

<b>Editorial</b>	Definition von Grenzen	<b>52</b>
<b>Berufspolitik</b>	Außerordentlicher Deutscher Ärztetag Summerschool Allgemeinmedizin in Dresden	<b>53</b> <b>54</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Themenjahr Sucht	<b>55</b>
	Qualitätssicherung Hämotherapie 2014	<b>56</b>
	Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern	<b>57</b>
	Neue Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation Projekt „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“	<b>58</b> <b>59</b>
	Asylbewerber: Welche medizinischen Leistungen sind möglich?	<b>60</b>
	Änderung des Infektionsschutzgesetzes	<b>61</b>
	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst nach neuem Curriculum	<b>65</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Ärztliche Zwangsbehandlung und Überzeugungsversuch	<b>62</b>
	Ärztliche Zwangsbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie	<b>63</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden (Stadt) Konzerte und Ausstellungen	<b>65</b> <b>67</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Ausbildungsinhalte außerhalb der Ausbildungsstätte – Absicherung und Haftung	<b>66</b>
<b>Verschiedenes</b>	Lesung: Wovor wir fliehen	<b>67</b>
	Goldenes Doktorjubiläum	<b>67</b>
	Citylauf Dresden	<b>67</b>
	Zwickauer Ärzteball	<b>77</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>68</b>
<b>Originalie</b>	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege	<b>70</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Der leitende Krankenhausarzt	<b>74</b>
<b>Personalia</b>	Nachruf für Dr. med. Heinz Langer	<b>76</b>
	Abgeschlossene Habilitationen	<b>77</b>
	Jubilare im März 2016	<b>78</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Andreas Vesalius	<b>81</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – April 2016	



Neue Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation  
Seite 58



MFA-Ausbildungsinhalte außerhalb der Ausbildungsstätte  
Seite 66



Andreas Vesalius  
Seite 81

Titelbild: © Depositphotos / sudok1

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

## Gedanken zur Definition von Grenzen



Ute Taube

© SLÄK

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

geht es Ihnen nicht auch so, dass gerade die erste Zeit nach dem Überschreiten einer Jahresgrenze dazu animiert, über neue Wege nachzudenken?

Manchmal wünscht man sich dabei auch, Grenzen neu zu definieren und ist davon überzeugt, dadurch eine positive Veränderung bestehender Strukturen herbeizuführen.

Grenzen braucht es, damit etwas existiert und klar von etwas anderem zu unterscheiden ist.

Grenzen fördern Distanz und Respekt, machen aber auch in entsprechend abgestecktem Rahmen Gemeinsamkeiten möglich.

Zum Hindernis wird eine Grenze dann, wenn sie freie Entfaltungsmöglichkeiten stärker einschränkt, als dies erforderlich und sinnvoll ist.

Eine Herausforderung für jede demokratische Entscheidung stellt demnach das Finden einer Balance zwischen dem Zulassen kreativer freier Prozessgestaltung und dem Definieren der Einschränkung derselben dar. Dieses Spannungsfeld wird durch den stetigen Wandel innerhalb bestehender Strukturen, welcher deren interne Prozessabläufe immer wieder infrage stellt, zusätzlich komplizierter. In der medizinischen Versorgungslandschaft bildet seit langer Zeit die Sektorengrenze zwischen stationärer

und ambulanter Versorgung eine relativ starre Trennlinie innerhalb eines hochdynamischen Gesamtsystems.

Keine Frage, diese Grenze ist durchaus notwendig und sinnvoll. Schließlich sind differente medizinische Behandlungspfade in Diagnostik und Therapie zu beschreiten und daraus ergibt sich auch das Erfordernis unterschiedlicher Organisationsformen bei der Patientenversorgung.

Die Dynamik des medizinischen Fortschritts hat jedoch mittlerweile zunehmend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten hervorgebracht, die eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Tätigkeit erfordern. Beispielsweise sei hier die ambulante Nachsorge und Weiterbehandlung nach kardiochirurgischen Eingriffen zur Therapie höhergradiger Herzrhythmusstörungen mit Deviceimplantation genannt.

Doch nicht nur neue wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern auch die seit Jahrzehnten bestehende Versorgungsrealität zeigt die Bedeutung einer sinnvollen Ausgestaltung der Abläufe an dieser Sektorengrenze. Exemplarisch sei an dieser Stelle der Klassiker einer Schnittstellenproblematik beider Versorgungsbereiche – das Entlassmanagement – erwähnt.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wahrscheinlich denken Sie jetzt beim Lesen „Alles keine so wirklich neuen Erkenntnisse, eher Dauerbaustellen im ärztlichen Alltag.“ Stimmt! Man kann sicher resignieren und nach zahlreichen, vergeblichen Versuchen sektorenübergreifender Patientenversorgung zu optimieren, zu dem Schluss kommen, dass es Dinge gibt, die nicht zu ändern sind.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und die Mitglieder der mit dieser Thematik beschäftigten Gremien haben ein anderes Vorgehen favorisiert.

Auf dem 25. Sächsischen Ärztetag im Juni 2015 wurde erstmals ein Ausschuss „Ambulante und Stationäre Versorgung“ gewählt. Damit spiegelt sich nun auch in der Gremienstruktur der Sächsischen Landesärztekammer die Notwendigkeit einer engeren Verzahnung beider Sektoren wieder.

Durch diese Zusammenführung der bisherigen Ausschüsse Krankenhaus und Ambulante Versorgung können gemeinsame Strategien und Problemlösungen erarbeitet werden.

Auch der dafür dringend erforderliche Informationsfluss zwischen den Mitgliedern, die aus beiden Versorgungsbereichen stammen, ist so gegeben und ermöglicht mehr Effizienz in der Ausschussarbeit. Sektorenspezifische Detailfragen können in projektbezogenen Arbeitsgruppen diskutiert werden.

Der Arbeitsplan beinhaltet für die nächsten Jahre ein breit gefächertes Themenspektrum, was eine „Priorisierung“ der Tätigkeitsschwerpunkte erforderlich macht, welche derzeit noch nicht komplett abgeschlossen ist.

Exemplarisch seien hier Entlass- und Aufnahmemanagement und die notärztliche Versorgung als Arbeitsfelder genannt. Inhalte der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung verteilen sich heute ebenfalls mehr intersektoral als früher, da der wissenschaftlich-medizinische Fortschritt mehr ambulante diagnostische und therapeutische Verfahren zulässt. Dieser Tatsache muss in der Weiterbildungsordnung Rechnung getragen werden, sodass auch diesbezüglich mehr Kooperationsbedarf zwischen beiden Sektoren entstanden ist. Es gibt somit einige gute Gründe, die Definition der Sektorengrenze ambulant/stationär zu modifizieren.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Gestaltung sektorenübergreifender medizinischer Tätigkeit stellt letztlich die Finanzierung dieser Versorgungspfade dar. Ohne Zweifel eine weitere Herausforderung.

Aber wenn sich Politik, Kostenträger und die Ärzteschaft dieser nicht konsequent stellen, bleiben die freiheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten ärztlicher Tätigkeit an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung deutlich stärker als notwendig und sinnvoll eingeschränkt.

Ute Taube, niedergelassene Ärztin  
Berthelsdorf  
Kommissarische Ausschussvorsitzende  
Ambulante und Stationäre Versorgung

## GOÄ: Deutscher Ärztetag stimmt Novellierung zu

Drei Ärztekammern hatten einen Außerordentlichen Deutschen Ärztetag beantragt, da nach ihrer Meinung die geplante Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einen Eingriff in die Freiheit des ärztlichen Berufs darstelle. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat daraufhin am 23. Januar 2016 einen Außerordentlichen Deutschen Ärztetag einberufen. Verschiedene Berufsverbände bezweifelten außerdem die Unabhängigkeit der BÄK und befürchteten, dass das Prinzip der Selbstverwaltung auch bei der Privatabrechnung Einzug halte, beziehungsweise der BÄK das Mandat der Ärzteschaft fehle.

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery noch einmal ausführlich auf die Historie der Entwicklung und den Sachstand der Novelle der GOÄ ein. Der ehemalige Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Bernhard Rochell, stellte den aktuellen Verhandlungsstand zur Novellierung der GOÄ ausführlich dar. Zusammenfassend verdeutlichte er, dass mit dem gegenwärtigen Verhandlungsstand „die BÄK mit Ausnahme der Steigerung, welche zwar erhalten werden konnte, jedoch im Kompromiss mit der PVK und Beihilfe streng reglementiert wurde, voll auf der Linie der Entschlüsse vorhergehender Ärtetage liegt.“ Voraussetzung ist aber, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG), der Bundestag und Bundesrat den zwischen der BÄK, dem PKV-Verband und der Beihilfe erreichten Kompromiss auch zustimmen und umsetzen. „Nach 20 Jahren Vertröstung ist das Ziel einer neuen GOÄ zum Greifen nah, leider nicht als Wunschprogramm, aber als ausgewogener Kompromiss mit Chancen“ betonte abschließend Dr. Rochell.

Der Vizepräsident der Landesärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, kritisierte, dass es mit der Novellierung der GOÄ um grundlegende

Änderungen gehe, die die Freiheit des ärztlichen Berufes weiter einschränken würden. So würden zum Beispiel die ärztlichen Selbstverwaltungsrechte und Kompetenzen an die PKV-Wirtschaft abgegeben.

An der „Gemeinsamen Kommission“ (GeKo) entzündete sich ein Großteil der nachfolgenden Diskussionen. Es wird befürchtet, dass BMG und PKV Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung übernehmen könnten.

In seinem Referat zu den berufspolitischen Auswirkungen der Novelle der GOÄ beschwor Dr. med. Theodor Windhorst, Verhandlungsführer der BÄK, die Delegierten noch einmal sehr emotional, dem erreichten Verhandlungsstand zuzustimmen, damit die weiteren Verhandlungen nicht gefährdet werden.

In der sich anschließenden Diskussion traten die teilweise sehr unterschiedlichen Standpunkte offen zu Tage. Sie verdeutlichten wieder einmal, dass es bei den Ärzten, im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, sehr schwierig ist, Partikularinteressen gegenüber einem einheitlichen und damit schlagkräftigen Standpunkt zurückzustellen.

In einer konzentrierten Aktion wurden die zahlreichen Entschlüsselungsanträge von den Delegierten an den Vorstand der BÄK überwiesen, sodass innerhalb kurzer Zeit über den Leitantrag der BÄK abgestimmt



© axentis.de / Georg J. Lopata

werden konnte. Die Delegierten stimmten mit deutlicher Mehrheit für die Annahme, sodass die weiteren Verhandlungen mit dem BMG nicht gefährdet sind. Die Mandatsträger hatten sich offensichtlich auch die eindringlichen Worte von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu Herzen genommen: „Ich rate sehr dazu, den Zug vor dem Zielbahnhof durch Uneinigkeit untereinander nicht aus den Gleisen zu bringen.“ Eine Modernisierung der GOÄ ist nach Jahrzehnten dringlich notwendig, denn seitens der SPD wird eine Bürgerversicherung favorisiert.

Mit der Novelle der GOÄ ist eine Probelaufzeit von 36 Monaten angedacht. Änderungen, Überarbeitungen, Ergänzungen sind jederzeit möglich. Was spricht also dagegen, neue Wege einzuschlagen.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums des  
„Ärzteblatt Sachsen“

## Summerschool Allgemeinmedizin in Dresden

### Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum (MITZ) der Medi- zinischen Fakultät Carl Gustav Carus

*Medizinstudierende, die im Rahmen des Modellprojekts „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, in Pécs/Ungarn studieren, nahmen im August 2015 an der Summerschool Allgemeinmedizin des Medizinischen Interprofessionellen Trainingszentrums der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden teil.*



Ärztliches Gespräch mit einer Schauspielpatientin

© Tobias Weber

Im August 2015 begrüßten die Mitarbeiter des MITZ 15 Studierende der Vorklinik, die über das Modellprojekt „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ das Medizinstudium absolvieren, zur Summerschool Allgemeinmedizin. Die Teilnehmenden trainierten in Kleingruppen an Übungsstationen des Zentrums die Anamneseerhebung, die patientenzentrierte Gesprächsführung, venöse Blutentnahme, Injektionen, das Anlegen des EKGs und das Erheben eines Fußstatus. Jede Übungsstation wurde von einem Praxistutor geleitet. Bei der Anamneseerhebung und im Rahmen der patientenzentrierten Gesprächsführung führte je ein Teilnehmer einer Kleingruppe das Gespräch mit einem Schauspielpatienten, die anderen Gruppenmitglieder nahmen die Beobachterrolle ein, um anschließend ihrem Kommilitonen

Feedback zu geben. Auch die Schauspieler gaben eine umfassende Rückmeldung und beschrieben ihre Wahrnehmungen aus der Patientenperspektive. Die medizinischen, manuellen Basisfertigkeiten trainierten die Studierenden nach einer theoretischen Einführung unter weitgehend realen Bedingungen, entweder an Modellen oder gegenseitig an sich selbst, wobei sie außerdem die Rolle des Patienten erlebten und reflektierten.

Im Rahmen des Projektes „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ werden derzeit pro Jahr 20 junge Menschen durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenkassen gefördert, die das Studium im deutschsprachigen Studiengang Humanmedizin in Pécs/Ungarn aufnehmen. Die Studierenden gehen ihrerseits die Verpflichtung ein, im Anschluss an das Studium die Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin zu durchlaufen und danach für mindestens fünf Jahre als Hausärzte in ländlichen Gebieten in Sachsen tätig zu sein. Außerdem absolvieren sie schon während des Studiums Praktika bei sächsischen Hausärzten. Die Summerschool ist ein Teil der Vorbereitung der Studierenden auf diese Einsätze.

Das Medizinische Interprofessionelle Trainingszentrum wurde im Jahr 2009 gegründet. Seine Hauptaufgabe besteht in der Vermittlung und im praktischen Training ärztlicher Gesprächsführung und manueller medizinischer Basisfertigkeiten. Die Lehrveranstaltungen der Vorlesungszeit sind fest im Pflichtcurriculum des Studiums verankert: Im 2. und 6. – 9. Semester des Humanmedizinstudiums und im 6. – 10. Semester des Zahnmedizinstudiums durchlaufen die Dresdner Studierenden je einen Tag pro Semester im Trainingszentrum. Sie absolvieren in Gruppen à vier Teilnehmern und angeleitet von Praxistutoren Übungsstationen zu Inhalten aus den beiden Bereichen manuelle Basisfertigkeiten und ärztliche Kommunikation. Der Verlauf der Übungsstationen wird so gestaltet, wie es oben beispielhaft für die

Summerschool beschrieben wurde. Die Lehrinhalte der Stationen sind dem jeweiligen Wissensstand angepasst und werden im Verlauf des Studiums komplexer. Während anfangs beispielsweise die Anamneseerhebung oder die venöse Blutentnahme behandelt werden, geht es in den höheren Semestern um Fertigkeiten wie die Sicherung des Atemweges, die Portpunktion und Seldinger-Technik oder das Überbringen schlechter Nachrichten. Die Lehre wird durch festangestellte Ärzte, Psychologen und Praxisanleiterinnen sowie studentischen Tutoren durchgeführt. Zusätzliche fakultative Lehrveranstaltungen zur Vertiefung der Pflichtlehre ergänzen das Programm – zum Beispiel ausgewählte Übungsstationen, bei denen Studierende der Medizin und Auszubildende der Krankenpflege die interprofessionelle Zusammenarbeit trainieren und ein Wahlfach zur Didaktik in der Medizin. Neben der Entwicklung und der Durchführung von Lehrangeboten bildet die Lehrforschung eine Kernaufgabe des Zentrums.

Die Summerschool schloss mit einer Evaluation des Trainings ab. Die Veranstaltung wurde sehr positiv von den Studierenden aufgenommen. Am Trainingszentrum schätzten die Teilnehmer den hohen Praxisbezug, den aktiven Kompetenzerwerb, und die praxisorientierte Arbeit in den Kleingruppen.

Weitere Informationen zum Medizinischen Interprofessionellen Trainingszentrum erhalten Sie auf der Website der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden und durch die Mitarbeiter des Zentrums.

Dr. med. Tobias Esper  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Medizinisches Interprofessionelles  
Trainingszentrum der Medizinischen Fakultät  
Carl Gustav Carus Dresden  
Blasewitzer Straße 86, Haus 105  
01307 Dresden  
Tel.: (0351) 458 18598  
E-Mail: mitz@uniklinikum-dresden

## Themenjahr Sucht der Stadt Dresden

Am 18. Januar 2016 hat die Landeshauptstadt Dresden ein Themenjahr Sucht gestartet. Damit möchte Dresden 2016 möglichst viele Facetten rund um das Thema Sucht in den Mittelpunkt stellen und somit die Suchprävention fördern. Alkohol in der Gesellschaft betrifft die unterschiedlichsten Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens. Die Initiatorinnen des Projektes sind die Bürgermeisterin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Wohnen, Dr. Kristin Klaudia Kaufmann, die Suchtbeauftragte, Dr. Kristin Ferse, sowie die Gleichstellungsbeauftragte, Dr. Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah, der Landeshauptstadt Dresden. Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt das Themenjahr.

Der Künstler Michael Riesner bebilderte die Veranstaltungseröffnung mit seiner Fotoausstellung zum Thema „Frauen und Alkohol“ und schilderte seine Beweggründe für die Fotoreihe. Schöne Frauen in Kombination mit Alkohol sind in der öffentlichen Werbung allgegenwärtig und völlig legitim, ob das Plakat im Bahnhof oder die Werbung an der Haltestelle. Hingegen ist der Alkoholkonsum in öffentlichen Verkehrsmitteln und an Haltestellen in Dresden verboten. Daran anschließend diskutierten und tauschten sich Gäste aus den Bereichen Medizin (stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Zimmermann), Wirtschaft (Markus Rasche, Abteilungsleiter für Personalwesen), und Sport (Ralf Minge, Sportdirektor von Dynamo Dresden) zu dem Thema Alkohol in der Gesellschaft und dessen Stellenwert aus. Der Veranstaltungsort Centrum Galerie Dresden war bewusst gewählt. Ziel war es, das Publikum auf das Themenjahr Sucht der Landeshauptstadt Dresden aufmerksam zu machen und es mit den eigenen Süchten und Sehnsüchten zu konfrontieren. Damit fand eine erste



Eröffnung Themenjahr Sucht der Landeshauptstadt Dresden, Centrum Galerie Dresden © SLÄK



Fotoausstellung „Frauen und Alkohol“ in der Centrum Galerie Dresden © SLÄK

Ermutigung statt, sich mit dem Thema Genuss und Suchtmittelmissbrauch aktiv auseinanderzusetzen. Die Landeshauptstadt Dresden erhofft sich mit dem Themenjahr die Dresdner Bürger für das Thema Sucht vor allem im Hinblick auf den riskanten Alkoholkonsum zu sensibi-

lisieren, die Werbung und das tägliche Glas Wein oder Bier in Zukunft kritischer zu betrachten. Alle Veranstaltungen im Rahmen des Themenjahres 2016 finden Sie auf [www.dresden.de/sucht](http://www.dresden.de/sucht).

Lisa Oertel  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Qualitätssicherung Hämotherapie 2014

Wie jedes Jahr berichten wir hier von der Qualitätssicherung Hämotherapie. Die Umsetzung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ ist für die Einrichtungen der Krankenversorgung in Sachsen selbstverständlich geworden. Dank des hohen Engagements aller Befassten und der kompetenten Betreuung der Einrichtungen durch die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie gelang die Berichterstattung völlig problemlos, 2015 konnte erneut eine Antwortquote von 100 Prozent der angeschriebenen Einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen und MVZ's) verzeichnet werden. Insgesamt wurden 129 Einrichtungen angeschrieben – 82 Krankenhäuser und 47 Praxen/MVZ's. 72 % der Einrichtungen antworteten fristgerecht bis zum 01. März 2015, 25 % beantragten eine Terminverlän-

gerung, und nur drei Prozent der Berichtspflichtigen mussten eine Erinnerung erhalten.

Die Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer sehen vor, dass die Landesärztekammern die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie bei der Umsetzung ihrer Aufgaben unterstützen. Bislang haben wir dafür:

- Berichtsformulare entwickelt und optimiert, jährlich versandt und entgegengenommen,
- einen Verteiler und eine Mailinglist aufgebaut und auf diesem Weg Informationen vermittelt,
- die direkte Vernetzung der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie gefördert,
- die Qualifikation der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie überprüft und Einvernehmen mit den Trägern bezüglich der Benennung der Qualitätsbeauftragten hergestellt,
- jährlich einen Dialog zu vermuteten Mängeln eingeleitet und einen Kriterienkatalog dazu entwickelt,
- die Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer zu dieser Thematik komplett überarbeitet,
- die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie differenziert beraten,
- regelmäßig Kurse für Transfusionsverantwortliche/-beauftragte angeboten,
- Artikel zur Auswertung der Ergebnisse für das Ärzteblatt Sachsen verfasst,
- mit den Arbeitskreisen Hämotherapie zusammengearbeitet.

Ergänzend dazu haben wir einen Erfahrungsaustausch der Qualitätsbeauftragten organisiert, der aufgrund der positiven Resonanz nun jährlich stattfindet.

Der zweite Erfahrungsaustausch fand mit 18 Teilnehmern am 5. Oktober 2015 statt, die Tagesordnung sah unter anderem die Vorstellung des Peer-Review-Verfahrens Hämotherapie der Berliner Ärztekammer vor. Verschiedene Möglichkeiten für ähnliche Verfahren in Sachsen wurden von den Teilnehmern diskutiert,

zum nächsten Erfahrungsaustausch im Jahr 2016 wird es dazu eine abschließende Meinungsbildung geben. Denn das Peer-Review-Verfahren ist inzwischen bundesweit für verschiedene Fachgebiete ein etabliertes und vor allem ressourcenschonend umzusetzendes Qualitätsmanagementinstrument geworden. In einigen Themenbereichen waren für das Berichtsjahr 2014 unsererseits Nachfragen erforderlich.

Zum Beispiel gibt es immer wieder Probleme bei der Bestellung von Transfusionsbeauftragten und Qualitätsbeauftragten Hämotherapie mit den Qualifikationsvoraussetzungen, insbesondere bei personellen Veränderungen. Eine rechtzeitige Bestellung beziehungsweise eine möglichst zeitnahe Qualifikation ist daher unabdingbar. Wir unterstützen regelmäßig das Erreichen der erforderlichen Qualifikation für Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte durch entsprechende Kurse. Im Jahr 2016 wird es zwei dieser Kurse an der Sächsischen Landesärztekammer geben, den ersten vom 26. bis 27. April 2016 und den zweiten vom 25. bis 26. Oktober 2016. Weiterführende Informationen dazu erhalten Sie bei unserem Referat Fortbildung, Frau Treuter, Tel.: 0351 8267 325, E-Mail: transfusionsmedizin@slaek.de.

Personelle Wechsel der bestellten Qualitätsbeauftragten Hämotherapie sind selbständig durch den Träger der Einrichtung an die Sächsische Landesärztekammer, Referat Qualitätssicherung, zu melden. Immer wieder stellt sich heraus, dass die Richtlinien oder Querschnittsleitlinien und Arbeits- und Dienstabweisungen dem Personal nicht in aktueller Version zugänglich sind. Auch hier hilft das Referat QS gerne und pragmatisch weiter.

Ein Klassiker ist auch die Frage, was unter „Bereitstellung hauseigener Listen über die Wahrscheinlichkeit von und den Bedarf an Transfusionen für planbare Standardoperationen/Prozeduren“ zu verstehen ist. Das Führen hauseigener Bedarfslisten über die Wahrscheinlichkeit von



© DRK-Blutspendedienst

und den Bedarf an Transfusionen für planbare „Standardoperationen/Prozeduren“ (bei einer Transfusionswahrscheinlichkeit von mindestens 10 %, zum Beispiel definiert durch hauseigene Daten) soll Engpässen vorbeugen, aber auch dazu beitragen, Überangebote zu verhindern. Der mögliche Blutverlust bei geplanten Standardoperationen soll ermittelt werden. Welche Operation in einer Einrichtung mit einem mehr als 10 %-igen Transfusionsrisiko einhergeht, lässt sich über das hausinterne Controlling klären.

Das Erkennen struktureller sowie organisations- und kommunikationsbedingter Verbesserungspotentiale birgt eine große Chance, die Arbeitsabläufe im Sinne der Patienten zu optimieren und wird von den Einrichtungen zunehmend auch als eine solche wahr- und angenommen. Allerdings gibt es teilweise hausgemachte Probleme bei der Erfüllung der Richtlinie, zum Beispiel wird der Stichtag zur Berichtslieferung allgemein als zu früh angesehen. Die

Sächsische Landesärztekammer hat daher den Vorschlag gemacht, in der Richtlinienovellierung als Stichtag den 1. Juni aufzunehmen. Die Überarbeitung auf Bundesebene wird voraussichtlich im Sommer abgeschlossen sein.

### **Richtlinie für die Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen**

Die alten Richtlinien der Bundesärztekammer für die periphere Blutstammzellspende, für Nabelschnurrestblut und für die unverwandte Spende wurden bereits vor zwei Jahrzehnten beschrieben. Deren aktuelle Überarbeitungen wurden in einer Richtlinie zusammengefasst und im August 2014 im deutschen Ärzteblatt bekannt gegeben. Betroffenen sind in Sachsen primär die beiden Universitätskliniken und das Klinikum Chemnitz, hier ergeben sich für die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zusätzliche Berichtspflichten. Diese finden sich in einer neu angefügten dritten Seite des Berichtsformulars.

Die drei Krankenhäuser wurden von uns entsprechend angeschrieben, die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie haben die hinzugekommenen Punkte überprüft und entsprechend berichtet, Mängel wurden dabei keine festgestellt.

Kliniken, die Nabelschnurvenenblut entnehmen, müssen bezüglich der Vorgaben aus der überarbeiteten Richtlinie ihre Nabelschnurvenenblutbank kontaktieren und klären, wie die einzelnen Prozesse festgelegt sind.

Weiterführende Informationen finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) im Bereich Qualitätssicherung – Qualitätssicherung Blut und Blutprodukte.

Anfragen und Anregungen bitten wir an Frau Kerstin Rändler, Sachbearbeiterin Qualitätssicherung, Tel. 0351 8267381, E-Mail: [quali@slaek.de](mailto:quali@slaek.de) zu richten.

Kerstin Rändler  
Dr. med. Patricia Klein  
Ärztlicher Geschäftsbereich

## **Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern**

### **Ärzte können ab sofort auch medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen bei der AkdÄ melden**

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) führt seit Anfang 2015 ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zur Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern durch. Mit dem Projekt wird unter anderem untersucht, ob die systematische Analyse von Medikationsfehlern zu einer verbesserten Sicherheit der Patienten beitragen kann. Geänderte europäische Regularien sehen vor, dass auch medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen in den nationalen Pharmakovigilanzsystemen dokumentiert werden sollen.

In Deutschland sind etwa drei Prozent der notfallmäßigen stationären Aufnahmen in internistische Abteilungen auf Nebenwirkungen zurückzuführen. Insgesamt etwa 0,6 % aller internistischen Notaufnahmen werden als vermeidbare Medikationsfehler eingeschätzt.

In dem Projekt sind Ärzte aufgerufen, medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen oder Beinahefehler zu

melden. Aus der systematischen Analyse der Fallberichte sollen Ansätze zur Vermeidung von Medikationsfehlern entwickelt werden. Die Sammlung von Fallberichten startete Anfang 2016.

Den Meldebogen finden Sie im Internet unter: [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Neue Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation

Das European Resuscitation Council (ERC) hat am 15. November 2015 die Aktualisierung der Reanimations-Leitlinien im Internet veröffentlicht. Auf der Internetseite des Deutschen Rates für Wiederbelebung ([www.grc-org.de](http://www.grc-org.de)) wurden zeitgleich die Vorabversionen der neuen Leitlinien und eine Kurzfassung in deutscher Sprache kostenlos zur Verfügung gestellt.

Im Wesentlichen wurden die Aussagen zur Reanimation von 2010 beibehalten. Der frühe Beginn der Herzdruckmassage, wenn möglich im Verhältnis von 30:2 kombiniert mit Beatmungen, und die Defibrillation auch durch Laien sind entscheidend für eine Verbesserung der Überlebensraten.

Es wird eine Kompressionstiefe von ungefähr 5 cm, aber nicht mehr als 6 cm und eine -frequenz von 100 bis 120 pro Minute empfohlen. Bei den Kompressionen sind auf eine vollständige Entlastung des Brustkorbs und auf eine Minimierung der Unterbrechungen zu achten. Da die Durchführung qualitativ guter Thoraxkompressionen über einen längeren Zeitraum ermüdend ist, soll die Person, die die Thoraxkompressionen durchführt, alle zwei Minuten ausgetauscht werden.

Wenn Helfer beatmen, sollen die Atemspenden eine Sekunde andauern und zu einer deutlich sichtbaren Hebung des Brustkorbs führen.



Erste-Hilfe-Seminar

© Depositphotos/kasto

Die Bedeutung der Interaktion zwischen dem Leitstellendisponenten und dem Notfallzeugen wird besonders betont. Disponenten sollen trainiert werden, die Notfallzeugen am Telefon zur Herzdruckmassage anzuleiten und den Einsatz von verfügbaren externen automatisierten Defibrillatoren (AED) zu veranlassen. Wenn die Defibrillation innerhalb von 3 bis 5 Minuten nach dem Kollaps erfolgt, können Überlebensraten von 50 bis 70 % erreicht werden. Wenn Kinder keine Lebenszeichen aufweisen oder nicht normal atmen (Schnappatmung) soll der Ablauf der Wiederbelebungsmaßnahmen für Erwachsene verwendet werden. Dabei soll die Tiefe der Thoraxkompressionen mindestens ein Drittel des Brustdurchmessers betragen. Noch geeigneter sind die Maßnahmen bei Kindern, wenn mit 5 Beatmungen begonnen wird. Ist ein Helfer allein, soll eine Minute reanimiert werden, bevor Hilfe geholt wird.

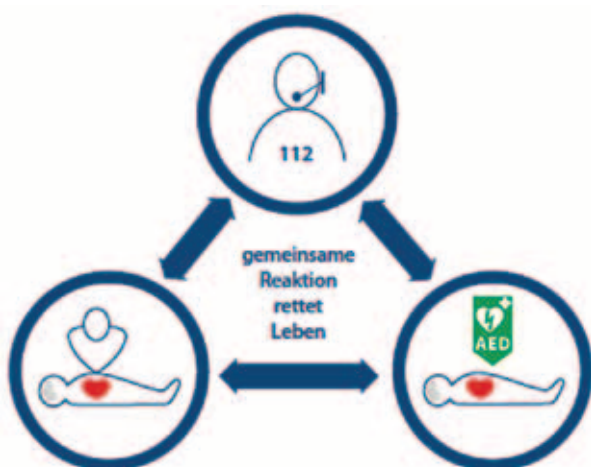
Medikamente und das erweiterte Atemwegsmanagement sind im Vergleich zur frühen Defibrillation und zu qualitativ hochwertigen, ununterbrochenen Thoraxkompressionen von sekundärer Bedeutung, sind aber noch Teil der Empfehlung im Kapitel „Erweiterte Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene“.

Es wird die Notwendigkeit innerklinischer Notfallteams betont, um bei sich verschlechternden Patienten durch frühe Interventionen den

Kreislaufstillstand zu vermeiden. Wie bereits in den letzten Leitlinien werden selbst haftende Defibrillations-Elektroden und Strategien zur Minimierung der Thoraxkompressionspausen empfohlen. Wenn der Beginn des Kreislaufstillstands mit Kammerflimmern/Kammertachykardie unter Monitorkontrolle beobachtet wird, kann die Abgabe von drei schnell hintereinander abgegebenen Schocks erwogen werden. Die Energieangaben der Hersteller sollen beachtet werden.

Die Intubation darf nicht zur Verzögerung der Defibrillation und zu Unterbrechung der Thoraxkompressionen führen. Obwohl die endotracheale Intubation die verlässlichste Atemwegssicherung ist, soll sie nur von im erweiterten Atemwegsmanagement erfahrenen Helfern durchgeführt werden. Supraglottische Atemwegshilfen (zum Beispiel der Larynx-tubus) sind eine akzeptable Alternative. Wenn der Patient intubiert ist, sollen die Thoraxkompressionen und die Beatmungen kontinuierlich fortgesetzt werden. Zur Überprüfung der Tubuslage, der Kontrolle der Qualität der Thoraxkompressionen sowie zur Erkennung eines sich wieder entwickelnden Spontankreislaufs ist die Kapnographie einzusetzen. Die Beatmungsfrequenz soll 10 pro Minute betragen.

Die Empfehlungen zur Medikamentengabe (Adrenalin und Amiodaron) haben sich nicht geändert.





Der Einsatz von mechanischen Reanimationsgeräten wird nicht routinemäßig empfohlen. Es werden potenziell reversible Ursachen (die bekannten 4 Hs und HITS), Kriterien für die Beendigung der Reanimation und die Maßnahmen der Post-Reanimationsnachsorge beschrieben.

In den weiteren Kapiteln werden die Reanimation unter bestimmten Umständen, das akute Koronarsyndrom und die Reanimation von Kindern und Neugeborenen behandelt. Außerdem werden die Ausbildung, die Ersthilfe und ethische Aspekte thematisiert.

## Projekt „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“

### Arbeitstreffen „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“ – eine Bilanz nach vier Jahren Projektlaufzeit

Seit fast vier Jahren unterstützt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz am Universitätsklinikum Dresden ein Projekt, um Kinderschutzgruppen im stationären medizinischen Bereich in Sachsen zu stärken.

Im Zuge dessen fand am 30. September 2015 in der Sächsischen Landesärztekammer ein Arbeitstreffen aller medizinischen Kinderschutzgruppen in Sachsen statt, mit dem Ziel, gemeinsam Resümee zu ziehen. Aus mittlerweile 27 bestehenden Kinderschutzgruppen an sächsischen Kliniken kamen beinahe 60 Teilnehmer zusammen, welche hauptsächlich aus der Berufsgruppe der Ärzte sowie aus Pflegekräften, SozialpädagogInnen, PsychologInnen und anderen Berufsgruppen bestanden. Dabei wurden die bisherigen Erfahrungen der im Kinderschutz tätigen Ärzte und weiterer Berufsgruppen

Das German Resuscitation Council bietet für das Personal des Rettungsdienstes, der Intensivstationen und der Notaufnahmen Reanimationskurse auf hohem Niveau in ganz Deutschland an. Das Interdisziplinäre Simulatorzentrum Medizin (ISIMED) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden hat sich hier als Kurszentrum etablieren können.

Für ärztliche Kollegen, die in ihrer täglichen Arbeit nicht mit Notfällen konfrontiert sind, bietet die Sächsische Landesärztekammer seit über 20 Jahren Reanimationskurse mit praktischen Übungen an. Diese

in Sachsen zusammengetragen. Die Projektleitung zog Bilanz und schaute dabei auf die Projektergebnisse beteiligter Kliniken. Neben vielen positiven Entwicklungen der letzten vier Jahre, wie einer deutlich verbesserten, fachlich standardisierten, interdisziplinären fallbezogenen Kinderschutzarbeit, wurden bestehende Probleme innerhalb der Diagnostik, Kommunikation und der institutionellen Zusammenarbeit diskutiert. Es wurden klar die Herausforderungen benannt, denen täglich in der Kinderschutzarbeit begegnet wird. Spezieller Fokus wurde dabei auf eine gelingende Kinderschutzarbeit an allen sächsischen Kliniken gelegt. Außerdem konnte bei der Betrachtung ausgewählter Fallverläufe die Bedeutung eines guten Qualitätsmanagements thematisiert und mögliche Perspektiven für den medizinischen Kinderschutz in Sachsen aufgezeigt werden. Es wurde festgehalten, dass es einer weiteren guten informativen und qualifizierenden Begleitung der medizinischen Kinderschutzgruppen bedarf beziehungsweise wurde die Notwendigkeit einer Koordination und stetigen fachlichen Begleitung in kontinuierlich enger Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe erkannt. Die Notwendigkeit einer Veranke-

Kurse sollen um ein Modul erweitert werden, um kritisch kranke Patienten zu erkennen, bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu behandeln und einen Herz-Kreislaufstillstand zu vermeiden.

Basiskenntnisse und -fertigkeiten in der Reanimation sollten für alle Ärzte eine Grundkompetenz darstellen!

Dr. med. Ralph Kipke,  
Brand- und Katastrophenschutzamt Dresden,  
Leiter Aus- und Fortbildung Rettungsdienst  
Prof. Dr. med. habil. Axel Heller,  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden, Klinik und Poliklinik für  
Anästhesiologie und Intensivtherapie

rung des Kinderschutzes in den rechtlichen Rahmenbedingungen der sächsischen Krankenhäuser wurde unterstrichen.

In Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer, dem Landesjugendamt Sachsen und dem Institut für Rechtsmedizin Dresden wurde eine Projektfortführung beantragt, welche speziell durch Konzeptentwicklung und Umsetzung auf dem Gebiet der Fort- und Weiterbildung bzw. der Einbindung des medizinischen Kinderschutzes in die regionalen Kinderschutzstrukturen einen Grundstein für die Schaffung verbindlicher Strukturen im medizinischen Kinderschutz legen soll.

Nähere Informationen zum Projekt erhalten Sie unter: <http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de> → Kindeswohlgefährdung.

Kontakt:  
Dr. rer. medic. Anja Zschieschang  
Psychologin  
Projektkoordination „Verstetigung des  
medizinischen Kinderschutzes in Sachsen“  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendmedizin  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Tel.: 0351 458 15925  
Fax.: 0351 458 885925  
E-Mail: [anja.zschieschang@uniklinikum-dresden.de](mailto:anja.zschieschang@uniklinikum-dresden.de)  
Projekthomepage:  
<http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de>

## Asylbewerber: Welche medizinischen Leistungen sind möglich?



© DRK Sachsen

Im vergangenen Jahr sind bis zum 30. November insgesamt 61.820 Flüchtlinge nach Sachsen gekommen. Die Anzahl der aufzunehmenden Flüchtlinge wird für jedes Bundesland entsprechend seiner Bevölkerungszahl und der Wirtschaftskraft bemessen. Neu Angekommene werden anfangs in Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) gebracht. Von dort werden sie auf die Landkreise und kreisfreien Städte verteilt und untergebracht, bis das Asylverfahren abgeschlossen ist.

Die EAE werden im Auftrag des Landes von verschiedenen Hilfsorganisationen betreut, zum Beispiel dem DRK oder den Johannitern. Sie sind als Unterbringungsmöglichkeit für die Zeit bis zur Registrierung und Erstuntersuchung gedacht. In dieser Erstuntersuchung, die durch Gesundheitsämter oder beauftragte Einrichtungen erfolgt, werden übertragbare Krankheiten ausgeschlossen oder eine entsprechende Behandlung eingeleitet. Es handelt sich hier nicht um eine orientierende allgemeine ärztliche Untersuchung, obwohl natürlich gravierende Nebenbefunde dokumentiert werden und auch hier eine Weiterleitung in die ambulante Versorgung erfolgt.

In den EAE gibt es so genannte „Medpoints“, die Bewohnern als erste Anlaufstelle für medizinische Probleme dienen. Das dortige Perso-

nal ist nach Möglichkeit medizinisch ausgebildet (Ersthelfer, Rettungssassistenten oder ähnliches). Häufig werden dort regelmäßige ärztliche Sprechstunden abgehalten, die durch ortsansässige Ärzte organisiert und durchgeführt werden. Diese derzeit oft ehrenamtliche Tätigkeit entlastet Praxen und Notaufnahmen in ganz erheblichem Maße, da Bagatell-erkrankungen vor Ort behandelt werden können und Routinekontrollen ohne großen logistischen Aufwand erfolgen. Niedergelassene können diese Behandlungen über die eigene Praxis nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) abrechnen, Kostenträger ist hier immer die Landesdirektion Chemnitz. Ein wesentlicher Vorteil ist, dass in den Einrichtungen häufig Dolmetscher (oder sprachgewandte Bewohner) zugegen sind. Die Sächsische Landesärztekammer versucht derzeit, für diese bisher teilweise ehrenamtlichen Sprechstunden ärztliche Honorarvereinbarungen zu erreichen.

In den Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung Flüchtlingssambulanzen eröffnet, in denen Asylsuchende aus EAE im Stadtgebiet ärztlich betreut werden. Gerade in den großen Städten macht eine konzentrierte Versorgung Sinn, denn der logistische Aufwand in der Versorgung ist erheblich. In den Flüchtlingspraxen kann den Herausforderungen der Erreichbarkeit und der sprachlichen Verständigung gezielt begegnet werden.

Die Dolmetschersituation oder der Umgang hiermit ist noch problematisch. Dolmetscher können auch von Ärzten bestellt werden. Dies sollte idealerweise vor der Behandlung geregelt sein. Die Einschaltung des Gemeindedolmetscherdienstes ist meist auf Grund von Überlastung ausgesprochen schwierig zu organisieren. Eine interessante Möglichkeit ist ein zurzeit kostenfreier Videodolmetscherservice der von Ärzten genutzt werden kann (<https://arztkonsultation.de/fluechtlinge-verstehen>). Die äußeren Gegebenheiten, Bedingungen und die praktische Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen,

Transportdiensten, Dolmetschern, Niedergelassenen sowie den Kliniken sind regional sehr verschieden. Es zeigt sich, dass lokal Netzwerke entstehen, die durch direkte persönliche Zusammenarbeit und bürgerschaftliches Engagement extrem viel bewegen und vieles möglich machen können. Die Krankenhäuser greifen zunehmend zu pragmatischen Lösungen, um intern und extern die Versorgung zu harmonisieren. Ein Beispiel dafür ist der Flüchtlingslotse der Universitätsklinik Dresden, der schon im Vorfeld hilft zu klären, ob es sich um ein nach AsylbLG zu versorgendes Krankheitsbild handelt. Die Sächsische Landesärztekammer hat eine Vielzahl von Unterstützungsinstrumenten auf ihrer Internetseite bereitgestellt. Das Angebot wird kontinuierlich erweitert. Eine ausführliche FAQ-Liste beantwortet viele Fragen, für die man sonst aufwändig recherchieren müsste.

Die medizinische Versorgung der Asylsuchenden ist im AsylbLG geregelt. Dieses ist für die behandelnden Ärzte in Hinsicht auf diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und deren Abrechenbarkeit wichtig. Da die Formulierungen im Gesetz selbst ausgesprochen schwammig sind, hat am 21. Dezember 2015 das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz eine Interpretationshilfe dieses Gesetzes vorgelegt. Gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Innenministerium und der Landesdirektion wurde eine lange Liste mit häufigen Versorgungssituationen aus der Praxis erstellt und es wurden Regelungen dafür festgelegt. Diese Liste erleichtert den Ärzten die Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes erheblich, da für häufige Fälle konkrete und verbindliche Absprachen getroffen sind. Die Landesdirektion als Kostenträger der Patienten aus EAEs ist an diese Interpretationshilfe gebunden, den Sozialämtern der Kreise und kreisfreien Städte wurde die Einhaltung der Regelungen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz dringend empfohlen.

Einige wichtige Punkte sind:

- Außer im Notfall muss immer ein Behandlungsschein vorliegen („Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach § 4 AsylbLG“).
- Ein Behandlungsschein ist nicht gleichzusetzen mit einer Kostenzusage. Wenn in der Interpretationshilfe von einer „Kostenzusage“ die Rede ist, ist immer eine schriftlich einzuholende Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers gemeint. Die Beantragung kann formlos erfolgen und setzt eine medizinische Begründung voraus.
- In konkreten Fällen, die keine Notfälle sind und für die sich in der Interpretationshilfe keine Regelung findet, muss immer eine Kostenzusage VOR der entsprechenden Diagnostik und Behandlung eingeholt werden.
- Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach

AsylbLG behandelt werden. Details regelt die Interpretationshilfe.

Es bleiben noch viele Probleme zu lösen, aber diese Interpretationshilfe wird die Versorgung vereinfachen und helfen, Bürokratie sowohl auf Seiten der Ärzteschaft, als auch bei der Landesdirektion und den Sozialämtern zu vermeiden. Sie wird kontinuierlich angepasst und erweitert, Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und konkrete Probleme bei der Anwendung der Interpretationshilfe können Sie per E-Mail an die Sächsische Landesärztekammer [koordination@slaek.de](mailto:koordination@slaek.de) schicken. Manche Probleme ließen sich schneller lösen, wenn die ärztlichen Kollegen unter den Flüchtlingen möglichst schnell dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünden. Abgesehen von den notwendigen Sprach- und Integrationskursen ist dabei derzeit die Approbationsbehörde das Nadelöhr. Hier besteht ein erheblicher personeller Engpass, der auf Grund von

Einstellungsstopps trotz erheblichem Mehraufwand zu einer akuten Dekompensation geführt hat. Die Sächsische Landesärztekammer setzt sich bei den zuständigen Ministerien schon seit Monaten für eine Aufstockung des Personals bei der Approbationsbehörde ein, denn nur eingearbeitetes und kompetentes Fachpersonal kann hier zu einer Entlastung führen.

„Im Grunde sind es immer die Verbindungen mit Menschen, die dem Leben seinen Wert geben.“ (Wilhelm von Humboldt). An dieser Stelle möchten wir uns bei allen, die in der Versorgung und der Organisation mitgeholfen haben, herzlich bedanken. Es sind wie immer in Krisen neue Verbindungen zwischen Menschen entstanden, die wichtig, bereichernd, herzlich und wunderbar sind. Danke dafür!

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Katrin Schönemann  
Ärztliche Koordinatorin der  
Flüchtlingsversorgung

## Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

§ 23 des Infektionsschutzgesetzes IfSG wurde zum 1. Januar 2016 geändert. Dabei wurden die Übergangsvorschriften für die Qualifikation des Fachpersonals zum Beispiel für den hygienebeauftragten Arzt von Ende 2016 auf Ende 2019 verlängert.

Dies gibt deutliche Entspannung für die Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern, Praxen und MVZ, die nun ausreichend Zeit haben, die entsprechenden Qualifikationen zu erwerben.

Die Sächsische Landesärztekammer hat gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) angeschrieben und hier konstruktive Vorschläge für eine realitätsnahe Umsetzung in den betroffenen Praxen gemacht. Wir werden berichten, wenn das SMS sich hierzu geäußert hat.

Der Auszug aus § 23 IfSG im Wortlaut (geänderte Passage fett):

(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizini-

sche Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über: [...]

3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten **einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften** zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Ärztliche Zwangsbehandlung und Überzeugungsversuch

Alexander Meyer\*

Die ärztliche Zwangsbehandlung stellt einen der schwerwiegendsten Eingriffe in die Integrität eines Menschen dar. An die Zulässigkeit einer solchen Maßnahme stellt daher der Gesetzgeber zu Recht sehr hohe Anforderungen. Hierzu zählt, dass der Patient von der Erforderlichkeit der ärztlichen Behandlungsmaßnahme überzeugt werden soll, damit er ihr doch noch zustimmt. Der zeitliche Verzug, mit dem der Überzeugungsversuch unter Umständen einhergeht, kann allerdings dazu führen, dass dem betroffenen Patienten die an sich objektiv gebotene Behandlungsmaßnahme zunächst verwehrt bleibt und sich dadurch sein Leiden verlängert oder gar verschlimmert. Es besteht dann die Gefahr, dass sich der der Wahrung der Menschenwürde dienende Versuch, den Patienten von der Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme zunächst zu überzeugen, in das Gegenteil ver-

kehrt. Denn bleibt der Versuch erfolglos, muss der Betreuer die Genehmigung des (Betreuungs-)Richters einholen. Dieser hat als unabhängige Instanz zu prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung tatsächlich vorliegen. Dies umfasst auch die Feststellung, ob ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Überzeugungsversuch stattgefunden hat. Dabei kann es zu unterschiedlichen Betrachtungsweisen zwischen behandelndem Arzt und Richter kommen. Letztlich wird sich zwar die Sicht des Richters durchsetzen; er ist berufen, eine rechtsverbindliche Entscheidung zu treffen. Dennoch ist es wichtig, dass sich Ärzte und Richter über die damit zusammenhängenden Probleme zum Wohl der Betroffenen austauschen – nicht nur im konkreten Einzelfall, sondern auch in einem darüber hinausgehenden Diskurs. Dem dient der vorliegende Beitrag.

### Die rechtlichen Rahmenbedingungen<sup>1</sup>

Die Diskussion setzt voraus, dass man sich zunächst den rechtlichen Rahmen verdeutlicht: Ärztliche Behandlungen gegen den freien Willen eines Menschen sind generell nicht zulässig, mag sich der Betroffene dadurch auch objektiv selbst schädigen. Ist die freie Willensbildung durch eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen, bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer (§ 1896 Absatz 1 und 1a BGB). Auch wenn dessen Aufgaben die Gesundheitsvorsorge umfassen, bedeutet die Bestellung nicht, dass damit eine Weigerung des Betroffenen, sich einer ärztlichen Maßnahme zu unterziehen, unbeachtlich wäre. Selbst dann, wenn der unter Betreuung Stehende aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der konkreten ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln, gleichwohl aber noch einen natürlichen Willen äußern kann, ist eine ärztliche Zwangsbehandlung gegen diesen Willen nur in den engen Grenzen

des § 1906 Absatz 3 BGB möglich. Voraussetzung ist demnach, dass

- die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen einer richterlich angeordneten Unterbringung<sup>2</sup> zum Wohl des Betreuten erforderlich ist,
- um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden für den Betroffenen abzuwenden,
- der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
- der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Auch bei Vorliegen dieser Voraussetzungen muss zudem stets versucht werden, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen (§ 1906 Absatz 3 Nummer 2 BGB).

Wer den Überzeugungsversuch unternehmen muss, was konkret darunter zu verstehen und welche Darlegungs- und Feststellungsanforderungen im gerichtlichen Verfahren bestehen, regelt das Gesetz nicht. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat allerdings deutlich gemacht, dass der Überzeugungsversuch keine bloße Formalie darstellt, sondern inhaltliche Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Einwilligung durch den Betreuer ist, dem mit Blick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entscheidende Bedeutung zukommt. Der Überzeugungsversuch muss daher

- ernsthaft,
- mit dem nötigen Zeitaufwand,
- ohne Ausübung unzulässigen Drucks und
- durch eine überzeugungsfähige und -bereite Person

unternommen worden sein. Dies muss das (Betreuungs-)Gericht in jedem Einzelfall feststellen. Die Feststellung muss Zeitpunkt, äußeren Rahmen, Beteiligte, Umfang und Inhalt des Überzeugungsversuchs umfassen, und sie muss in der Entscheidung des Betreuungsgerichts in nachprüfbarer Weise dargelegt sein (BGH, Beschluss vom 4. Juni 2014 – XII ZB 121/14; BGH, Beschluss vom 30. Juli 2014 – XII ZB 169/14 Rdnr. 15).

\* Der Autor ist Richter am Oberlandesgericht und leitet derzeit das unter anderem für Betreuungsrecht zuständige Referat im Sächsischen Staatsministerium der Justiz. Der Beitrag gibt seine private Auffassung wider.

<sup>1</sup> Der Beitrag beschränkt sich auf die Frage, inwieweit die Zwangsbehandlung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch zulässig ist. Zwangsbehandlungen, die im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach § 22 SächsPsychKG durchgeführt werden und die lediglich dem Schutz Dritter dienen, sind nicht Gegenstand des Beitrages. Auch hier muss allerdings versucht werden, die Zustimmung des Patienten zu erreichen (§ 22 Abs. 3 Nr. 2 SächsPsychKG).

<sup>2</sup> Diese Voraussetzung ist nicht unproblematisch, weil damit Betroffene, für die eine Unterbringung für die beabsichtigte Zwangsbehandlung an sich nicht erforderlich ist, weil sie sich dieser Maßnahme räumlich nicht entziehen werden, dennoch stationär untergebracht werden müssen. Der Bundesgerichtshof hält deshalb die gesetzliche Regelung nicht für verfassungsgemäß und hat diese Frage dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt (BGH, Beschluss vom 1. Juli 2015 – XII ZB 89/15).

## Die praktischen Probleme

Daraus resultieren praktische Probleme in der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten, den Betreuern und den Betreuungsrichtern. Das Vorliegen der vom Bundesgerichtshof aufgestellten Kriterien muss im Einzelfall der Betreuungsrichter feststellen. Dieser hat dabei allerdings einen Ermessensspielraum. Daher wird nicht nur der Grad der Anforderungen zwischen verschiedenen Betreuungsrichtern im Einzelfall differieren. Unterschiede ergeben sich auch in formaler Hinsicht: Während es Betreuungsrichter gibt, die auch ohne nähere Darlegungen zu Umfang und Inhalt des Überzeugungsversuches unmittelbar einen Anhörungstermin bestimmen und im Rahmen dessen den behandelnden Arzt zu den Einzelheiten befragen, treffen andere Richter eine schriftliche Zwischenverfügung, mit der sie den Betreuer auffordern, die Einzelheiten des Überzeugungsversuchs näher darzulegen. Letzteres kann allerdings zu einem zeitlichen Verzug der aus ärztlicher Sicht dringend erforderlichen Entscheidung führen. Manche Richter werden bei nicht hinreichender Darlegung zum Überzeugungsversuch sogar die beantragte Genehmigung ablehnen. Der Betreuer ist dann – mit weiterer Verzögerung – gezwungen den Antrag erneut zu stellen und die Darlegung der Einzelheiten eines (tatsächlich erfolgten) Überzeugungsversuches nachzuholen. Soweit das entscheidende Gericht die Umstände als hinreichend dargestellt, die Anforderungen an die vom Bundesgerichtshof aufgestellten Kriterien damit allerdings nicht als erfüllt ansieht, wird es entweder den Betreuer auffordern, diese unter Einbeziehung des behandelnden Arztes nachzuholen oder aber den Antrag unter Verweis auf einen nicht ausreichenden Überzeugungsversuch ablehnen. In beiden Fällen führt ein weiterer, den Vorstellungen des Gerichts entsprechender, Überzeugungsversuch zur Verzögerung der ärztlichen Behandlung – auch dann, wenn sie objektiv zum Wohl des Betroffenen dringend geboten sein sollte.

## Lösungsmöglichkeiten

Daran schließt sich die Frage an, wie Betreuer und Ärzte auf die unterschiedlichen Anforderungen und Handhabungen der Betreuungsgerichte reagieren können. Die Kenntnis der Praxis des jeweils zuständigen Betreuungsgerichtes kann hilfreich sein, wird sich aber gerade bei größeren Gerichten nur schwer oder überhaupt nicht feststellen lassen, weil sich eine einheitliche Übung angesichts der aktuellen Entscheidungen des Bundesgerichtshofs noch nicht herausgebildet haben wird. Auch wenn ein Antrag des Betreuers auf Genehmigung der Zwangsbehandlung nach dem Wortlaut des § 23 Absatz 1 des Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) lediglich begründet werden soll und in ihm die zur Begründung dienenden Tatsachen angegeben werden sollen, ist es ratsam, den Antrag immer so ausführlich wie möglich zu begründen. Dadurch können Rückfragen oder sogar eine Ablehnung und die damit einhergehenden Verzögerungen vermieden werden. In inhaltlicher Hinsicht sollte tatsächlich ein Überzeugungsversuch stattgefunden haben, der den durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs gestellten Anforderungen genügt. Soweit wegen eines dringenden Handlungsbedarfs weitergehende Überzeugungsversuche aus Sicht von Betreuer und Arzt nicht vertretbar erscheinen, sollte dies im Antrag ausführlich geschildert werden, um es so dem Richter zu ermöglichen, auf dieser Grundlage eine eigene Abwägung zu treffen.

Kann eine gerichtliche Entscheidung im Einzelfall nicht akzeptiert werden, dann sollte in geeigneten Fällen<sup>3</sup> auch die Möglichkeit eines Rechtsmittels in Betracht gezogen werden<sup>4</sup>. Der Richter wird auf ein Rechtsmittel gegen seine Entscheidung mit der gebotenen professionellen Distanz reagieren. Das heißt, er wird eine abweichende Entscheidung nicht nur für sich akzeptieren, sondern sein zukünftiges Handeln daran ausrichten; auch er hat ein Interesse daran, dass offene Fragen durch das

Beschwerdegericht geklärt werden. Dadurch kann erreicht werden, dass sich eine unter den Gerichten einheitliche Handhabung schneller herausbildet. Wünschenswert wäre es aber vor allem, dass Ärzte, Betreuer und Richter im Zuständigkeitsbereich „ihres“ Betreuungsgerichts ein Forum finden, in dem sie sich gemeinsam austauschen. Dies kann dazu beitragen, über den Einzelfall hinaus, jeweils Verständnis für die Position der anderen Profession zu entwickeln und so unterschiedliche Sichtweisen – im Interesse der betroffenen Patienten – einander anzunähern.

Alexander Meyer

## Ärztliche Zwangsbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie

In einer toleranten und offenen Gesellschaft wirkt die „Zwangsbehandlung“ wie ein gesellschaftlicher Fremdkörper. Diese Haltung teilen auch Ärzte und gerade Psychiater und Psychotherapeuten, die mit einem ihrer Standbeine diagnostisch und therapeutisch die soziale Wirklichkeit zu verkörpern haben. Gerade die Psychiatrie behandelt heute den Patienten, abgesehen von Ausnahmen, restriktionsfrei und in partizipativer Entscheidungsfindung. Die Frage nach dem freien Willen als Eingangstatbestand knüpft regelhaft an einer zumindest abstrakten oder anscheinend angenommenen Gefahr für den Patienten an. Dem Ideal entrisen fordert die Realität vom Arzt die Prüfung einer vorübergehenden

<sup>3</sup> Wegen der besonderen Eilbedürftigkeit mag es allerdings regelmäßig dem Wohl des Betroffenen eher entsprechen, wenn den Anforderungen des Betreuungsrichters Rechnung getragen wird, anstatt ein zeitaufwändiges Beschwerdeverfahren zu führen.

<sup>4</sup> Beschwerdebefugt sind allerdings nur diejenigen, die förmlich am betreuungsgerichtlichen Verfahren beteiligt worden sind. Dies ist in der Regel für den Arzt oder die Klinik nicht der Fall.

oder dauerhaften Störung der Geistestätigkeit oder des Bewusstseins beim Patienten. Unter dieser Annahme folgt dann erst die Einschätzung, ob dessen Wille nach seinen persönlichen Motiven und Neigungen abgebildet wird und ob entsprechend gehandelt werden kann. Dem edukativen Denken der Medizin folgt nun erst die Frage der rechtssicheren Behandlung.

Die Novellierung des Betreuungsrechts, aufgrund der parallelen Rahmensetzung des Sächsischen Unterbringungsrechts, verunsicherte nun die damit beschäftigten Ärzte. Die Bedeutung des Betreuungsverfahrens wurde im Laufe der Zeit von allen Beteiligten verstanden. Dabei wird vor allem der staatliche Zugriff auf die Freiheit und Unversehrtheit bei einem Betreuten geregelt und begrenzt. Im Nachgang schafft dies jedoch auch Grenzen für die behandelnden Ärzte. Dies steht einem paternalistischen Denken vieler Ärzte gegenüber und bedarf eines Gewöhnungsprozesses. Dazu kam ein neuer Begriff, der des „natürlichen Willens“. Dieser geht deutlich weiter als die freie Willensbestimmung. Diese gründet in einem vernünftigen und an der Realität reflektierenden Handeln. Weiterhin unterscheidet sie sich auch vom mutmaßlichen Willen, der von früheren Verhaltensdispositionen abgeleitet wird. Der Begriff beschreibt alle vom Betroffenen vermittelten Handlungsintentionen, Absichten, Wünsche und Wertungen, die seinem wohlverstandenen Interesse folgen. Damit kann man den „natürlichen“ Willen eher als Erweiterung des mutmaßlichen Willens betrachten. Darüber hinaus fordert die Selbstbestimmtheit des Menschen (Art. 2 Abs. 1 GG) auch, dass alle Diagnose- und Behandlungsmittel ins Verhältnis der tatsächlichen und erheblichen Gefahr für den Patienten zu setzen sind. Dieser Grundsatz entspricht dem ärztlichen „nihil nocere“, bei dem jeder Arzt jede Maßnahme zugunsten des mildesten der möglichen Mittel abwägen muss. Die Voraussetzungen für eine Aufklärung entsprechen den in Kliniken allgemein geforderten Standards (ernsthaft, ohne zeitlichen oder

anderen Druck und über eine überzeugungsfähige und -bereite Person). Damit vertritt das Betreuungsrecht mit der Hürde für ärztliche Zwangsmaßnahmen das Wohl des Patienten, den Schutz dessen vor Schaden und damit den Kern ärztlicher Ethik.

### Praktische Probleme aus ärztlicher Sicht

Nicht selten erreichen betreute Patienten wider Willen bei abstrakter, anscheinender und zeitlich naheliegender Gefahr an Wochenenden und Feiertagen notärztlich die Klinik. Zu diesem Zeitpunkt sind die Betreuer oft nicht erreichbar. Gefahreinschätzungen sind den meisten Ärzten fremd, so sie nicht über forensisch-psychiatrische Grundlagen verfügen. Gerade die Unterscheidungen von Scheingefahren (oft auf Hörensagen basierend), vom Verdacht oder einer tatsächlichen Gefahr überfordert oft die einweisenden und aufnehmenden Ärzte gleichermaßen. Im Rahmen der abzuwägenden Rechtsgüter kommt es auch zwischen den Ärzten nicht selten zu unterschiedlichen Auffassungen. Mit der Krankenhausaufnahme offenbaren sich die Diagnose und meist damit auch die rechtfertigende psychische Störung für die Betreuung. Auch wenn der Betreuer mit den Ärzten übereinstimmt und rechtzeitig den Unterbringungsantrag beantragt, verzögert sich dieser mit der Latenz der ärztlichen Stellungnahme. Für die Ärzte bedeutet eine Aufnahme vorrangig den Beginn der Therapie. Dies schreiben die Leistungsträger vor, da sich ohne Behandlung die Frage eines Pflegefalls und damit einer Fehlbelegung aufwirft. Die Diagnoseaufklärung und Besprechung einer Therapie folgen unmittelbar der Diagnostik. Anschließend wird der Therapieplan mit der notwendigen Aufklärung dem Patienten unterbreitet. Damit entsprechen die betreuungsrechtlichen Kriterien den Vorgaben ärztlichen Vorgehens. Dies wiederholt sich dann mit dem Betreuer. Dennoch sind die Anträge für die Unterbringung und die Behandlung formal und zeitlich getrennt zu verfassen. Bei formaler Korrektheit wider-

spricht dies dem linearen Ablauf ärztlicher Logik und erzeugt dort Unverständnis.

Wird dann die Behandlung zurückverwiesen, an der ausreichenden Überzeugungsarbeit gezweifelt oder ein unabhängiges Gutachten gefordert, so verzögert sich der Prozess auf das Neuerliche. Jede neuerliche Stellungnahme oder Gutachten verschleppt das Verfahren und damit eine sinnvolle Behandlung. Die Gefahr droht, dass es mit weiteren eingelegten Rechtsmitteln zu einem bereits am Anfang des Vorganges antizipierten Notfall kommt. Hier muss und wird dann auch gehandelt. Innerhalb des gesamten Vorganges stehen den Ärzten grundsätzlich keine Rechtsmittel zu, obgleich auch sie dadurch in schwierige Situationen geraten. Sie müssen den Druck eines drohenden Notfalles aushalten, obgleich dies gegen die Grundlagen ethisch-ärztlichen Handelns steht und gehen beim Zuwarten das Risiko ein, eine abwendbare Verschlechterung des Zustandes des Patienten zu riskieren. Dies begründet bei Ärzten ein neuerliches Unverständnis.

Ceterum censeo...: Damit kann auch aus der Sicht der Ärzte nur ein Weg der Verständigung und eine gegenseitiger Transparenz der eigenen Tätigkeit Nähe und Vertrauen schaffen. Eine weitere Überlegung sollte ein ärztlicher-psychiatrischer Dienst der Justiz (analog Landgerichtsärzte) sein, der verfügbar und unabhängig ist und Fragen der Behandlung rascher überprüfen kann.

Dr. med. Peter Grampp  
Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH  
09779 Hubertusburg

### Fortbildung am 27. April 2016 in der Sächsischen Landesärztekammer

„Aktuelle Probleme des Betreuungsrechts aus Sicht der ärztlichen und gerichtlichen Praxis“ (Dr. Kieß, VRIiLG Dresden)  
„Aktuelle Probleme des Betreuungsrechts in der Gesetzgebung“ (Herr Meyer/SMJ)

## Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt am **Dienstag, dem 1. März 2016, 15.00 Uhr**, zur Seniorenveranstaltung in den Carl Gustav Carus Saal der Sächsischen Landesärztekammer ein.

Christoph und Heidi Pötzsch werden uns mit ihrem brandneuen Vortrag „Kurioses, Merkwürdiges und Seltsames aus der sächsischen Geschichte, Teil 2“ erheitern.

Zur Veranstaltung findet die Anmeldung für unsere diesjährige Ausfahrt am 25. Mai 2016 nach Halle statt.

Im Anschluss freuen wir uns, Sie zum nachmittäglichen Imbiss in kollegialer Runde begrüßen zu dürfen.

Engagierte Kolleginnen und Kollegen sind zuvor mit ihren Ideen vielfach zur Ausschusssitzung um 14.00 Uhr eingeladen.

Seien Sie herzlich willkommen!

Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende der Kreisärztekammer  
Dresden (Stadt)

## Erster Kurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ nach neuem Curriculum

Die Sächsische Landesärztekammer veranstaltete vom 2. bis 6. November 2015 in Oberwiesenthal/Erzgebirge zum 13. Mal einen Kurs zur Erlangung der Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD). Damit gehört die Sächsische Landesärztekammer neben der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer Hamburg zu den einzigen Körperschaften, die regelmäßig in Deutschland diese Qualifikation anbieten. In diesem Jahr wurde erstmalig der nach dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer organisierte 40-Stundenkurs für 16 leitende Notfallmediziner aus ganz Deutschland in der höchstgelegenen Stadt Deutschlands realisiert. Der Kurs beinhaltet überwiegend organisatorische und strukturelle Probleme des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes und die Stellung des Ärztlichen Leiters in der Verwaltung. Die Referenten der Vorträge kamen überwiegend aus Sachsen und Thüringen. Den nächsten ÄLRD-Kurs veranstaltet die Sächsische Landesärztekammer vom 7. bis 11. November 2016 am gleichen Tagungsort, der sich für die notfallmedizinischen Kurse unserer Körperschaft seit 1993 bewährt hat.

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Kursleiter



Kursteilnehmer des ÄLRD-Kurses 2015 der Sächsischen Landesärztekammer

Anzeige

**Sächsische Landesärztekammer**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
**Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**

---

25 Jahre Kreisärztekammer Dresden

Fest auf Schloss Albrechtsberg  
am 7. Mai 2016

mit der Reinhard Stockmann Band und  
ärztlich-künstlerischen Höhepunkten

Ballkarte „Kronensaalebene“  
für Mitglieder KÄK 80 € / Nichtmitglieder 100 €

Ballkarte „Gartensaalebene“  
für Mitglieder KÄK 65 € / Nichtmitglieder 85 €

**Anmeldung:** Kreisärztekammer Dresden (Stadt)  
 Sekretariat: Frau Riedel  
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
 Tel. 0351 8267-134 • Fax 0351 8267-132  
 Telefonische Anmeldung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr  
 E-Mail: [info@kreisaeztekammer-dresden.de](mailto:info@kreisaeztekammer-dresden.de)  
[www.kreisaeztekammer-dresden.de](http://www.kreisaeztekammer-dresden.de)

## MFA: Ausbildungsinhalte außerhalb der Ausbildungsstätte

### Absicherung und Haftung – Das sollten Sie wissen!



© SLÄK

#### 1. Grundsätzlich gilt:

Jeder ausbildende Arzt ist verpflichtet, der Auszubildenden die berufliche Handlungsfähigkeit zu vermitteln, die zum Erreichen des Ausbildungsziels erforderlich ist. Kann diese in der Praxis nicht ausreichend vermittelt werden, muss er dafür Sorge tragen, dass die berufliche Handlungsfähigkeit außerbetrieblich innerhalb der Ausbildungszeit vermittelt wird (§ 14 Abs. 1 Nr. 1 BBiG). Dies ist unabdingbare Voraussetzung für die Feststellung der Eignung der Ausbildungsstätte und der Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse bei der Sächsischen Landesärztekammer.

#### 2. Rechtliche Umsetzung/vertragliche Pflichten:

Können nicht alle Ausbildungsinhalte umfassend vom Ausbildungsbetrieb vermittelt werden, sodass eine außerbetriebliche Praxis involviert werden muss, wird eine Zusatzvereinbarung zum Berufsausbildungsvertrag zwischen dem Ausbilder, der Auszubildenden und der außerbetrieblichen Praxis geschlossen, in der Dauer der „Abordnung“ sowie die außerbetrieblich zu vermittelnden Ausbildungsinhalte explizit definiert werden. Diese sogenannte „Auf-

tragsausbildung“ beruht auf einem Dienstvertrag im Sinne von § 611 BGB. Die außerbetriebliche Praxis verpflichtet sich gegenüber dem Ausbildenden, die Auszubildende für bestimmte Ausbildungsabschnitte zu übernehmen und je nach vertraglicher Vereinbarung bestimmte vertragliche Pflichten aus dem Ausbildungsvertrag für den Ausbildenden zu erfüllen. Der Ausbilder behält in der Regel die Gesamtverantwortung für die Ausbildung, das heißt er bleibt Ausbildungsstätte im Sinne des Berufsbildungsgesetzes, und zahlt etwa die Auszubildendenvergütung bzw. bleibt die Auszubildende über den Ausbilder gesetzlich unfallversichert.

#### 3. Haftung:

Fügen Auszubildende in Ausübung Ihrer Tätigkeit einem Dritten einen Schaden zu, kommen verschiedene Konstellationen für die Haftung in Betracht. Der Inhaber der außerbetrieblichen Praxis würde unter Umständen gegenüber einem Patienten im Schadensfall aus dem Behandlungsvertrag haften, da die Auszubildenden als Erfüllungsgehilfen fungieren und deren Verschulden dem Arzt zugerechnet wird. Denkbar ist auch eine eigene Pflichtverletzung aufgrund Organisationsverschuldens. Sofern keine andere vertragliche Regelung getroffen wird, haftet der „Stammausbilder“ während der außerbetrieblichen Ausbildung nur sofern ihm ein eigenes Verschulden zum Vorwurf gemacht werden kann, in Betracht kommt insoweit bei minderjährigen Auszubildenden eine Aufsichtspflichtverletzung. Auch die Auszubildenden selbst könnten – wie jeder sonstige Arbeitnehmer – für Vorsatz und Fahrlässigkeit haften, wobei an ihre Sorgfaltspflichten in der Regel geringere Anforderungen zu stellen sind. Bei betrieblich veranlasster Tätigkeit richtet sich ihre Haftung entsprechend den Grundsätzen des sogenannten innerbetrieblichen Schadensausgleichs nach dem Grad des Verschuldens. So haften die Auszubildenden bei leichter Fahrlässigkeit

nicht, bei mittlerer Fahrlässigkeit anteilig und voll bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz. (Sofern auf das Ausbildungsverhältnis der Tarifvertrag öffentlicher Dienst Anwendung findet, gibt es eine weitere Haftungserleichterung, nach der Auszubildende nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit belangt werden können.) Generell gilt, dass die Auszubildenden nur für Schäden einstehen müssen, die sie bei Anwendung des in der Ausbildung bereits Erlernten und unter Berücksichtigung der erworbenen Erfahrung und der Einsichtsfähigkeit in mögliche Gefahren vermeiden konnten. Da die Haftungsbeschränkungen nicht gegenüber Geschädigten, sondern immer nur im Innenverhältnis zum Arbeitgeber/Ausbilder wirken, haben die Auszubildenden im Übrigen gegen den Ausbilder einen Freistellungsanspruch bzw. die Ausbilder einen Regressanspruch (sofern der Schaden gegenüber dem Geschädigten bereits vollständig beglichen ist). Den Ausbildenden trifft eine gegenüber normalen Arbeitnehmern erhöhte Verpflichtung zur Einweisung und Beaufsichtigung. In diesem Zusammenhang sei auf die gemeinsame Empfehlung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung (delegationsfähige Leistungen) verwiesen. Dies betrifft auch den zeitweisen Ausbilder in der außerbetrieblichen Praxis. Regelmäßig sind die Auszubildenden über die Berufshaftpflichtversicherung des „Stammausbilders“ gegen Personen- und gegebenenfalls Sachschäden Dritter mit abgesichert, sicherheitshalber sollte jedoch immer eine Vorabklärung mit der Versicherung auch im Hinblick auf die außerbetriebliche Ausbildungszeit erfolgen. Letztendlich ist die Haftung ein sehr komplexes Thema und es kommt immer auf den Einzelfall und etwaig vertraglich vereinbarte Regelungen an.

Ass. jur. Annette Burkhardt,  
Assistentin des Hauptgeschäftsführers  
Ass. jur. Claudia Hauswald M.Mel,  
Rechtsreferentin



## Wovor wir fliehen und wo wir Heimat suchen

### Lesung und Gespräch mit Catalin Dorian Florescu

In der Reihe „Diagnosen – Literatur und Medizin“ liest der aus Rumänien stammende und in Zürich lebende Autor Catalin Dorian Florescu aus seinem neuen Roman „Der Mann, der das Glück bringt“ (2016) und anderen Texten und spricht mit der Leiterin des Forschungsbereichs Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie an der Berliner Charité, Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, über die Flucht ins Unbekannte, seelische und körperliche Beschädigungen und Geschichten als Bekenntnis zum Leben.

Was ist die beste Therapie für eine gelungene Integration in einer neuen Heimat? Inwiefern kann das Schreiben helfen, Gewalt, Terror, Hunger



Catalin Dorian Florescu  
© LeseFad MV, 2012

und Not zu verarbeiten? In den Romanen von Catalin D. Florescu, der selbst als Neunjähriger mit seinem Vater zum ersten Mal über die Balkanroute, lange bevor sie so hieß, aus Rumänien floh, sind Flucht und Migration eine thematische Konstante. In großen epischen Panoramen, die zwischen Europa und dem amerikanischen Kontinent spielen und vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart reichen, lässt er Figuren

entstehen, die allen Widrigkeiten zum Trotz die Fähigkeit besitzen, zu überleben, um das Glück zu suchen. Florescu, geb. 1967 in Timisoara, studierte Psychologie und Psychopathologie und arbeitete bis 2001 in einem Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige in der Schweiz. Für seine Werke, darunter „Zaira“ und „Jakob beschließt zu lieben“ wurde er mehrfach ausgezeichnet. 2008 war er Dresdner Stadtschreiber. Lesung und Gespräch in der Reihe „Diagnosen. Literatur und Medizin“ in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden. Moderation: Michael Ernst, Literatur- und Musikkritiker, Dresden.

**22. März , 19.00 Uhr**  
**Diagnosen – Literatur und Medizin**  
**Deutsches Hygiene-Museum Dresden**  
**Lingnerplatz 1, 01069 Dresden**

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Goldenes Doktorjubiläum

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch im Jahr 2016 soll dies wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen.

Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50

Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin 030 450576018/-016/-058.

Manuela Hirche  
Promotionsbüro  
Augustenburger Platz 1,  
13353 Berlin

E-Mail: manuela.hirche@charite.de  
<http://promotion.charite.de>  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Bitte nach Auswahl der 10-km-Strecke auf den Anmelde-Button „Ärzte-meisterschaft“ klicken.

Über eine zahlreiche Teilnahme würde ich mich im Namen des Sächsischen Sportärztesbundes freuen.

Dr. med. Axel Klein  
Vorsitzender Sächsischer Sportärztesbund e.V.

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Konzert – Festsaal

Sonntag, 6. März 2016  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
„Saitenspiele“

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V., Leitung: Gabriele Bäß. Lunchbuffet „Der Frühling lässt grüßen“ Für das Lunchbuffet ist Reservierung erforderlich.

#### Ausstellungen im Foyer

Katrin Feist  
Vom satten Geld der Farbmarmarkierung – Malerei  
bis 24. April 2016

Katharina Lewonig  
Hinkeln – Malerei und Zeichnung  
28. April 2016 bis 10. Juli 2016  
Vernissage:  
Donnerstag, 28. April 2016, 19.30 Uhr

## Citylauf Dresden

Am 20. März 2016 findet im Rahmen des 26. Internationalen Karstadt-City-Laufes Dresden die nächste Sächsische Ärztemeisterschaft im 10-km-Lauf statt.

Die Anmeldung ist nur online unter <http://citylauf-dresden.de> möglich.

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

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

**sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kv.sachsen.de](http://www.kv.sachsen.de)) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.** Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/C003	Allgemeinmedizin*)	Glauchau	11.03.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/C004	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/ZB Akupunktur	Chemnitzer Land	11.03.2016
16/C005	Psychologische Psychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Mittweida	24.02.2016
16/C006	Psychologische Psychotherapie/ Verhaltenstherapie	Zwickau	11.03.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/C007	Innere Medizin/SP Nephrologie, Dialyse (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Zwickau	24.02.2016
16/C008	Innere Medizin/SP Nephrologie, Dialyse (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Zwickau	24.02.2016

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 Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/L003	Innere Medizin*)	Markkleeberg	11.03.2016
16/L004	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	24.02.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/L005	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	24.02.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/L006	Anästhesiologie	Westsachsen	24.02.2016

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

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/D004	Allgemeinmedizin*)	Radeberg	11.03.2016
16/D005	Allgemeinmedizin*)	Radeberg	11.03.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/D006	Nervenheilkunde/Psychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häufiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.02.2016
16/D007	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	11.03.2016
16/D008	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	11.03.2016
16/D009	Orthopädie und Unfallchirurgie (häufiger Vertragsarztsitz in einem MVZ)	Dresden, Stadt	24.02.2016
16/D010	Ärztliche Psychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Dresden, Stadt	11.03.2016
16/D011	Psychologische Psychotherapie/ Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.02.2016
16/D012	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.03.2016
16/D013	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Meißen	24.02.2016
16/D014	Psychologische Psychotherapie/ Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	24.02.2016

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

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

**Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe: zum 01.10.2016
Innere Medizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 2017/2018
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
Augenheilkunde	Annaberg	geplante Abgabe: Ende 2016/Anfang 2017

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

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Niesky (in Kodersdorf)	Abgabe: 01.04.2016
Innere Medizin*)	Riesa (in Riesa)	Abgabe: 01.07.2017

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

# Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege

## Beitrag der Wissenschaft zur Qualitätssicherung

G. Meyer<sup>1\*</sup>, R. Möhler<sup>1,2</sup>, S. Köpke<sup>3</sup>,  
für die IMPRINT Arbeitsgruppe\*\*

### Zusammenfassung

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) in Pflegeheimen in Deutschland werden laut 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nicht mehr so häufig angewendet wie vor einigen Jahren. Dennoch sind Praxisvariationen belegt und von einer Pflege ohne bzw. weitgehend ohne FEM kann nicht die Rede sein. Grund genug, die wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherung in diesem Bereich weiter zu forcieren. Der vorliegende Beitrag berichtet über die gesetzlichen Voraussetzungen und die Gründe der Anwendung von FEM sowie über die systematische Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Vermeidung von FEM. Dieses hat sich in einer großen kontrollierten Studie als wirksam und sicher erwiesen und wird derzeit in drei Regionen Deutschland implementiert.

Der im Januar 2015 erschienene 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS legt nahe, dass Bewohner von Pflegeheimen weniger als in den vergangenen Jahren mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) wie Bettgittern und Gurten versehen werden. Waren im 3. Pflege-Qualitätsbericht, der über den Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010 berichtet bei 20 %

der geprüften Personen FEM dokumentiert worden, so waren es im 4. Bericht nur 12,5 % (MDS, 2015). Zwar lässt der Pflege-Qualitätsbericht des MDS keine Aussage über Unterschiede zwischen Pflegeheimen oder Regionen zu, auch werden die Zahlen nur als Mittelwerte ohne Maße zur Abschätzung von statistischer Unsicherheit angegeben, doch kann von einer Abnahme von FEM in deutschen Pflegeheimen ausgegangen werden. Dies dürfte das Ergebnis langjähriger wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit dem Thema an mehreren Standorten in Deutschland sein, der Entwicklung und Praxiseinführung von Programmen zur Vermeidung von FEM sowie öffentlichkeitswirksamer Kampagnen und juristischer Initiativen.

Aus einer eigenen Erhebung mit ca. 2.400 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen haben wir im Jahr 2009 über 26,2 % (Cluster-adjustiertes 95 % Konfidenzintervall (KI) 21,3 – 31,1 %) mit mindestens einer FEM an einem Stichtag berichtet. Bettgitter waren dabei die häufigste FEM. Gurte, feste Steckische und andere Maßnahmen wurden nur bei jeweils 2 – 3 % der Bewohnerinnen und Bewohner beobachtet. Nach 12 Monaten war bei ca. 40 % mindestens einmal eine FEM angewandt worden. Bei jedem zehnten Bewohner wurden mindestens einmal in zwölf Monaten ein Gurt und/oder ein Steckisch eingesetzt. Dabei waren die Unterschiede zwischen den 30 Einrichtungen groß. In dem Heim mit der geringsten FEM-Rate waren < 5 % am Stichtag mit einer FEM versehen, in dem Heim mit der häufigsten Anwendung waren es hingegen ca. 60 %. Für die Ursache der Unterschiede konnte in einer Regressionsanalyse keine Erklärung gefunden werden. Weder die Anzahl der pflegebedürftigen oder kognitiv eingeschränkten Bewohner noch die Personalausstattung oder andere mögliche Einflussgrößen konnten die gezeigten Unterschiede erklären (Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B.; et al., 2009). Die im 4. Pflege-Qualitätsbericht dokumentierte Häufigkeit von FEM

weist zwar auf einen erfreulichen Trend hin, dennoch besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Reduktion von Praxisvariation und somit zur Verbesserung der Pflegepraxis hinsichtlich FEM.

### Definition und rechtliche Voraussetzung von FEM

FEM sind Hilfsmittel oder umgebungsbedingte Faktoren, die eine Person daran hindern, sich an einen Ort ihrer Wahl zu bewegen oder ungehindert Zugang zum eigenen Körper zu haben. Wird eine Person daran gehindert, sich frei zu bewegen, aufzustehen oder umherzulaufen, ist dies ein Eingriff in die nach Grundgesetz und Menschenrecht garantierte Freiheit. Warum FEM angewendet werden ist dabei unwichtig. FEM sind ein ernsthafter Eingriff in die Autonomie und Integrität einer pflegebedürftigen Person. Die Anwendung von FEM ist hierzulande eindeutig gesetzlich geregelt. Die juristische Genehmigung einer FEM wird in Pflegeheimen inzwischen nahezu regelhaft eingeholt (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012) – ein Umstand, der jedoch nichts über ihre ethische und pflegefachliche Angemessenheit aussagt. In der häuslichen Pflege gelten etwas andere Voraussetzungen. Über die Häufigkeit von FEM ist hier wenig bekannt (Borgloh, B.; Karner, S., 2011), ebenso wie über die Häufigkeit und Genehmigungspraxis von FEM im Krankenhaus (Krüger, C.; Mayer, H.; Haastert, B.; et al., 2013). Prinzipiell lassen sich „körpernahe“ von „körperfernen“ FEM unterscheiden. Körpernahe FEM sind beispielsweise beidseitig angebrachte Bettgitter oder ein einseitiges Bettgitter, wenn die andere Bettseite an der Wand steht. Fixiergurte im Bett oder Stuhl, die nicht durch die betroffene Person geöffnet werden können, feste Steckische am Stuhl oder Rollstuhl, aber auch der Rollstuhl, der so hingestellt wird, dass die betroffene Person nicht aufstehen kann, sind körpernahe FEM. Körperferne FEM nehmen indirekt auf die Bewegungsfreiheit einer Person Einfluss. Dazu gehören zum Beispiel abgeschlossene Zimmer- oder Wohnungstüren.

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

<sup>2</sup> Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

<sup>3</sup> Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege

\*\* Zur IMPRINT-Arbeitsgruppe gehören außerdem: Jens Abraham (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Ramona Kupfer (Universität Hamburg & Universität zu Lübeck), Denise Wilfing (Universität zu Lübeck)

Medikamente mit ruhigstellender Wirkung werden oftmals als „chemische Fixierung“ bezeichnet. Antipsychotika, Tranquilizer und andere psychotrope Medikamente können Personen an selbstbestimmter Fortbewegung hindern und sie antriebslos und schläfrig machen. Wenn solche Medikamente zum Zwecke des Freiheitsentzugs verordnet werden, bedürften auch sie einer richterlichen Genehmigung. Da psychotrop wirkende Medikamente jedoch nicht mit dieser Indikation verordnet werden, ist es schwer, sie als Fixierung zu identifizieren. In Österreich hat sich eine gesetzliche Meldepflicht für chemische FEM als fraglich umsetzbar erwiesen (Mann, E.; Meyer, G., 2008).

Das Grundgesetz Deutschlands schützt in Artikel 2 die persönliche Freiheit eines jeden Menschen. FEM sind untersagt, da sie gegen dieses Grundrecht verstoßen. Nur bei besonders schwerwiegenden Gründen sieht der Gesetzgeber eine Ausnahme vor. So muss eine konkrete und erhebliche Gefahr für die Gesundheit bestehen. FEM sind auch dann nur erlaubt, wenn diese Gefahr nicht durch andere, weniger eingreifende Mittel abgewendet werden kann. Die Sorge vor einem möglichen Sturz oder einer Verletzung reicht als Begründung nicht aus.

Liegt ein solcher Ausnahmefall vor, muss in Pflegeheimen und im Betreuten Wohnen ein Betreuungsrichter die FEM genehmigen. Der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte muss dazu beim Betreuungsgericht einen Antrag auf Genehmigung der speziellen FEM stellen. In einem Gespräch vor Ort entscheidet dann der Betreuungsrichter, ob und wie lange die Anwendung der Maßnahme genehmigt werden kann. Auch ein Verfahrenspfleger kann in das Verfahren einbezogen werden. Eine genehmigte FEM muss allerdings keinesfalls immer angewendet werden. Dem Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten ist dann zwar erlaubt, die FEM anzuordnen, bei jedem Einsatz gilt es aber, deren Notwendigkeit und Angemessenheit erneut zu überprüfen. Pflegekräfte

oder Ärztinnen und Ärzte dürfen FEM nicht anordnen. Im Krankenhaus und in der häuslichen Umgebung gelten prinzipiell dieselben gesetzlichen Grundlagen. Auch hier sind FEM nur in Ausnahmefällen gestattet. Ob eine solche Maßnahme überhaupt notwendig ist, muss aber auch hier sorgfältig überlegt werden. Der Einsatz von FEM bleibt eine Verletzung der Freiheit einer Person und ist damit grundsätzlich verboten.

### Juristische Initiative „Werdenfelser Weg“

Neben wissenschaftlichen Projekten zur Vermeidung von FEM, gab es in den letzten Jahren insbesondere den sogenannten „Werdenfelser Weg“, der FEM in der Altenpflege zu einem öffentlichen Thema gemacht hat. Die Initiative war ursprünglich in Garmisch-Partenkirchen (im „Werdenfelser Land“) entstanden und wird seither zunehmend von anderen Betreuungsgerichten aufgegriffen. Ziel ist es, FEM zu vermeiden, indem ein geschulter Verfahrenspfleger das Genehmigungsverfahren unterstützt. Dieser erstellt eine fachliche Einschätzung zur Notwendigkeit und zu möglichen Alternativen von FEM für den Richter, ist für die Pflegeeinrichtung und den Betreuer ansprechbar und ist den Rechten und Bedürfnissen des Bewohners bzw. der Bewohnerin verpflichtet. Idealerweise werden so ein richterlicher Beschluss und die Anwendung von FEM vermieden.

Die Wirksamkeit des Werdenfelser Weges ist nicht durch belastbare Zahlen belegt, auch wenn dieses gerne in den Medien anders dargestellt wird ([www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-justizminister-zu-viele-fixierungen-in-heimen-aid-1.4637720](http://www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-justizminister-zu-viele-fixierungen-in-heimen-aid-1.4637720)). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass diese Initiative zum Rückgang der Anwendung von FEM beigetragen hat.

### Warum werden FEM angewendet?

Als Gründe für FEM werden in wissenschaftlichen Erhebungen mehrheitlich die Sicherheit der Bewohner, vor allem der Schutz vor Stürzen und Verletzungen genannt sowie Unruhe



Fixierung eines Patienten

© Depositphotos / sudok1

und scheinbar zielloses Umherlaufen. Auch Angehörige wünschen oftmals den Einsatz von FEM (Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; et al., 2009). Andererseits sind FEM für Pflegende überwiegend negativ konnotiert und können ein berufsbedingtes moralisches Dilemma bedingen. Pflegende versuchen dieses Dilemma durch die Interpretation von FEM als normale Pflegehandlung zu entschärfen (Möhler, R.; Meyer, G., 2014). Sehr wahrscheinlich können jedoch Stürze durch FEM nicht wirksam vermieden werden. Wahrscheinlicher ist sogar, dass die längerfristige Anwendung von FEM zu mehr Stürzen und Verletzungen führt. FEM verhindern Bewegung und beeinflussen dadurch Gleichgewicht und Muskelkraft negativ. FEM werden jedoch nicht durchgehend angewendet und in Phasen ohne FEM haben Betroffene dann ein eher höheres Verletzungsrisiko.

Der Verzicht auf FEM führt nicht zu einer Zunahme von Stürzen und Verletzungen, wie kontrollierte Studien zeigen (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). Voraussetzung ist natürlich, eine sichere Umgebung zu schaffen und sichere Mobilität zu ermöglichen. FEM sind mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Neben Bewegungsunfähigkeit sind dies insbesondere Gelenkversteifungen und Verletzungen schweren Ausmaßes, zum Beispiel durch einen Sturz beim Überwinden eines Bettgitters. Auch Assoziationen mit Dekubitus, zunehmender Blasen-schwäche, Stress und aggressiven Verhaltensweisen sind in der Litera-

tur beschrieben (Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; et al., 2009). Nicht sachgerecht angebrachte FEM führen regelmäßig zu schweren Verletzungen, auch mit Todesfolge (Berzlanovich, A.M.; Schöpfer, J.; Keil, W., 2012).

### Altenpflege ohne FEM ist geboten und möglich

Eine eigene systematische Übersichtsarbeit, die für die Cochrane Library erstellt wurde (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012), schließt sechs Cluster-randomisierte kontrollierte Studien ein. Diese hatten die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention und Reduktion von FEM bei älteren langzeitpflegebedürftigen Personen untersucht (Evans, L.K.; Strumpf, N.E.; Allen-Taylor, S.L.; et al., 1997; Testad, I.; Aasland, A.; Aasland, D., 2005; Testad, I.; Ballard, C.; Brønnick, K.M et al., 2010; Huizing, A.; Hamers, J.P.; Gulpers, M.; et al., 2009; Pellfolk, T.; Gustafson, Y.; Bucht, G.; et al., 2010; Koczy, P.; Becker, C.; Rapp, K.; et al., 2011). Alle Studien benutzten Schulungsprogramme, die sich an Pflegenden richten. In zwei Studien wurden außerdem noch Konsultationen angeboten, in zwei weiteren Anleitungen sowie in einer weiteren

Studie – der in Deutschland durchgeführten ReduFix Studie – freier Zugang zu Hilfsmitteln. Fünf Studien hatte Pflegeheimbewohner untersucht, eine Studie Bewohner von Wohngruppen.

Die methodische Qualität der Studien war überwiegend limitiert und ihre Ergebnisse fielen inkonsistent aus. Die Schlussfolgerung der systematischen Übersichtsarbeit hinterfragt die Wirksamkeit der edukativen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von FEM in der Altenpflege (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012). Ferner bleibt unklar, welche Komponenten ein Schulungsprogramm optimaler Weise beinhalten soll.

Auch für die vielerorts empfohlenen technischen Lösungen als Alternative zu FEM wie Hüftprotektoren, Niederflurbetten und Sensormatten kann weder in dem Review noch in einer evidenzbasierten Leitlinie (Köpke, S.; Meyer, G.; Haut, A.; et al., 2008) ein Wirksamkeitsnachweis abgeleitet werden. Es ist unklar, ob eine Ausstattung der Pflegeheime und Bewohner mit zusätzlichen Hilfsmitteln zu einer relevanten Reduktion von FEM führt.

In diesem Review noch nicht berücksichtigt ist unsere danach publizierte

Cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012) zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Leitlinien-basierten Intervention zur Reduktion von FEM in Pflegeheimen in Hamburg und Witten (Nordrhein-Westfalen). Es konnten nur Pflegeheime teilnehmen, die bestätigten, bei mindestens 20 % ihrer Bewohner FEM anzuwenden. Per Zufallsverfahren wurden 18 Pflegeheime einer Interventionsgruppe und 18 Heime einer Kontrollgruppe zugeteilt. Knapp 4.500 Bewohner waren in die Studie eingeschlossen. In der Interventionsgruppe wurden alle Pflegenden anhand der wissenschaftsbasierten Leitlinie geschult (1,5 Stunden). Zudem wurden spezielle FEM-Beauftragte trainiert (sechs Stunden). Informationsbroschüren für Bewohner, Angehörige, gesetzliche Betreuer und Pflegenden sowie die 290-seitige Leitlinie und Identität stiftendes Material wie Poster, Kaffeebecher und Stifte mit dem mit Schmetterlingen illustrierten Projektlogo „Mehr Freiheit wagen“ wurden bereitgestellt. Die Einrichtungsleitungen der Heime der Interventionsgruppe versicherten mit einer Deklaration, sich für die Reduktion von FEM einzusetzen. Die Kontroll-

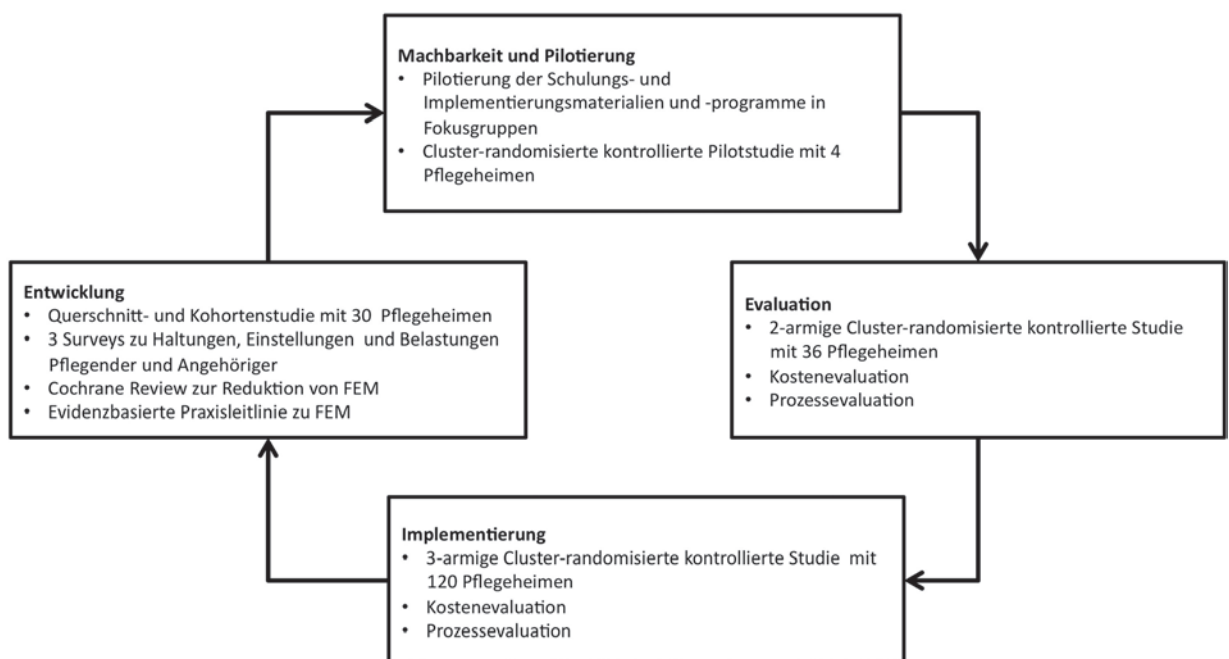


Abb. 1: Methodische Schritte und Studien im Gesamtvorhaben zur Reduktion von FEM in Pflegeheimen. Grafik gemäß UKMRC Framework, <http://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/>

gruppe hingegen erhielt nur eine kurze schriftliche und mündliche Information über FEM (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). Die Beobachtungszeit betrug sechs Monate. Zu Beginn sowie nach jeweils drei und sechs Monaten wurde durch externe Beobachtung dokumentiert, wie viele FEM zur Anwendung kamen. In der Interventionsgruppe ging die Zahl der FEM nach sechs Monaten von 31,5 % auf 22,6 % zurück. In der Kontrollgruppe blieb sie nahezu unverändert mit 30,6 % zu Beginn und 29,1 % nach sechs Monaten. Der Cluster-adjustierte mittlere Gruppenunterschied betrug nach sechs Monaten 6,5 % (95 % KI, 0,6 – 12,4; Cluster-adjustierte Odds Ratio, 0,71; 95 % KI, 0,52 – 0,97;  $p$  0.03).

In der Interventionsgruppe wurden alle Arten von FEM reduziert, also Bettgitter, Gurte und feste Steckische am Stuhl. Im Vergleich mit den Pflegeheimen der Kontrollgruppe zeigte sich, dass es keine negativen Auswirkungen gab. So kam es weder zu einer Zunahme von Stürzen oder sturzbedingten Verletzungen noch zu einer vermehrten Verordnung von Psychopharmaka (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012).

### Rückblick und Ausblick

Unsere Arbeitsgruppe hat das Thema FEM in der Altenpflege über viele Jahre grundständig wissenschaftlich aufgearbeitet und ein Programm zur Verringerung von FEM entwickelt und evaluiert. Das Programm ist eine sogenannte komplexe Intervention, die dem Rahmenmodell des britischen General Medical Councils zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig, P.; Dieppe, P.; Macintyre, S.; et al., 2008) folgt. Die Abbildung 1 zeigt die methodischen Schritte und Studien unseres in mehreren Einzelprojekten vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Gesamtvorhabens.

Wir haben zunächst die oben erwähnte epidemiologische Studie (Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B.; et al., 2009) durchgeführt zur Bestimmung der Häufigkeit und Bedingungsfaktoren der Anwendung von FEM und der FEM-Arten (Gurte, Tische am geriatrischen Stuhl, beidseitige Bettgitter etc.) sowie Surveys zur Exploration von Haltungen, Einstellungen und Meinungen Pflegenden und Angehöriger gegenüber FEM (Hamers, J.P.H.; Meyer, G.; Köpke, S.; et al., 2009; Haut, A.; Kolbe, N.; Strupeit, S.; et al., 2010). Es folgte als weitere notwendige Voraussetzung zur Modellierung der Intervention die Anfertigung einer systematischen Übersichtsarbeit (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2011; Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012) zur Identifikation wirksamer Interventionskomponenten. In einem nächsten Schritt wurde eine evidenzbasierte Leitlinie samt Implementierungshilfen entwickelt (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). In der folgenden explorativen Phase wurden die Schulungs- und Implementierungsmaterialien und -programme in Fokusgruppen mit Pflegenden und Bewohnervertretern auf ihre Verständlichkeit und Machbarkeit untersucht. Zur Prüfung der Machbarkeit und Akzeptanz der Interventionsstudie und der Erhebungsinstrumente erfolgte eine Pilotphase mit vier randomisiert zugeteilten Einrichtungen (Haut, A.; Köpke, S.; Gerlach, A.; et al., 2009). Es schloss sich die Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit 36 Pflegeheimen und ca. 4.500 Bewohnerinnen und Bewohnern an. Auf der Prozessevaluationsebene wurden die Schulungen in den Einrichtungen der Interventionsgruppe ( $n = 58$ ) mit Pflegenden ( $n = 569$ ) anhand einer Erhebung zu Wissen und Selbstwirksamkeit evaluiert. Die FEM-Beauftragten wurden am Ende der Studie nach sechs Monaten interviewt, um Barrieren und begünstigende Faktoren sowie das

Ausmaß der Implementierung und Nachhaltigkeit zu explorieren. Da die Intervention klinisch wirksam und sicher zu einer Reduktion von FEM geführt hat (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012), wurden zum Zwecke der Dissemination die Einrichtungen der Kontrollgruppe im Anschluss an die Studie geschult und angeleitet sowie die Leitlinie samt aller Implementierungsmaterialien kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt (<http://www.leitlinie-fem.de>). Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Implementierungsstudie befindet sich derzeit in Durchführung (Abraham, J.; Möhler, R.; Henkel, A.; et al., 2015). Hier wird die als wirksam überprüfte Intervention mit einer weniger intensiven Intervention und optimierter Standardversorgung verglichen. 120 Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen mit allen Bewohnerinnen und Bewohnern nehmen teil. Die Ergebnisse werden Anfang 2017 vorliegen. Mit unseren wissenschaftlichen Projekten zu FEM in der Altenpflege dürfen wir behaupten, einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in Deutschland erbracht zu haben, mit dem Ziel, an die Pflege und Versorgung im Pflegeheimen den internationalen Kenntnisstand heranzutragen, Haltungen und Einstellungen zum Thema FEM zu verändern und gute Pflegepraxis ohne FEM zu implementieren. Übergeordnetes Ziel ist hierbei das Wohl, das heißt die Integrität, Würde und Sicherheit pflegebedürftiger Personen in deutschen Pflegeheimen.

Literatur beim Verfasser

\*Korrespondierende Autorin:  
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer,  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,  
Medizinische Fakultät, Institut für  
Gesundheits- und Pflegewissenschaft,  
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale),  
Tel.: 0345 557-4498, Fax: 0345 557-4471,  
E-Mail: Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de

## Der leitende Krankenhausarzt: Sündenbock oder Wertschöpfer?

Unter großer Resonanz fand bereits am 19. September 2015 der 4. VLK-Bundeskongress des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte e. V. (VLK) in Berlin statt, auf dem über die Zukunft der deutschen Krankenhausversorgung diskutiert wurde. Vor dem Hintergrund der politischen Debatte um die aktuelle Krankenhausreform entwickelten sich mit den Gästen aus Politik und gesundheitspolitischer Selbstverwaltung lebhaft Diskussionen über die zielführenden Wege zu einer Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. VLK-Präsident Prof. Dr. Hans-Fred Weiser betonte die grundlegende Bedeutung der zuge-spitzt formulierten Kongressthema-tik: „Wir beobachten zunehmend und mit großer Sorge, dass die leitenden Krankenhausärzte zwischen den Mühlsteinen der politischen Rahmensetzungen auf der einen und der wirtschaftlichen Erfordernisse auf der anderen Seite zerrieben werden. Bei der immer wieder von Politikern propagierten Qualitätsoffensive findet sich zum allgemein anerkannten Investitionsdefizit bei der Krankenhausfinanzierung kein Wort in dieser so genannten Reform“, so Prof. Weisers Analyse. Ziel des Kongresses sei es, die Diskussion auf die eigentliche ärztliche Tätigkeit zu lenken und den Arzt wieder als zentrale Profession im Versorgungsgeschehen zu etablieren. Es steht jedoch völlig außer Frage, dass nur der Arzt im Krankenhaus Wertschöpfungsprozesse in Gang setzt. Den Krankenhausärzten falle daher eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, medizinische und wirtschaftliche Verantwortung zur Deckung zu bringen. Dr. Francesco De Meo, Vorsitzender der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken Gruppe und Mitglied des Vorstandes der Fresenius SE & Co. KGaA, ging auf die fundamentalen Veränderungen im Krankenhaus seit Einführung der DRG's ein. Dieser



Über die Zukunft der Krankenhausversorgung sprachen die Gäste des VLK-Bundeskongress

© VLK-Bundesverband

Kulturwandel, wie ihn Dr. De Meo bezeichnete, hat zu erheblichen Rollen- und Statusveränderungen der Mitarbeiter im Krankenhaus geführt. Mauern, zwischen Ärzten und Ökonomen seien dem Wertschöpfungsprozess im Krankenhaus ausgesprochen hinderlich. Er plädierte für mehr Evidenz und Transparenz im Gesundheitswesen. Für die zukünftige Entwicklung wird der Wettbewerb um Nachwuchs im Krankenhaus, sowohl im ärztlichen wie auch im Pflegebereich, immer relevanter.

Johannes Wolff, Referatsleiter Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband, polemisierte, dass die Fallzahlsteigerung in den Krankenhäusern einer Spezialisierung dieser entgegenwirke. Wir brauchen, so Wolff, strukturelle Veränderungen, damit es wieder zu einer Spezialisierung und Konzentrierung medizinischer Leistungen im Kliniksektor komme. Dies sei aufgrund der wirtschaftlichen Situation vieler Häuser unbedingt erforderlich. Auffällig sei ein deutliches Ost-/Westgefälle. Über 90 % der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern seien wirtschaftlich gesund gegenüber nur 50 % der Krankenhäuser in Baden-Württemberg.

Der Ursache der wirtschaftlichen Schiefelage vieler Krankenhäuser in den alten Bundesländern widersprach Diplom-Volkswirt Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Men-

genausweitung in den Krankenhäusern sei größtenteils durch demographische Veränderungen bedingt. Diese ergebe sich aus der medizinischen Notwendigkeit und nicht aufgrund der veränderten Vergütungsstruktur durch das DRG-System. Ohne eine den veränderten Bedingungen angepasste Finanzierung des Krankenhausesektors sei auch die wirtschaftlich angespannte Situation vieler Krankenhäuser nicht zu bewältigen.

Verliehen wurde im Rahmen des Kongresses auch der VLK-Zukunftspreis, mit dem in diesem Jahr Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, geehrt wurde. „Herr Dr. Düllings ist uns als VKD-Präsident nicht nur wichtiger Ansprechpartner für unsere Bemühungen, die Arbeitssituation der Krankenhausärzte zu verbessern. Unsere zahlreichen Gespräche haben auch gezeigt, dass er sowohl die medizinische als auch die wirtschaftliche Bedeutung der leitenden Krankenhausärzte verinnerlicht hat. Er ist damit nicht Widersacher sondern äußerst hilfreicher Partner, wenn es darum geht, der Politik unsere Erwartungen an eine zukunfts- und patientenorientierte Gestaltung der Krankenhauslandschaft klar zu machen,“ so VLK-Präsident Hans-Fred Weiser in seiner Laudatio.

Nach der Mittagspause folgte der Themenblock: „Was ist prioritär: Arzt oder Betriebswirt?“ Die beiden dazugehörigen Impulsreferate hielten Dr. Düllings und der Vizepräsident des



VLK, PD Dr. Weber. Dr. Düllings wies auf die – durch die fortschreitende Spezialisierung – zunehmende Anzahl der Chefärzte bei gleichzeitig rückläufiger Anzahl der Kliniken hin. Dabei wünsche der Gesetzgeber offenbar weder eine Erweiterung der medizinischen Angebote noch ein größeres Marketing; der Begriff „lean hospital“ gewinne zunehmend an Bedeutung! Dr. Weber meinte, die Prioritätsfrage sei unentschieden; es ginge letztlich um eine bestmögliche Patientenbehandlung. Daher sollten Arzt und Betriebswirt ihr „Ego“ zurücksetzen lernen, im Dissonanz getroffene Entscheidungen akzeptieren und sich als Partner verstehen: „Der Chefarzt sollte nicht nur über Medizin und der Geschäftsführer nicht nur über Geld reden!“ Im nächsten Themenblock: „Was bedeutet erfolgreiches Führen?“ hielt Prof. Dr. Christian Schmidt, der Vorstandsvorsitzende der Universitätsmedizin Rostock einen sehr inhaltvollen und ebenso humorvoll-kurzweiligen Vortrag über die Problematik des Führens in Zeiten des demografischen Wandels, der Generation „Y“ und des Spagats zwischen Teilzeitproblematik und Weiterbildungsaufgaben. Dies stellte er unter den Untertitel: „Lucis Erwartungen an den Job im Krankenhaus“ und riet dabei der virtuellen jungen Ärztin „Luci“: Bleib ehrgeizig und zeige dass Du etwas werden willst – denn Du kannst etwas Besonderes werden. Großen Wert legte er dabei

auf eine konsequente Unterstützung der jungen Kollegen bei der klinischen Arbeit, auf horizontale Karrierepfade und Delegation von Führungsaufgaben.

Sein Namensvetter und Co-Referent Anton J. Schmidt, der unter anderem seit 40 Jahren in verschiedenen Konzernen in der Deutschen Gesundheitswirtschaft tätig ist und zahlreiche Ehrenämter im Gesundheitsbereich bekleidet, betonte, dass erfolgreiches Führen sich besonders in persönlicher Kommunikation und Wertschätzung äußert. Führung und Management seien zwei Seiten der gleichen Medaille; Voraussetzungen für eine gute Führungsqualität seien Integrität, Intelligenz und emotionale Reife. Es müsse Interesse für jeden einzelnen Mitarbeiter entwickelt werden; Entscheidungen sollten deutlich und nachvollziehbar kommuniziert werden.

Das folgende Referat von Klaus Niedermeier, dem Leiter des Investment Research der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, befasste sich unter anderem mit den aktuellen Entwicklungen der Kapitalmärkte, der O-Zins-Politik und der aktuellen Wachstumsschwäche der Industrieländer. Er gab allgemein gehaltene, aber nützliche und gut fundierte Anregungen zur Kapitalanlage und wies auf eine möglichst gründliche Analyse der künftigen weltweiten Kapitalentwicklung hin.

Den Abschluss des Nachmittags bildete das völlig frei gehaltene und sich auf die gerade zuvor gehaltenen Vorträge beziehende Referat des geradezu genialen „undogmatische Dozenten“, Komikers und Kabarettisten Dr. Marc Oliver Tissot, der sich selbst als „empirischen Gelotologen“ bezeichnet. Scharfzüngig stellte er unter anderem die Frage, warum der diesjährige Zukunftspreis des VLK ausgerechnet an den „Feind“ vergeben worden sei, der daraufhin meinte, „er habe doch gar nichts getan!“

„Dann tun Sie doch endlich etwas!“ wäre die passende Antwort gewesen...! Alle Referate wurden kommentiert und es folgte eine Pointe auf die andere. Abschließend meinte er: „Assistenzärzte und Oberärzte sagen: wenn ich mal oben bin, mache ichs ganz anders – aber wenn sie mal oben sind, sagen sie: Ich mache nichts anders!“

Das Schlusswort sprach Prof. Weiser und entließ die Kongressteilnehmer mit einer Einladung für das kommende Jahr.

Insgesamt war der wieder sehr gut besuchte 4. Bundeskongress des VLK ein wichtiges und interessantes Forum, um auch durchaus gegensätzliche Ansichten zu den Schwerpunkten der derzeitigen Krankenhauspolitik und zu den künftigen Entwicklungen gemeinsam zwischen leitenden Ärzten, Krankenhausgeschäftsführern und politischen Vertretern zu diskutieren und das gegenseitige Verständnis für die unterschiedlichen Standpunkte und Probleme zu fördern. Es ging also nicht darum, einen „Sündenbock“ ausfindig zu machen, sondern eine echte Kooperation zwischen Medizin und Ökonomie zu verbessern bzw. zu schaffen. Dies mag zwar in manchen Bereichen noch einen langen Weg bedeuten; Veranstaltungen wie diese mit entsprechend kompetenten Referenten sind jedoch dabei sehr hilfreich.



4. VLK-Bundeskongress Berlin

© VLK-Bundesverband

Dr. med. Frank Lange,  
Hufelandklinikum, 99974 Mühlhausen  
Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch,  
Muldentalkliniken, 04668 Grimma

## Nachruf für Dr. med. Heinz Langer

\* 27.8.1933 + 12.6.2015

Am 12. Juni 2015 erlag Dr. Heinz Langer im 82. Lebensjahr einem schweren Leiden. Mit ihm verlieren wir einen begeisterten Arzt, der mit fundiertem Wissen und Verständnis für anatomisch-physiologische Zusammenhänge des myofaszialen und ossalen Bewegungsapparates vielen Kranken helfen konnte.

Als leidenschaftlicher Internist versuchte er solange wie möglich seine Patienten konservativ, überwiegend physiotherapeutisch orientiert, zu behandeln, ehe er sich für ein chirurgisches Vorgehen entschied.

Mit vorsichtigen, gekonnten manuellen Verfahren einschließlich im Mutterland China gelernter und ständig vervollkommener Akupunktur ersparte er vielen Betroffenen langzeitige, nebenwirkungsbelastete und teure medikamentöse Therapien oder konnte diese zumindest deutlich einschränken.

Ständige Fortbildung und kritische Einschätzung bei seinen pathophysiologisch orientierten Behandlungen ermöglichten es ihm, sein Wissen und Können an aufgeschlossene Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben, auch an Kollegen in der Medizinischen Fakultät. Es ist sicher nicht übertrieben, dabei von einer „Langer-Schule“ in Dresden zu sprechen. Als seine zweite Lebensrichtung, die für ihn und andere wichtig war, muss seine malerisch-künstlerische



und musikalische Begabung genannt werden. Schöne, ausdrucksstarke Aquarelle, Graphiken und Holzschnitte stammen von seiner Hand, wurden auf Ausstellungen gezeigt und hängen in mancher ärztlichen Einrichtung.

Er war einer der bekannten drei malenden Dresdner Ärzte: Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel, Dr. med. Erich Thomas und Heinz Langer.

Auch als Schiffsarzt und Moped-Weltreisender ist Dr. Heinz Langer vielen älteren Kollegen bekannt. Erwähnt werden muss auch die Liebe zum Erzgebirge, seiner Heimat, und zur Schnitzkunst.

Als Ärztlicher Direktor im Krankenhaus Dresden-Neustadt von 1973 bis 1982 war es ihm wichtig, nicht nur zu verwalten, sondern in einer eigenen Abteilung Kontakt zum Kranken zu haben.

Seine überzeugte Einstellung zu einem humanen Sozialismus vertrat

Thema: Die Glaukome: Diagnostik, Therapie und Neuroprotektion  
Verleihungsbeschluss

Habilitation: 14.07.2015

Privatdozent: 09.09.2015

**Dr. med. Dr. rer. medic. Dr. rer. biol. hum. Andreas Oberbach, M.P.H.,** Abteilung für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig, Universitätsklinik Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Chirurgie zuerkannt.

er immer ohne Andersdenkende, besonders christlich orientierte Kolleginnen und Kollegen, zu benachteiligen.

Von 1982 bis 1991 war er gesundheitsbedingt und um der Patientenbetreuung willen Chefarzt in der Neustädter Teilklinik auf dem Weißen Hirsch, dabei als Subspezialist für Rheumatologie besonders intensiv mit der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen befasst.

Von 1991 bis 2004 arbeitete er in eigener Niederlassung, behandelte dabei viele Patienten erfolgreich mit gezielter manueller Therapie und Akupunktur. Dabei war ihm besonders die Dresdner Künstlerwelt zu großem Dank verpflichtet und schätzte ihn sehr.

Auch im Ruhestand betreute er bis fast zum Lebensende auf dringende Bitten Freunde, Kollegen, Künstler.

Als Albert-Schweitzer-Freund hat er auch graphisch das AS-Komitee bereichert.

Dr. Heinz Langer hinterlässt ärztlich und künstlerisch eine große Lücke.

Dr. med. Hermann Queißer, Dresden  
Dr. med. Eberhard Wihsigott, Dresden

## Verstorbene Kammermitglieder

### Nachmeldung

8. 11. 2015

Dr. med. Fouad Chaaban, Leipzig

Thema: Proteom-Analysen komplexer Erkrankungen in der experimentellen Chirurgie: Beiträge zur translationalen Adipositasforschung  
Verleihungsbeschluss: 14.07.2015

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kerstin Hill,** Rudolf Boehm, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universität Leipzig wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Pharmakologie und Toxikologie zuerkannt.

## Abgeschlossene Habilitationen

**Medizinische Fakultät der  
Universität Leipzig –  
III. Quartal**

**Priv.-Doz. Dr. med.**

**Jan Darius Unterlauff,**

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Augenheilkunde zuerkannt.

Thema: Biological function and pharmacological modulation of transient receptor potential (TRP) ion channels TRPM2, TRPA1, and TRPC5  
Habilitation: 09.09.2015  
Privatdozent: 17.11.2015

**Dr. med. Chirojit Mukherjee, MBBS, M.D.,**

Abteilung für Anästhesiologie und Schmerztherapie, HELIOS Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anästhesiologie und Intensivmedizin zuerkannt.

Thema: Transcatheter and minimal invasive mitral valve surgery (MIMVS): Current implications, perioperative surgical and anesthetic considerations and imaging modalities to avert complications, with special emphasis on transcatheter aortic valve replacement (TAVR)  
Verleihungsbeschluss: 09.09.2015

**Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – III. Quartal**

**Priv.-Doz. Dr. med. Emanuel Severus,**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum der TU Dresden.  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Psychiatrie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Optimale Lithiumspiegel in der Langzeitbehandlung Bipolarer Erkrankungen“  
Verleihungsbeschluss: 19.08.2015

**Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Ebner,** Medizinische Klinik und Kardiologie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Kardiologie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Determinanten einer erfolgreichen ischämischen und pharmakologischen Postkonditionierung – am Beispiel von in vitro und in situ Modellen“  
Verleihungsbeschluss: 30.09.2015

**Priv.-Doz. Dr. med.**

**Georg. F. Weber,**

Klinik und Poliklinik für Viszeral, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt.  
Thema der Habilitationsschrift: „Cellular and systemic immune-regulation in postoperative sepsis and pulmonary inflammation“  
Verleihungsbeschluss: 30.09.2015

**Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Zastrow,**

Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum der TU Dresden  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Urologie“ erteilt.  
Thema der Habilitationsschrift: „Einfluss histopathologischer Parameter und molekularer Marker auf Prognose und Therapie des Nierenzellkarzinoms“  
Verleihungsbeschluss: 30.09.2015

**Zwickauer Ärzteball**

**19. März 2016**

**Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“ Zwickau**

**Vorfreude auf die Jubiläumsausgabe – die Ärzteschaft feiert zum 10. Mal beim Zwickauer Ärzteball**

Nun ist es tatsächlich eine Tradition geworden, dass sich die Ärzteschaft der Stadt Zwickau einmal jährlich zu Tanz, Gespräch und Gedankenaustausch trifft. Zum 10. Jubiläum am 19. März 2016 erwarten die Organisatoren, die Kreisärztekammer Zwickau, die Medizinische Gesellschaft Zwickau und die Veranstaltungsagentur Krauß Event, wieder mehr als 400 Ballgäste. Bei der diesjährigen Ballnacht, welche geprägt ist vom festlichen Ambiente und geselligen Beisammensein, wird wiederum ein

eigenes für den Anlass arrangiertes Programm inszeniert. Erlesene Gaumenfreuden und ausgesuchte Tanzmusik von der ballerprobten Reinhard-Stockmann-Band, runden diesen ereignisreichen Event ab.

Weitere Höhepunkte des Abends werden die schon traditionelle Verleihung des „Heinrich-Braun-Förderpreises“ und eine Wohltätigkeits-tombola sein. Die Erlöse der Tombola kommen dem Nachwuchs Radsportteam „Wolfgang Lötzsch“ vom ESV Lok Zwickau und dem Verein Kinder in Zwickau zu Gute.

Kartenwünsche richten Sie bitte an Krauß Event GmbH – Tel.: 0375 88300000 oder per E-Mail an info@kraussevent.de

Die Ballkarte kostet 95,00 EUR und beinhaltet den Sektempfang, Dinner-Buffer und gute Unterhaltung.



© Kristin Schmidt

## Unsere Jubilare im März 2016 – wir gratulieren!

<b>60 Jahre</b>					
01.03.	Dipl.-Med. Graf, Carla 04451 Panitzsch	20.03.	Dipl.-Med. Fichtner, Eva 09366 Stollberg	07.03.	Dr. med. Henke, Roswitha 04207 Leipzig
02.03.	Auer, Rosemarie 02828 Görlitz	20.03.	Dr. med. Horlbeck, Richard 04229 Leipzig	08.03.	Dr. med. Güttler, Brigitte 08309 Eibenstock
02.03.	Dr. med. Hable, Kersti 04579 Espenhain	21.03.	Dipl.-Med. Michaelsen, Stefan 01309 Dresden	08.03.	Dr. med. Kellermann, Jutta 08523 Plauen
02.03.	Dr. med. Schramek, Jörg 04319 Leipzig	22.03.	Dr. med. Hasse, Erdmute 01279 Dresden	08.03.	Dr. med. Maßlich, Hubert 01731 Kreischa
03.03.	Dipl.-Med. Lenz, Marina 09350 Lichtenstein	22.03.	Dr. med. Pluta, Lutz 04416 Markkleeberg	08.03.	Dr. med. Schöne, Rosemarie 04435 Schkeuditz
04.03.	Dr. med. Dette, Thomas 08233 Treuen	24.03.	Dipl.-Med. Lippmann, Romy 09244 Lichtenau	09.03.	Dr. med. Heinze, Marlies 04821 Brandis
04.03.	Dipl.-Med. Schiddel, Sabine 04720 Lüttewitz	24.03.	Dr. med. Martin, Martina 04668 Grimma	09.03.	Dr. med. Wiesner, Gabriele 04779 Wermsdorf
08.03.	Dipl.-Med. Kanis, Johannes 08321 Zschorlau	24.03.	Dipl.-Med. Weißig-Liebscher, Eva 01814 Rathmannsdorf	12.03.	Dr. med. Horn, Ute 04109 Leipzig
09.03.	Dr. med. Goerlich, Thomas 04275 Leipzig	25.03.	Dr. med. Hildebrand- Hartmann, Christina 04416 Markkleeberg	13.03.	Dr. med. Heiland, Gernot 08412 Werdau / OT Leubnitz
09.03.	Dr. med. Hänig, Gudrun 01445 Radebeul	27.03.	Dipl.-Med. Seiniger, Gabriele 08064 Zwickau	13.03.	Dipl.-Med. Lieberwirth, Margit 08529 Plauen
09.03.	Dipl.-Med. Kotrini, Larissa 09127 Chemnitz	28.03.	Dipl.-Med. Kuntz, Christoph 09212 Limbach-Oberfrohna	13.03.	Lorer, Kaleria 08523 Plauen
10.03.	Dr. med. Herrmann, Carla 09487 Schlettau	28.03.	Dipl.-Med. Markert, Christine 09123 Chemnitz	14.03.	Dipl.-Med. Kuhnt, Elisabeth 01069 Dresden
10.03.	Dr. med. Mehner, Thomas 09306 Wechselburg	28.03.	Dr. med. Martin, Anita 04109 Leipzig	15.03.	Prof. Dr. med. habil. Sternitzky, Reinhardt 01328 Dresden
12.03.	Dipl.-Med. Arzberger, Heike 01662 Meißen	28.03.	Dr. med. Rahmig, Gabriele 09471 Königswalde	23.03.	Dr. med. Lorenz, Thomas 08261 Schöneck
12.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kruse, Hans-Joachim 09114 Chemnitz	28.03.	Dr. phil. nat. Siegert, Joachim 01099 Dresden	23.03.	Dr. med. Voerkel, Wolfgang 04416 Markkleeberg
13.03.	Dr. med. Friedrich, Angelika 04109 Leipzig	28.03.	Dr. med. Brunner, Hannelore 04207 Leipzig	24.03.	Dr. med. Riecke, Jörg-Michael 01796 Pirna
13.03.	Prof. Dr. med. habil. Kortmann, Rolf-Dieter 04155 Leipzig	29.03.	Dipl.-Med. Gerth, Christina 04680 Colditz	24.03.	Walther, Friedrun 09350 Lichtenstein
14.03.	Dipl.-Med. Matthes, Angelika 04356 Leipzig	30.03.	Dr. med. Ronneberger, Konrad 04509 Delitzsch	27.03.	Dr. med. habil. Knöfler, Wolfram 04435 Schkeuditz
15.03.	Dipl.-Med. Gutzke, Cordula 01844 Neustadt / Sa.	31.03.	Dr. med. Nesztler, Elke 09526 Olbernhau	27.03.	Meyer, Ulrike 09618 Brand-Erbisdorf
15.03.	Dr. med. Kreller, Erika 01796 Pirna	01.03.	Dipl.-Med. Seifert, Sieglinde 09456 Annaberg-Buchholz	28.03.	Dipl.-Med. Marquitz, Brigitte 08112 Wilkau-Haßlau
15.03.	Dr. med. Wohlgemuth, Gudrun 01558 Großenhain	01.03.	Dr. med. Schiller, Frank 08645 Bad Elster	28.03.	Dr. med. Strehle, Wolfram 09573 Leubsdorf
16.03.	Dr. med. Heidrich, Marina 09366 Stollberg	02.03.	Prof. Dr. med. habil. Klöppel, Rainer 04316 Leipzig	28.03.	Dr. med. Wunderlich, Anita 09328 Lunzenau
16.03.	Dr. med. Schulz, Konrad 02633 Gaußig	03.03.	Dipl.-Med. Ebert, Dagmar 04425 Taucha	29.03.	Dr. med. Hahn, Frank-Steffen 01139 Dresden
19.03.	Dipl.-Med. Zenker, Kerstin 08523 Plauen	05.03.	Dr. med. Nagel, Susanne 04105 Leipzig	30.03.	Dr. med. Unger, Christina 08309 Eibenstock
20.03.	Dipl.-Med. Bartl, Steffi	05.03.	Dr. med. Themel, Karin 08223 Falkenstein	31.03.	MUDr. Leichsenring, Manfred 08312 Lauter
		06.03.		31.03.	Dr. med. Nolopp, Rosemarie 04347 Leipzig

**70 Jahre**

- 01.03. Dr. med. Heilmann, Johannes  
08523 Plauen
- 06.03. Dr. med. Benedix, Peter  
01589 Riesa
- 12.03. Dipl.-Med. Grahle, Jürgen  
02625 Bautzen
- 13.03. Kunath, Regina  
08112 Wilkau-Haßlau
- 13.03. Dr. med. Küppers, Peter  
01156 Dresden
- 14.03. Bothe, Monika  
08645 Bad Elster
- 15.03. Dr. med. Hahn, Ingrid  
02827 Görlitz
- 16.03. Meitsch, Renate  
04299 Leipzig
- 18.03. Kunde, Rosemarie  
01558 Großenhain
- 19.03. Dr. med. Kupfer, Bernd  
08606 Oelsnitz
- 19.03. Dr. med. Schwenke, Irmhild  
01623 Lommatzsch
- 23.03. Dipl.-Med.  
Leonhardt, Christine  
04155 Leipzig
- 24.03. Dr. med. Philipp, Almut  
04105 Leipzig
- 25.03. Stein, Gudrun  
01662 Meißen
- 30.03. Dr. med. Oestreich, Sonja  
09376 Oelsnitz

**75 Jahre**

- 01.03. Dr. med.  
Buschbeck, Joachim  
08228 Rodewisch
- 01.03. Dr. med.  
Mauersberger, Monika  
09600 Weißenborn
- 04.03. Dr. med. Schädlich, Heide  
01187 Dresden
- 05.03. Dr. med. Brunner, Regina  
04179 Leipzig
- 06.03. Dr. med. Mittag, Barbara  
04683 Belgershain
- 07.03. Fickert, Hans-Erich  
08209 Auerbach
- 07.03. Dr. med. Ihle, Marianne  
04683 Fuchshain
- 07.03. Dr. med. Meier, Helmut  
04289 Leipzig
- 07.03. Dr. med. Michler, Elke  
01237 Dresden
- 08.03. Dr. med.  
Herrmann, Waltraud  
02999 Weißkollm
- 08.03. Dr. med. Pahl, Ingrid  
08529 Plauen

- 09.03. Dr. med.  
Birkenhagen, Reinhard  
01445 Radebeul
- 09.03. Dr. med. Wendler, Klaus  
08304 Schönheide
- 10.03. Dr. med. Göhler, Klaus  
01816 Bad Gottleuba
- 11.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Wiedemann, Bernd  
04347 Leipzig
- 12.03. Dr. med. Schöche, Ulrike  
09113 Chemnitz
- 14.03. Dr. med. Erbe, Adelheid  
01187 Dresden
- 14.03. Hoffmann, Margarete  
02692 Großpostwitz
- 14.03. Dipl.-Med.  
Joppien, Hans-Georg  
04279 Leipzig
- 14.03. Dr. med. Schulz, Ilse  
04107 Leipzig
- 14.03. Dr. med. Wunder, Horst  
04758 Oschatz
- 17.03. Dr. med. Lorenz, Almut  
04299 Leipzig
- 18.03. Körner, Klaus  
02625 Bautzen
- 18.03. Richter, Karl-Heinz  
04736 Waldheim
- 19.03. Dr. med. Siegel, Angelika  
01279 Dresden
- 20.03. Jahn, Gisela  
04668 Grimma
- 21.03. Dr. med. Müller, Heidemarie  
08491 Limbach
- 24.03. Dr. med. Hentschel, Marlies  
01445 Radebeul
- 25.03. Harrendorf-Weinert,  
Regina  
04442 Zwenkau
- 26.03. Dr. med. Pfnür, Brigitte  
02827 Görlitz
- 27.03. Dr. med. Frank, Ursula  
09599 Freiberg
- 27.03. Dr. med. Kneehans, Steffen  
09648 Mittweida
- 28.03. Prof. Dr. med. habil.  
Nentwich, Hans-Jürgen  
08060 Zwickau
- 29.03. Dr. med. Beeke, Norman  
09113 Chemnitz
- 29.03. Brendler, Ute  
02625 Bautzen
- 30.03. Dr. med. Holstein, Siegfried  
01936 Königsbrück
- 30.03. Dr. med. Stahl, Elke  
08412 Werdau
- 31.03. Dr. med. Naumann, Christa  
01257 Dresden

**80 Jahre**

- 02.03. Dr. med. Stoschek, Hanna  
01326 Dresden
- 03.03. Dr. med. Geissler, Waldemar  
01594 Heyda
- 03.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kotte, Wolfgang  
01471 Berbisdorf
- 08.03. Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut  
01796 Pirna
- 09.03. Dr. med. Aleksic, Leonore  
09122 Chemnitz
- 09.03. Dr. med. Dörfel, Gunter  
02627 Hochkirch
- 11.03. Dr. med. Bach, Herta  
01277 Dresden
- 11.03. Dr. med. Werner, Ilse  
09306 Erlau
- 12.03. Dr. med.  
Jendreschek, Christa  
01217 Dresden
- 13.03. Dr. med.  
Joachim, Hans-Edleff  
02826 Görlitz
- 13.03. Dr. med. Kademann, Heinz  
04509 Delitzsch
- 15.03. Dr. med. Müller, Harry  
04703 Leisnig
- 19.03. Schmolling, Dietlinde  
08499 Mylau
- 21.03. Dr. med. Büttig, Manfred  
01796 Pirna
- 21.03. Dr. med. Wagner, Leonore  
02625 Bautzen
- 22.03. Wintzer, Ulrike  
09131 Chemnitz
- 26.03. Dr. med. Höpner, Siegfried  
09117 Chemnitz

**81 Jahre**

- 02.03. Dr. med. Neytschew, Ingrid  
04155 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Grimm, Isolde  
01689 Weinböhla
- 03.03. Dr. med.  
Steeg, Hans-Wilhelm  
08301 Schlema
- 04.03. Dr. med. Busse, Renate  
08393 Meerane
- 05.03. Dr. med. Behrendt, Gisela  
04299 Leipzig
- 08.03. Piechnik, Horst  
04838 Naundorf
- 09.03. Prof. Dr. med. habil.  
Furter, Hans  
04425 Taucha
- 10.03. Dr. med.  
Schumann, Hannelore  
04229 Leipzig

- 11.03. Dr. med. Lill, Sieglinde  
09557 Flöha
- 16.03. Dr. med. Dieck, Georg  
04109 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Weller, Günther  
08228 Rodewisch
- 18.03. Dr. med. Haße, Manfred  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 20.03. Dr. med. Bosch, Dietmar  
01259 Dresden
- 21.03. Dr. med. Pachmann, Peter  
09120 Chemnitz
- 22.03. Dr. med. habil.  
Vetter, Joachim  
09366 Stollberg
- 23.03. Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried  
08525 Plauen
- 25.03. Dr. med. Zumpe, Eberhard  
01458 Ottendorf-Okrilla
- 29.03. Dr. med.  
Buschbacher, Richard  
09111 Chemnitz
- 29.03. Doz. Dr. med. habil.  
Fötzsch, Rolf  
01768 Glashütte
- 82 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.  
Raatzsch, Heinz  
01309 Dresden
- 02.03. Dr. med. Seeliger, Johannes  
02625 Bautzen
- 03.03. Dr. med. Schubert, Karin  
01217 Dresden
- 04.03. Dr. med. Buhr, Joachim  
08468 Reichenbach
- 09.03. Dr. med. Dietrich, Günther  
01445 Radebeul
- 11.03. Dr. med. Gerisch, Renate  
01844 Neustadt
- 16.03. Dr. med. Bochmann, Klaus  
09603 Oberschöna
- 21.03. Dr. med. Jäger, Johannes  
01279 Dresden
- 21.03. Dr. med. Schmook, Brigitte  
04279 Leipzig
- 21.03. Dr. med. Schneider, Helga  
09131 Chemnitz
- 22.03. Dr. sc. med. Gallwas, Klaus  
04668 Großbardau
- 22.03. Dr. med.  
Schwerdtfeger, Renate  
09599 Freiberg
- 23.03. Dr. med. Weber, Horst  
04849 Bad Dübén
- 29.03. Dr. med. Wolowski, Helmut  
09600 Weißenborn
- 30.03. Dr. med. Martin, Roswitha  
09366 Stollberg
- 83 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Weinert, Klaus  
01219 Dresden
- 05.03. Dr. med. Fischer, Peter  
02957 Krauschwitz
- 05.03. Kümmel, Siegfried  
01561 Priestewitz
- 11.03. Prof. Dr. med. habil.  
Hartig, Wolfgang  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 12.03. Dr. med. Freudewald, Berthold  
08340 Schwarzenberg
- 13.03. Dr. med. Dr. rer. nat.  
Muschner, Konrad  
01705 Freital/Pesterwitz
- 15.03. Dr. med. Gruner, Wolfgang  
08371 Glauchau
- 16.03. Dr. med. Friedrich, Wolfgang  
08301 Schlema
- 16.03. Dr. med. Ramminger, Manfred  
08280 Aue
- 20.03. Dr. med. Rauer, Eleonore  
01737 Kurort Hartha
- 25.03. Dr. med. Kramer-Schmidt,  
Barbara-Esther  
02794 Leutersdorf
- 25.03. Dr. med. Kühne, Joachim  
09526 Pfaffroda
- 84 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Arbeiter, Michael  
04736 Waldheim
- 05.03. Doz. Dr. med. Dr. med.  
dent. Dyrna, Joachim  
04316 Leipzig
- 14.03. Wabra, Reiner  
04207 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Bresan, Johann  
01917 Kamenz
- 19.03. Selle, Wolfgang  
01468 Moritzburg
- 28.03. Dr. med. Vogel, Wolfgang  
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03. Dr. med. Heyder, Horst  
01217 Dresden
- 29.03. Dr. med. Schurig, Wolfram  
01796 Pirna
- 85 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Graefe, Adolf  
09131 Chemnitz
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt  
09526 Pfaffroda
- 14.03. Dr. med. Dominick, Manfred  
01900 Großröhrsdorf
- 17.03. Werner, Ursula  
02763 Zittau
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa  
01217 Dresden
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth  
04178 Leipzig
- 87 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.  
Weise, Klaus  
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith  
01129 Dresden
- 14.03. Dr. med.  
Schneider, Hans-Georg  
04155 Leipzig
- 24.03. Dr. med. Flex, Günter  
04277 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte  
04103 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Walther, Johanna  
08209 Auerbach
- 27.03. Wientzek, Bernhard  
01067 Dresden
- 88 Jahre**
- 02.03. Hettwer, Elisabeth  
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med. Tschantke, Gudrun  
01069 Dresden
- 89 Jahre**
- 19.03. Steinmann, Erna  
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara  
02625 Bautzen
- 91 Jahre**
- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda  
01099 Dresden
- 92 Jahre**
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd  
01217 Dresden
- 27.03. Eisner, Ingeborg  
04315 Leipzig
- 94 Jahre**
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.  
Rösner, Klaus  
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppack, Harry  
04229 Leipzig
- 95 Jahre**
- 11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens  
04157 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz  
02742 Neusalza-Spremberg
- 98 Jahre**
- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth  
04277 Leipzig

## Andreas Vesalius und Kursachsen – eine Spurensuche

### Eine Würdigung des großen Anatomen und Arztes

Andreas Vesalius (1514 – 1564), der Begründer der modernen Anatomie, wurde am 31. Dezember 1514 in der belgischen Hauptstadt Brüssel geboren. Wenngleich er nicht in Mitteldeutschland lebte und lehrte, finden sich bei einer differenzierten Betrachtung viele Spuren seines Wirkens in dem von der Reformation geprägten sächsisch-thüringischen Raum, wovon an dieser Stelle berichtet werden soll. Der große Mediziner studierte zunächst an den Universitäten Löwen und Paris. Im Jahre 1537 reiste er nach Padua, in dessen Mauern sich damals die bedeutendste Anatomieschule Europas befand. Dort wurde er zum Professor für Anatomie und Chirurgie ernannt. Schon 1538 veröffentlichte er hier ein erstes aus sechs großformatigen Tafeln bestehendes Werk, das deshalb „Tabula sex“ genannt wird. In ganz Europa berühmt wurde Vesalius jedoch durch sein epochales Lehrbuch „De humani corporis fabrica libri septem“. Er ergänzte es um die „Epitome“, einen Auszug, der auf die Bedürfnisse der Chirurgen abgestimmt war. Das gesamte Werk enthält eine große Zahl zum Teil ganzseitiger Illustrationen, die ein Zeichner nach den Anweisungen von Vesalius gestaltet hat. Dieser notierte bei seinen Sektionen alle Besonderheiten und Abweichungen von den Angaben des antiken griechischen Arztes Galen (ca. 130 – 200). Im Vorwort seines kurz „Fabrica“ genannten, reich bebilderten Lehrbuchs übte Vesalius zum Teil scharfe Kritik an den Schriften des damals als unfehlbar geltenden Mediziners, korrigierte viele Fehler, die ihm im Werk des Galen aufgefallen waren und kam zu dem Schluss, dass der antike Arzt nur Tiere seziiert habe. Die künstlerisch hochstehenden Illustrationen zur „Fabrica“ schuf zum großen Teil Jan Stephan von Calcar (1500 – 1546), ein Schüler Tizians



Titelbild der Fabrica © Bayerische Staatsbibliothek München, Rar. 747#Beibd.1, Titelblatt

(ca. 1485 – 1576). Es werden jedoch auch andere Namen in dessen Umkreis, ja sogar Vesalius selbst genannt. Das Werk wurde bei Johannes Oporinus (1507 – 1568) in Basel gedruckt. Dieser mutige Buchdrucker hatte den europäischen Erstdruck des Korans besorgt, weshalb er 1542 zeitweilig inhaftiert wurde. Erst die Intervention Martin Luthers (1483 – 1546) und Philipp Melancthons (1497 – 1560) führte zu seiner Entlassung und ermöglichte die Erstausgabe der Glaubensschrift des Islams im christlichen Europa.

### Der Erstdruck der „Fabrica“ und die Rezeption des Werkes in den sächsischen Staaten

Nun erst konnte sich Oporinus mit dem Druck der „Fabrica“ beschäftigen. So ermöglichten die Reformatoren aus der kursächsischen Universi-

tät Wittenberg das Erscheinen einer medizinischen Sensation. Wittenberg gehörte zu dieser Zeit zum kursächsischen Gebiet des seit 1485 in ein Kurfürstentum und ein Herzogtum geteilten Landes Sachsen. Die Erstausgabe des anatomischen Werkes wurde während der Messe in dem zum Herzogtum Sachsen gehörenden Leipzig vollständig verkauft, sodass der große Mineraloge und Chemnitz Stadtarzt Georg Agricola (1494 – 1555), wie der britische Medizinhistoriker Vivian Nutton (geb. 1943) berichtet, das Nachsehen hatte und sich das Werk aus Frankfurt/Main kommen lassen musste. Agricola ließ sich von seinem Bekannten, dem nachmaligen Leipziger Medizinprofessor Wolfgang Meurer (1513 – 1585) über die wichtigen medizinischen Neuerscheinungen kontinuierlich informieren. Meurer

hatte sich in den Jahren 1542 – 1543 als Student in Italien aufgehalten und Andreas Vesalius in Padua kennen und schätzen gelernt. Man darf von einem besonderen Interesse seines Briefpartners G. Agricola an diesem die anatomischen Beschreibungen des Galen relativierenden Werkes ausgehen. Denn dieser hatte sich in den Jahren 1524 – 1526 in Venedig aufgehalten. Dort hatte er an der Edition der sogenannten „Aldina-Drucke“, der ersten griechischsprachigen Gesamtausgabe der Werke Galens, entscheidend mitgewirkt. Auch Philipp Melanchthon erwarb ein Exemplar der „Fabrica“ und versah es mit vielen Randnotizen. Es befindet sich heute in der Universitätsbibliothek von Bethesda Md. Der Reformator hatte schon im Jahre 1540 seine erste Seelenschrift, eine

Abhandlung über Seele und Körper, unter dem Namen „Commentarius de anima“ veröffentlicht, worin er genaue Angaben über die menschliche Anatomie machte und es als schimpflich bezeichnete, sie nicht zu kennen. Melanchthon legte diesen Darlegungen die Schriften des Galen zugrunde. Viel später, nämlich 1552, veröffentlichte er die inzwischen revidierte Arbeit unter dem Namen „Liber de Anima“. Darin hatte er alle aus den Werken Galens übernommenen Fehlangaben getilgt, soweit sie Vesalius in der „Fabrica“ kenntlich gemacht hatte. Dabei waren ihm sein Schwiegersohn, der Arzt Caspar Peucer (1525 – 1602) und Jacob Milich (1501 – 1559), sein medizinischer Lehrer, zur Hand gegangen. Diese Korrekturen wurden von den Beteiligten jedoch als Wiederherstel-

lung der durch unsichere Überlieferungen verunreinigten Lehre Galens verstanden. Dennoch nahm der Ruhm des Vesalius selbst in den anderen Fakultäten der Universität derart zu, dass der Theologe Paul Eber (1511 – 1569) ein Preisgedicht auf ihn verfasste.

**Andreas Vesalius in kaiserlichem Dienst und der „Schmalkaldische Krieg“**

Der Vielgelobte hatte sich 1544 als Leibarzt in den Dienst des Kaisers begeben. Karl V. (1500 – 1558) war damals entschlossen, das Glaubensproblem im Reich endgültig zu lösen und rüstete sich zum Krieg mit dem protestantischen Schmalkaldischen Bund. Dabei fand er in Herzog Moritz (1521 – 1553), dem in Dresden residierenden evangelischen Herzog des geteilten Landes Sachsen, einen Verbündeten. Denn Moritz strebte nach der Kurwürde seines Veters Johann Friedrich des Großmütigen (1503 – 1554), der das Torgauer Schloss Hartenfels prächtig ausgebaut und zum machtpolitischen Zentrum des Protestantismus gemacht hatte. Im März 1547 zog Karl V. seine Truppen bei Ulm zusammen und begab sich nach Nürnberg, wo ihn aber ein schwerer Gichtanfall ereilte. Darauf schickte er Vesalius, der zwischenzeitlich eine Reise nach Basel unternommen hatte, einen Läufer entgegen, um ihn zur Eile anzutreiben. Denn er setzte großes Vertrauen in sein Können. Welche Behandlung der herbeigerufene Leibarzt in dieser Situation angewendet hat wissen wir nicht. Aus dem „Brief über die Chynawurzel“ geht jedoch hervor, dass er dem Guajakholz gegenüber der „Chyna“ den Vorzug gab. Es hat auch nach heutigem Kenntnisstand eine antientzündliche Wirkung insbesondere bei rheumatischen Erkrankungen. Am 27. März 1547 brach Karl V. an der Spitze seines Heeres nach Sachsen auf, wobei sich Vesalius mit großer Wahrscheinlichkeit in seinem Gefolge befand. Am 24. April 1547 gelang es dem Kaiser in Mühlsberg an der Elbe das Heer des „Schmalkaldischen Bundes“ zu besiegen und seinen Führer Kurfürst Johann Fried-



Andreas Vesalius © Bayerische Staatsbibliothek München, Rar. 747#Beibd.1, fol. F1 recto



rich gefangen zunehmen. Am 19. Mai des gleichen Jahres wurde im Vorwerk Blesern bei Wittenberg der Waffenstillstand unterzeichnet und die Stadt übergeben, in die Karl V. am 23. Mai 1547 einzog. Sollte Vesalius dabei gewesen sein, hätte er Melanchthon, der seine „Fabrica“ bewunderte, nicht antreffen können. Denn die Universität war geschlossen, und der Reformator befand sich auf der Flucht zunächst in Richtung Braunschweig, um sich dann nach Nordhausen zu wenden, wo er sich längere Zeit aufhielt. Caspar Peucer, sein späterer Schwiegersohn, hatte, nachdem die Universität geschlossen worden war, Wittenberg ebenfalls verlassen und widmete sich in Frankfurt/O. seinen medizinischen Studien. Obwohl die Stadt, der gesamte Kurkreis und alle Gebiete östlich der Saale nach dem Friedensschluss nun von Dresden aus regiert wurden, kehrten beide nach dem Friedensschluss nach Wittenberg zurück. Melanchthon beriet jetzt den neuen Kurfürsten Moritz und seinen Nachfolger August I. (1526 – 1586) in theologischen Fragen, hatte jedoch auch Einfluss auf die Personalpolitik der Herrscher. So empfahl er 1559 Hubert Languet (1518 – 1581), einen französischen Glaubensflüchtling, für den sächsischen diplomatischen Dienst, den auch Caspar Peucer kennenlernte, der im Jahre 1550 eine Tochter Philipp Melanchthons heiratete. Fortan stand er in engem geistigem Austausch mit seinem Schwiegervater und wurde nach dem Tod des Reformators im Jahre 1560 zum geistigen Führer der „Philippisten“, einer die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Richtungen der Protestanten suchenden intellektuellen Schicht. Als Rektor der Universität setzte er eine neue Studienordnung durch, für die Melanchthons Schrift „Liber de anima“ und damit auch das Werk des Vesalius eine wichtige Grundlage bildete. Als Arzt nahm Peucer am Schicksal des Andreas Vesalius besonderen Anteil. Dieser blieb weiterhin Leibarzt Karls V. und seines Sohnes Philipps II. (1527 – 1598), unternahm jedoch 1564 eine Pilgerreise nach Jerusalem. Kurz vor

der Einschiffung in Venedig soll er noch den Druck seines als Freundschaftsbrief titulierten Kommentars zu den von Gabriele Falloppio (1523 – 1562) veröffentlichten „anatomischen Beobachtungen“ veranlasst haben. Der Italiener gehörte zu seinen Nachfolgern in Padua. Bei der Rückkehr erkrankte Vesalius schwer und musste auf der Insel Zakynthos an Land gehen, wo er starb und begraben wurde.

Um seine Pilgerreise rankt sich eine Reihe von Legenden. In einer davon wird behauptet, dass der Anatom versehentlich einen Scheintoten seziiert habe, weshalb er zunächst zum Tode verurteilt, dann aber begnadigt und zu einer Pilgerreise verpflichtet worden sei. Diese Behauptung findet sich in einem Brief, den der schon erwähnte sächsische Diplomat Hubert Languet im Januar 1565 aus Paris an Caspar Peucer geschrieben hat. Der Adressat war in diesen Jahren Dekan der Medizinischen Fakultät und mehrfacher Rektor der Universität Wittenberg. Im Jahre 1570 wurde er zum Leibarzt des sächsischen Kurfürsten ernannt, stürzte jedoch 1574 tief, als ihm vorgeworfen wurde, vom reinen Lutherum abgewichen und ein geheimer Sympathisant des Calvinismus zu sein. Er wurde verhaftet und mehr als zwölf Jahre in der Leipziger „Pleißenburg“ eingekerkert.

Nach seiner Entlassung erhielt er eine ehrenvolle Stelle im Fürstentum Anhalt. Mit seinem Abgang war jedoch die produktive Rezeption des wissenschaftlichen Erbes des Andreas Vesalius an der Wittenberger Universität nicht erloschen, sondern wurde von seinem Schüler und Promovenden Salomon Alberti (1540 – 1600) weitergeführt, der in seiner Arbeit „De lacrimis“ die Tränenwege außerordentlich genau beschrieb. Dabei konnte er sich auf Vorarbeiten von Vesalius stützen, der die Behauptung, dass jedes Auge zwei Tränenrüden besitze, widerlegt hatte. Der Arzt schrieb auch ein weitverbreitetes anatomisches Lehrbuch, dessen etwas grob gestochene Holzstiche dennoch in der Tradition stehen, die Vesalius mit der „fabrica“ begründet hat. Später wurde Alberti Leibarzt

des sächsischen Kurfürsten und ging nach Dresden, wo er um 1600 starb. Er wurde in der Kirche „Unserer lieben Frauen“, dem Vorgängerbau der heutigen Frauenkirche bestattet. Sein Grabmal ging spätestens beim Abriss der alten Kirche im Jahre 1727 verloren. In Wittenberg folgte ihm der bisherige Leibarzt des Kurfürsten Christian II. (1583 – 1611) Johannes Jessenius (1566 – 1621) nach, ein eifriger Anatom und geschickter Chirurg, der in Leipzig, Wittenberg und Padua studiert hatte. Der in Schlesien geborene Nachfahre einer geflüchteten ungarischen Adelsfamilie bemühte sich in seinen Werken um einen Ausgleich zwischen Galen und Vesalius. Im Jahre 1608 besorgte er eine Neuauflage des Freundschaftsbriefes des Andreas Vesalius an Gabriele Falloppio. Zu diesem Zeitpunkt war er jedoch schon Rektor der Prager Universität. Da er sich dem Aufstand der böhmischen Stände gegen die Habsburger angeschlossen hatte, wurde er 1621 in Prag grausam hingerichtet.

Weit konservativer als in Wittenberg ging es in Leipzig zu. Als hier im Jahre 1580 eine Lehrkanzel für Anatomie und Chirurgie gegründet wurde, hieß es in den Bestimmungen ausdrücklich, dass nach den Büchern des Galen zu lehren sei. Der Zufall wollte es jedoch, dass sich die Druckstöcke des unsterblichen Werkes „De humani corporis fabrica libri septem“ im Verlauf einer unendlichen Odyssee am Ende des 18. Jahrhunderts bei dem Verleger Siegfried Lebrecht Crusius (1738 – 1824) in Leipzig befanden, der aber das Risiko einer Neuauflage des Werkes scheute, weshalb sie zurück nach Bayern transportiert und zuletzt in der Münchener Universitätsbibliothek aufbewahrt wurden, wo sie im Feuersturm eines Bombenangriffs im Jahre 1944 verbrannten. Zu unserem Glück blieben eine Reihe von Erstausgaben dieses Hauptwerkes des Vesalius, ja sogar die Bildvorlagen, erhalten. Sie stellen einen vielbewunderten kulturellen Schatz der ganzen Menschheit dar.