Empfehlung und Bezahlung einer zweimaligen Standardimpfung aller Erwachsenen ohne zusätzliche Bürokratie. Wirtschaftlichkeit seitens der gesetzlichen Krankenkassen darf nicht länger über medizinische Erfordernisse und Notwendigkeiten gestellt werden!

Eine diesbezügliche regulierende Einflussnahme der Gesundheitsministerien ist erforderlich.

3. Herausnahme aller neuen Asylbewerber aus der Zahlenstatistik (laut Presse ca. 50.000 Asylbewerber 2012 in Deutschland, Tendenz steigend).

4. Masernimpfstatus bei allen Reisen im In- und Ausland beachten. In den Staaten der EU wurden noch 2011 < 30.000 und 2012 > 8.000 Masernerkrankungen registriert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 6: Gemeldete Masernfälle nach Altersgruppen 2001 – 2012 in Deutschland (Quelle: SurvStat RKI am 9.2.2013)

Altersgruppe	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
00..00	107	156	39	14	38	156	24	28	50	29	76	9	0
01..01	524	405	81	22	57	157	35	50	63	41	99	13	0
02..02	420	313	42	9	30	68	20	31	15	25	49	2	0
03..03	359	320	71	10	40	72	25	42	20	16	49	5	0
04..04	397	375	56	5	42	84	21	46	17	19	42	5	0
05..09	1594	1527	262	17	250	445	123	210	83	127	295	16	0
10..14	1034	803	112	8	136	515	116	217	72	179	343	19	2
15..19	786	356	48	11	56	375	68	139	74	133	217	34	1
20..24	376	147	26	2	37	135	39	44	55	64	129	13	0
25..29	175	85	12	8	31	110	32	41	49	45	99	11	0
30..39	168	124	14	6	45	122	49	46	51	67	125	25	0
40..49	49	29	11	8	13	39	11	13	17	28	71	10	1
50..59	17	7	3	2	3	19	3	6	3	4	8	3	0
60..69	9	3	0	1	3	8	0	1	0	3	3	3	0
70+	1	3	0	0	0	3	0	0	2	0	3	0	0

2011 von 1609 Fällen 85 = 5,3% >40 Jahre (nach SIKO nur 14 = 0.9 %)

5. Konsequenterer arbeitsmedizinische Kontrollen des Masernimpfstatus und gegebenenfalls – Immunstatus beim medizinischen Personal inklusive Hebammen und Risikopersonen in Vorschulkindereinrichtungen und Schulen.

6. Konsequente Kontrollen der „unverzüglichen“ Meldepflicht nach IfSG, auch des Masernverdachtsfalles durch die behandelnden Ärzte, und unverzügliche Einleitung von Diagnostik und eventueller Herdbekämpfungsmaßnahmen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dazu gehören auch fachliche Kontrollen des ÖGD durch die Fachaufsichtsbehörde.

7. Wissenschaftliche Überprüfung des erforderlichen Impfabstandes 1. zu 2. Masernimpfung (STIKO 4 Wochen – SIKO 4 Jahre, mindestens aber = > 3 Monate) anhand von Erkrankungszahlen (Impfdurchbrüchen trotz 2-maliger Impfung) und einer Immun-Surveillance-Studie im Abstand von > 10 Jahren zur 2. Impfung.

8. Einrichtung einer personenbezogenen elektronischen Impfdatenbank in Sachsen an den Gesundheitsämtern zur Realisierung des § 1 (1), 4. SächsGDG (bereits 2-mal Beschluss der Kammerversammlung).

9. Da trotz vorbildlicher Impfpfehlungen durch die SIKO in Sachsen

Tabelle 7: Masern in Europa 2010 und 2011*

	2010	2011	2012		2010	2011	2012
Austria	43	99		Lithuania	2	7	2
Belgium	40	555		Luxemburg	0	6	2
Bulgaria	22005	157		Malta	0	4	0
Croatia	?	?		Netherlands	15	46	10
Cyprus	18	0		Norway	3	38	4
Czech Republ.	0	17		Poland	13	38	61
Denmark	5	83		Portugal	5	2	7
Estonia	0	7		Romania	187	4015	3843
Finland	5	29		Slovakia	0	2	1
France	5019	15206		Slovenia	2	22	2
Germany	780	1609		Spain	305	1986	446
Greece	149	40		Sweden	6	26	30
Hungary	0	5		Switzerland	?	?	?
Ireland	403	303		Turkey	?	?	?
Italy	863	5181		United Kingd.	397	1083	1902
Latvia	1	1		Total	30265	30567	8230

*Quelle: EUVAC.NET – Zahlen für 2012 liegen noch nicht vor

S. Bigl 2013

seit 1996 immer wieder Maserninzidenzen von > 0,1 ‰/a auftreten (zum Beispiel 2005, 2011, 2013), sind konsequente Managementmethoden gesamtgesellschaftlich zu etablieren:

- kein Besuch einer Vorschuleinrichtung ohne altersgerechten Impfstatus,
- kein Besuch eines Gymnasiums eines definitorisch „masernempfindlichen“ Schülers.

Damit müsste der sensibilisierende Begriff „Pflichtimpfung“ nicht benutzt werden, obwohl ihn der Bundesgesundheitsminister, Daniel Bahr, und auch der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Dr. W. Hartmann, gebräuchten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz

Hygienekongress Dresden 2013

Am 28. September 2013 findet wieder ein Hygienekongress in Dresden statt. Der Kongress wird in Kooperation der Sächsischen Landesärztekammer mit den Ärztekammern Thüringen und Sachsen-Anhalt sowie der Krankenhausgesellschaft Sachsen veranstaltet.

Der erste Teil des Kongresses steht unter der Thematik „Krankenhaushygiene“. Hier wird unter anderem zu den bisherigen Erfahrungen mit der Novellierung der Sächsischen Medizinhygieneverordnung (gültig ab 30.06.2012) berichtet, in der unter anderem die Qualifikation zum Krankenhaushygieniker in Sachsen definiert wurde. Auch die Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen werden ihre Erfahrungen mit der Umset-

zung der novellierten Vorschriften zur Krankenhaushygiene im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes darlegen. Weitere Themen beleuchten das Ausbruchmanagement bestimmter Erreger, Hygieneanforderungen in der täglichen Praxis am Beispiel der Unfallchirurgie sowie Personalbedarfsanalysen im Kontext Hygienebeauftragter in sächsischen Krankenhäusern.

Der zweite Teil des Kongresses ist dem 28. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ gewidmet. Das Schwerpunktthema dieses Teils sind lebensmittelbedingte Enteritiserkrankungen.

Der Hygienekongress 2013 richtet sich an Ärzte (im Krankenhaus, niedergelassene Vertragsärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst), Hygieneexperten, Hygienefachkräfte, Pflege-

kräfte, Medizinische Fachangestellte, Interessierte aus anderen Heilberufen (Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte), Vertreter aus Gesundheitsbehörden, Krankenkassenvertreter, Vertreter aus der Gesundheitspolitik sowie Patientenvertreter.

Das ausführliche Programm, Teilnehmergebühren und Informationen zur Anmeldung finden Sie unter www.slaek.de. Eine Anmeldung ist zwingend erforderlich.

(Ansprechpartnerin: Frau Peggy Thomas
E-Mail: hygienekongress@slaek.de
Tel.: 0351 8267-379)

Veranstaltungsort:

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dr. med. Birgit Gäbler
Kommissarische Ärztliche Geschäftsführerin

NS-Zwangssterilisation

Am 14. Juli 2013 jährt sich zum 80. Mal die Verabschiedung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durch die nationalsozialistische Reichsregierung. Aus diesem Anlass diskutieren Ärzte, Juristen und Historiker aus Sachsen mit einem interessierten Publikum über die NS-„Erbgesundheitspolitik“ und die Praxis der Zwangssterilisation in

Sachsen. Die Veranstaltung resümiert die bisherige Forschung, deckt aber auch die immer noch großen Defizite in der Aufarbeitung dieses in Sachsen an rund 10.000 Menschen verübten Unrechts auf.

Diese Veranstaltung ist eine Kooperation der Sächsischen Landesärztekammer mit der Gedenkstätte Pira-Sonnenstein und der Sächsischen Landeszentrale für politische Bildung.

17. September, 18.00 Uhr

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Programm: www.slaek.de
Anmeldung:
oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de

Treffen der Ethikberatung

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer lädt alle Ärzte, Ethiker, medizinische Heil- und Hilfsberufe sowie Theologen und Juristen zum 3. Treffen der Ethikberatung, am 18. September 2013, ein. Nach der Einführung „Erfahrungen und Trends

der klinischen Ethikberatung“ durch Dr. phil. Arnd T. May, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, folgt eine Falldarstellung aus der Endoskopie sowie eine Falldarstellung mit „Fallstricken in ethischen Grenzfällen“.

Und da in Deutschland der Bedarf an ärztlicher Ethikberatung in Klinik und Praxis zugenommen hat und mit Blick auf die gesundheitspolitischen sowie demografischen Entwicklungen zudem mit einer Häufung von problematischen Grenzfällen in der medizinischen Versorgung zu rechnen ist, möchte das 3. Treffen der Ethikberatung in Sachsen bewusst eine Brücke zwischen den stationären Einrichtungen und den Praxen schlagen sowie den fachlichen Austausch befördern.

18. September 2013, 16.00 Uhr

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Programm: www.slaek.de
Anmeldung:
oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Nachruf für Dipl.-Phys. Klaus Böhme

*7. Oktober 1949 † 14. Juli 2013

Am 14. Juli 2013 verstarb unerwartet und plötzlich der langjährige Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Phys. Klaus Böhme, im 64. Lebensjahr. Die Sächsische Landesärztekammer trauert um den Verlust eines hoch geschätzten Kollegen und fachkundigen Leiters der Ärztlichen Stelle Röntgenverordnung/Strahlenschutzverordnung.

Herr Klaus Böhme war als Diplom-Physiker seit 21 Jahren in der Ärztlichen Stelle als Mittler zwischen Strahlenschutzverantwortlichen und



anwendendem Arzt tätig. Seit er 2004 die Leitung der Ärztlichen Stelle übernahm, betreute er in kom-

petenter, engagierter und zuverlässiger Weise die Fachkommissionen Röntgen, Nuklearmedizin und Strahlentherapie.

Klaus Böhme wurde von den Mitarbeitern der Landesärztekammer als aufrichtiger, unaufgeregter und humorvoller Kollege geschätzt. Dass der reisebegeisterte Kreuzfahrer kurz vor seiner Pensionierung so plötzlich aus dem Leben gerissen wurde, macht die gesamte Belegschaft tief betroffen. Wir gedenken seiner in Hochachtung. Unsere Anteilnahme gilt seiner Familie.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Neue Antikoagulantien Neue Arzneimittel Pharmakovigilanz

Fortbildungsveranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Zu den Aufgaben der AkdÄ zählt auch, die Ärzte unabhängig von Pharmainteressen über eine rationale Arzneimitteltherapie zu informieren und über Risiken aufzuklären. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der diesjährigen gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen stehen drei Vorträge: Dr. med. Hans Wille (Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Klinische Pharmakologie, Leitender Oberarzt am Institut für Klinische Pharmakologie, Klinikum Bremen-

Mitte, ordentliches Mitglied der AkdÄ) wird in seinem Vortrag eine Übersicht zum Einsatz neuer Antikoagulantien in der Therapie des Vorhofflimmerns abgeben. Zum Thema Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern hat die AkdÄ einen Leitfadens (siehe Abbildung) herausgegeben, der über die Homepage der AkdÄ unter <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/LF/> abgerufen werden kann. Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe (Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, ordentliches Mitglied der AkdÄ) nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2012/2013 vor. Über aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz referiert Dr. med. Thomas Stammschulte (Referent Pharmakovigilanz, Geschäftsstelle der AkdÄ, Berlin). Die Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung. Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zur Fachdiskussion mit den Experten unter der Moderation von Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ. Von der Sächsischen Landesärztekammer mit 4 Fortbildungspunkten anerkannt.

**Termin: Samstag,
12. Oktober 2013,
10.00 bis 12.30 Uhr**



**Ort: Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden**

Anmeldung: Silke Schmidt,
Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Tel.: 0351 8267 -321,
Fax: 0351 8267 -322,
E-Mail: fortbildung@slaek.de

Auskunft: Karoline Luzar,
Arzneimittelkommission der
deutschen, Ärzteschaft (AkdÄ)
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin,
Tel.: 030 400456-518,
Fax: 030 400456-555

Dr. med. Katrin Bräutigam
Geschäftsführerin der AkdÄ

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt die Mitglieder am Dienstag, dem **3. September 2013**, um 15.00 Uhr, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer ein.

Christoph Pötzsch referiert zum Thema „Merkwürdiges, Seltsames und Kurioses aus der sächsischen Geschichte“ – ein unterhaltsamer Nachmittag ist gewiss.

Seien Sie zu Vortrag und anschließender Stärkung willkommen!

Der Seniorenausschuss trifft sich vor der Veranstaltung um 14.00 Uhr. Interessenten sind herzlich eingeladen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)

Unterwegs für Sachsens Ärzte – Bei jedem Wetter!

Nunmehr zum dritten Mal war die Sächsische Landesärztekammer mit ihren Teams beim größten Firmenlauf des Freistaates, der REWE Team Challenge, vertreten. Dieses sportliche Großereignis fand am 30. Mai 2013 in Dresden statt und konnte trotz sehr starken Regens mit insgesamt 8.264 Aktiven erneut einen Teilnehmerrekord aufstellen.



Kreisärztekammer Meißen

Die Kreisärztekammer Meißen lädt die Mitglieder ganz herzlich zur Jahreshauptversammlung am **15. Oktober 2013**, 19.00 Uhr, in Adams Gasthof, Am Markt 9, in 01469 Moritzburg ein.

Als Referent konnte Herr Dr. med. S. Schubert, Leiter der Abteilung Unfallchirurgie der chirurgischen Klinik Bautzen, Oberlausitz-Kliniken gewonnen werden.

Das Thema der Fortbildung lautet „Neues zum D-Arzt-Verfahren“.

Fortbildungspunkte wurden bei der Sächsischen Landesärztekammer dafür beantragt. Im Anschluss an diese Veranstaltung laden wir zum kollegialen Austausch mit gastronomischer Umrahmung recht herzlich ein.

Der Vorstand der Kreisärztekammer Meißen

Für die Sächsische Landesärztekammer gingen auch 2013 drei Teams an den Start und kamen mit guten Teamzeiten völlig durchnässt aber glücklich ins Ziel. Dabei konnte sich das Männer Team den Platz 188 von 567 erkämpfen. Die beiden Damen Teams erreichten die Plätze 147 und 169 von 241.

Die Kammerteams werden auch 2014 bei der 6. REWE Team Challenge wieder für Sachsens Ärzte an den Start gehen. Das Training hat schon begonnen.

Torsten J. Wurziger

Urlaub Bezirksstelle Chemnitz

Die Bezirksstelle Chemnitz ist vom 22.08. bis 10.09.2013 wegen Urlaubs geschlossen.

In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden unter der Telefon-Nr. 0351 8267 431.

Bezirksstelle Chemnitz

Neuer Tarifvertrag für MFA

In der 3. Tarifrunde am 9. Juli 2013 einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten auf einen neuen Gehaltstarifvertrag mit Laufzeit vom 01.04.2013 bis 31.03.2016. Danach werden die Gehälter in zwei Stufen erhöht: ab 01.09.2013 um 4,5 Prozent, ab 01.04.2014 um 3 Prozent. Für die fünf Monate von April bis August 2013 gibt es im September eine Einmalzahlung in Höhe von 375 Euro für alle Vollzeitbeschäftigten, für Teilzeitbeschäftigte anteilig. Erstmals wird ab 2014 ein Eingangsstundenlohn für Berufsanfänger/innen von 10 Euro erreicht.

Die Ausbildungsvergütungen steigen ab 1. September 2013 in allen drei Ausbildungsjahren um 30 Euro monatlich und zwar auf 640 Euro, 680 Euro und 730 Euro. Auszubildende erhalten eine Einmalzahlung von 150 Euro für April bis August. Jeweils zum 01.04.2014 und 2015 erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen um weitere 30 Euro monatlich.

Kernstück des Abschlusses ist eine geänderte Vergütungsstruktur. Dazu wurden zwei weitere Tätigkeitsgruppen geschaffen und die Einstufungskriterien überarbeitet. Die neue Struktur bildet das breit gefächerte Feld von Qualifizierungs-, Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte besser ab. Eine Regelung zur Besitzstandswahrung begleitet den Übergang in die neue Struktur.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

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

gungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kvs-sachsen.de/mitglieder/arbeiten-als-arzt/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan) abrufbar.

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
13/C040	Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie)	Chemnitz, Stadt	26.08.2013
13/C041	Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie)	Chemnitzer Land	26.08.2013
13/C042	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)	Döbeln	26.08.2013
13/C043	Augenheilkunde	Freiberg	26.08.2013
13/C044	Haut- und Geschlechtskrankheiten (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Freiberg	11.09.2013
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
13/C045	Anästhesiologie	Südsachsen	26.08.2013

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
13/D028	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	26.08.2013
13/D029	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weißeritzkreis	26.08.2013
13/D030	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Sächsische Schweiz	26.08.2013
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
13/D031	Innere Medizin/Kardiologie	Dresden, Stadt	26.08.2013
13/D032	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.08.2013
13/D033	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.08.2013

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
13/L024	Allgemeinmedizin*)	Eilenburg	11.09.2013
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
13/L025	HNO-Heilkunde	Leipzig, Stadt	11.09.2013
13/L026	Innere Medizin/Hämatologie	Leipzig, Stadt	26.08.2013
13/L027	Chirurgie Tätigkeitsschwerpunkt: Fußchirurgie	Leipzig, Stadt	11.09.2013
13/L028	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Leipzig, Stadt	11.09.2013
13/L029	Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	11.09.2013
13/L030	Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	11.09.2013
13/L031	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Muldentalkreis	11.09.2013

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 zu richten.

Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein. Gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben. Die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der KV Sachsen und die Filiale Leipzig der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer laden gemeinsam zu einem **Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte am Samstag, den 14. September 2013 von 9.30 bis 15.00 Uhr ein.**

Veranstaltungsort:
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig.

Tagesablauf

09.30 Uhr
Begrüßung
Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt,
Bezirksgeschäftsstellenleiter
KVS Leipzig
Daniel Staroste,
Stellv. Filialleiter apoBank Leipzig

Im Anschluss
Niederlassung aktuell – erkennbare Tendenzen und Entwicklungen –

nach der Neufassung der Bedarfsplanung
Referent: Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt

Teil I (Praxisgründer) „Der Weg in die niedergelassene Praxis“

Zulassung – Kooperation – Investitionen – Gestaltungsmöglichkeiten

10.00 – 11.30 Uhr

Juristische Aspekte
u.a. Voraussetzungen der Niederlassung/Anstellung, Praxisübernahme und Praxisneugründung, Formen ärztlicher Zusammenarbeit, Arbeitsverträge, Mietverträge, Teilzulassung, Filialbildung

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt
11.45 – 13.15 Uhr

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte
u.a. Finanzierungsformen, Liquiditätssteuerung, betriebswirtschaftliche Kennziffern, der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis, steuerliche Gestaltungen

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater

Teil II (Praxisabgeber) „Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft – Vermögen

10.00 – 11.30 Uhr

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

u.a. materieller und ideeller Praxiswert, steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung, Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater

11.45 – 13.15 Uhr

Juristische Aspekte
u.a. Praxisabgabe im zulassungsbeschränkten Gebiet, Ablauf einer Praxisübertragung, Mitwirkungsmöglichkeiten des Arztes, vertragliche Gestaltungen

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt

13.15 – 14.00 Uhr

Gemeinsame Mittagspause

14.00 – 15.00 Uhr

Teil III (Existenzgründer und Praxisabgeber)

Podiumsdiskussion – Referenten und Fachleute stehen Rede und Antwort

Teilnahmemeldungen sind **bis zum**

06.09.2013 zu richten an:

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Filiale Leipzig

Frau Caroline Kolditz
Richard-Wagner-Str. 2,
04109 Leipzig

Tel.: 0341 24520-14

Fax: 0341 24520-16

E-Mail: filiale.leipzig@apobank.de

Vorsicht Eichenprozessionsspinner!

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat eine Information zur Bekämpfung des Eichenprozessionsspinners (EPS) zum Schutz der menschlichen Gesundheit veröffentlicht. Darin heißt es: „Sofern chemische oder biologische Bekämpfungsmittel in Betracht gezogen werden, gilt, dass Pflanzenschutzmittel nur zur Bekämpfung von forstwirtschaftlichen Schäden eingesetzt werden dürfen, Biozid-Produkte dagegen nur, wenn Maßnahmen in urbanen Bereichen zum Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung ergriffen werden sollen.“ Von den Raupen, aber auch bis zu fünf Jahre lang von den Raupenhüllen und den Nestgespinsten des Wärme liebenden Schmetterlings *Thaumetopoea processionea* L. sowie von einigen verwandten Arten gehen Gesundheitsgefahren durch

den unmittelbaren Kontakt aus. Da eine natürliche Regulation der Insekten nach gegenwärtigem Erkenntnisstand nicht zu erwarten ist, gilt es zwischen den Risiken des Lepidopterismus und den Nebenwirkungen der sachgerecht durchgeführten Bekämpfungsmaßnahmen abzuwägen. (Abb. 1, 2, 3)

Aus den benachbarten Bundesländern, vorwiegend über Alleestraßen und Flusstäler in nordsächsische Waldgebiete eingewandert, werden einzelne Populationen seit 2012 auch weiter östlich gesichtet. Neben den Kinder- und Hausarztpraxen in den betroffenen Gebieten, sind zunehmend die Gesundheitsämter mit EPS befasst. In Zusammenarbeit mit den Gemeinden, den Forstbehörden, den Schülern und dem Arbeitsschutz wird frühzeitig zur Erkennung und dem Umgang mit EPS informiert. Einige Landkreise hatten bereits im vergangenen Jahr

Meldestellen eingerichtet, um die Verbreitung für die kommende Saison abzuschätzen.

Wichtig ist nun die Sensibilisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte für EPS in den Gebieten Sachsens, die bisher noch keinen Kontakt zu betroffenen Patientinnen und Patienten gehabt haben. Bei warmer Witterung ist von Ende April nach der ersten Häutung der Insekten bis Mitte Juni in den Praxen mit einer Häufung von zunächst unspezifischen Beratungsanlässen wegen toxisch-irritativen Hautveränderungen und seltener Atemwegsbeschwerden zu rechnen.

Anfangs werden die Fälle gewöhnlich nicht mit EPS in Verbindung gebracht. An warmen Frühlingstagen sollte daher das Bild des Lepidopterismus in die differentialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen werden. Weil sich die Raupen danach verpuppen, nimmt die Anzahl dieser Beratungsanlässe ab Mitte Juni zwar wieder ab, die Sensibilisierung der Behandler sollte jedoch weiter bestehen bleiben, weil auch später im Jahr und sogar in den Folgejahren noch durch den Kontakt mit den Raupenhüllen, den Nestern, ja sogar mit Ästen und Baumrinde, über die die Raupen gekrochen sind, die gleiche Kontamination und Wirkung eintritt wie beim Kontakt mit den Raupen selbst. (Abb. 4)

Nicht zu vergessen ist bei gehäuftem Auftreten von EPS eine Meldung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte an eine amtlich bekannt gemachte Meldestelle, zum Beispiel beim Forstamt oder dem Gesundheitsamt. Im Sinne des Infektionsschutzgesetzes besteht zwar keine dringliche Meldepflicht, jedoch steht jeder erstbehandelnde Arzt nach dem Berufsrecht als erster Epidemiologe vor Ort in der Verantwortlichkeit der Bevölkerungsgesundheit. Zudem ist der Erfolg der behördlichen Gefahrenabwehr von einer frühzeitigen Meldung abhängig. (Abb. 5)

Bei der nicht fachgerechten Bekämpfung der Raupen innerhalb von Siedlungsgebieten kann es unbeabsich-



Abb. 1: Eichenprozessionsspinner



Abb. 2: Symptome

Steckbrief:

- Nachtfalter der Familie der Thaumetopoeidae (Prozessionsspinner), weitere bekannte Arten: Pinienprozessionsspinner (*T. pityocampa*, Südeuropa) und Kiefernprozessionsspinner (*T. pinivora*)
- adulter Falter hat Flügelspannbreite von 25 bis 30 mm, hellgraue/graubraune Vorderflügel mit dunklen Querbinden und weißgraue Hinterflügel,
- Weibchen legt 100 bis 200, cirka 1 mm große weiße Eier ausschließlich im oberen Kronenbereich von Eichen,
- Schlupfzeit Ende April/Anfang Mai, danach 5-6 Larvenstadien bis zur Verpuppung (Ende Juni/Anfang Juli),
- Brennhaare ab 2. Häutung, giftiges Protein Thaumetopoein
- ab Mitte Juni bis 1m lange Gespinste am Stamm und in Astgabeln, darin Häutungsreste und Brennhaare,
- gemeinsame Futtersuche der Raupen, prozessionsartig, daher der Name,

Abb. 3: Steckbrief Eichenprozessionsspinner (*Thaumetopoea processionea*)

Anamnese:

- Patienten berichten von Aufenthalt im Freien (z.B. Parks, Gärten, Freibadanlagen und Sportplätze),
- Haustiere können die Brennhaare "verschleppen" und in die häusliche Umgebung tragen.

Krankheitssymptome:

- häufig Dermatose (Kontakturtikaria und/oder toxisch-irritative Dermatitis), Haut: starker Pruritus, Erythem und Quaddel-, Pustel- bzw. Papelbildung vor allem an nicht von Kleidung bedeckten Hautpartien (Gesicht, Hals, Nacken, distale obere Extremitäten/Armebeugen),
- Augen: Jucken und Brennen, Photophobie und periorbitale Ödeme, Keratokonjunktivitis,
- bei Inhalation: Laryngitis, Pharyngitis, Bronchitis,
- systemisch: Schwindel, Übelkeit, Fieber, Schüttelfrost und selten Schockzustände,
- Das Auftreten geschieht in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Exposition (15 min bis 24 Stunden) und dauert unbehandelt zwischen 2 Tagen und 2 Wochen.

Abb. 4: Lepidopterismus („Raupendermatitis“)

§ 6 Abs. 1 Ziff. 5 Buchst. b des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG):

- (§ 6) meldepflichtige Krankheiten
- (Absatz 1) namentliche Meldung
- (Ziffer 5) „soweit nicht nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig, das Auftreten von
- (Buchstabe b) zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 genannt sind.“

§ 1 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung, BO):

- (§ 1) Aufgaben des Arztes
- (Absatz 1) „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“

Abb. 5: Rechtsgrundlagen

tigt zur lang andauernden Verbreitung der Brennhaare mit dem Luftstrom kommen, deshalb sollte die Bekämpfung Fachleuten vorbehalten bleiben. Wenn ein Biozid-Produkt indikationsgerecht eingesetzt werden soll, ist zu beachten, dass die Mittel, die im Rahmen des Biozidrechts verfügbar sind, zum Teil andere sind als jene, die im Rahmen des Pflanzenschutzes eingesetzt werden. Nach Maßgabe von § 16 Abs. 3 der Gefahrstoffverordnung ist der Einsatz von chemischen Bekämpfungsmitteln zu beschränken, die BAuA empfiehlt zusätzliche flankie-

rende Maßnahmen, wie zum Beispiel:

- zeitlich beschränktes Zugangsverbot zu betroffenen Waldgebieten oder Hinweis-/Warntafeln, die über möglichen Kontakt mit Brennhaaren und Verhaltensmaßnahmen bei Kontakt informieren,
- eine zielorientierte Aufklärung der Öffentlichkeit,
- mechanisches Entfernen (zum Beispiel Absaugen durch Spezialfirmen).

Weitere Auskünfte über zu verwendende chemische Bekämpfungsmit-

tel sowie deren Stoff- und Zulassungsmerkmale sind der eingangs zitierten Informationsbroschüre der BAuA zu entnehmen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Dr. Thomas Knetschke
SG Amtsärztlicher Dienst
Landratsamt Bautzen
Gesundheitsamt

Postadresse: Bahnhofstraße 9, 02625 Bautzen
Telefon: 03591 5251-53112
Telefax: 03591 5250-53112

E-Mail: Thomas.Knetschke@lra-bautzen.de

2. Dresdner Medizinrechtssymposium

Am 25. und 26. Oktober 2013 findet das 2. Dresdner Medizinrechtssymposium der Dresden International University in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Interdisziplinär und praxisorientiert werden folgende sieben Themenbereiche diskutiert:

- Betreuungsrecht / Zwangsbehandlung,
- Bewältigung von Hygieneverstößen,

- Verkammerung der Pflegeberufe in Deutschland,
- Korruptionsprävention im Gesundheitswesen,
- Rechtliche und ökonomische Aspekte sektorübergreifender Versorgungsformen,
- Aktuelle datenschutzrechtliche Problemstellungen,
- Nichtindizierte Heileingriffe.

Das Symposium wird bereits zum zweiten Mal gemeinsam von der Dresden International University und „Förderverein Medizinrecht der Dres-

den International University e.V.“ organisiert. Die Teilnahmegebühr liegt zwischen 150 und 350 Euro.

Ausführliche Informationen (Programm, Ablauf, Anmeldung, Organisatorische Hinweise) finden Sie hier: www.di-uni.de/.

Ass. jur. Michel Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Nachruf für Dr. med. Walter Knarse



Dr. med. Walter Knarse

Am 8. Dezember 2012 verstarb Dr. med. Walter Knarse im Alter von 62 Jahren an den Folgen eines tragischen Verkehrsunfalls.

Geboren wurde Dr. Knarse am 08.10.1950 in Werne an der Lippe. Seine schulische Ausbildung genoss er in Westfalen.

Nachdem er ein Jahr in Berlin Physik studiert hatte, entschied er sich für seine eigentliche Berufung, die Medizin. Das Medizinstudium absolvierte er an der Freien Universität Berlin. 1981 erhielt Dr. Knarse die Approbation als Arzt und konnte 1986 seine Promotion erfolgreich verteidigen.

Seine chirurgische Ausbildung erwarb er im Sankt Gertrauden Krankenhaus in Berlin Wilmersdorf und

schloss sie 1987 am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin ab. In seiner weiteren beruflichen Entwicklung widmete er sich dem Gebiet der Unfallchirurgie, 1990 erlangte er die Schwerpunktanerkennung Unfallchirurgie.

Ab 1991 war er Leiter des Departments für Unfallchirurgie und Handchirurgie am Städtischen Krankenhaus Moabit in Berlin. Sein spezielles Interesse galt der Handchirurgie, 1997 erwarb er die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. 2006 erhielt er die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Im April 2000 stellte Dr. Knarse sich einer neuen Herausforderung, er wurde Chefarzt der neu entstandenen Abteilung für Orthopädische Chirurgie, Unfall- und Handchirurgie im Helios Klinikum Borna. Der besondere Reiz war für ihn der Aufbau und die Gestaltung einer modernen unfallchirurgisch-orthopädischen Klinik und die Etablierung der Handchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie. Eine ständige nachhaltige Entwicklung der Klinik im Leipziger Neuseenland lag ihm sehr am Herzen. Im Jahr 2010 wurde die Klinik unter seiner Führung als „Regionales Trauma-Zentrum“ des TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Rahmen der Schwerverletzten-Versorgung zertifiziert.

Besonderes Augenmerk galt aber immer den Menschen, den Patienten und den Mitarbeitern. Für uns Mitarbeiter war er ein charismatischer kritischer Chef mit hoher fachlicher Kompetenz und enormer Beharrlichkeit, ein hervorragender Operateur,

exzellenter Mentor und eine überragende Führungspersönlichkeit.

In seiner Funktion als Ärztlicher Direktor prägte Dr. Knarse von 2001 bis 2006 die Weiterentwicklung des Klinikums Borna zu einem fortschrittlichen Krankenhaus wesentlich mit. Im Lenkungsgremium Sachsen vertrat er seit 2003 als Mitglied seitens der Krankenhausgesellschaft aus eigener Erfahrung und Verantwortung heraus die Interessen der Krankenhäuser im Prozess der Umsetzung der Qualitätssicherung.

Dr. med. Walter Knarse war Mitglied der Prüfungskommission der Sächsischen Landesärztekammer für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie und die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie.

Sein Leben wurde abrupt beendet, er starb für uns alle unfassbar, viel zu früh.

Mit Dr. med. Walter Knarse haben wir einen hervorragenden Chefarzt und die sächsische Ärzteschaft einen engagierten und zielstrebigem Arzt, aber auch vielseitig interessierten Menschen verloren.

Dr. Walter Knarse hinterlässt seine Ehefrau und zwei erwachsene Kinder, ihnen gilt unser besonderes Mitgefühl.

Dr. med. Jens Gerhardt (Kommissarischer
Chefarzt der Klinik)

im Namen der Mitarbeiter der Klinik für
Orthopädische Chirurgie, Unfall- und
Handchirurgie des Helios Klinikums Borna und
der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
der Sächsischen Landesärztekammer.

Unsere Jubilare im September 2013 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.09. Prof. Dr. med. habil.
Froster, Ursula
95179 Geroldsgrün
- 03.09. Dr. med. Kuhlmann, Edda
04824 Beucha
- 03.09. Dr. med. Pönitzsch, Iris
04159 Leipzig
- 04.09. Dr. med. Büttner, Hubertus
01561 Naunhof
- 05.09. Dr. med. Brockow, Thomas
08258 Markneukirchen
- 10.09. Dr. med. Futschik, Monika
01309 Dresden
- 10.09. Dr. med. Jesche, Petra
02977 Hoyerswerda
- 11.09. Dr. med. Kuss, Ute
01309 Dresden
- 11.09. Dipl.-Med. Weber, Renate
01328 Dresden
- 13.09. Dr. med. Hempel, Jürgen
01809 Meusegast
- 15.09. Dipl.-Med. Lebuser, Frank
04435 Schkeuditz
- 16.09. Dr. med. Zschau, Brigitte
02681 Halbendorf/Gebirge
- 18.09. Dr. med. Föse, Eva-Maria
01157 Dresden
- 20.09. Dr. med.
Rehnig, Hans-Peter
04279 Leipzig
- 21.09. Dr. med. Hermann, Andrea
08451 Crimmitschau
- 22.09. Dr. med. Reißmann, Gerd
08064 Zwickau
- 23.09. Dr. med. habil.
Deutrich, Christine
04289 Leipzig
- 23.09. Dipl.-Med. Eßer, Thomas
04155 Leipzig
- 23.09. Dr. med. Geng, Norbert
01169 Dresden
- 23.09. Dr. med.
Steinbrück, Christine
01855 Sebnitz
- 26.09. Dipl.-Med. Kaiser, Sabine
04720 Mochau
- 28.09. Dipl.-Med. Böhme, Bodo
09127 Chemnitz

65 Jahre

- 01.09. Dr. med.
Knauthe, Matthias
09599 Freiberg
- 02.09. Dr. med. Härtig, Heidi
08301 Schlema
- 09.09. Prof. Dr. sc. med.
Müller, Thomas
04720 Döbeln

- 11.09. Dr. med.
Oberländer, Roselore
04159 Leipzig
- 12.09. Bachmann, Heidemarie
08527 Plauen
- 13.09. Ludwig, Stephan
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.09. Dr. med. Sedner, Sieglinde
09350 Lichtenstein
- 17.09. Dr. med. Ritschel, Bernd
01796 Pirna
- 19.09. Dr. med. Kluttig, Hans-Jürgen
02763 Zittau
- 23.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Weber, Hansjörg
01662 Meißen
- 25.09. Dr. med. Anstadt, Maria
08523 Plauen
- 25.09. Dipl.-Med. Hennig, Christina
09127 Chemnitz
- 27.09. Dipl.-Med.
Sommer, Hannelore
08056 Zwickau
- 28.09. Dipl.-Med. Remoli, Gabriele
04157 Leipzig
- 28.09. Dipl.-Med. Sachs, Sabine
08606 Oelsnitz
- 29.09. Bessonowa, Gita
04347 Leipzig

70 Jahre

- 01.09. Dipl.-Med.
Hartenstein, Klaus
02763 Bertsdorf
- 02.09. Dipl.-Med. Kimmel, Gisela
01814 Bad Schandau
- 03.09. Dr. med. Göhler, Gisela
01309 Dresden
- 05.09. Dr. med. Große, Egon
09405 Zschopau
- 05.09. Dr. med. Werner, Gerlinde
04827 Machern
- 06.09. Dipl.-Med. Huhn, Maria
01189 Dresden
- 06.09. dr. med. univ. Lenk, Ursula
01561 Schönfeld
- 06.09. Dr. med. Schlegel, Detlef
01728 Bannewitz
- 06.09. Schültke, Ursula
09128 Chemnitz
- 07.09. Dr. med. Siebert, Maria
01587 Riesa
- 09.09. Dr. med. Strauß, Wolfram
04109 Leipzig
- 10.09. Dr. med. Harksel, Britta
04105 Leipzig
- 11.09. Dr. med.
Buschnakowski, Christoph
04668 Grimma
- 12.09. Dr. med. Auerbach, Dorrit
04107 Leipzig
- 12.09. Prof. Dr. med. habil.
Gross, Peter
01309 Dresden

- 12.09. Schiefer, Thea
08340 Schwarzenberg
- 12.09. Dr. med. Tautz, Barbara
01796 Pirna
- 13.09. Dipl.-Med. Siegmund, Uwe
08112 Wilkau-Haßlau
- 14.09. Dr. sc. med. Hering, Christian
01796 Pirna
- 14.09. Lommatzsch, Horst
08060 Zwickau
- 14.09. Dr. med.
Schaumberg, Reinhard
09376 Oelsnitz
- 17.09. Dr. med. Sieber, Hannelore
09456 Annaberg-Buchholz
- 18.09. Dr. med. Wetzstein, Anita
01279 Dresden
- 19.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Herrmann, Ulf
01445 Radebeul
- 19.09. Dipl.-Med.
Korb, Hans-Günter
04159 Leipzig
- 19.09. Dr. med. Leidner, Michael
08645 Bad Elster
- 19.09. Dr. med. Lohs, Joachim
09127 Chemnitz
- 19.09. Prof. Dr. med. habil.
Plöttner, Günter
04155 Leipzig
- 20.09. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Frank
04155 Leipzig
- 21.09. Dr. med. Vogel, Wolfgang
04539 Groitzsch
- 23.09. Dr. med. Oehlert, Ralf
01326 Dresden
- 25.09. Dr. med.
Schneider, Christine
04746 Hartha
- 25.09. Dr. med. Seewald, Inge
04209 Leipzig
- 26.09. Dr. med. Lobeck, Gunhild
01326 Dresden
- 26.09. Sturm, Ulrike
09125 Chemnitz
- 28.09. Enge, Ingrid
01458 Ottendorf-Okrilla
- 28.09. Dr. med. Kadler, Wilfried
04774 Dahlen
- 28.09. Prof. Dr. sc. med.
Saueremann, Wolfgang
01307 Dresden
- 30.09. Dr. med. Kluge, Jutta
04668 Grimma
- 30.09. Schneider, Petra
02977 Hoyerswerda
- 30.09. Dr. med. Stephan, Dietrich
08248 Klingenthal

75 Jahre

- 04.09. Prof. Dr. med. habil.
Heidrich, Lothar
04463 Großpösna

- 06.09. Simowa, Gertrud
01558 Großenhain
- 06.09. von Großmann, Anke
08058 Zwickau
- 08.09. Dr. med. Günther, Eva-Maria
01594 Heyda
- 09.09. Dr. med. Herold, Karl-Heinz
08525 Plauen
- 09.09. Dr. med. Pochodzaj, Klaus
08359 Breitenbrunn
- 10.09. Dr. med. Kallauch, Günter
02708 Niedercunnersdorf
- 11.09. Dr. med. Lerchner, Nelly
04416 Markkleeberg
- 13.09. Dr. med.
Boxberger, Klaus Dieter
04288 Leipzig
- 16.09. Stöber, Eva-Maria
04736 Waldheim
- 21.09. Dr. med. Ohrt, Gabriele
04463 Großpösna
- 22.09. Doz. Dr. med. habil.
Kadner, Peter
04178 Leipzig
- 22.09. Dr. med. König, Wolfgang
01855 Sebnitz
- 22.09. Dr. med. Uhlig, Ingrid
09130 Chemnitz
- 24.09. Neßmann, Marianne
04442 Zwenkau
- 24.09. Dipl.-Med. Päßler, Edda
09116 Chemnitz
- 25.09. Dr. med. habil.
Altmann, Ernst
01328 Dresden
- 27.09. Dr. med. Gärtner, Anita
01328 Dresden
- 28.09. Dr. med.
Friedrich, Johannes
01324 Dresden
- 28.09. Stein, Günter
01728 Rippien
- 29.09. Dr. med. Stolzenburg, Ulrich
01728 Possendorf
- 30.09. Dr. med.
Hausmann, Christine
01239 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Meier, Gudrun
01326 Dresden
- 08.09. Dr. med.
Gutsmuths, Frank-Jörg
04158 Leipzig
- 08.09. Dr. med. Schindler, Ludwig
09496 Marienberg
- 09.09. Dr. med. Gräbner, Anny
09350 Lichtenstein
- 13.09. Dr. med. Kösser, Christa
04277 Leipzig
- 14.09. Dr. med. Eisengarten, Klaus
01259 Dresden
- 19.09. Dr. med. Heimann, Günter
08058 Zwickau
- 27.09. Prof. Dr. med. habil.
Raue, Wolfgang
04299 Leipzig
- 29.09. Dr. med. Klemm, Brigitte
02694 Pließkowitz
- 30.09. Dr. med. Hellmessen, Ute
04651 Bad Lausick
- 81 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Berthold, Regina
04103 Leipzig
- 04.09. Dr. med. Weiße, Eva
04319 Leipzig
- 07.09. Dr. med. Heilek, Walter
01326 Dresden
- 12.09. Dr. med. Gregori, Peter
08529 Plauen
- 13.09. Bilger, Sigrid
01069 Dresden
- 16.09. Prof. Dr. med. habil.
Leopold, Dieter
04277 Leipzig
- 19.09. Dr. med.
Klapper, Johannes
08058 Zwickau
- 23.09. Dr. med.
Hebenstreit, Renate
01920 Haselbachtal
- 26.09. Prof. Dr. med. habil.
Helbig, Werner
04155 Leipzig
- 82 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Baumann, Irene
04105 Leipzig
- 03.09. Dr. med. habil.
Kluge, Werner
01259 Dresden
- 06.09. Dr. med. Gebauer, Horst
01877 Bischofswerda
- 08.09. Dr. med. Steudtner, Ursula
01217 Dresden
- 09.09. Kuhnert, Friedegard
01217 Dresden
- 12.09. Dr. med. Dieter, Joachim
04808 Wurzen
- 14.09. Dr. med. Nicolai, Rainer
01616 Strehla
- 20.09. Dr. med. Lange, Waltraut
04416 Markkleeberg
- 22.09. Dr. med.
Lippoldt, Roland
08115 Lichtentanne
- 23.09. Dr. med. Hackel, Maria
01187 Dresden
- 83 Jahre**
- 12.09. Dr. med. Richter, Herbert
04107 Leipzig
- 16.09. Prof. Dr. med. habil.
Lehmann, Werner
04299 Leipzig
- 19.09. Dr. med. Vollmer, Christa
01109 Dresden
- 29.09. Dr. med.
Kretschmar, Christian
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 84 Jahre**
- 05.09. Dr. med.
Dießner, Magdalena
01157 Dresden
- 15.09. Dr. med.
Holzhausen, Günter
04821 Waldsteinberg
- 28.09. Dr. med. Tützer, Anny
08451 Crimmitschau
- 29.09. Tuchscherer, Isolda
08280 Aue
- 85 Jahre**
- 15.09. Dr. med. Roick, Waltraud
09465 Sehma
- 22.09. Dr. med. habil.
Bürkmann, Inge
04159 Leipzig
- 22.09. Prof. Dr. med. habil. Dr.
paed. Israel, Siegfried
04105 Leipzig
- 86 Jahre**
- 28.09. Dr.-medic
Naumann, Ladislaus
04103 Leipzig
- 87 Jahre**
- 03.09. Dr. med. Grimm, Hans
04157 Leipzig
- 88 Jahre**
- 23.09. Dr. med. Böttger, Wolfgang
08062 Zwickau
- 89 Jahre**
- 10.09. Grandin, Gisela
01324 Dresden
- 26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 90 Jahre**
- 16.09. Dr. med. habil.
Woratz, Günter
09456 Annaberg-Buchholz
- 28.09. Prof. em. Dr. med. habil.
Oeken, Friedrich-Wilhelm
04229 Leipzig
- 92 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Spielmann, Volker
04316 Leipzig
- 94 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid
01069 Dresden
- 19.09. Dr. med. Nicolai, Margarete
09599 Freiberg
- 23.09. Dr. med. Woratz, Ursula
09456 Annaberg-Buchholz