

<b>Editorial</b>	Gefährdete Heilkunst? – Heilung ist möglich!	<b>92</b>
<b>Berufspolitik</b>	9. Symposium der Österreichischen Ärztekammer	<b>93</b>
	Bericht zu Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung	<b>94</b>
	Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung	<b>95</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Neues Verbindungssystem für Spritzen, Katheter und Infusionsschläuche	<b>96</b>
	CIRS-Fall	<b>97</b>
	Kein Schlaganfall – Kasuistik	<b>98</b>
	§2 Arzneimittelverschreibungsverordnung	<b>99</b>
	Ausbildung und Prüfung von Notfallsanitätern in Sachsen	<b>100</b>
	Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie	<b>102</b>
<b>Leserbrief</b>	Drogenabhängig: Postfaktisch oder Realität	<b>101</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Konzert und Ausstellungen	<b>104</b>
	Dokumentation für das Online-Fortbildungspunktekonto	<b>105</b>
	Medizin am Lebensende	<b>106</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten	<b>107</b>
	Dauer der Probezeit im Ausbildungsverhältnis	<b>107</b>
	Messe KarriereStart 2017	<b>108</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>109</b>
<b>Ethik in der Medizin</b>	Pränataldiagnostik. Wissen wollen oder wissen müssen?	<b>110</b>
<b>Originalie</b>	Potenziell inadäquate Medikationen bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis	<b>111</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Nah am Beben. Zur Lesung Thomas Melles im Deutschen Hygiene-Museum Dresden	<b>115</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im April 2017	<b>116</b>
	Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Haustein zum 80. Geburtstag	<b>118</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m	<b>119</b>
<b>Feuilleton</b>	Zur Geschichte des „Apotheken-A“	<b>120</b>
	Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2017



Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung  
Seite 94



Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie  
Seite 102



Zur Geschichte des „Apotheken-A“  
Seite 120

© fotolia/Wavebreak Media

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)

## Gefährdete Heilkunde? – Heilung ist möglich!

Von dem Internisten Bernhard Naunyn wurde Ende des 19. Jahrhunderts der Satz überliefert: „Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“

Diese Aussage gilt angesichts der rasanten Fortschritte in Diagnostik und Therapie unverändert fort. Allerdings bedarf es zur Erzielung des größtmöglichen Nutzens für unsere Patienten einer subtilen Heilkunst, die bereits in der Lehre, aber auch in den Praxen und Kliniken einen höheren Stellenwert erhalten sollte. Dies deshalb, weil Medizin eben keine exakte Naturwissenschaft ist, sondern eine heilkundliche psychosomatische Patienten-Arzt-Interaktion, die sich unter anderem naturwissenschaftlicher Methoden und Techniken bedient. Dies ist kein Widerspruch, denn die Wirkung der „Droge“ Arzt ist vielfältig untersucht. Für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer humanen Medizin müssen Soma und Psyche, Technik und menschliche Interaktion nicht als Gegensätze gesehen, sondern gleichrangig im Blick behalten werden. Nur so sind die berechtigten Hoffnungen, Erwartungen und Wünsche unserer Patienten zu erfüllen. Aber auch nur so ist es möglich, Enthusiasmus und Freude in der täglichen Arbeit über ein langes und erfülltes Berufsleben zu bewahren. Dieser innerärztlichen Sicht auf die Profession steht ein gesellschaftliches Umfeld gegenüber, das die Medizin in ein zunehmend engeres Korsett von Justifizierung, Bürokratisierung und Ökonomisierung presst, das uns Ärzten zunehmend die Luft nimmt.

Um es gleich vorab zu sagen: Moderne Medizin ist ohne sichere ökonomische Basis und eine rechtssichere Verwaltung undenkbar. Weit schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob die Ökonomie der Medizin dient – wie wir Ärzte es verstehen –, oder ob die Medizin dem öko-

nomischen Kalkül und Profitstreben untergeordnet wird, und zwar auf dem Rücken von Ärzten und Patienten. Daran sind viele Berufsgruppen beteiligt, nicht nur die Betriebswirte. Auch an der Ärzteschaft geht die Entwicklung hin zur Entsolidarisierung leider nicht vorbei.

Letzterem Fehlverständnis muss eine klare Absage erteilt werden, denn der Arztberuf ist keine beliebig austauschbare Gesundheitsdienstleistung. Er ist und bleibt ein freier Beruf! Nicht zuletzt deshalb vertrauen die Bürger ihren Ärzten, aber nicht mehr dem Gesundheitssystem, in dem es, durch Fehlanreize bedingt, sinnentleerte aber lukrative Überversorgung und Befürchtungen vor Unterversorgung für Alte und Multimorbide geben soll.

Nachdem der SPIEGEL (Heft 51/2016) über die „Krankenfabrik“ und die ZEIT (Nr. 4/2016) über den steigenden Kostendruck in den Kliniken und dessen dubiosen „Abfederungsmaßnahmen“ berichteten, ist es an der Zeit, unsere ärztlich ethische Perspektive zu bekräftigen und zu verteidigen, wie sie im hippokratischen Eid und unseren Berufsordnungen festgeschrieben ist.

Ich meine, dass die gerechte Verteilung medizinischer Leistung einer transparenten Priorisierung folgen sollte, die von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen wird. Der Deutsche Ethikrat hat sich 2016 in einer Stellungnahme zur stationären Krankenversorgung umfänglich kritisch und dezidiert geäußert. Aus jüngster Zeit besonders überzeugend und handlungsleitend sind die Thesen des Klinischen Ethikkomitees des Klinikums Augsburg zu Ökonomie und Medizin (siehe Kasten). Diese vom Gesamtvorstand des Klinikums Augsburg (Geschäftsführung, Chefarzten, Pflege und Seelsorge) konsentierten acht Thesen können Vorbild auch für andere Krankenhäuser sein.

Gespannt sein darf man auch auf das in These 8 angekündigte Leitbild, das den Beschäftigten als Orientierungshilfe im Alltag dienen soll. Die schwierige Balance zwischen Ökonomie, Medizin und Ethik muss so dar-

gestellt werden, „dass Prioritäten und Grenzen des Denkens und Handelns klar erkennbar sind.“

Ein zeitgemäßes und mutiges Unterfangen, das wir als Landesärztekammer ausdrücklich begrüßen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

### Thesen des Klinikums Augsburg

#### 1. Verpflichtung gegenüber dem Versorgungsauftrag

Das Klinikum Augsburg ist Teil der Daseinsvorsorge in der Region. Sein Zweck ist die Behandlung von Patienten gemäß deren gesundheitlichen Erfordernissen. Alle Beschäftigten sind dieser Richtschnur grundsätzlich verpflichtet.

#### 2. Prioritäres Ziel: Patientenzentrierung

Die körperliche bzw. seelische Unversehrtheit der Patienten im Leben und Sterben und die Erfüllung des Versorgungsauftrags haben stets Vorrang vor erlösorientierten Entscheidungen.

#### 3. Gleichbehandlung aller Patienten

Die Patienten des Klinikums werden in medizinisch relevanten Fragen ungeachtet ihres Geschlechts, der Nationalität, der Religion, des Versichertenstatus u.a. gleich behandelt.

#### 4. Reflexion äußerer Einflüsse

Leitung und Führungskräfte des Klinikums erkennen an, dass dem wirtschaftlichen Druck von außen eine ethische Reflexion von innen entgegenwirken muss und richten ihr Handeln danach aus.

#### 5. Ethisches Denken und Handeln auf allen Ebenen

Ethische Reflexion ist nicht nur eine Führungsaufgabe, sondern Grundlage der Tätigkeit aller Beschäftigten.

#### 6. Vermeidung von Fehlanreizen

Kriterien für variable Entgeltbestandteile werden so gestaltet und fortlaufend dahingehend überprüft, dass ein Einfluss auf Behandlungsindikation und -qualität ausgeschlossen ist.

#### 7. Strukturierter Prozess zur Lösung ethischer Konflikte

Konflikte zwischen ökonomischen und medizinischen Notwendigkeiten sind Realität. Alle Beschäftigten sind aufgerufen, sie offen anzusprechen und einem lösungsorientierten strukturierten Dialog z.B. unter Einbeziehung des Klinischen Ethikkomitees zuzuführen.

#### 8. Leitbild

Als Orientierungshilfe für die Beschäftigten wird die Balance zwischen Ökonomie, Medizin und Ethik in einem Leitbild so dargestellt, dass Prioritäten und Grenzen des Denkens und Handelns klar erkennbar sind.

Die Thesen finden Sie unter  
[www.klinikum-augsburg.de](http://www.klinikum-augsburg.de)

## 9. Symposium der Österreichischen Ärztekammer

Zum nunmehr 9. Mal lud die Österreichische Ärztekammer Ende Januar zu ihrem Wiener Symposium ein. Wie schon in den Vorjahren konnte Kammerpräsident Dr. Artur Wechselberger viele deutsche Vertreter von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften begrüßen. Darunter Barbara Klepsch, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, und Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Frau Klepsch betonte in ihrem Grußwort die gute Zusammenarbeit zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Freitag stand unter dem Motto „The Next Generation“. Studentenvertreter aus Deutschland und Österreich formulierten die Wünsche und Erwartungen junger Mediziner, die sich in beiden Ländern kaum unterscheiden. Leben und Arbeiten mit geregelten Arbeitszeiten, möglichst keine Überstunden, eine adäquate Förderung sowie eine ausgewogene work-life-balance für Männer und Frauen waren die Kernaussagen der Vorträge, die bei den Teilnehmern auch zu kritischen Nachfragen führten, ist die Krankenversorgung doch 24 Stunden täglich sieben Tage die Woche zu gewährleisten. Der Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich, Dr. Peter Niedermoser, berichtete in seinem Vortrag von einem im Krankenhaus zu spürenden Generationenkonflikt der dort arbeitenden Ärzte, da insbesondere junge Ärzte Arbeitsbedingungen wünschten, die auch die Familie berücksichtigen. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, der die Ergebnisse der Absolventenbefragung der Landesärztekammer Hessen vorstellte, unterstrich mit seinen Ausführungen die Vorstellungen der jungen Ärzte nach einem guten Arbeitsklima und Flexibilität bei der Arbeit.

Am zweiten Tag des Symposiums stand zunächst das Thema elektronische Patientenakte auf der Tagesordnung. Die Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, Dr. med. Ellen Lundershausen, referierte über den Sachstand in Deutschland und über den „steinigen Weg der Einführung“ derselben. Dies sei insbesondere Problemen bei der Bereitstellung der IT-Systeme, aber auch der Klärung der Frage der Verantwortlichkeit für die Sicherheit des elektronischen Datenaustauschs und der hinterlegten Informationen sowie der Kostenfrage geschuldet. Zum Status der elektronischen Gesundheitskarte in Österreich informierte Dr. Herwig Lindner, Präsident der Landesärztekammer Steiermark. Aus seiner Sicht stelle die aktuelle Entwicklungsstufe derzeit nicht wirklich eine Verbesserung im Vergleich zu anderen im Gebrauch befindlichen Systemen dar, was unter anderem an der umständlichen Bedienbarkeit und den unübersichtlichen Masken liege.

Der letzte Teil des Symposiums befasste sich mit der Telemedizin. Martin Strunden, Referatsleiter im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, trug die Schwerpunkte seines Hauses betreffend die Telemedizin vor. Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, gab einen Überblick über die Relevanz von Telemedizin für das Gesundheitswesen und berichtete von sächsischen Erfahrungen. Dabei beleuchtete sie einerseits



Teilnehmer des 9. Symposiums der Österreichischen Ärztekammer.

© ÖÄK

das Projekt CCS Telehealth Ostachsen, welches zum Ziel hat, die medizinische Versorgung infrastrukturell schwacher Regionen durch die Erbringung telemedizinischer Dienstleistungen aus verschiedensten medizinischen Fachgebieten auf offener Plattform zu ermöglichen. Außerdem stellte sie das Projekt ATMOSPHERE vor, welches die Erforschung, Entwicklung und Erprobung einer Plattform für behandelnde Ärzte, Pflegedienste, Therapeuten und soziale Dienste sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Betreuungskonzepts für Menschen über 65 Jahre mit Mehrfacherkrankungen und beginnender Demenz beinhaltet. Am Rande des Symposiums nutzten die sächsischen Teilnehmer die Gelegenheit, sich mit den österreichischen Partnern über die weiteren gemeinsamen Projekte zu verständigen.

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

## Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung

Am Samstag, den 4. Februar 2017, fand bereits die 9. Veranstaltung „Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“ im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apo-Bank) und die Sächsische Ärzteversorgung arbeiten seit vielen Jahren zusammen, um Ärzte in Weiterbildung und Medizinstudenten im Praktischen Jahr gemeinsam während ihrer Orientierungsphase zu unterstützen und den Kollegen zu helfen, die richtigen Entscheidungen für ihre persönliche Zukunft zu treffen. Über 120 interessierte Teilnehmer nutzten das Angebot auch dieses Jahr.

Im Vordergrund standen die individuellen Beratungen und der Erfahrungsaustausch zur ärztlichen Tätigkeit. An insgesamt 23 Ständen im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer ließen sich die Teilnehmer von den Organisatoren und erfahrenen Ärzten sowie Geschäftsführern sächsischer Krankenhäuser zu Chancen, Perspektiven und Einsatzmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie im ambulanten



Besucher im Foyer

© SLÄK

und stationären Bereich beraten. Am Stand der Sächsischen Landesärztekammer konnten sich Teilnehmer mit ihrem ganz persönlichen Weg zur Facharztbezeichnung auseinandersetzen oder auch Antworten auf allgemeine Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung sowie zu Aufgaben der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin und der Kammer erhalten. Auch das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ war vertreten und beriet zu verschiedenen Fördermöglichkeiten. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die 16 anwesenden Krankenhäuser hatten ein sehr breit gefächertes Informationsangebot. Sie informierten zum Beispiel zu zahlreichen Einsatzmöglichkeiten, freien Stellen, Weiterbildungsmöglichkeiten, Karrierechancen oder auch Arbeitsbedingun-

gen im stationären Bereich. Neben einem sehr großen Angebotsspektrum der KV Sachsen konnte man an ihrem Stand auch in Erfahrung bringen, wo und für welches Fachgebiet Praxisnachfolger gesucht werden und welche Weiterbildungsstellen aktuell frei sind. Am Stand der apo-Bank wurden finanzielle Aspekte (zum Beispiel der Niederlassung) beleuchtet und die Ärzteversorgung beriet unter anderem zu Fragen der Altersvorsorge.

Parallel boten elf verschiedene Workshops ein großes Spektrum an Fortbildungsmöglichkeiten an. Die Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Med. Petra Albrecht, informierte zusammen mit ihren Kollegen im sehr gut besuchten Workshop „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ über die Vor- und Nachteile der Berufsausübungsmöglichkeiten und gab Hinweise, wie die verschiedenen Lebensbereiche zufriedenstellend unter einen Hut gebracht werden können. Ebenfalls, wie auch in den letzten Jahren, sehr beliebt war der Workshop „Keine Angst vorm Notfall“. Dr. med. Mark D. Frank, der unter anderem an den Rettungshubschraubereinsätzen in Dresden beteiligt ist, gab umfassend Tipps und zeigte zahlreiche nützliche manuelle Fertigkeiten für den Notfalleinsatz. Auch das Arztgespräch sowie der Umgang mit älteren Patienten konnte in verschiedenen Workshops trainiert werden. Ein wei-



Workshop im Albert-Fromme-Saal

© SLÄK

terer Schwerpunkt der Veranstaltung war die Gestaltung des zukünftigen Arbeitslebens. In einer Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), als Hausarzt mit eigener Praxis oder auch auf dem Land, zu jeder Möglichkeit wurde aufgeklärt. Fast jeder Workshop fand drei Mal statt, wo-

durch jeder Teilnehmer die Möglichkeit bekam, sich zu mehreren Gebieten zu informieren.

Mit großartigen Referenten, sehr guten Beratungsmöglichkeiten und einer exzellenten Weiterempfehlungsrate von 97,9 Prozent, war die Veranstaltung ein großer Erfolg.

Auch für das Jahr 2018, wieder am ersten Samstag im Februar, ist die Veranstaltung *Arzt in Sachsen – „Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“* bereits fest eingeplant.

Emily Hickmann  
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

## Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung

Zwei sächsische Ärzte, Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter (1808 – 1876) aus Dresden und Dr. Hermann Hartmann (1863 – 1923) aus Leipzig, gehören zu den Wegbereitern der ärztlichen Selbstverwaltung, den heutigen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland.

Aus diesem Grund will die Sächsische Landesärztekammer unter Leitung des Ehrenpräsidenten, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die historische Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung von der Kaiserzeit bis in die Gegenwart mit Schwerpunkt Sachsen wissenschaftlich aufarbeiten. Ärzte, Historiker, Soziologen und Archivare sowie eine Promotionsstudentin wollen dieses Projekt in ca. drei Jahren bearbeiten und anschließend publizieren. Die Forschungsthemen gliedern sich in sechs Abschnitte:

- 1830 – 1870/71  
Medizinalreformbewegung
- 1871 – 1918  
Kaiserzeit
- 1918 – 1933  
Weimarer Republik
- 1933 – 1945  
Nationalsozialismus
- 1945 – 1990  
Sowjetische Besatzungszone und DDR
- 1989  
Neugründung der Selbstverwaltung in Sachsen

Wenn die Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ eigene Dokumente, Be-

richte oder Fotodokumentationen zu den einzelnen Abschnitten beisteuern möchten, so können sie sich gern an die Sächsische Landesärztekammer wenden.

Kontakt: Knut Köhler M.A.,  
E-Mail: k.koehler@slaek.de,  
Telefon: 0351 8267-160.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Dresdner Maiaufstand 1849, an dem auch Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter teilnahm. © Wikipedia

## Neues Verbindungssystem für Spritzen, Katheter und Infusionsschläuche



Spritze mit Luer-Konnektor (Kegelverbindung)

© SLÄK

Derzeit wird das universell gängige Verbindungssystem zwischen Spritzen, Kanülen, Kathetern, Infusionsschläuchen, Mehrwegehähnen, Spinalnadeln etc. – bekannt als Luer-Verbindung – umgestellt. Die Medizinproduktehersteller werden in den kommenden Monaten neue Verbindungstypen auf den internationalen wie auch auf den deutschen Markt bringen. Vorgesehen sind spezifische Anschlüsse jeweils für respiratorische Systeme, enterale Ernährung, plethysmographische Blutdruckmessung und neuroaxiale Anwendungen. Die bisherigen Luer-Verbindungen sollen künftig nur noch transdermalen und intravaskulären Anwendungen vorbehalten sein. Ziel der Umstellung ist die Minimierung von Verwechslungsrisiken durch mechanisch zwar passende, aber medizinisch nicht vorgesehene und somit für den Patienten möglicherweise lebensbedrohliche Verbindungen.

Der sogenannte „Luer-Konnektor“ wird bislang in den Normen DIN EN 20594-1:1995-01 „Kegelverbindungen mit einem 6 % (Luer)-Kegel für Spritzen, Kanülen und bestimmte andere medizinische Geräte – Teil 1: Allgemeine Anforderungen“ und DIN EN 1707:1997-01: „Kegelver-

bindungen mit einem 6 % (Luer)-Kegel für Spritzen, Kanülen und bestimmte andere medizinische Geräte – Verriegelbare Kegelverbindungen“ beschrieben. Heute wird dieser Konnektor in vielfältigen medizinischen Anwendungen wie zum Beispiel der parenteralen Ernährung oder bei Zugängen zum Gefäßsystem verwendet. Da alle entsprechenden Konnektoren geometrisch gleich gestaltet sind und somit beliebige Verbindungen ermöglichen, bestehen auch Verwechslungsrisiken. Diese haben in der Vergangenheit in Deutschland wie auch international teilweise zu schweren Zwischenfällen geführt und wurden unter anderem im Jahr 2000 im DIN-Fachbericht 88 „LUER-Verbindungen – Ein Bericht der CEN Forum Task Group LUER fittings“ beschrieben.

Bei der europäischen Normungsorganisation CEN wurde in der Folge eine Task Force eingerichtet, die sich mit der Erarbeitung einer neuen Normenreihe für geometrisch unterschiedliche Verbindungsstücke befassen sollte. Je nach medizinischer Anwendung soll ein gesonderter Normteil erarbeitet werden, der die notwendigen Spezifikationen festlegt. Durch die Veröffentlichung der Normenreihe ISO 80369 „Small bore connectors“ soll der Luer-Anschluss als Universalkonnektor abgelöst werden.

Dies betrifft folgende Verbindungsstücke:

- für Atemsysteme und Antriebsgasanwendungen
- für enterale Anwendungen
- für Anwendungen mit aufblasbaren Manschetten systemen für Gliedmaßen
- für neuroaxiale Anwendungen
- mit einem 6 % (Luer)-Kegel für intravaskuläre oder hypodermische Anwendungen

Entsprechende Produkte sind bereits teilweise im Verkehr (zum Beispiel für die enterale Ernährung).

Es ist davon auszugehen, dass die mittelfristig vollständige Umsetzung der entsprechenden Normen zu geo-

metrisch eindeutigen und damit nicht mehr versehentlich falsch kombinierbaren Verbindungsstücken führen wird. Gleichwohl können in der Übergangsphase temporär zusätzliche Risiken dadurch entstehen, dass zum Beispiel in bestimmten Produktfamilien aufgrund (noch) nicht vollständiger Markteinführung benötigte Konnektoren nicht vollumfänglich zur Verfügung stehen, in den Einrichtungen (zum Beispiel Kliniken, Arztpraxen) parallel beide Konnektorsysteme vorhanden sind bzw. eventuelle Adapter genutzt werden.

Verantwortung für die Umstellung tragen auch Ärzte als Betreiber der Medizinprodukte. Es gehört zu den Aufgaben des Qualitäts- bzw. Risikomanagements einer Praxis, Klinik oder sonstiger medizinischer Versorgungseinrichtungen, die Risiken der Umstellung zu minimieren. So können zum Beispiel ein zeitweises Nebeneinander von neuen und alten Verbindungen oder eine innerhalb oder zwischen klinischen Einrichtungen nicht abgesprochene Umstellung zu Gefahren im Versorgungsablauf führen.

Auch nach erfolgter Umstellung auf geometrisch eindeutige Verbinder bestehen Anwendungsrisiken, die sich unter anderen als Verwechslungsrisiken in vorgelagerten Prozessschritten, wie zum Beispiel der Wahl der passend geometrisch kodierten Spritze zur Bereitstellung der geplanten Medikamentengabe darstellen können. Zur Minimierung entsprechender Anwendungsrisiken sind ebenfalls geeignete Qualitätssicherungs- und Risikomanagementmaßnahmen in den Anwendungseinrichtungen erforderlich.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat eine kostenlose Hilfestellung zur Begleitung des Umstellungsprozesses veröffentlicht: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de).

## CIRS-Fall:

„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“  
Epikur

Die Buchstaben „**CIRS**“ stehen für **Critical Incident Reporting-System**. Die Internetplattform [www.cirsmedical.de/](http://www.cirsmedical.de/) ist inzwischen allgemein bekannt und wird von vielen Kollegen genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.

Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform [www.kh-cirs.de/](http://www.kh-cirs.de/) und die Plattform für Hausarztpraxen [www.jeder-fehler-zaehlt.de/](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de/). Im Juli 2016 wurde auf der CIRS-Seite der Anästhesie ein Fall veröffentlicht, der für fast alle Fachgebiete im Gesundheitswesen Relevanz aufweist.

Das Thema Personalmangel, in diesem Fall auf der Intensivstation, wird aufgegriffen. Die Intensivstation besteht aus sieben Betten (vier Patienten werden beatmet, zwei sind isoliert und ein Bett ist frei). Es befinden sich zwei Pflegekräfte im Nachtdienst, eine hiervon meldet sich krank. Für die erste Nacht rekrutiert die Pflegedienstleiterin eine Pflegekraft, die im Altersruhestand ist und noch nie auf einer Intensivstation gearbeitet hat. Für die zweite Nacht wird eine Pflegekraft von Station verpflichtet, allerdings war diese auch noch nicht auf einer Intensivstation tätig. Keiner von beiden wurde in die Geräte (zum Beispiel Beatmungsgerät) eingewiesen. Erschwerend kam

noch hinzu, dass das freie Bett in der ersten Nacht mit einem Notfallpatienten von Station belegt wurde. Vergleichbare Situationen treten mehrfach im Jahr auf.

Auch wenn es sich hier um keine konkrete Zwischenfallsituation handelt, kann durch Unterbesetzung und Mangel an Qualifikationen sehr schnell eine bedeutende Gefährdungssituation entstehen.

Gemäß den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin heißt es unter Abschnitt C „Pflege-Ausstattung“: „Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich (Empfehlungsgrad 1a)“.

Der vorliegende Bericht beschreibt, dass qualitativ nur eine Pflegekraft für sieben Intensivpatienten zuständig war, was schwerwiegende Folgen nach sich ziehen kann. Studien zeigen hier den Zusammenhang zwischen Qualifikation des Pflegepersonals und Mortalität des Patienten. Besonders kritisch Kranke erfordern eine intensive Überwachung durch qualifiziertes Personal, um frühzeitig negative Entwicklungen zu detektieren. Erschwerend zu den ökonomischen Zwängen kommt hier inzwischen der Fachkräftemangel hinzu, da in vielen Regionen nicht mehr ausreichendes Fachpersonal rekrutiert werden kann.

Details finden Sie unter: [www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdM\\_Juli2016.pdf](http://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdM_Juli2016.pdf)

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin



© Depositphotos/vilevi

## Kein Schlaganfall

### Kasuistik

Ich habe zwei Motive, zu schreiben. Einmal: Jeder Fehler zählt – und dessen Analyse kann anderen Patienten und Ärzten helfen.

Zum anderen: Ist unsere Einstellung zum eigenen oder kollektiven Fehler ausreichend geschärft?

Hier nicht nur ein Fall, auf alle Fälle eine Falle. Ein CIRS-Fall?

Die Geschichte liegt etwa fünf Jahre zurück. Ich wollte erst an das „Deutsche Ärzteblatt“ schreiben unter Bezug auf den Artikel über „Trends in der akutstationären Schlaganfallversorgung in Deutschland“ (Heft 51/52C, 24. Dezember 2012). Dann habe ich es weggeschoben. Nun kam mir die Ankündigung der CIRS-Rubrik im „Ärzteblatt Sachsen“ entgegen.

Der Mann von 78 Jahren saß mir anlässlich eines kleinen Gratulations-Buffets gegenüber. Er sah gesund und biologisch jünger aus. Er erzählte, dass er bald mit seiner stark sehbehinderten Ehefrau Goldene Hochzeit feiern wolle. Aber mit der Gesundheit wäre es nicht zum Besten bestellt. So, weshalb?

Er sei in den letzten sechs Monaten zweimal in der Schlaganfallklinik, jeweils wegen einer Minuten anhaltenden Bewusstlosigkeit, aufgenommen worden. Diese trat bei moderaten psychophysischen Belastungen auf, bei meiner Nachfrage auch gelegentlich nur in Form von Schwindel und Übelkeit. Bei den stationären Aufenthalten auf der Spezialabteilung (sprich „stroke unit“) wurde keine Ursache gefunden.

Ich fragte ihn, ob sein Herz untersucht wurde. Ja, beim zweiten Mal, allerdings nur auf seine eigene dringende Nachfrage hin. Es sei dann kurz vor der bereits festgelegten Entlassung eine Sonographie des Herzens mit einem Schlauch durchgeführt worden. Ich bot ihm an, mir die Klinikberichte anzusehen. Und

siehe, im Befund der Echokardiografie waren ganz allein die Vorhöfe als thrombenfrei beschrieben! Ich riet ihm, unbedingt und so schnell als möglich bei einem Kardiologen vorzusprechen. Doch er wollte erst seine Goldene Hochzeit feiern.

Wenig später erreichte mich die Nachricht, dass er zu vorgerückter Stunde bei einem Tänzchen mit seiner Goldbraut tot umgefallen sei. Einige geschulte Laien unter den Gästen erreichten offenbar einen Minimalkreislauf, so dass er durch den Rettungsdienst unter weiterlaufender Reanimation ein Akutkrankenhaus erreichte. Die Notechokardiografie zeigte dort, was ich vermutet hatte. Der linke Ventrikel war schwer kontraktile gestört und dilatiert. Der Mann verstarb nach wenigen Stunden. Die Angehörigen wurden von den Ärzten der Intensivstation gefragt, warum sein Herz nie untersucht und behandelt wurde.

Was können wir tun? Differenzen in der Sterblichkeit nach der Entlassung nach „Schlaganfall“ zwischen verschiedenen Kliniken sind bekannt. Es wäre vielleicht hilfreich, diesbezüglich nicht nur die Behandlungskonzepte zu vergleichen; die Diagnostik wäre hierfür ebenso zu evaluieren, auch die Auswahl der möglichen Ursachen, die vor der Entlassung abgeklärt werden sollten. Nach einer minutenlang anhaltenden Bewusstlosigkeit ist ebenso an eine Verlegung auf eine kardiologisch orientierte Station zu denken. Als Minimum könnte im Entlassungsbericht an den Hausarzt, die Notwendigkeit und Dringlichkeit weiterer Diagnostik aufgezeichnet werden.

Bei fehlendem Nachweis einer cerebrovaskulären Ursache wäre der stationäre Aufenthalt durch eine komplette Echokardiografie abzuschließen gewesen. Tatsächlich lese ich in manchen Leitlinien nur vom Ausschluss kardialer Thromben. Diese diagnostische Kapazität wird oft überstrapaziert, weil sie reflexartig angefordert wird, anstatt regelhaft an den Nachweis eines ischämischen Herdes gekoppelt zu werden. Ande-

rerseits ist die Zuordnung der zeitlich begrenzten Bewusstlosigkeit, zum Beispiel bei kritischer und womöglich stummer Aortenstenose oder anderweitigem Low-Output-Syndrom, eine böse Falle, in die auch der versiertere Arzt tappen kann. Ähnliches ist mir bei „Epileptikern“ begegnet, deren Krampfanfälle oder besser Adam-Stokes-Anfälle auf Kammerflimmern bei Long-QT-Syndrom beruhten. Die Untersuchungen zu einschlägigen Herzrhythmusstörungen können sicher nach der Entlassung komplettiert werden; das übliche stationäre Rhythmusmonitoring erlaubt hier meist eine ausreichende vorläufige Einschätzung. Das als meine fachlichen Anmerkungen im Nachhinein.

Nun zur Ärzteschaft: Obwohl ich mehrere ähnliche „Fälle“ kenne, und selber einige verbockt habe, erscheinen sie kaum im CIRS. Es gestaltet sich dort ziemlich monoton: Verwechslungen, unerwartete Nebenwirkungen, Gerätefehleinrichtungen, Ausstattungsmängel und dergleichen Dinge, die „halt mal passieren können“ und bei denen der Arzt „den Umständen entsprechend“ handeln konnte.

Die Schilderung des allein ärztlichen Versagens fehlt weitgehend in den CIRS. Und ich schreibe also auch darüber, weil ich in meiner ärztlichen Umgebung hin und wieder die persönliche Bereitschaft zum kritischen Gespräch vermisste. Für die öffentliche Diskussion müssten sicher umfassendere Regeln ausgearbeitet werden.

Die ärztliche Tätigkeit, besonders im Notfallbereich, ist immer eine Gratwanderung. Nutzen wir genügend die negativen Erfahrungen?

## §2 Arzneimittelverschreibungsverordnung

Da es gehäuft zu Fehlern bei der Ausstellung von Arzneimittelverordnungen kommt, möchten wir an dieser Stelle noch einmal daran erinnern, was eine Verschreibung **immer** enthalten muss.

Gemäß § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) gehören unter anderem **der Name, der Vorname und die Berufsbezeichnung**

**der verschreibenden Person** auf das Rezept. Die Anschrift der Praxis oder Klinik sowie die Telefonnummer muss ebenfalls mit angegeben werden.

Daher müssen Weiterbildungsassistenten und angestellte (Fach-)Ärzte entweder personalisierte Rezepte haben oder es muss mindestens zusätzlich der Name, der Vorname und die Berufsbezeichnung des unterschreibenden Arztes/der unterschreibenden Ärztin auf dem Rezept aufgeführt sein. Dies könnte zum Beispiel durch Aufbringen eines

Stempels oder auch durch einen zusätzlichen Aufdruck der Praxissoftware gewährleistet werden. Die reine Unterschrift „i.V.“ ohne die Ergänzung um diese drei Informationen ist nicht zulässig.

Auch wenn der § 2 AMVV noch viele weitere Anforderungen für eine korrekte Verschreibung aufzählt, sind Name und Berufsbezeichnung die häufigsten Fehlerquellen. Wir bitten Sie dringend, dies zu beachten.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

(1) Die Verschreibung muss enthalten:

1. Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen, tierärztlichen oder zahnärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme,
2. Datum der Ausfertigung,
3. Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist,
4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,
- 4a. bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,
5. Darreichungsform, sofern dazu die Bezeichnung nach Nummer 4 oder Nummer 4a nicht eindeutig ist,
6. abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels,
7. Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen,
8. Gültigkeitsdauer der Verschreibung,
9. bei tierärztlichen Verschreibungen zusätzlich
  - a) die Dosierung pro Tier und Tag,
  - b) die Dauer der Anwendung und
  - c) sofern das Arzneimittel zur Anwendung bei Tieren verschrieben wird, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen, die Indikation und die Wartezeit, sowie anstelle der Angaben nach Nummer 3 der Name des Tierhalters und Zahl und Art der Tiere, bei denen das Arzneimittel angewendet werden soll, sowie bei Verschreibungen für Tiere, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen, die Identität der Tiere,
10. die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz.

§ 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung

## Ausbildung und Prüfung von Notfallsanitätern in Sachsen

Medizinische Hilfskräfte (Sanitäter) wurden seit Ende des 19. Jahrhunderts sowohl im militärischen, wie im zivilen Bereich, zur Erstversorgung und zum Transport von Erkrankten und Verletzten eingesetzt. In aller Regel waren dies keine ausgebildeten medizinischen Fachkräfte und auch nicht Angehörige sogenannter medizinischer Assistenzberufe.

Das musste sich Mitte des 20. Jahrhunderts ändern, als es zur Etablierung arztgestützter Rettungssysteme kam. So erkannte der „Bund-Länderausschuss Rettungswesen“, dass für das Personal in der außerklinischen Notfallmedizin eine Mindestausbildung geschaffen werden müsse und er erließ demzufolge am 20. September 1977 Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst (520-Stundenprogramm).

In der DDR blieben die Bemühungen um eine bessere Ausbildung ohne Erfolg und mündeten in die Ablehnung des Berufsbildes „SMH-Schwester/Pfleger“ (SMH = Schnelle Medizinische Hilfe). Unmittelbar vor der deutschen Vereinigung erließ der Bundestag im Jahre 1989 das Rettungsassistentengesetz, welches eine zweijährige Berufsausbildung vorsah.

Mit einer großzügigen Übergangsregelung war es allerdings auch den im 520-Stundenprogramm qualifizierten Rettungssanitätern möglich, den Berufsabschluss des Rettungsassistenten (RA) durch Anerkennung zu erwerben. Diese Möglichkeit war den Mitarbeitern des ostdeutschen Rettungsdienstes nach der Wende nicht gegeben.

Die Ausbildung entsprach allerdings immer noch nicht den Bildungsgängen anderer Gesundheitsfachberufe,



Prüfungskommission mit den ersten in Sachsen geprüften Notfallsanitätern am 14. Januar 2016 in Dresden.

© SLÄK

so dass schon bald die Forderung nach einer dreijährigen Berufsausbildung aufkam. Es dauerte allerdings bis zum Jahre 2013, ehe der Bundestag ein Gesetz über den Beruf des Notfallsanitäters beschloss. Zu dem Referentenentwurf des Gesetzes hatte sich bereits 2012 der 22. Sächsische Ärztetag mit seinem Beschluss Nr. 14 ebenso wie andere ärztliche Gremien kritisch geäußert. Das dann verabschiedete Gesetz berücksichtigte viele ärztliche Einwände und stellte eine solide Grundlage für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dar.

Auf Bundesebene entwickelte sich dann unter Führung des Bundesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst ein sogenannter „Pyramidenprozess“, der sich mit den Bildungsinhalten der Ausbildung befasste. Die im Pyramidenprozess festgelegten Kompetenzen wurden durch den Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer als Lerninhalte für Notfallsanitäter übernommen und sind Grundlage der sächsischen Notfallsanitäterprüfungen.

Rettungsassistenten mit mehrjähriger Berufserfahrung haben bis zum

Jahr 2020 die Möglichkeit, in Ergänzungsprüfungen die Berufsanerkennung als Notfallsanitäter zu erwerben. Nach intensiver Vorbereitung und Gründung einer sächsischen Prüfungsaufgaben-Erstellungskommission wurden unter Führung der Sächsischen Landesärztekammer am 14. Januar 2016 die ersten Notfallsanitäter-Ergänzungsprüfungen in Dresden erfolgreich durchgeführt.

Im letzten Jahr haben an fünf sächsischen Rettungsdienstschulen weitere Ergänzungsprüfungen stattgefunden. Ab 2024 sollen alle Rettungswagen (RTW) in Sachsen mit einem Notfallsanitäter besetzt sein. Aber schon jetzt fehlt es im Freistaat an Rettungsfachpersonal. Eine bedarfsgerechte Ausbildung von Notfallsanitätern kann nur durch intensive Anstrengungen aller beteiligten Institutionen erreicht werden. Die Sächsische Landesärztekammer ist dazu bereit.

Dr. med. Michael Burgkhardt, Leipzig  
Dr. med. Ralph Kipke, Dresden  
Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin  
der Sächsischen Landesärztekammer

## Drogenabhängig: Postfaktisch oder Realität

**Entgegnung zum Leserbrief von Dr. med. Jens Krautheim („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2017, S. 67)**

Die Problematik legaler und illegaler Drogen ist leider zu wichtig, um den Leserbrief von Dr. med. Jens Krautheim unerwidert zu lassen.

Er bezieht sich auf die philosophische Darstellung des Verhältnisses von Freiheit und Abhängigkeit durch Dr. phil. Peter Heuer zur 55. Kammerversammlung (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2016, S. 491) und lehnt sie ab, um mehr legale Drogen für Deutschland zu fordern. Eine tragfähige Kritik der Heuer'schen Ansichten legt er nicht vor, bezeichnet aber den Vortrag als postfaktisch. Das ist auch nach „wictionary“ unzutreffend und belegt lediglich die privatlogische Benutzung einer aktuell sehr verbreiteten Vokabel. Es wird aber noch illustrier-

Sehr einverstanden bin ich erst einmal mit den Ausführungen von Dr. med. Krautheim zu den Problemen in unserer Gesellschaft mit Alkohol und Tabak. Beide Problemkreise zeigen doch gerade auf, wie schwer wir uns schon mit legalen Substanzen und ihren Folgen tun, zum großen Teil auch durch Nichtbeachtung

schon lange bestehender gesellschaftlicher Regeln, Normen und Gesetze. Ich greife bei den Alkoholproblemen beispielhaft nur das Sturztrinken von Kindern und Jugendlichen bis zur vital bedrohlichen Intoxikation heraus. Dieses Problem ist weiter virulent. Offenbar wirken hier Erziehungsversagen, Verachtung gesellschaftlicher Normen und falsche Beispiele Erwachsener ausgesprochen negativ. Sollten hier unerwünschte Effekte falsch verstandener „Freiheit von Einschränkungen“ vorliegen, wie sie Dr. med. Krautheim im Vortrag von Dr. Heuer kritisierte? Allerdings gibt es bei der Tabakproblematik in den letzten Jahren deutlich mehr Hoffnung. Binnen fünf Jahren hat sich der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener unter den Rauchern um fast 40 Prozent vermindert. Das allerdings trat ein durch eine erhebliche Veränderung der öffentlichen Meinung, die geeignet war, massiven Druck auszuüben und handfeste Restriktionen für Raucher einschloss. Das mag man nicht immer sehr großzügig finden, aber es war zum Nutzen aller wirksam. Restriktionen sind wirksam, wenn sie konsequent eingesetzt werden.

Deshalb wird die nächste Volte von Dr. med. Krautheim völlig unverständlich. Im Angesicht der vielfältigen Probleme mit den legalen Drogen schlägt er nun als Ausweg vor: Mehr Drogen ins legale Repertoire,

vor allem aber andere. Ich will mal gar nicht fragen, inwieweit Risikohö-  
hung ärztlich zu begründen ist, aber als fundamentaler Denkfehler steht dieser Vorschlag fest. Dr. med. Krautheim muss sich fragen lassen, wo jemals eine höhere Verfügbarkeit suchttauglicher Substanzen zu geringeren gesellschaftlichen Problemen führte, weniger Abhängigkeiten zeitigte und Folgekrankheiten wie soziale Folgen abnahmen? Wieviel mehr Konsumenten und Suchtkranken kann die Gesellschaft noch adäquate Behandlung – sicher auch in der Praxis von Herrn Dr. med. Krautheim – garantieren?

Auch die Sonne über Kalifornien wird die Wirkungen des dort nun legal zu erwerbenden Cannabis nicht zur Ungefährlichkeit wenden können. Anders gesagt: Das dicke Ende für das letzte Beispiel im Leserbrief von Dr. med. Krautheim kommt noch. Welchen Sinn macht es, die abzusehende Problemverschärfung auch noch zu fördern? Früher hieß das: Quidquid agis, prudenter agas et respice finem\*. Ist das wieder postfaktisch?

Deutschland und Sachsen brauchen nichts weniger als weitere legale Drogen.

\* Was Du tust, tue es klug und bedenke das Ende.

Dr. med. Frank Härtel  
Kommission Sucht und Drogen

## Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

„Die Beschränkung ärztlicher Zwangsbehandlung auf untergebrachte Betreute ist mit staatlicher Schutzpflicht nicht vereinbar“ (Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts Nr. 59/2016 vom 25. August 2016).

Der Deutsche Ethikrat verfasst aktuell eine Stellungnahme zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, der Pflege, der sozialen Arbeit, der Kinder- und Jugend- sowie der Behindertenhilfe. Dazu fand am 23. Februar 2017 eine erste öffentliche Anhörung zum Thema statt.

Inwieweit betrifft dieses Thema die Ärzteschaft? Ist es nur ein Thema spezieller Ärztegruppen wie Psychiater und Psychotherapeuten? Darauf zugespitzt: Interessiert es den Nicht-Psychiater, ob in der Psychiatrie freiheitsentziehend untergebracht, Zwangsmaßnahmen oder struktureller Zwang angewendet werden? Hat sich dieses Thema nicht mit dem Ende paternalistischer Umgangsformen mit dem Patienten erübrigt?

Alle Entscheidungsmodelle fordern ein frei willensbestimmtes Gegenüber. Nicht wenige Menschen mit

psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Psychosen, Demenzen) oder mit erheblichen Intelligenzschwächen führen dazu, dass an der freien Willensbestimmung gezweifelt wird.

Äußern sich dann diese Menschen oder handeln sie ihrem natürlichen Willen folgend, kann man dem nicht einfach nachgehen. Eine Ausnahme davon könnte eine vorweg verfügte Erklärung sein, die den vorausgehenden Willen klärt oder es gibt andere Möglichkeiten, beispielsweise aus der Biografie, den mutmaßlichen Willen abzulesen. So kann ein Mensch mit einer schweren Hirnschädigung zwar deutlich machen, dass er gerne auf die Straße laufen möchte, obgleich jedem offensichtlich ist, dass er den Verkehr nicht einschätzen kann und damit Gefahr läuft, zu Schaden zu kommen. Diese Freiheit müssen wir ihm dann versagen.

Für diese Fälle regeln das staatlich erlassene Betreuungsrecht oder die länderspezifischen Unterbringungsgesetze (SächsPsychKG) den Umgang mit dieser Situation. Das Betreuungsrecht sieht beispielsweise vor, dass Personen, die langfristig oder dauerhaft eine Unterstützung bei Entscheidungen oder Willensprozessen benötigen, Betreuer zur Seite gestellt wer-

den, die in deren (wohlverstandenen) Sinne bei Entscheidungen mitwirken. Damit gilt auch hier der Wille der Betroffenen weiter. Selbst wenn der Betreuer seinen Anvertrauten in die stationäre psychiatrische Behandlung zwingen will, weil dieser das ablehnt, muss er sich dies richterlich über einen Antrag genehmigen lassen. Gleiches gilt für eine Medikation gegen den Willen des Betreuten. Als natürlichen Willen versteht man alle zielgerichteten Handlungen, die jemand, ohne einen freien Willen zu haben, verrichtet. Dies kann das Aufstehen aus dem Bett ebenso sein, wie der Versuch einen Vertrag zu schließen. Sowohl die Unterbringung als auch eine Zwangsmedikation haben das Ziel, die Krankheit soweit zu bessern, dass eine Mitbestimmung eines Kranken wieder erreicht werden kann. Da beide Handlungen unterschiedliche Grundrechte einschränken (Freizügigkeit und Unversehrtheit), werden sie auch für sich eigens beantragt, wobei die Zwangsmedikation bislang zwingend an das Vorhandensein der Unterbringung geknüpft war.

Ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Juli 2016 (1BvL 8/15) hatte in einem Fall zu urteilen, ob eine Zwangsmedikation auch unabhängig von einer Unterbringung zulässig ist. Eine schwer psychisch kranke Frau litt an einer Krebserkrankung und eine onkologische Behandlung war unverzichtbar, um ihr Leben zu bewahren. Sie selbst lehnte diese Medikation ab, konnte dies jedoch nicht frei entscheiden, da sie die Behandlung wahnhaft in ihrem Sinn verkannte. Andererseits konnte sie weder die Klinik noch das Bett aufgrund der Entkräftung verlassen. Damit gab es keinen Grund für eine Zwangsunterbringung. Der Betreuer beantragte die Behandlung gegen den Willen der Patientin. Das geltende Recht legte der Zwangsbehandlung die Zwangsunterbringung zu Grunde.

Das Verfassungsgericht sprach Recht und verwies darauf, dass es gegen die Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verstößt, einen Menschen



© Depositphotos/Sudok1

gegen seinen Willen medikamentös zu behandeln, solange er nicht untergebracht ist. Dazu müsste er jedoch in der Lage sein, sich aus eigener Kraft aus der Klinik fortzubewegen. Kann man ihn nicht zwangsweise unterbringen, verbietet sich folglich die zwangsweise Medikation. Damit erkannte man eine Rechtslücke und trug dem Gesetzgeber auf, diese unverzüglich zu schließen. Bis zur Korrektur des geltenden Rechts erlaubte man vorerst die Zwangsbehandlung im Falle lebensbedrohlicher Erkrankungen auch bei fehlender Zwangsunterbringung.

Dieser Fall hatte nicht nur einen Regelungsbedarf des Gesetzgebers, sondern eine längst überfällige Debatte zur Anwendung von Zwangsmitteln bei Menschen generell beschleunigt, die nicht frei willensbestimmt entscheiden können. Betroffen ist eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen, die rechtlich betreut werden.

Neben dem betreuungsrechtlichen Eingriff in die Freiheit gibt es einen weiteren Teil von Menschen, die im Rahmen akuter psychischer Dekompensationen durch landesrechtliche Verfahren (zum Beispiel SächsPsychKG) in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie untergebracht werden. Damit betrifft diese Debatte nicht unerheblich die Regelungen der Anwendung des Freiheitsentzuges, der Zwangsbehandlung und strukturellen Zwängen.

Auf der Seite der Betroffenen, deren Angehörigen, in der Bevölkerung und nicht zuletzt bei Psychiatern und Psychotherapeuten erweckt dieses Thema berechtigterweise leidenschaftliche Diskussionen. Die Vorstellung, in seinen grundsätzlichen Rechten beschnitten werden zu können, führt zu Urängsten der Bevölkerung der Psychiatrie gegenüber. Diese Besorgnisse bestehen seit Anbeginn der psychiatrischen Krankenhausgeschichte.

Bereits am Ende des 19. Jahrhunderts und zur Jahrhundertwende erreichte diese Debatte einen Höhepunkt. Erstaunlich ist dabei, dass

diese Besorgnisse mit der Öffnung der Psychiatrie eher zunahmen. Dabei darf man nicht verkennen, dass Zwangsmittel und Zwangsmedikation, auch weniger öffentlich verfolgt, in allgemeinen Krankenhäusern, im häuslichen Umfeld sowie in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe Anwendung finden. Dort fehlen nicht selten rechtssichere Genehmigungsverfahren. Das Hauptargument ist neben der Eigen- und Fremdgefahr (zum Beispiel Sturzprävention) auch das der „Betreubarkeit“, des „störenden Verhaltens“ oder gar der „Störung der öffentlichen Ordnung“. Nicht verkennen darf man die dahinter ruhenden betriebswirtschaftlichen und/oder versicherungsrechtlichen Zwänge und Forderungen, die daraus resultierenden Personalprobleme und Ängste vor Haftung oder Rufschädigung, wenn es zu Vorfällen kommt. Die Folge ist die Forderung an den

Arzt, vor allem sedierende Medikamente, Fixierungen und anderes zu verordnen oder zu beantragen. Ein Patient, der im Allgemeinkrankenhaus die Diagnostik oder Behandlung verweigert oder erschwert, stellt ein tatsächliches Kostenrisiko dar; eine Überzeugungsarbeit, die mehrere Tage dauern kann, ist in unseren Abrechnungssystemen nicht vorgesehen. Nicht selten antwortet dann der Prüfarzt mit dem Argument der primären oder sekundären Fehlbelegung, ungeachtet ob der Patient nicht will oder nicht wollen kann. Im Zweifel sucht man den Weg der „Zwangseinweisung“ in die Psychiatrie aufgrund einer angenommenen oder (aufgrund der Außenumstände) auch tatsächlichen Selbst- und Fremdgefährdung. Betrachtet man dies nüchtern, gerät oft weniger die Öffentlichkeit, mehr schon die Patienten und am meisten die Verhältnismäßigkeit in Gefahr.

Tatsache ist, dass Zwangsmaßnahmen nur am Ende jeder Entscheidung stehen dürfen. Vorrangig sind Entscheidungen zugunsten von Sitzwachen („Eins-zu-Eins-Betreuungen“), längere Anlauf- und Überzeugungszeiten und andere Maßnahmen, die auch im Werdenfelser Modell Eingang gefunden haben. Danach relativiert eine natürliche Gefahr (zum Beispiel des Sturzes) eine unverhältnismäßig einschränkende Sicherung des Patienten. Übergeht man diese alternativen Möglichkeiten oder bezieht man sich auf Kosten oder Leistungsrecht, begibt man sich in einen justiziablen Bereich. Gerade bei Zwangsmaßnahmen liegt der Vorwurf, folterähnlich zu verfahren, nicht weit weg. Dies gilt auch für eine unrechtmäßige Medikation. Gleiches gilt für das Einsparen von Personal oder pädagogischen Maßnahmen in Betreuungseinrichtungen. Man darf auch nicht verleugnen, dass alle Zwangsmaßnahmen (unter anderem auch Medikation) entehrende, entwertende und als willensbrechend empfundene Wirkungen beim Patienten auslösen, das Ver-

hältnis zum Arzt belasten und weitere Behandlungen deutlich erschweren.

Psychiater und Psychotherapeuten sind sich ihrer Verantwortung bewusst und stellen sich damit regelmäßig den damit aufgeworfenen ethischen und rechtlichen Fragen. Nahezu routinemäßig werden sie von den zur Genehmigung angerufenen Juristen überprüft. Das psychiatrische und psychotherapeutische Menschenbild orientiert sich an den in Deutschland ratifizierten UN-Konventionen (zum Beispiel Menschenrechts-, Behinderten-, Anti-Folterkonvention) und verursacht mit jeder auch noch so unvermeidlichen Zwangsmaßnahme ein erhebliches emotionales Spannungsfeld. Nicht umsonst beteiligen sich neben Juristen auch Psychiater und Psychotherapeuten an den Umsetzungen dieser oben genannten Konventionen in gelebtes Recht. Dass Zwangsmaßnahmen ultima ratio sind, wird hier niemand mehr bestreiten wollen. Jedoch leben auch Psychiater und Psychotherapeuten in einer realen

Welt, in der monetäre Zwänge auf den unterschiedlichsten Ebenen versuchen, ihre Entscheidungen zugunsten der Repression zu bestimmen. Damit ist der entsprechende Rechtsrahmen zu fordern, der auch und besonders die Finanzierung dieser Maßnahmen berücksichtigt, so dass für diese Situationen keine widersprüchliche Aufforderung (Double-bind) entsteht. Derzeit finden die Kosten für eine geringere oder abgemilderte Restriktion nur wenig Eingang in die Finanzierung medizinischer Maßnahmen, sodass dadurch eine rechtliche Bedrohung auf der straf- und zivilrechtlichen Seite entstehen muss. Dieses Problem der praktischen Konkordanz muss der Gesetzgeber ebenso angehen. Er hat die besonderen Bedürfnissen und nicht zuletzt die Sicherstellung der Grundrechte zu wahren und den finanziellen Rahmen dafür zu schaffen.

Dr. med. Peter Grampp  
Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH  
04779 Wermisdorf

Anzeige

## 22. Dresdner Ärzteball & Party

BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM



Samstag,  
29. April 2017  
Empfang ab 18 Uhr

Schloss Albrechtsberg  
Bautzner Straße 130  
01099 Dresden

<b>Ballkarte „Kronensaalebene“</b>	
für Mitglieder KÄK	80 €
Nichtmitglieder	100 €
<b>Ballkarte „Gartensaalebene“</b>	
für Mitglieder KÄK	65 €
Nichtmitglieder	85 €
<b>Ballkarte für Studenten</b>	15 €

**Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**  
Sekretariat: Frau Rasche  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Tel. 0351 8267-413 • Fax 0351 8267-446  
Anmeldung telefonisch oder per E-Mail  
an [info@kreisaeztekammer-dresden.de](mailto:info@kreisaeztekammer-dresden.de)

Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Präsentiert von [www.kreisaeztekammer-dresden.de](http://www.kreisaeztekammer-dresden.de)

## Konzert und Ausstellungen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Lutz Bleidorn  
WaldLandschaft – Malerei, Zeichnung  
bis 23. April 2017

Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann  
27. April bis 9. Juli 2017  
Vernissage: Donnerstag,  
27. April 2017, 19.30 Uhr  
Einführung: Mathias Wagner, Kunst-  
historiker, Staatliche Kunstsammlungen  
Dresden

### Programmvorschau

2. April 2017, 11.00 Uhr  
Junge Matinee „Die französische Natur“  
Studierende der Liedklasse der  
Hochschule für Musik Carl Maria von  
Weber Dresden entführen die Konzert-  
besucher mit Liedern über Schmetter-  
linge, Bestien und seltsame Vögel, u. a.  
von Gabriel Fauré, Claude Debussy,  
Maurice Ravel, Francis Poulanc, in eine  
fantastische Welt der Natur.  
Künstlerische Leitung: Vincent Borrits

## Dokumentation für das Online-Fortbildungspunktekonto

### Bitte um Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer

Mit Einführung der Fortbildungsverpflichtung für niedergelassene Ärzte nach § 95 d SGB V sowie für Fachärzte im Krankenhaus nach § 137 SGB V (jetzt § 136 b Abs. 1 SGB V) wurde zur Vereinfachung der umfangreichen organisatorischen Abläufe ein persönliches Fortbildungspunktekonto für jeden Arzt eingerichtet. Auf diesem Fortbildungspunktekonto können die in zertifizierten ärztlichen Fortbildungen erworbenen Punkte mit Hilfe von Barcodes bzw. mit der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN), die 2006 in Sachsen eingeführt und an jedes Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer versandt wurde, nachgewiesen werden. Das Fortbildungspunktekonto erleichtert jedoch nicht nur bundesweit die kontinuierliche Erfassung von Fortbildungspunkten, sondern bietet zugleich den Vorteil, dass jeder Arzt über einen personenbezogenen passwortgeschützten Zugang (Mitgliederportal „Meine SLÄK“: <https://portal.slaek.de/>) einen Überblick über alle von ihm besuchten Fortbildungen und erworbenen Fortbildungspunkte erhält.

Leider werden die Möglichkeiten dieser elektronischen Erfassung noch nicht in vollem Umfang genutzt. Dies hat unterschiedliche Gründe, auch ganz persönliche Motive seitens der Ärzte. Dies hat zur Folge, dass die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen der Sächsischen Landesärztekammer nach der Veranstaltung zugesandt und hier aufwändig nacherfasst werden müssen, was erheblichen administrativen Aufwand mit entsprechenden Personalkosten verursacht.

Aus diesen genannten Gründen können **ab dem 1. Juli 2017** die nicht mit Barcode oder EFN-Nummern versehenen Teilnehmer(listen) leider nicht mehr von den Mitarbeitern der SLÄK nacherfasst werden. Die Konsequenz ist, dass das persönliche

Punktekonto des betreffenden Arztes zunächst unvollständig bleibt. Erst bei Beantragung des Fortbildungszertifikates können diese Teilnahmebescheinigungen geltend gemacht werden, müssen jedoch dann durch den Arzt selbst in eine Liste – die zum Nachweis in der Sächsischen Landesärztekammer verbleibt – eingetragen werden. Diese Eintragsliste ist zu finden unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) – Ärzte – Fortbildung – Download Formulare.

**TIPP:** Bitte stecken Sie immer einige Barcodeaufkleber ins Portemonnaie oder besser noch in die Handyhülle und geben Sie einfach Ihre EFN-Nummer in Ihre Adressdatei im Handy ein.

So sind Sie immer vorbereitet und vermeiden eine aufwändige Nacherfassung.

Zum anderen gibt es Veranstalter, die die selbständige Erfassung mittels Barcode-Scanner nicht oder nicht zeitnah vornehmen bzw. Teilnehmerlisten erst mit wochen- oder sogar monatelanger Verspätung zur Erfassung der Punkte an die Sächsische Landesärztekammer senden. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass die Barcode-Listen spätestens zwei Wochen nach der Veranstaltung im Original vorliegen müssen. Diese Frist gilt auch für Veranstalter, die die elektronische Erfassung selbst vornehmen. Sollten Fortbildungspunkte trotz Verwendung des Barcodes nicht auf dem Punktekonto erscheinen, wenden Sie sich bitte immer zuerst an den Veranstalter der Fortbildung, da dieser für den Transfer der Punkte an die Sächsische Landesärztekammer verantwortlich ist.

Die retrospektive Erfassung von Bestätigungen der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen, die in anderen Bundesländern Deutschlands besucht und die manchmal nicht automatisch elektronisch an das Punktekonto des Arztes gemeldet wurden, übernehmen die Mitarbeiter des Referats Fortbildung selbstverständlich weiterhin.

Dazu ist es notwendig, eine Kopie der vom Veranstalter ausgestellten personalisierten Teilnahmebestätigung an die Sächsische Landesärztekammer zu senden. Einladungen, Programme oder selbst verfasste Bestätigungen sowie Teilnahmebestätigungen ohne Namen können leider nicht als Nachweis akzeptiert werden.

Ebenso müssen beim Besuch von Fortbildungen im Ausland die Teilnahmebestätigungen eingereicht werden, da hier keine Erfassung mittels Barcode möglich ist. Zusätzlich ist die Einreichung eines Programms notwendig, um den Inhalt der Fortbildung beurteilen und eine höchstmögliche Bewertung der Veranstaltung vornehmen zu können. Diese Bewertung erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Regularien. Die jeweilige Punktzahl kann daher von der auf der Bescheinigung ausgewiesenen abweichen.

Da auch Fortbildungen im Ausland zur Anerkennung in Sachsen den Kriterien der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat sowie der zugehörigen Verfahrensordnung entsprechen müssen, ist es außerdem notwendig mitzuteilen, wer die Kosten für die Übernachtungen übernommen hat. Nach Satzung der Sächsischen Landesärztekammer werden Fortbildungen anerkannt, für die Reisekosten von einem Sponsor

übernommen wurden. Ausgenommen davon wurden ausdrücklich und bestätigt per Vorstandsbeschluss im Januar 2017 die Übernahme der Übernachtungskosten durch einen Sponsor.

Die retrospektive Erfassung einzelner Teilnahmebestätigungen ist eine zeitaufwendige Aufgabe, die die Mitarbeiter des Referates Fortbildung zusätzlich zu ihren eigentlichen Aufgaben leisten. Da in den letzten Jahren sehr viele Teilnahmebestätigungen zur Nacherfassung eingereicht wurden, ist es teilweise zu mehrwöchigen Bearbeitungszeiten gekommen, was wir außerordentlich bedauern. Um diese Zeiten zu verkürzen, bitten wir Sie mit folgenden Empfehlungen um Unterstützung:

1. Kleben Sie bitte bei jeder Veranstaltung in Deutschland den Barcode in die Teilnehmerlisten ein, ersatzweise kann auch die Einheitliche Fortbildungsnummer

(EFN) in die Liste geschrieben werden. Diese finden Sie auf dem Fortbildungsausweis.

2. Bitte überkleben Sie die Veranstaltungsnummer (VNR) auf der Teilnahmebescheinigung nicht mit Ihrem eigenen Barcode, da sonst die Zuordnung erschwert wird. Barcodeetiketten können jederzeit übers Internet ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)), über das Portal, via Email ([punktekonto@slaek.de](mailto:punktekonto@slaek.de)) oder telefonisch bei uns angefordert werden.
3. Haben Sie weder Barcode noch EFN eingetragen, reichen Sie bitte Ihre personalisierte Teilnahmebestätigungen frühestens drei Monate nach der Veranstaltung ein. Ausnahmen sind natürlich möglich, wenn ein neues Fortbildungszertifikat zeitnah erworben werden muss.
4. Bitte reichen Sie nur Teilnahmebestätigungen ein, die noch nicht auf dem Punktekonto

abgebildet sind oder die Sie durch den Besuch einer Fortbildung außerhalb Sachsens erworben haben. Eine Liste aller Ihrer schon übertragenen Fortbildungen finden Sie im auf Sie personalisierten Portal der Sächsischen Landesärztekammer. Dieses finden Sie auf der Internetseite der SLÄK direkt links neben dem „Suche“-Feld unter „meine SLÄK“.

5. Sollten Sie Online-Fortbildungen absolvieren, geben Sie dem Anbieter bitte immer Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) bekannt.

So können wir Ihnen eine zeitnahe Bearbeitung garantieren. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Unterstützung und stehen Ihnen für Rückfragen unter Telefon: 0351 8267-327, -329, -350 gern zur Verfügung.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Medizin am Lebensende

### Kursangebot „Palliativmedizin – eine Standortbestimmung für ärztliche Senioren“

Im höheren Lebensalter sind schwere Erkrankungen unter Umständen auch mit ungewissem Verlauf und Ausgang häufiger. Oft haben auch ärztliche Senioren nicht daran gedacht, dass es sie selbst, die Familie oder das nahe Umfeld treffen könnte. Aus eigener Erfahrung scheint es sinnvoll zu sein, für die Bewältigung der sich schnell auftürmenden Anforderungen und Aufgaben gewappnet zu sein und zu wissen, wo Hilfe zu erlangen ist.

Auf Anregung und Unterstützung durch den Seniorenausschuss der Sächsischen Landesärztekammer fand am 13. Oktober 2016 im Kammergebäude in Dresden eine erste Veranstaltung zum Thema „Palliativmedizin – eine Standortbestimmung für ärztliche Senioren“ statt. Der Kurs orientiert sich in Aufbau und Zielgruppe an dem Notfallkurs für

ärztliche Senioren, der in den vergangenen Jahren an verschiedenen Orten in Sachsen angeboten wurde. Zielstellung ist ein Überblick zur Struktur medizinischer Versorgung am Lebensende in Sachsen. Neben einem kleinen geschichtlichen Exkurs wird über aktuelle Aspekte der Palliativmedizin informiert. Im Fokus steht eine Übersicht zu aktuellen Betreuungsstrukturen von der hausärztlichen Ebene bis zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und deren Interaktion. Informiert wird auch zu den ehrenamtlichen ambulanten Angeboten und zur Hospizsituation in Sachsen. Einen breiten Raum nehmen Darlegungen zur Beantragung, Organisation, Leistungen sowie Kooperationen ein. Mögliche Erwartungen an, aber auch Grenzen der Versorgung im Rahmen der SAPV werden abgesteckt.

Die Referenten informieren über die aktuellen gesetzlichen und ärztlichen Formen der Sterbebegleitung und berücksichtigen auch europäische Entwicklungen. Mit Nachdruck wird auf die Notwendigkeit der eigenen Vorsorge im Rahmen von Patienten-

verfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht hingewiesen. An den Vortrag schließt sich die Möglichkeit der Diskussion an. Auch werden verschiedene Formulare und Broschüren ausgereicht. Referent ist Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Hausarzt in Dresden. Die Konzeption des Kurses wurde gemeinsam mit der ärztlichen Leiterin der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Universitätsklinikum Dresden, Dr. med. MSc. Susanne Heller, erstellt.

### Die nächste Veranstaltung findet am 24. April 2017, 16.00 Uhr in der Bezirksstelle Chemnitz, Carl-Hamel-Straße 3, statt.

Anmeldungen für die Veranstaltung nimmt das Referat Fortbildung unter der Telefonnummer 0351 8267-348, Faxnummer 0351 8267-322 oder per E-Mail [fortbildungskurse@slaek.de](mailto:fortbildungskurse@slaek.de) entgegen.

Teilnahmegebühr: 18,00 Euro.  
Wir würden uns freuen, wenn das Angebot Ihr Interesse findet.

Dr. med. Ute Göbel  
Seniorenausschuss der Sächsischen  
Landesärztekammer

## Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten

### Freistellung der Auszubildenden für die Teilnahme an Prüfungen – Das sollten Sie wissen!

Ausbildende haben Auszubildende gemäß § 15 Berufsbildungsgesetz für die Teilnahme an Prüfungen freizustellen. Freistellen bedeutet, dass die Auszubildende für die Dauer der Prüfung nebst den dafür erforderlichen Reisezeiten von der Ausbildung und Anwesenheit in der Praxis entbunden wird. Für Jugendliche, das heißt Auszubildende vor Vollendung

des 18. Lebensjahres, gilt gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz eine erweiterte Freistellungspflicht. Sie sind bereits am Vortag der schriftlichen Abschlussprüfung von der Arbeit zu entbinden, soweit es sich dabei um einen Arbeitstag handelt.

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am Mittwoch, dem 12. April 2017, von 9.00 bis 15.00 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Unabhängig von der vorgeschilderten Rechtslage bitten wir Sie als Aus-

bilder für diesen Prüfungstermin an einem Mittwoch um Ihre Unterstützung. In der Regel wird Ihre Praxis am vorangehenden Dienstag eine lange Sprechstunde bis in die Abendstunden vorhalten. Ermöglichen Sie Ihrer Auszubildenden eine ordnungsgemäße Anreise für die ganztägige schriftliche Prüfung in Dresden und planen deren Einsatz in der Praxis am Vortag entsprechend.

Ist eine Ihrer Fragen offen geblieben, rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte  
Telefon: 0351 8267-170

## Dauer der Probezeit im Ausbildungsverhältnis

### Das sollten Sie wissen!

Nach der Regelung in § 20 Berufsbildungsgesetz (BBiG) muss die Probezeit im Berufsausbildungsverhältnis mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Sie beginnt mit dem Tag des Beginns des Ausbildungsverhältnisses, unabhängig davon, ob der Auszubildende die Tätigkeit an diesem Tag aufnimmt oder möglicherweise krankheitsbedingt daran gehindert ist. Während der Probezeit kann das Ausbildungsverhältnis grundsätzlich jederzeit ohne die Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

Was passiert aber, wenn der Auszubildende während der Probezeit für längere Zeit an der Durchführung seiner Ausbildung gehindert ist? Einen solchen Fall hatte das Bundesarbeitsgericht im Juni 2016 zu entscheiden (BAG, Urteil vom 6. Juni 2016 – 6 AZR 396/15). Von seiner viermonatigen Probezeit war der Auszubildende sieben Wochen krankheitsbedingt arbeitsunfähig. In seinem Ausbildungsvertrag fand sich der Passus: „Wird die Ausbildung

während der Probezeit um mehr als ein Drittel dieser Zeit unterbrochen, so verlängert sich die Probezeit um den Zeitraum der Unterbrechung.“ Der Ausbilder kündigte dem Auszubildenden (erst) nach Ablauf der viermonatigen Probezeit fristlos. Dagegen wehrte sich der Auszubildende unter Verweis auf die bereits abgelaufene Probezeit und reichte Klage ein.

Nachdem das Arbeitsgericht die Klage abgewiesen hatte, das Landesarbeitsgericht wiederum der Klage stattgab, entschied das BAG unter Verweis auf die Verlängerungsvereinbarung zugunsten des Beklagten (= Ausbilder). In seinen Gründen führte es zunächst aus, dass eine Vereinbarung zwischen Ausbilder und Auszubildendem, welche zuungunsten Letztgenanntem von den Vorschriften im BBiG abweicht, grundsätzlich nichtig sei. Die vertragliche Verlängerung der Probezeit im

Falle einer erheblichen Unterbrechung der Ausbildung sei jedoch keine solche Regelung. Vielmehr diene sie der Erfüllung des Zwecks der Probezeit,

- einerseits sicherzustellen, dass der Ausbilder den Auszubildenden auf seine Eignung für den Beruf testen kann,
- andererseits auch dem Auszubildenden die Möglichkeit der Prüfung zu geben, ob dieser Beruf seinen Vorstellungen und Neigungen entspricht.

Eine verlängerte Probezeit liegt damit im Interesse beider Vertragsparteien. Erst dadurch erhalten beide Parteien die Möglichkeit, die Dauer der Probezeit tatsächlich auszunutzen. Nicht zuletzt gibt sie dem Auszubildenden auch erst die Chance, dem Ausbilder sein Können unter Beweis zu stellen und eine vorzeitige Beendigung durch Kündigung seitens des Ausbilders mangels Erpro-



## 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. Versorgungsebenen sind der Inter-**

**netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:**

**www.kvsachsen.de** → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → **Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan.**

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/C016	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Mittweida	11.04.2017
17/C017	Chirurgie/SP Unfallchirurgie	Zwickau	24.03.2017
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
17/C018	Innere Medizin/SP Hämatologie u. Onkologie/ ZB Allergologie, Palliativmedizin (hälftiger Versorgungsauftrag)	Erzgebirgskreis	24.03.2017

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/D011	Ärztliche Psychotherapie (hälftiger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.03.2017
17/D012	Ärztliche Psychotherapie	Dresden, Stadt	24.03.2017
17/D013	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.03.2017
17/D014	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (hälftiger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.03.2017
17/D015	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.03.2017
17/D016	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie bei Erwachsenen	Meißen	24.03.2017
17/D017	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (hälftiger Versorgungsauftrag)	Weißeritzkreis	24.03.2017

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*)	Chemnitz	geplante Abgabe 1. Quartal 2019 oder nach Vereinbarung

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*)	Zittau Ort: Hirschfelde	Abgabe: ab Juli 2017
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: ab Januar 2018

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



**WISSEN WOLLEN  
ODER WISSEN MÜSSEN?**

Die neue Pränataldiagnostik  
und ihre Konsequenzen

**Diskussion mit:**  
Monika Hey, Autorin des Buches »Mein gläserner Bauch«  
Dipl.-Med. Uwe Schilling, Praxis für Pränataldiagnostik, Dresden  
Moderation: Dr. Anne-Katrin Olbrich

**Dienstag  
21. März 2017  
19 Uhr  
Deutsches Hygiene-Museum  
Hörsaal · Lingnerplatz 1**

## Wissen wollen oder wissen müssen?

### Die neue Pränataldiagnostik und ihre Konsequenzen

Die moderne Pränataldiagnostik bietet immer mehr Informationen über den wahrscheinlichen Verlauf einer Schwangerschaft und den Zustand des ungeborenen Kindes. Die neuen Möglichkeiten werfen aber auch ethische Fragen auf: So wird aktuell diskutiert, ob der sogenannte „Prena-Test“ bei „Risikoschwangerschaften“ (unter anderen alle Schwangeren ab 35 Jahren) eine Kassenleistung werden soll. Mit diesem Test kann anhand des Blutes der Frau analysiert werden, ob das Ungeborene ein dreifaches statt eines zweifach vorhandenen Chromosoms 21, 13 oder 18 besitzt. Werden diese Tests zum Standard, steht infrage, ob es überhaupt noch die Möglichkeit des gewollten „Nichtwissens“ geben wird. Kritiker sehen Frauen stark unter Druck gesetzt, sich gegen ein Kind mit Down-Syndrom oder einer anderen Trisomie zu entscheiden,

wie es Erfahrungen aus anderen Ländern nahelegen. Positive Stimmen erkennen darin einen wichtigen Schritt hin zu einer informierten und risikofreien Entscheidung der Schwangeren. Sollte der Test also nur unter Einschränkungen und ohne öffentliche Förderung verfügbar sein? Oder bedeutet das eine Beschneidung des Selbstbestimmungsrechts werdender Eltern? Gilt das Down-Syndrom in Zukunft als „vermeidbarer Schadensfall“?

Darüber diskutieren: Monika Hey, Autorin des Buches „Mein gläserner Bauch“, Dipl.-Med. Uwe Schilling, Praxis für Pränataldiagnostik, Dresden.

Moderation: Dr. Anne-Katrin Olbrich.

Die Veranstaltung zum Welt-Down-Syndrom-Tag ist eine Kooperation von: upside down Dresden, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Sächsische Landesärztekammer und Weiterdenken – Heinrich-Böll-Stiftung Sachsen.

Korrespondierende Autorin:  
Kathrin Bastet

Weiterdenken – Heinrich-Böll-Stiftung Sachsen

# Potenziell inadäquate Medikationen bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis

K. Voigt<sup>1</sup>, M. Gottschall<sup>1</sup>, Ch. E. Besimo<sup>2</sup>, Th. Hoffmann<sup>3</sup>, J. Schübel<sup>1</sup>, A. Bergmann<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Ältere Patienten ( $\geq 65$  Jahre) erhalten aufgrund akuter und chronischer Erkrankungen oft multiple Medikationen beim Hausarzt, wozu auch **potenziell inadäquate Medikamente (PIM)** gehören. Diese Medikamente sollten in dieser Altersgruppe aufgrund pharmakokinetischer und -dynamischer Veränderungen im Medikamentenmetabolismus nicht oder nur kurzfristig in niedriger Dosis verordnet werden. In einem Projekt des Dresdner Bereichs für Allgemeinmedizin/MK3 wurden Krankenakten von 1.846 Patienten aus sächsischen Hausarztpraxen bezüglich aller Medikamentenverordnungen analysiert. Bei Patienten  $\geq 65$  Jahre erfolgte ein Abgleich der verordneten Medikamente mit der PRISCUS-Liste. Zusätzlich wurden Interviews mit sieben Hausärzten zu deren Verordnungsmotiven geführt. Ca. 24 Prozent der Patienten ( $n = 1.241$ , chronische Diagnosen:  $8,3 \pm 3,7$  SD) erhielten mindestens eine PIM. Wirkstoffe aus der Gruppe der Sedativa/Hypnotika, der Antihypertensiva (4,0 Prozent) und Analgetika/Antiphlogistika (3,3 Prozent) wurden dabei am häufigsten verordnet (13,7 Prozent). Gründe für PIM-Verordnungen waren das begrenzte Wissen und die limitierte Anwendbarkeit der PRISCUS-Liste im Praxisalltag, Zeitmangel, fehlende Medikationsalternativen, Patientenmerkmale unabhängig vom Alter sowie schlechte Erfahrungen bei Medikamentenwechsel oder bei

hausärztlicher Ablehnung von Folgeverordnungen.

## Einleitung

Patienten  $\geq 65$  Jahre sind durch altersassoziierte pharmakokinetische und -dynamische Veränderungen gekennzeichnet. So sind zum Beispiel der Nierenstoffwechsel und der First-Pass-Effekt der Leber zeitlich verzögert, was zu einem längeren Verbleib der Wirkstoffe im metabolischen System führt [1, 2]. Um bei der medikamentösen Behandlung von Krankheiten diesen altersbedingten Veränderungen gerecht zu werden, wurden sogenannte schwarze Listen entwickelt, die Medikamente beinhalten, welche im Alter vermieden oder nur in geringer Dosis bzw. für begrenzte Zeiträume verordnet werden dürfen. Die weltweit erste schwarze Liste wurde von Beers und Mitarbeitern in den USA („Beerslist“) entwickelt [3]. Für den deutschen Medikamentenmarkt wurde 2010 die sogenannte PRISCUS-Liste von einer Expertengruppe von Geriatern, Pharmakologen und Allgemeinmedizinern im Rahmen eines Verbundprojektes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung entwickelt. Die PRISCUS-Liste beinhaltet aktuell 83 Wirkstoffe aus 18 Arzneistoffklassen, die bei Patienten  $\geq 65$  Jahre entweder nicht oder nur in niedriger Dosis verordnet werden sollten. Zu den kritischen Verordnungen werden zudem Behandlungsalternativen vorgeschlagen. Für den Fall einer Unvermeidbarkeit einer PIM-Verordnung werden Empfehlungen zum Medikamentenmonitoring gegeben, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen frühzeitig erkennen zu können. Detaillierte Informationen zur Entwicklung der PRISCUS-Liste sowie zu den gelisteten PIM und Behandlungsalternativen sind im Internet unter [www.priscus.net](http://www.priscus.net) öffentlich zugänglich.

Verordnungsraten von PIM in der Medizin liegen weltweit zwischen ca. 12 bis 65 Prozent je nach untersuchtem Setting und verwendeten Screening-Instrumenten. Ein systematisches Review (Studienzeitraum 1950 – 2011) bestimmte eine mittlere PIM-Rate (Median) in Höhe von 20,5 Pro-

zent (Interquartil-Abstand 18,1 – 25,6 Prozent) für den hausärztlichen Bereich [4]. Aktuelle Studien im deutschen Sprachraum verweisen auf hausärztliche PIM-Raten zwischen 22,5 und 28,4 Prozent [5, 6]. Da diese PIM-Raten relativ hoch sind, sollte hinterfragt und verstanden werden, warum Hausärzte PIM verschreiben. Sofern sich daraus ein Bedarf ergibt, könnten auf diesem Wissen aufbauend umsetzbare und bedarfsorientierte Lösungen zur Verbesserung der medikamentösen Versorgung älterer Patienten entwickelt werden.

Der Bereich Allgemeinmedizin/MK3 des Dresdner Universitätsklinikums Carl Gustav Carus führte von 2012 bis 2015 die von der Roland-Ernst-Stiftung geförderte Pilotstudie „Multimedikation und ihre Folgen für die hausärztliche Patientenversorgung in Sachsen“ durch. Hauptziel dieser Studie war es, einerseits den Status quo der medizinischen, medikamentösen und nicht-medikamentösen Versorgung von hausärztlichen Patienten mit Multimorbidität und Multimedikation in Sachsen zu erfassen und andererseits Versorgungsprobleme aus Sicht der Hausärzte und ihrer Praxismitarbeiter zu detektieren. Der vorliegende Artikel stellt Teilergebnisse zur Verordnung von PIM bei Patienten  $\geq 65$  Jahre vor. Aufgezeigt werden 1.) Häufigkeit und Wirkstoffart der PIM-Verordnungen sowie 2.) hausärztliche Motive für PIM-Verordnungen bei Dresdner Hausärzten.

## Methoden

Die Studie setzte sich aus drei Erhebungsbausteinen zusammen:

1. Krankenaktenanalysen von insgesamt 1.846 Patienten (pseudonymisierte Patientendaten zu Dauer-/Akutdiagnosen, Medikation, Überweisungen, Krankenhausaufenthalten, Heilmittelverordnungen und alternativen Therapien),
2. leitfadengestützte Interviews mit 22 Medizinischen Fachangestellten (Rolle der Medizinischen Fachangestellten im hausärztlichen Team, Delegationspotenziale [7]),
3. leitfadengestützte Interviews mit sieben Hausärzten (unter ande-

<sup>1</sup> TU Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3

<sup>2</sup> Seeklinik Brunnen, Orale Medizin, Schweiz

<sup>3</sup> TU Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Poliklinik für Parodontologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

rem Exploration hausärztlicher Verordnungs- und Handlungsmotive basierend auf individuellen Fallvignetten zur Verordnung von PIM).

Das komplette Studiendesign wurde im Rahmen eines Studienprotokolls veröffentlicht [8]. Ein projektbezogenes Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus“ der Technischen Universität Dresden lag vor (EK410122012 vom 12. Dezember 2012).

Bei den Medikamentenverordnungen wurden die Einzelwirkstoffe und, wenn dokumentiert, die verordneten Dosierungen erfasst. Bei den Patienten  $\geq 65$  Jahre erfolgte ein Abgleich der verordneten Medikamente mit der PRISCUS-Liste, um das Ausmaß der PIM zu erfassen.

## Ergebnisse

### Stichprobenbeschreibung

Die sieben teilnehmenden Hausärzte (davon zwei männliche) waren zwischen 43 und 61 Jahre alt und wiesen zwischen sieben bis 22 Jahre Berufserfahrung als Hausarzt auf. In drei Praxen waren Ärzte in Weiterbildung (Allgemeinmedizin) angestellt.

Insgesamt wurden 1.846 (65,3 Prozent von 2.826) Krankenakten ausgewertet. Mit 55,5 Prozent ( $n = 1.024$ ) war der Anteil weiblicher Patienten etwas höher. Die Patienten waren zwischen 23 und 100 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug 69 Jahre ( $\pm 11$  Jahre [SD]). 69,4 Prozent ( $n = 1.241$ ) der analysierten Patienten waren  $\geq 65$  Jahre.

Die Patienten  $\geq 65$  Jahre wiesen durchschnittlich 8,3 [ $\pm 3,7$  SD] dokumentierte chronische Diagnosen (ICD-10) auf. Die häufigsten drei chronischen Diagnosen waren: essentielle Hypertonie mit 84,0 Prozent, Fettstoffwechselstörung mit 49,3 Prozent und Diabetes mellitus Typ 2 mit 39,3 Prozent. In 16,1 Prozent der Fälle trafen alle drei Diagnosen zu, was einen Hinweis auf das Vorliegen des metabolischen Syndroms gibt. Bei den Akutdiagnosen waren Rückenschmerzen mit 5,4 Prozent, akute Infektionen der Atemwege mit 5,0 Prozent und sonstige Krankheiten des Harnwegsystems mit 3,3 Prozent am häufigsten dokumentiert. 65,5 Prozent der älteren Patienten erhielten  $\geq 4$  Wirkstoffe als Dauermedikation ( $M: 6,3 \pm 3,3$  SD).

Die Anzahl der verordneten Wirkstoffe korrelierte nur mäßig mit der Anzahl der chronischen Diagnosen ( $r = 0,34/p \leq 0,001$ ).

### Verordnungsprävalenzen von PIM

Der Abgleich der verordneten Medikamente in der Gruppe der älteren Patienten ( $\geq 65$  Jahre) mit der PRISCUS-Liste ergab, dass 23,9 Prozent eine PIM erhielten. Wirkstoffe aus der Gruppe der Sedativa/Hypnotika wurden am häufigsten verordnet (13,7 Prozent), gefolgt von Antihypertensiva (4, Prozent) und Analgetika/Antiphlogistika (3,3 Prozent; vgl. Abb. 1).

Zopiclon (4,3 Prozent), Zolpidem (2,3 Prozent), Diazepam und Doxazosin (jeweils 1,9 Prozent) waren die drei häufigsten PIM in unserer Patientenstichprobe (Tab. 1).

Bei der multivariaten Analyse zur Detektion erklärender Faktoren für eine PIM-Verordnung ergab sich, dass Patienten mit einer psychischen Störung ein doppelt so hohes Risiko haben eine hausärztliche PIM-Verordnung zu erhalten wie Patienten ohne psychische Störungen. Bei weiblichen Patienten ergab sich ein 1,6-fach erhöhtes PIM-Risiko gegenüber männlichen Patienten. Auch eine hohe Anzahl von Wirkstoffen als Dauermedikation erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit einer PIM-Verordnung ( $OR \approx 1,2$ ).

### Hausärztliche Verordnungsmotive bei PIM

Auf die Frage, warum trotz Empfehlungen der PRISCUS-Liste PIM verordnet wurden, ergaben sich in den qualitativen Interviews mit den Hausärzten zusammengefasst folgende Verordnungsmotive (eine ausführlichere Analyse zu hausärztlichen PIM-Verordnungsmotiven ist bereits anderenorts veröffentlicht [9]):

- begrenztes Wissen über PRISCUS-Liste/PIM-Problematik,
- limitierte Anwendbarkeit der PRISCUS Liste im Praxisalltag,
- Zeitmangel,
- fehlende Medikationsalternativen,
- Patientenmerkmale, die stärkeren Einfluss auf die Medikation nehmen als das Lebensalter,

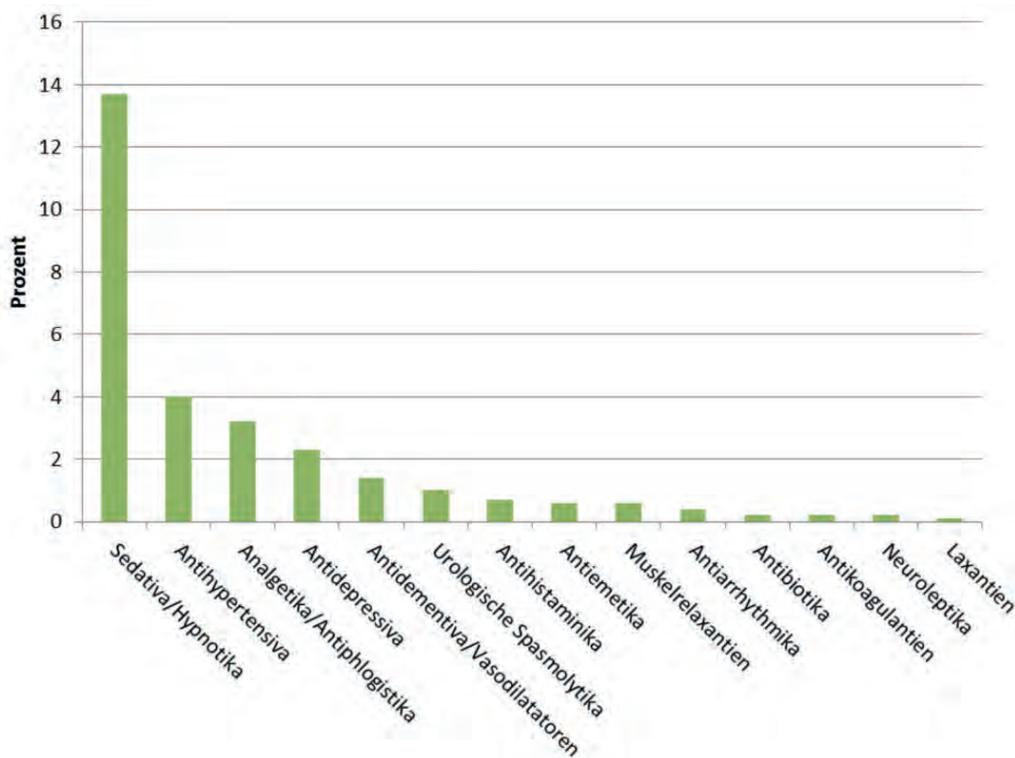


Abb. 1: Prozentualer Anteil von PIM-Verordnungen nach Wirkstoffgruppe bei Patienten  $\geq 65$  Jahre ( $n = 1.241$ )

■ schlechte Erfahrungen mit Patienten bei Medikamentenwechsel oder bei Ablehnung von Folgeverordnungen von Sedativa/Hypnotika.

## Diskussion

Die in unserer Studie gemessene PIM-Prävalenz von 23,9 Prozent reiht sich in aktuelle Daten zu PIM-Raten zwischen 22,5 und 28,4 Prozent im hausärztlichen Setting ein [5, 6]. PIM-Verordnungen erfolgten überwiegend im Kontext der Behandlung von chronischen Erkrankungen. Die mit 13,7 Prozent vergleichsweise hohe Verordnungsrate von Hypnotika/Sedativa überrascht und entspricht nicht den Ergebnissen anderer Studien im hausärztlichen Setting. Zimmermann und Mitarbeiter [6] beschrieben die höchsten Verordnungsraten aus der Wirkstoffgruppe der Antidepressiva, was wahrscheinlich auf eine höhere Prävalenz von Depressionen im Vergleich zur vorliegenden Studie (12,2 bis 20,0 Prozent in den einzelnen Folgeerhebungen [follow ups] vs. 9,4 Prozent) zurückzuführen ist. Die Ergebnisse unserer multivariaten Berechnung sind mit denen der eben zitierten Studie jedoch vergleichbar. Diese wies ebenfalls das Vorliegen einer Depression (OR  $\approx$  2,4) und die Anzahl verschriebener Wirkstoffe (OR  $\approx$  2,0) als stärkste Prädiktoren für eine PIM-Verordnung nach. Auch Schubert et al. wiesen eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der verordneten Wirkstoffe und dem Risiko einer PIM-Verordnung bei älteren Patienten nach [10]. Dass weibliche im Vergleich zu männlichen Patienten ein höheres PIM-Verordnungsrisiko, insbesondere auch in den Wirkstoffgruppen Hypnotika und Sedativa, haben, deckt sich mit den Ergebnissen von Sekundäranalysen, die die Verordnungsraten in der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung thematisiert haben [2, 10].

Aufgrund des gewählten Designs konnten im Falle von hausärztlichen PIM-Folgeverordnungen Informationen zu PIM-Erstverordnern nicht analysiert werden. Auch der Einfluss der (Entlassungs-) Medikation nach stationärem Aufenthalt auf die PIM-

Prävalenz lag nicht im Fokus der vorliegenden Auswertung. Diese spannenden Fragestellungen sollten auf Basis von Sekundärdatenanalysen weiterführend untersucht werden.

Die Ergebnisse zu den explorierten PIM-Motiven zeigen, dass Hausärzte in einer komplexen Entscheidungssituation verschiedenen Faktoren ausgesetzt sind, die Einfluss auf ihr Verschreibungsverhalten haben:

- 1) Bedarf einer patientenorientierten Priorisierung, die der meist vorhandenen Multimorbidität und zugehörigen Multimedikation gerecht wird, aber auch Vorhandensein psychischer Erkrankungen und alltägliche Bedürfnisse sowie Erfahrungen von Patienten reflektiert;
- 2) hausärztliche Erfahrungen in der täglichen Praxis insbesondere im Hinblick auf (Wechsel-) Wirkungen von Medikamenten sowie Patientenreaktionen bei Medikationsumstellungen und/oder -verweigerungen;
- 3) hausärztliches Wissen über vorhandene Evidenz und Empfehlungen sowie deren Akzeptanz;
- 4) Qualität der Zusammenarbeit mit Fachspezialisten im ambulanten und stationären Bereich, vor allem hinsichtlich weitergeleiteter Informationen zur Indikation für neue oder geänderte Medikamentenverordnungen (unter anderem bei Entlassungsmedikation nach Krankenhausaufenthalt);
- 5) organisatorische Merkmale der täglichen Praxis (Zeitmangel, Folgeverordnungen von fachspezialistisch initiierten Medikationen, Nichtwissen um parallele patienten- oder arztinitiierte Medikationen) beeinflussen die hausärztlichen Medikationsentscheidungen.

## Schlussfolgerungen

Offensichtlich bestehen auch bei der Implementierung der PRISCUS-Empfehlungen die – aus der Leitlinienimplementierungsforschung bereits bekannten [11] – Schwierigkeiten der Anwendbarkeit in der täglichen Praxis, was mit den komplexen Herausforderungen hausärztlicher Tätigkeit zu erklären ist. Die individuelle Therapieentscheidung für einen Pati-

Tab. 1: Die zehn häufigsten PIM bei älteren Patienten  $\geq$  65 Jahre (n = 1.241)

Rang	Wirkstoff	Häufigkeit n (%)
1	Zopiclon (> 3,75mg/d)	53 (4,3)
2	Zolpidem (> 5mg/d)	29 (2,3)
3	Diazepam	24 (1,9)
	Doxazosin	24 (1,9)
4	Nifedipin	23 (1,9)
5	Etoricoxib	18 (1,5)
6	Medazepam	17 (1,4)
7	Lorazepam (> 2mg/d)	16 (1,3)
8	Brotizolam (> 0,125mg/d)	15 (1,2)
9	Amitriptylin	13 (1,1)
	Nitrazepam	13 (1,1)
10	Indomethacin	10 (1,0)

enten erfolgt in Abhängigkeit von der Patientenbiographie, den Patientenmerkmalen (zum Beispiel Multimorbidität aber auch individuelle Vorlieben/Ablehnungen) und nicht zuletzt auch der erwarteten Adhärenz des Patienten. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Entscheidungssituation kann in der täglichen Praxis den PRISCUS-Empfehlungen nicht immer entsprochen werden, wenngleich das Ordnungsverhalten an der PRISCUS-Liste orientiert sein sollte. Dass hierbei noch Nachbesserungsbedarf bei (nicht nur) hausärztlicher Verordnung besteht, zeigten die teilweise bestehenden Wissenslücken zu PIM und der PRISCUS-Liste, die zukünftig zu schließen sind.

Für jede fachspezialistische wie auch zahnärztliche Medikation (unabhängig, ob ambulantes oder stationäres Behandlungssetting) ist das Wissen um die hausärztliche Vormedikation wichtig, um Interaktionen bestehender hausärztlich verordneter Medikationen inklusive PIM mit verordneten Medikamenten zu vermeiden [12]. Die Informationsbeschaffung zur Vormedikation sollte multimodal erfolgen, um ein möglichst komplettes Bild zu erhalten und damit mögliche Risiken erkennen zu können (vgl. Abb. 2). Über eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit behandelnden Hausärzten und/oder Geriatern könnten relevante Informatio-



Abb. 2: Informationsquellen für Medikationsentscheidungen

nen zu vorliegenden Dauerdiagnosen, die Einfluss auf Compliance/Gesundheitsverhalten haben können, sowie zur Medikation bedarfsorientiert ausgetauscht werden, zum Beispiel durch Übermittlung von Medikationsplänen und für die Medikation relevanten bestehenden Dauer-, gegebenenfalls Akutdiagnosen. Parallel sollte bei älteren Patienten vor medizinischen Interventionen die aktuelle Medikation (Wirkstoff und Dosierung) abgefragt werden. Dies könnte über einen Fragebogen zu aktuellen Medikamenteneinnahmen erfolgen, um auch den Hausärzten/Geriatern nicht bekannte verordnete oder freiverkäuflich erworbene Medikamente zu erfassen. Der Fragebogen sollte vom Patienten am besten zu Hause ausgefüllt werden, wo ihm die Daten (Medikamentenverpackungen) auch zur Verfügung stehen, um eine möglichst vollständige und genaue Rückmeldung zu erhalten.

Unabhängig vom Behandlungssetting sollte die Verordnung von Medikamenten bei älteren Patienten die altersassoziierten pharmakokinetischen und -dynamischen Veränderungen reflektieren. Eine Prüfung der Angemessenheit der Wirkstoffanwendung bei älteren Patienten, zum Beispiel durch Anwendung der PRISCUS-Liste, ist dabei ebenso wichtig

wie eine gezielte Dosisanpassung ausgehend von niedriger Wirkstoffdosierung („start low, go slow“) und die Absicherung, dass der Patient die Verordnungshinweise (zum Beispiel Ziel der Verordnung, Einnahmevergaben) verstanden hat. Insbesondere bei multimorbiden Patienten sollte regelmäßig die Notwendigkeit von verordneten Medikamenten hinterfragt und potentielle Interaktionen geprüft werden.

Die Leitfragen des Medication Appropriateness Index (MAI-Index) [13] werden als probates Erhebungsinstrument zur Bewertung der Medikationsnotwendigkeit in der hausärztlichen Leitlinie „Multimedikation“ empfohlen. Therapieziele sollten immer gemeinsam mit dem Patienten vereinbart werden [14]. Eine interdisziplinäre Vernetzung aller behandelnden Ärzte (zum Beispiel über die elektronische Fallakte, Telehealth-Plattformen oder die elektronische Patientenkarte) ist essentiell, um die komplette Medikamentenverordnung der (nicht nur) älteren Patienten zu erfassen und so Interaktionsrisiken frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen.

#### Danksagung

Wir danken der Roland Ernst-Stiftung für die Finanzierung des Projektes und allen teilnehmenden Haus-

ärzten und deren Praxisteams für die gute Zusammenarbeit.

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:  
Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH  
Bereich Allgemeinmedizin  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## Aufruf zur Einreichung von Originalien

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Fachartikel und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einzureichen. Auch unsere jungen Mediziner können gern die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einreichen (E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)). Die Manuskripte sollten in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Presse/ÖA → Ärzteblatt sind die Autorenhinweise nachzulesen.

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

## Nah am Beben

### Zur Lesung Thomas Melles im Deutschen Hygiene-Museum Dresden

Eine Manie hebt das Leben aus den Angeln – nicht nur das des Manikers. Der Erkrankte ist das Epizentrum eines Bebens, das in konzentrischen Kreisen das ganze Umfeld erschüttert. Je näher man dem Zentrum ist, desto größer ist die Zerstörung. Im Zentrum selbst kann alles, was bis dahin Bedeutung hatte, vernichtet sein. Aber auch die Depression kann existentielle Schäden anrichten, sie tut es nur sehr viel leiser, für die Umstehenden manchmal fast unmerklich.

Hierfür findet Thomas Melle, der am 19. Januar 2017 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden aus seinem Buch „Die Welt im Rücken“ las, sehr plastische Worte. Der Autor, dessen Werk 2016 auf der Shortlist für den Deutschen Buchpreis stand, lässt uns teilhaben an seinem Leben; an seiner Person vor Ausbruch der Erkrankung und in den krankheitsfreien Phasen, ebenso wie in den Phasen exzessiver Manie und abgrundtiefer Depression. Er trifft dabei einen Ton, der immer seine Würde wahrt, der uns nah sein lässt und doch nie zu Voyeuren macht.

Wir alle erleben Freude, Trauer, Angst und viele andere Emotionen in Antwort auf das, was uns begegnet. Diese Schwingungen sind der Ausdruck von emotionaler Lebendigkeit. Manche Menschen aber spüren Phasen emotionalen Ungleichgewichts, die in Qualität und Dauer so ausgeprägt sind, dass sie Leid verursachen und das normale Leben stören. Früher hieß das „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“ oder „manisch-depressiv“. Heute beschreiben wir die vielen Erscheinungsbilder dieser Erkrankung als bipolare Störung: Phasen ausgeglichener Stim-



Blick ins Publikum zur Lesung im Deutschen Hygiene-Museum Dresden.

© David Brandt

mung wechseln sich ab mit Phasen gehobener und depressiver Stimmung unterschiedlichen Ausmaßes.

Bipolare Störungen sind häufige Erkrankungen; in Deutschland sind geschätzt mehr als zwei Millionen Menschen direkt betroffen, dazu kommen deren Familien, Partner, Freunde, Kollegen. Statistisch gesehen kennen wir alle mindestens einen Menschen mit einer bipolaren Störung. Entsprechend groß war das Interesse. Etliche Gäste fanden keinen Platz im Saal und verfolgten den Abend im Vorraum. Nach der Einführung durch Odile Vassas, Hygiene-Museum Dresden, und der Lesung moderierte Helge Pfannenschmidt, Edition Azur, mit Fingerspitzengefühl eine sehr lebendige Diskussion, die fachärztlich durch Dr. med. Susanne Becker begleitet wurde.

Die Erkrankung wird oft erst nach vielen Jahren korrekt diagnostiziert und behandelt. Einer der wichtigsten Gründe hierfür ist die Anosognosie, also das Unvermögen, die eigene

Erkrankung zu erkennen. Salopp gesagt: „Der kranke Kopf kann nicht über den kranken Kopf nachdenken.“ Besondere Bedeutung kommt initial, aber auch für den weiteren Verlauf der Erkrankung, den engsten Vertrauten des Patienten zu. Abklärung und Behandlung sollten einem Psychiater überlassen werden, der sich mit Bipolaren Störungen besonders gut auskennt, in Dresden beispielsweise an der Technischen Universität, wo mit Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer einer der führenden deutschen Experten tätig ist. Wie gut sich das Leben trotz und mit der Erkrankung gestalten lässt, hängt wesentlich von einer frühen Behandlung, der Akzeptanz von Psychopharmakotherapie und Psychoedukation sowie einem unterstützenden Umfeld ab. Umfassende Informationen erhalten Sie auch auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS).

Dr. med. Susanne Becker MPH postgrad

## Unsere Jubilare im April 2017 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wetzlich, Armin  
02977 Hoyerswerda
- 02.04. Prof. Dr. med. habil.  
Fahlenkamp, Dirk  
09573 Augustusburg
- 02.04. Dipl.-Med. Heinze, Elke  
08548 Syrau
- 06.04. Dr. med. Barthe, Cordula  
01665 Klipphausen
- 06.04. Dipl.-Med. Lerchner, Ursula  
01069 Dresden
- 06.04. Dr. med. Willkomm, Gudrun  
09385 Lugau
- 07.04. Dipl.-Med.  
Sokolowsky, Larissa  
01069 Dresden
- 10.04. Dipl.-Med. Friedrich, Sabina  
08209 Auerbach
- 10.04. Dipl.-Med. Junghans, Beate  
04808 Wurzen
- 13.04. Dipl.-Med. Kämmer, Ilona  
08304 Schönheide
- 16.04. Dr. med. Günsel, Manfred  
01796 Dohma
- 16.04. Dipl.-Med. Schöbner, Barbara  
04209 Leipzig
- 16.04. Dr. med. Suhr, Gundula  
09600 Niederschöna
- 17.04. Dipl.-Med. Dietrich, Frank  
02894 Reichenbach
- 19.04. Dr. med. Baaske, Monika  
09439 Amtsberg
- 22.04. Dr. med.  
Bahlmann, Gabriele  
01217 Dresden
- 23.04. Dr. med. Schmidt, Margrit  
01796 Pirna
- 24.04. Dr. med. Gnoyke, Elisabeth  
01809 Heidenau
- 29.04. Dr. med. Mehner, Sabine  
09423 Gelenau

### 70 Jahre

- 01.04. Dr. med. Heyne, Steffen  
09224 Mittelbach
- 02.04. Zeißig, Gisela  
04157 Leipzig
- 05.04. Dipl.-Med. Rieder, Bernhard  
04808 Wurzen
- 13.04. Fiedler, Christa  
01277 Dresden
- 17.04. Jahn, Sigrid  
08371 Glauchau
- 18.04. Dr. med. Tröltzsch, Michael  
04349 Leipzig
- 23.04. Dr. med. Winter, Matthias  
04575 Neukieritzsch

- 25.04. Dr. med.  
Lückenbach, Margot  
01129 Dresden
- 27.04. Dr. med.  
Morgenstern, Klaus  
01259 Dresden
- 28.04. Prof. Dr. med. habil.  
Volkman, Hans-Jürgen  
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.04. Dr. med. Hahn, Leonore  
01728 Possendorf

### 75 Jahre

- 03.04. Dr. med. Knöpfel, Maria  
01109 Dresden
- 04.04. Dr. med. Georgi, Ulrich  
09131 Chemnitz
- 05.04. Dr. med. Dietz, Roswitha  
09600 Freiberg OT Zug
- 09.04. Dr. med.  
Reinheckel, Wolfgang  
02999 Groß-Särchen
- 10.04. Dr. med.  
Wagner, Hans-Peter  
09130 Chemnitz
- 12.04. Dr. med.  
Hentschel, Anne-Barbara  
01069 Dresden
- 13.04. Langer, Gerhard  
02953 Gablenz
- 13.04. Dr. med. Seehars, Werner  
09633 Halsbrücke
- 15.04. Dr. med.  
Martinson, Manfred  
01723 Kesselsdorf/Wilsdruff
- 15.04. Dr. med. Schulz, Franziska  
01069 Dresden
- 19.04. Dr. med. Krause, Siegfried  
08289 Schneeberg
- 20.04. Dipl.-Med. Bonitz, Renate  
09122 Chemnitz
- 21.04. Dr. med. Scheller, Werner  
04207 Leipzig
- 22.04. Dipl.-Med. Wolf, Reinhard  
02708 Löbau
- 23.04. Dr. med.  
Zwahr, Dieter Gerhard  
02625 Bautzen
- 24.04. Dr. med. Opitz, Dorit  
01157 Dresden
- 25.04. Dr. med. Hackel, Wolfram  
01187 Dresden
- 27.04. Dr. med. Kreibich, Hans  
08058 Zwickau
- 28.04. Dr. med. Richter, Ursula  
01277 Dresden
- 29.04. Dr. med. Rößler, Karl-Heinz  
04425 Taucha
- 30.04. Dr. med. Lorenz, Christine  
09228 Chemnitz
- 30.04. Prof. Dr. med. habil.  
Roesner, Dietmar  
01219 Dresden

### 80 Jahre

- 01.04. Dr. med. Fritsche, Helga  
02827 Görlitz
- 03.04. Dr. med. Grübner, Wolfgang  
01809 Müglitztal
- 03.04. Dr. med. Nimetschek, Karl  
01612 Neuseußnitz
- 04.04. Dr. med. Bennek, Maria  
04275 Leipzig
- 04.04. Dr. med. Böhme, Doris  
01728 Possendorf
- 05.04. Fischer, Alfred  
04129 Leipzig
- 10.04. Hiestermann, Annelies  
04347 Leipzig
- 10.04. Dr. med. Skiba, Klaus  
04416 Markkleeberg
- 12.04. Dr. med. Alschner, Gisela  
01328 Dresden
- 17.04. Dr. med.  
Kellner, Hans-Jürgen  
08523 Plauen
- 18.04. Dr. med. Fesenfeld, Ursula  
01689 Weinböhla
- 18.04. Pantenius, Barbara  
04158 Leipzig
- 19.04. Dr. med.  
Dünnebier, Hans-Joachim  
01683 Nossen
- 21.04. Dr. med. Hampel, Rosemarie  
02826 Görlitz
- 21.04. Dr. med. Maaz, Eberhard  
01328 Dresden
- 25.04. Haufe, Sigrid  
01239 Dresden
- 26.04. Lehmann, Mechthild  
04838 Eilenburg
- 26.04. Dr. med. Lemme, Barbara  
04209 Leipzig
- 27.04. Prof. Dr. med. habil.  
Bennek, Joachim  
04316 Leipzig
- 29.04. Dr. med. Donath, Renate  
04317 Leipzig
- 29.04. Dr. med.  
Heinicke, Hans-Jürgen  
01219 Dresden
- 29.04. Dr. med.  
Heinrich, Hannelore  
01326 Dresden
- 30.04. Dr. sc. med.  
Gödel, Eckhard  
01219 Dresden
- 30.04. Dr. med.  
Krumpolt, Christian  
01796 Pirna

### 81 Jahre

- 01.04. Prof. Dr. med. habil.  
Dietrich, Jürgen  
04105 Leipzig
- 05.04. Dr. med. Fache, Irmgard  
01471 Radeburg

05.04. Dr. med. Nehler, Christel  
09130 Chemnitz

06.04. Al-Biladi, Sadik  
09111 Chemnitz

07.04. Dr. med. Müller, Inge  
08060 Zwickau

08.04. Dr. med. Grau, Brigitte  
04155 Leipzig

08.04. Dr. med. Wenske, Jürgen  
02826 Görlitz

14.04. Prof. Dr. med. habil.  
Franke, Wolf-Gunter  
01187 Dresden

14.04. Dr. med. Rüth, Peter  
01097 Dresden

15.04. Schumann, Günter  
01705 Freital

20.04. Dr. med. Leipart, Brigitte  
09126 Chemnitz

20.04. Dr. med. Reinhardt, Marga  
04157 Leipzig

22.04. Dr. med. Otto, Manfred  
01067 Dresden

23.04. Dr. med. Bischoff, Dieter  
02797 Kurort Oybin

24.04. Dr. med. Bock, Manfred  
09127 Chemnitz

24.04. Gergardt, Elena  
04318 Leipzig

24.04. Dr. med. Jählig, Volker  
09212 Limbach-Oberfrohna

25.04. Dr. med. Horn, Günther  
02708 Löbau

**82 Jahre**

03.04. Dr. med. Gatzke, Romald  
09112 Chemnitz

07.04. Dr. med. Börner, Christine  
09496 Satzung

09.04. Dr. med. Eigenberger, Horst  
09123 Chemnitz

10.04. Drees, Inge  
01069 Dresden

11.04. Dr. med. Effler, Klaus  
01217 Dresden

11.04. Dr. med. Jänke, Dietmar  
01683 Nossen

11.04. Dr. med. Lehmann, Doris  
01279 Dresden

14.04. Prof. Dr. med. habil.  
Schuh, Dieter  
01328 Dresden

15.04. Dr. med. Hofmann, Eike  
09648 Mittweida

16.04. Priv.-Doz. Dr. med.  
Paul, Dieter  
01129 Dresden

19.04. Dr. med. Bauch,  
Ursula-Ruth  
09117 Chemnitz

21.04. Dr. med. Hartmann, Rita  
09599 Freiberg

21.04. Täubert, Wolfgang  
04277 Leipzig

23.04. Dr. med.  
Grunert, Christa  
09235 Burkhardtsdorf

24.04. Hamann, Ilse  
08525 Plauen

**83 Jahre**

03.04. Dr. med. Freund, Rainer  
09456 Annaberg-Buchholz

06.04. Westphäliger, Alena  
01259 Dresden

07.04. Federbusch, Klaus  
01477 Arnsdorf

07.04. Dr. med. Hennig, Wulf  
09326 Geringswalde

13.04. Dr. med. Schultze, Helga  
04357 Leipzig

14.04. Dr. med. Seidler, Günter  
09599 Freiberg

16.04. Dr. sc. med.  
Lorentz, Friedrich-Wilhelm  
04758 Cavertitz

25.04. Hinze, Fritz  
04435 Schkeuditz

29.04. Dr. med.  
Nossing, Reinhard  
04651 Bad Lausick

**84 Jahre**

08.04. Haack, Helga  
09355 Gersdorf

10.04. Dr. med. Haidar, Ruth  
01662 Meißen

12.04. Dr. med. Theile, Inge  
04319 Leipzig

14.04. Dr. med. Mühler, Isolde  
04105 Leipzig

22.04. Dr. med. Hecht, Siegfried  
04109 Leipzig

26.04. Brockelt, Waldtraut  
01277 Dresden

26.04. Dr. med.  
Schultze, Hans-Ulrich  
04357 Leipzig

**85 Jahre**

04.04. Dr. med. Kitlak, Christina  
01796 Pirna

09.04. Prof. Dr. med. dent.  
Dr. med.habil.  
Schaps, Peter  
01326 Dresden

12.04. Dr. med.  
Große, Wolfram  
04838 Eilenburg

17.04. Dr. med.  
Reichardt, Horst-Peter  
01471 Radeburg

28.04. Dr. med. Frank, Irmtrud  
01277 Dresden

**86 Jahre**

02.04. Dr. med.  
Waurick, Astrid-Alexandra  
04668 Grimma

04.04. Mikrenska, Stefana  
04103 Leipzig

11.04. Dr. med. Neumann, Günther  
01309 Dresden

21.04. Dr. med. Bartsch, Sonja  
01217 Dresden

**87 Jahre**

01.04. Dr. med. Vetter, Gerhard  
08468 Reichenbach

08.04. Schleier, Christa-Maria  
08112 Wilkau-Haßlau

17.04. Decker, Marga  
08056 Zwickau

17.04. Dr. med. Frank, Marta-Dorit  
01662 Meißen

26.04. Prof. Dr. med. habil.  
Scheuch, Dieter  
01326 Dresden

**88 Jahre**

01.04. Dr. med. Wallasch, Horst  
04425 Taucha

19.04. Dr. med. Francke, Hilde  
01279 Dresden

**89 Jahre**

01.04. Dr. med. Standar, Horst  
04277 Leipzig

05.04. Dr. med. Kühn, Brigitte  
08359 Breitenbrunn

16.04. Dr. med. Böttcher, Lotte  
09127 Chemnitz

26.04. Dr. med. Dix, Christa  
09232 Hartmannsdorf

**90 Jahre**

22.04. Dr. med. habil.  
Voigt, Günther  
09113 Chemnitz

**91 Jahre**

03.04. Prof. Dr. med. habil.  
Müller, Detlef  
01324 Dresden

**92 Jahre**

12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth  
02827 Görlitz

**93 Jahre**

02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte  
01689 Weinböhla

**95 Jahre**

18.04. Koitschew, Koitscho  
01309 Dresden

## Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Haustein zum 80. Geburtstag

Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Haustein, ehemaliger Ordinarius für Dermatologie und Venerologie an der Universität Leipzig, verkörpert eine Generation von Ärzten und Wissenschaftlern, wie wir sie heute kaum noch finden: er ist ein Generalist, der mit seinem universellen medizinischen Wissen sämtliche Facetten seines Fachgebietes Dermatologie und Venerologie virtuos beherrscht. Jeder, der mit dieser prägenden und tatkräftigen Persönlichkeit in Berührung gekommen ist, wird das bestätigen. Zum 80. Geburtstag, den er im Februar 2017 begeht, blickt Prof. Haustein auf ein erfolgreiches und erfülltes Berufsleben als Arzt, Wissenschaftler, Hochschullehrer und Klinikdirektor zurück. Geboren am 20. Februar 1937 in Dresden studierte er nach der Schulzeit an der Dresdner Kreuzschule in Leipzig und Dresden bis 1959 Medizin. In der Universitäts-Hautklinik Dresden wurden frühzeitig die Weichen für spätere wissenschaftliche Aktivitäten gestellt. Prof. Niels Sönnichsen, Nestor der ostdeutschen Dermatologie, holte ihn 1967 als Oberarzt an die Universitäts-Hautklinik Jena. In dieser innovativen und wissenschaftlich lebendigen Atmosphäre habilitierte sich Prof. Haustein – gerade 32 Jahren jung. Prof. Haustein war aus heutiger Sicht modern mit seiner Mobilität, denn er ging im Jahr 1970 mit seinem Mentor Prof. Sönnichsen an die Hautklinik der Charité in Berlin, das Zentrum der ostdeutschen Dermatologie.

Der Kreis schließt sich 1975 in Leipzig mit der Berufung zum Direktor der dortigen Universitäts-Hautklinik. Erst 1976, geschuldet nicht zuletzt der damals herrschenden parteipolitischen Einflussnahme auf personelle Besetzungen, kam der Ruf als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl für Dermatologie und Venerologie. Die Leipziger Hautklinik entwi-



Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof  
Haustein © Marcus Karsten

ckelte sich unter Prof. Haustein zu einem Zentrum der Immundefizienz. Erwähnenswert sind hier die Untersuchungen zur Darstellung von Aktivitätskriterien von Autoimmunerkrankungen, unter anderem bei progressivsystemischer Sklerodermie, Lupus erythematosus und dem bullösen Pemphigoid. Innovativ war das in den 1980er Jahren an der Klinik gemeinsam mit Konrad Herrmann etablierte Zentrum für experimentelle Dermatologie.

Die politische Wende im Jahr 1989 war ein Befreiungsschlag für die Gesellschaft in der ehemaligen DDR, aber für Prof. Haustein war es auch eine der bittersten Erfahrungen, verbunden mit den aufreibendsten Jahren in seinem Berufsleben: 1994 musste er sich als Leiter seiner eigenen Klinik erneut einem Berufungsverfahren stellen. Mit Blick auf seine wissenschaftliche Leistungen, seine unbestrittene Befähigung zur Klinikleitung und seinem herausragenden Vortrag konnte er seinen Lehrstuhl wieder einnehmen, das heißt ab Juni 1994 war er ordentlicher Professor der Bundesrepublik Deutschland.

Als nach außen ausstrahlender Wissenschaftler handelte Prof. Haustein immer getreu dem Motto „work done – published“ und wurde Autor von 757 Publikationen, über 1.000 Vorträgen, 62 Buchbeiträgen und

acht Monographien. Unter seiner Leitung wurden über 100 Promotionen und 18 Habilitationen erfolgreich abgeschlossen. Prof. Haustein legte dabei als Spiritus rector ein Tempo vor, dem nicht jeder gewachsen war; wer mitkam, hatte die Gelegenheit, in überschaubarer Zeit zu habilitieren.

Seit 1988 war Prof. Haustein ordentliches Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig, von 2005 bis 2007 deren Präsident. Eine Würdigung der jahrzehntelangen Arbeit war für Prof. Haustein die Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen durch Ministerpräsident Stanislaw Tillich am 19. Mai 2014.

Zur wissenschaftlich-medizinischen Qualifikation kommt bei Prof. Haustein eine ausgeprägte musische Begabung. „Hauptinstrument“ war früher die Violine, später kamen Klavier und Orgel hinzu. Der Mensch Uwe-Frithjof Haustein ist zudem nicht denkbar ohne seine Ehefrau, Dr. med. Brunhilde Haustein, die am beruflichen und wissenschaftlichen Werdegang über die Jahre Anteil genommen hat. Wer Frau Dr. Haustein kennt, mit ihrer offenen und ungemein liebenswürdigen Art, kann sich vorstellen, dass sie und die durch sie geschaffene familiäre und häusliche Atmosphäre ganz sicher ein wichtiger Gegen- und Ruhepol für einen so erfolgreichen Ehemann ist.

Es ist eine Freude, dass der Jubilar Prof. Uwe-Frithjof Haustein seinen 80. Geburtstag in guter Gesundheit begehen kann. Wir freuen uns, dass wir die Chance hatten, mit Prof. Haustein einen Teil seines beruflichen Weges gemeinsam gegangen zu sein, was uns, wie viele andere, unmittelbar und nachhaltig geprägt hat. Dafür sind wir dankbar. Wir wünschen Ihnen, lieber Prof. Haustein, noch eine lange Zeit in Gesundheit und Wohlergehen mit Kollegen, Freunden und vor allem mit der Familie!

## Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m

### Ein Rat- und Perspektivgeber

**Herausgeber: Ulrich Deichert, Wolfgang Höppner, Joachim Steller**

**Verlag: Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2016, 640 Seiten**

**ISBN: 978-3-662-49778-4**

**Preis: 49,99 Euro**

Unter den Rezensionsexemplaren, die unsere Redaktion fortlaufend erreichen, ist das oben genannte Buch ein Volltreffer.

Ein Autorenkollektiv um die Herausgeber Ulrich Deichert, Wolfgang Höppner und Joachim Steller hat in einer bemerkenswerten Offenheit – durch subtile Recherchen mit entsprechenden Literaturangaben unterlegt – einen Gesamtüberblick über die Probleme im bundesdeutschen Gesundheitssystem vorgelegt, der nachdenklich – schärfer formuliert – betroffen macht.

Welche Spannungen in unserem Gesundheitssystem bestehen, wird nicht nur in Fachkreisen rezipiert. Inzwischen sind die Probleme auch im publizistischen Alltag angekommen. Die Fürsorge für unsere Patienten – entsprechend dem hippokratischen Eid in seiner modernen Deutung – wird zunehmend auf dem Altar der Ökonomie geopfert.

Renditeerwartungen, „Personaloptimierung“, Mobbing und so weiter spielen im Überlebenskampf der medizinischen Einrichtungen zunehmend eine wichtige Rolle.

Ärzte und Management stehen sich in ihren Auffassungen teilweise diametral gegenüber.

Selbstverständlich muss heute jeder Arzt auch ökonomische Gesichtspunkte in seine tägliche Arbeit einbeziehen.

Das darf aber nicht zu Lasten der Gesundheitsfürsorge gehen, aus der sich die Kommunen, unterstützt durch die Tatenlosigkeit der politi-

schen Entscheidungsträger, in zunehmendem Maße verabschieden (zum Beispiel durch Vergabe an private Träger).

In vielen Einrichtungen (nicht nur in privaten!) ist die innere oder definitive Kündigung des ärztlichen bzw. pflegerischen Personals bereits zur Regel geworden.

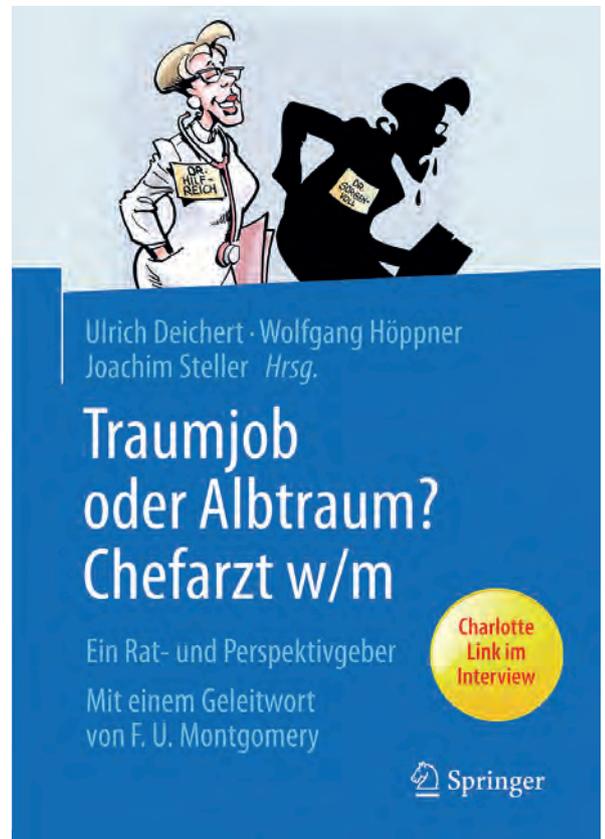
Alle diese Probleme werden in diesem Buch aus der Sichtweise von Chef- und Oberärzten, niedergelassenen Ärzten, Klinikmanagern, Juristen, Medizinethikern sowie Ökonomen umfassend und kritisch dargestellt. Es werden die Strukturdefizite, die durch die Einführung des DRG-Systems und die nachfolgenden gesetzlichen Grundlagen entstanden sind, schonungslos benannt.

Um die gesamte Dimension des Spannungsfeldes zu erfassen, empfiehlt der Rezensent zunächst als Einführung Kapitel 17 „Die doppelte Verantwortung und ihre Widersprüche – Chefarzte zwischen Medizin und Betriebswirtschaft?“ von Karl-Heinz Wehkamp zu lesen. Darauf aufbauend können dann die weiteren Kapitel – im wahrsten Sinne des Wortes – „erarbeitet werden“.

Dem Schlusswort von Ulrich Deichert (Kapitel 40, S. 627) kann man nur zustimmen: „Auf der Ebene der Gesamtgesellschaft sind Chefarzte und Geschäftsführung eigentlich natürliche Partner, die gemeinsam gegenüber Kostenträgern, Politik und Gesellschaft Anforderungen formulieren sollen, um weiter gemeinsam ein optimales System der Gesundheitsversorgung für die einzelnen Patienten zu gewährleisten. Dieser Weg mag im Einzelfall schwierig sein, aber jeder Einzelne kann hierbei ein Zeichen setzen, das die Kommunikation mit der Geschäftsführung wieder gleichberechtigt und erfolgreich macht.“

Ulrich Deichert schließt mit dem Satz „Chefarzt könnte so wieder unser Traumberuf sein.“

Der Weg bis dahin ist nach Ansicht des Rezensenten vermutlich noch weit.



Wer das Buch durchgearbeitet hat und dann noch Chefarzt werden möchte, zählt zu den ganz harten Typen, der mit aggressiven Klinikmanagern auch auf Augenhöhe diskutieren kann.

Das Buch ist allen Ärzten zu empfehlen. Klinik- und Verwaltungsleitern, Referatsleitern aber auch Politikern sollte es auf den Nachttisch gelegt werden. Auch für angehende Mediziner ist diese Lektüre wichtig, damit sie erahnen können, auf welche Herausforderungen sie sich später einlassen.

Eine kleine Anmerkung für eine Neuauflage sei gestattet. Die Autoren werden im Autorenverzeichnis zwar benannt, es fehlen aber die Angaben zu den Tätigkeitsfeldern. Diese muss man erst im Internet recherchieren.

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

## Zur Geschichte des „Apotheken-A“

Der Begriff „Apotheke“ bezeichnet im Griechischen ein Vorratslager oder einen Speicher, zum Beispiel den Raum zur Lagerung der Weinamphoren. Den Aufbewahrungsraum für Heilkräuter in den mittelalterlichen Klöstern nannte man „apotheca“. Drogen und Gewürzhändler des arabischen Raumes im 8. und 9. Jahrhundert können als erste „Apotheker“ angesehen werden, genauso wie heilkundige Nonnen und Mönche in den mittelalterlichen Klöstern. Sehr alte Apotheken sind die heutige „Löwenapotheke“ in Trier (1241), die Talliner Ratsapotheke (Anfang 15. Jahrhundert) und die Apotheke im Franziskanerkloster der Stadt Dubrovnik (seit 1317). Kurfürstin Anna von Sachsen (1532 – 1585) stellte in ihren Destillierhäusern in Annaburg und Dresden aus Heilkräutern medizinische Essenzen her und kurierte in der Hofapotheke mit diesen Mitteln Kranke. Heute stellen die 21.500 deutschen Apotheken, die von einem geprüften Apotheker geleitet werden, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicher und übernehmen die Prüfung von Qualität und Identität der Pharmaka sowie einen Teil der Patientenberatung. Viele Jahrhunderte beschrieb eine Handwaage oder ein Mörser bildlich die Identität der Apotheker. Mit der Entwicklung des Apothekenwesens wurde Anfang des 20. Jahrhunderts der Ruf nach einem einheitlichen Apothekenlogo laut. Ein zunächst verwendetes weißes Kreuz auf rotem Grund war wegen der Ähnlichkeit mit dem Schweizer Staatswappen ungeeignet. Ein Wettbewerb der Firma Verunda 1929/30 favorisierte das von der Bauhaus Schule entworfene „Drei-Löffel-Flasche“-Zeichen (Abb. 1). Die Löffel symbolisieren eine dreimal tägliche Medizineinnahme. Wegen seines „schockierend modernen“ Stils fand dieses Zeichen keine allgemeine Anerkennung. 1936 strengte der „Reichsapothekenführer“ Albert Schmierer einen erneuten Wettbewerb an, bei dem sich der Entwurf von Paul Weise, ein



Abb. 1: „Drei-Löffel-Flasche“-Zeichen © Wikipedia



Abb. 2: „Apotheken-A“ mit Kelch und Schlange. © Dr. med. Jürgen Fege



Abb. 3: Kennzeichen der Apotheken in Österreich. © Österreichischer Apothekerverband

großes rotes „A“ in gebrochener Grotteskschrift mit einem weißen Kreuz, durchsetzte. Der Name von Paul Weise wurde wegen der jüdischen Abstammung seiner Frau nicht offiziell genannt. Das weiße Kreuz ersetzten die Nationalsozialisten durch eine Man-Rune, die ihnen kompatibler erschien. Dieses alte germanische Symbol soll das Streben nach Licht, Gesundheit und Leben darstellen. An alle Apotheken wurde ein entsprechendes Aluminiumschild geschickt, das deutlich sichtbar angebracht werden sollte. Seit 1951 wird in Westdeutschland das Apo-

thekenzeichen nach dem Entwurf von Fritz Rupprecht Mathieu satzungsgemäß verwendet, nämlich ein „rotes großes gotisches A auf weißem Grund mit in weißer Ausführung eingezeichnetem Arzneikelch und Schlange“ (Abb. 2), die die Man-Rune ersetzen. Der Kelch steht für die vielen giftigen Stoffe, mit denen der Apotheker zu tun hat, und die Schlange ist das Zeichen des antiken Heilgottes Äsculap. Die Apothekenkammer Niedersachsens ließ 1951 dieses Zeichen für die deutschen Apotheker beim Deutschen Patentamt München eintragen. Seit 1972 ist es dort als Logo des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) registriert und somit rechtlich geschützt. Das „Apotheken-A“ ist mit Abstand vor, hinter, über oder unter dem Namen der Apotheke anzubringen. Zur Führung des Verbandszeichens sind der Deutsche Apothekerverband (DAV), seine Landesmitgliederverbände, seine Berufsverbände sowie die Apothekenleiter der öffentlichen Apotheken berechtigt. Nutzer, die nicht Mitglied des DAV sind, benötigen zur Führung des Zeichens die Genehmigung des Verbandes. Gewerblichen Unternehmen, die Arzneimittel, apothekenübliche Waren sowie Werbe- und Gebrauchsmittel für Apotheken herstellen, kann die Verwendung des Verbandszeichens genehmigt werden. Drogerien dürfen das Zeichen nicht benutzen. Bei Verstoß gegen die Verbandszeichensatzung kann die Berechtigung zur Benutzung des Zeichens entzogen werden. International wird häufig ein grünes Kreuz als Signum der Apotheker verwendet, wie zum Beispiel in Schweden. Das österreichische Apotheken-Logo ist ebenfalls ein etwas anders geformtes großes „A“ (Abb. 3). In der ehemaligen DDR gab es kein einheitliches Apothekenzeichen. In der Bundesrepublik Deutschland ist das „Apotheken-A“ das Erkennungsmerkmal einer öffentlichen Apotheke schlechthin. Wer ein Medikament benötigt oder ein Rezept einlösen will, hält nach dem charakteristischen „A“ Ausschau.